

PETER KRAMP
VILLARS LUNN
KNUD WAABEN

RETS PSYKIATRI

GADJURA

Peter Kramp, Villars Lunn & Knud Waaben

Retspsykiatri

1. udgave / 1. oplag

© GadJura, København 1996

ISBN 87-607-0353-9

Omslag/Grafisk tilrettelæggelse: Axel Surland

Tryk: Narayana Press, Gylling

Mekanisk, fotografisk eller anden gengivelse
af denne bog eller dele af den er ikke tilladt
ifølge gældende dansk lov om ophavsret.
Alle rettigheder forbeholdes.

Forord

Forfatterne til denne bog har fundet, at der var behov for en ny og forholdsvis fyldig fremstilling på dansk af alle de retspsykiatriske hovedområder. Bogens forgænger er H. Helwegs »Den retslige psykiatri i kort omrids«, der udkom i 1939 og i 2. udgave i 1949. Helwegs bog giver en forbilledlig indføring i retspsykiatrisk tankegang, og den har haft stor betydning for et par generationer af læger og jurister, der arbejdede med retspsykiatriske problemer, i øvrigt også som en vel-skrevet og lettilgængelig indføring i de psykiske forstyrrelser og sygdomme. Men der er, siden bogen udkom, sket afgørende ændringer i lovgrundlaget og i den psykiatriske diagnostik og behandling. Der er efter 1950 fremkommet mere kortfattede retspsykiatriske oversigter, således i Erik Strömngrens »Psykiatri« (13. udgave 1979), i den af Joseph Welner m.fl. redigerede tekstbog »Psykiatri« (1980, 2. udgave 1985) og senest i »Klinisk psykiatri« under redaktion af Ralf Hemmingsen m.fl. (1994). Der findes desuden en del speciallitteratur inden for retspsykiatriens enkelte områder. Her skal blot fremhæves, at det senest vedtagne lovarbejde, lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (psykiatriloven), havde omfattende forarbejder i form af udvalgsbetænkninger (Betænkning nr. 1068/1986 bd. 1-2 og nr. 1109/1987), og at samme lov er behandlet i den kommenterede udgave »Tvang i psykiatrien« af Poul Dahl Jensen og Jørgen Paulsen.

Den foreliggende bog har fra første færd været planlagt som et resultat af samarbejde mellem to psykiatere og en jurist, således at der blev taget fornødent hensyn til bredden i emnekredsen, omfattende såvel psykiatriens teoretiske og praktiske aspekter som de lovbestemmelser, der danner rammen om de retspsykiatriske arbejdsopgaver. De første udkast til bogen er fremkommet således, at kapitel 2-4 er skrevet af Knud Waaben, kapitel 5-6 af Peter Kramp og kapitel 7 af Villars Lunn, medens det indledende kapitel 1 er resultatet af en arbejdsdeling. Udkastene er derefter gennemdrøftet i møder mellem forfatterne, og det samme er sket med hensyn til alle de senere versioner, der har ført frem til bogens kapitler i deres nu foreliggende form. Kapitel 7 indeholder en koncentreret, men langt fra summa-

risk, fremstilling af den kliniske psykiatri med specielt sigte på de retspsykiatriske aspekter. Dette indebærer, at de psykiske abnormtilstande, der har størst retspsykiatrisk betydning, har fået den mest fylldige omtale.

Bogen har nødvendigvis måttet begrænses til en fremstilling af det gældende lovgrundlag og af de retspsykiatriske synspunkter og fremgangsmåder, som kan ventes lagt til grund under de nu rådende forhold. Den har ikke samtidig kunnet blive en debatbog, og kun mere sporadisk er der blevet plads for kritiske bemærkninger og teoretiske drøftelser. Der er lagt vægt på at illustrere de juridiske og psykiatriske redegørelser med mange domsreferater, der belyser samspillet mellem sagkyndige erklæringer om mentale forhold og sagernes afgørelse. I mindre omfang bringes også referater af sager fra den nye række af Retslægerådets Årsberetninger, der blev indledt i 1990 med beretningen for 1988. Rådets publikationer er igen blevet en uundværlig kilde til information for alle, der er beskæftiget med retspsykiatriske opgaver.

Litteraturlisten er ganske omfattende, omend den i hovedsagen er begrænset til danske bøger og afhandlinger. Specielt skal nævnes, at der medtages en fylldig oversigt over betænkninger, der enten direkte omhandler retspsykiatriske emner eller behandler områder med relation til retspsykiatriske spørgsmål. Der er endvidere medtaget en række ældre arbejder, som kan tænkes at være af interesse for psykiatere og jurister.

Vi retter en tak til alle, der har ydet os hjælp under arbejdet. Vi takker særlig professor, dr. med. Ralf Hemmingsen og læge Dorte Sestoft, der har bistået os med mange oplysninger om psykiatriske spørgsmål, samt kontorchef i Justitsministeriet Poul Dahl Jensen og underdirektør i Civilretsdirektoratet Jesper Vorstrup Rasmussen, der har påtaget sig at gennemlæse manuskriptet til henholdsvis kapitel 2 og kapitel 4. Bibliotekar, cand. scient. bibl. Birthe Klausen har ydet en stor indsats ved udarbejdelsen af litteraturlisten.

København i september 1995.

Peter Kramp Villars Lunn Knud Waaben

Indhold

Forord 5

Kapitel 1

Indledning 15

- 1.1. Retsmedicin og retspsykiatri 15
- 1.2. Lovsprog og lægesprog 18
 - 1.2.1. Terminologi i lovene 18
 - 1.2.2. Særligt om blandede kriterier 21
- 1.3. Organisation af retspsykiatrien 26
- 1.4. Retslægerådet 29
 - 1.4.1. Retslægerådets organisation og arbejdsform 29
 - 1.4.2. Sagens oplysning 31
 - 1.4.3. Retslægerådets opgaver 33
 - 1.4.4. Uenighedssager 35

Kapitel 2

Frihedsberøvelse og anden tvang 37

- 2.1. Psykiatriloven af 1989 37
- 2.2. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse 38
 - 2.2.1. Tvangsindlæggelse 38
 - 2.2.2. Fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse 42
 - 2.2.3. Tvangstilbageholdelse 45
 - 2.2.4. Farlighedsdekret 46
 - 2.2.5. Domstolsprøvelse af frihedsberøvelse 48
- 2.3. Anden tvang i psykiatrisk behandling 49
 - 2.3.1. Almindelige principper 49
 - 2.3.2. Tvangsbehandling 50
 - 2.3.3. Tvangsfiksering 52
 - 2.3.4. Anvendelse af fysisk magt 53
 - 2.3.5. Beskyttelsesfiksering 54

- 2.4. Tvangsprotokol og efterprøvelse 56
 - 2.4.1. Tvangsprotokol 56
 - 2.4.2. Obligatorisk efterprøvelse 57
- 2.5. Patientrettigheder og patientrådgivere 57
 - 2.5.1. Generelle synspunkter 57
 - 2.5.2. Patientrådgivere 58
 - 2.5.3. Patientråd 59
- 2.6. Klageadgang 59
 - 2.6.1. Patientklagenævn 59
 - 2.6.2. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn 60
 - 2.6.3. Klagevejledning 61

Kapitel 3

Strafferetten 63

- 3.1. Det strafferetlige system 63
 - 3.1.1. Lovgrundlaget 63
 - 3.1.2. Domme og straffuldbyrkelse 64
- 3.2. Den historiske baggrund 65
 - 3.2.1. Striden om tilregneligheden 65
 - 3.2.2. Strafnedsættelse og særforanstaltninger 67
- 3.3. Straffrihed efter straffelovens § 16 68
 - 3.3.1. Forholdet mellem § 16 og § 68 68
 - 3.3.2. Sindssygdom og hermed ligestillede tilstande 69
 - 3.3.3. Patologiske rustilstande 73
 - 3.3.4. Åndssvaghed 77
- 3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v. (§ 68) 79
 - 3.4.1. Almindelige principper 79
 - 3.4.2. Mindre og mere indgribende foranstaltninger 82
 - 3.4.3. Domstyper vedrørende psykiatrisk behandling 83
 - 3.4.4. Åndssvageforsorg 89
 - 3.4.5. Forvaring som § 68-foranstaltning 91
- 3.5. Andre tilstande (§ 69) 94
 - 3.5.1. Bestemmelsens område 94

- 3.5.2. Særregler om institutionsophold 97
- 3.6. Forvaring 98
 - 3.6.1. Bestemmelsens formål 98
 - 3.6.2. Betingelserne for forvaring 99
- 3.7. Ændring og ophævelse af retsfølger (§ 72) 103
 - 3.7.1. Lovregler og retningslinier 103
 - 3.7.2. Kompetence- og procesregler 106
 - 3.7.3. En speciel godkendelse af visse indlæggelser 107
- 3.8. Psykisk abnormitet efter gerningstiden (§ 73) 109
- 3.9. Bistandsværger 111
- 3.10. Straf og kriminalforsorg 112
 - 3.10.1. Kriminalforsorgens organisation 112
 - 3.10.2. Psykiatrisk betjening 113
- 3.11. Betinget dom 113
 - 3.11.1. Den betingede doms indhold 113
 - 3.11.2. Tillægsvilkår i betingede domme 114
- 3.12. Frihedsstraf 116
 - 3.12.1. Straffuldbyrddelse i fængsel 116
 - 3.12.2. Overførelse til anden institution 118
 - 3.12.3. Prøveløsladelse og benådning 119

Kapitel 4

Civilretlige spørgsmål 122

- 4.1. Indledning 122
 - 4.1.1. Oversigt 122
 - 4.1.2. Den lægelige bedømmelse 123
- 4.2. Umyndiggørelse og lavværgemål 125
 - 4.2.1. Retsreglerne 125
 - 4.2.2. Den lægelige bedømmelse 128
- 4.3. Testamenthabilitet 132

- 4.3.1. Retsreglerne 132
 - 4.3.2. Den lægelige bedømmelse 133
- 4.4. Aftalehabilitet og erstatningsansvar 136
 - 4.4.1. Aftaler 136
 - 4.4.2. Erstatningsansvar 139
- 4.5. Familieretlige spørgsmål 141
 - 4.5.1. Ægteskab 141
 - 4.5.2. Adoption 142
 - 4.5.3. Forældremyndighed og samværsret 145
- 4.6. Svangerskabsafbrydelse, sterilisation og kastration 149
 - 4.6.1. Svangerskabsafbrydelse 149
 - 4.6.2. Sterilisation og kastration 152

Kapitel 5

Retspsykiatriske erklæringer 157

- 5.1. Indledning 157
 - 5.1.1. Læge-patientforholdet 158
 - 5.1.2. Habilitetsspørgsmål 159
- 5.2. Lovregler 160
 - 5.2.1. Lægeerklæringer 160
 - 5.2.2. Tavshedspligt og oplysningspligt 161
 - 5.2.3. Sproglige krav 162
 - 5.2.4. Indhold 164
 - 5.2.5. Redigering mv. 165
- 5.3. Mentalerklæringer 166
 - 5.3.1. Lovregler om personlige oplysninger 166
 - 5.3.2. Iværksættelse af mentalundersøgelse 168
 - 5.3.3. Sagens fremsendelse 169
 - 5.3.4. Varighed 171
 - 5.3.5. Form og indhold 172
 - 5.3.6. Praktisk vejledning 173
- 5.4. Farlighedsvurderinger 181
 - 5.4.1. Farlighedsvurderinger generelt 182

- 5.4.2. Aktuel farlighed 184
- 5.4.3. Fremtidig farlighed 185
- 5.4.4. Sammenfatning 187

5.5. Aktindsigt i mentaleklæringer mv. 187

Kapitel 6

Retslige patienter 191

- 6.1. Indledning 191
 - 6.1.1. Begrebet retslig patient 191
 - 6.1.2. Tvang over for retslige patienter 192
- 6.2. Retslige patienter før dom 194
 - 6.2.1. Varetægtsfængsling 194
 - 6.2.2. Varetægtssurrogater 196
 - 6.2.3. Behandling af varetægtsfanger 197
 - 6.2.4. Mentalobservander 198
- 6.3. De psykiatriske særforanstaltninger 199
 - 6.3.1. Et grundprincip for behandlingen 199
 - 6.3.2. Behandlingens vilkår 201
 - 6.3.3. Tidsfaktoren i behandlingsforløbet 204
 - 6.3.4. Erfaringer og kasuistik 207
- 6.4. Dom til anbringelse i hospital for sindslidende 212
 - 6.4.1. Kompetenceregler 212
 - 6.4.2. Særligt om sikringsdømte 214
 - 6.4.3. Foranstaltningsændring 216
- 6.5. Dom til behandling 217
 - 6.5.1. Kompetenceregler 217
 - 6.5.2. Behandlingsforløb 220
 - 6.5.3. Længstetiden efter § 69, stk. 1. 221
 - 6.5.4. Foranstaltningsændring 222
- 6.6. Dom til ambulant behandling 222
 - 6.6.1. Kompetenceregler 223
 - 6.6.2. Behandlingsforløb 224

- 6.7. Foranstaltninger over for åndssvage 225
 - 6.7.1. Mindre indgribende foranstaltninger 225
 - 6.7.2. Mere indgribende foranstaltninger 226
- 6.8. Foranstaltninger over for andre særgrepper 227
 - 6.8.1. Fysisk handicappede 228
 - 6.8.2. Unge med behandlingsbehov 228

Kapitel 7

Klinisk psykiatri 231

Almen psykopatologi 232

- 7.1. De sjælelige forstyrrelser 232
 - 7.1.1. Bevidsthedsforstyrrelser 232
 - 7.1.2. Intelligensforstyrrelser 234
 - 7.1.3. Hukommelsesforstyrrelser 235
 - 7.1.4. Perceptionsforstyrrelser 236
 - 7.1.5. Hallucinationer 237
 - 7.1.6. Tankegangen 238
 - 7.1.7. Emotionelle forstyrrelser 241
 - 7.1.8. Personligheden 243
 - 7.1.9. Dynamisk psykologi 244
- 7.2. Den psykiatriske undersøgelse 246
 - 7.2.1. Anamnesen 247
 - 7.2.2. Den objektive undersøgelse 248
 - 7.2.3. Standardiserede vurderinger 250
 - 7.2.4. Psykologiske tests 252
- 7.3. Det psykiatriske sygdomsbegreb 255
 - 7.3.1. Afgrænsning af de psykiske lidelser 255
 - 7.3.2. Sygdomsmodeller 256
 - 7.3.3. Psykosebegrebet 258
 - 7.3.4. Psykiatriske diagnoser 262
 - 7.3.5. Diagnosesystemer 263

Speciel psykopatologi 269

- 7.4. Organiske psykoser 269
 - 7.4.1. Akutte organiske psykoser 270

- 7.4.2. Kroniske organiske psykoser 271
 - 7.4.3. Klinik 271
 - 7.4.4. Årsagsforhold og behandling 274
 - 7.4.5. Retspsykiatriske aspekter 275
- 7.5. Manio-depressiv psykose 277
 - 7.5.1. Klinik 278
 - 7.5.2. Årsagsforhold og behandling 281
 - 7.5.3. Retspsykiatriske aspekter 283
- 7.6. Skizofreni 285
 - 7.6.1. Klinik 285
 - 7.6.2. Årsagsforhold og behandling 289
 - 7.6.3. Retspsykiatriske aspekter 291
- 7.7. Paranoide psykoser 295
 - 7.7.1. Klinik 295
 - 7.7.2. Årsagsforhold og behandling 297
 - 7.7.3. Retspsykiatriske aspekter 298
- 7.8. Reaktive psykoser 300
 - 7.8.1. Klinik 301
 - 7.8.2. Årsagsforhold og behandling 303
 - 7.8.3. Retspsykiatriske aspekter 304
- 7.9. Epilepsi 306
 - 7.9.1. Klinik 306
 - 7.9.2. Årsagsforhold og behandling 309
 - 7.9.3. Retspsykiatriske aspekter 310
- 7.10. Neuroser 312
 - 7.10.1. Klinik 312
 - 7.10.2. Årsagsforhold og behandling 315
 - 7.10.3. Retspsykiatriske aspekter 317
- 7.11. Karakterafvigelser 320
 - 7.11.1. Klinik 320
 - 7.11.2. Årsagsforhold og behandling 323
 - 7.11.3. Retspsykiatriske aspekter 324

- 7.12. Grænsetilstande 326
 - 7.12.1. Klinik 327
 - 7.12.2. Årsagsforhold og behandling 328
 - 7.12.3. Retspsykiatriske aspekter 329
- 7.13. Seksuelle forstyrrelser og afvigelser 330
 - 7.13.1. Klinik 331
 - 7.13.2. Årsagsforhold og behandling 333
 - 7.13.3. Retspsykiatriske aspekter 335
- 7.14. Åndssvaghed 336
 - 7.14.1. Klinik 337
 - 7.14.2. Årsagsforhold og behandling 338
 - 7.14.3. Retspsykiatriske aspekter 340
- 7.15. Alkoholisme 343
 - 7.15.1. Begreb og inddeling 343
 - 7.15.2. Akutte alkoholbetingede abnormtilstande 344
 - 7.15.3. Kroniske alkoholbetingede abnormtilstande 348
 - 7.15.4. Årsagsforhold og behandling 349
 - 7.15.5. Retspsykiatriske aspekter 351
- 7.16. Stofmisbrug 353
 - 7.16.1. Klinik 354
 - 7.16.2. Årsagsforhold og behandling 358
 - 7.16.3. Retspsykiatriske aspekter 360
- 7.17. Psykiatrisk behandling 362
 - 7.17.1. Somatiske behandlingsformer 363
 - 7.17.2. Psykologiske behandlingsformer 368
 - 7.17.3. Sociale behandlingsformer 371

Litteratur 375

Register ???

Kapitel 1

Indledning

1.1. Retsmedicin og retspsykiatri

Retsmedicin i vid forstand omfatter al lægelig virksomhed, herunder udstedelse af erklæringer m.v., der forekommer i en retlig sammenhæng, typisk til brug under en retssag eller en administrativt behandlet sag eller på anden måde med henblik på fremskaffelse af bevismidler. I lov om Retslægerådet udtrykkes det således, at det er rådets opgave at afgive skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold.

Når retsmedicin defineres så bredt som her anført, må retspsykiatri betragtes som en underafdeling af den. Denne opfattelse er lagt til grund i lov om Retslægerådet; det hedder her i § 2, at rådet arbejder i to afdelinger, »af hvilke den ene behandler *retspsykiatriske spørgsmål* og den anden *alle øvrige retsmedicinske spørgsmål*«. Praktiske grunde kunne tale for at holde retsmedicin og retspsykiatri adskilt. Men det har selvsagt kun en systematisk og terminologisk betydning, om man henregner alt til retsmedicin, eller man sondrer mellem to discipliner. Selv i sidstnævnte fald vil retsmedicin være den samlende betegnelse for et stort antal vidt forskellige lægelige aktiviteter, der eksempelvis omfatter ligsyn og udstedelse af dødsattester, obduktion, blodanalyse, DNA-analyse, undersøgelse af læsions- og forgiftningstilstande. Det må accepteres, at begrebet retsmedicin kommer til at omfatte visse undersøgelser, der normalt foretages af sagkyndige med anden faglig baggrund end den lægelige, f.eks. farmakologer, kemikere og tandlæger. I lov om Retslægerådet hedder det: »lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn«.

Hele det retsmedicinske område, inklusive de nye undersøgelsesmetoder som f.eks. DNA-analyser, er behandlet af Jørn Simonsen (1994). Bogen – hvis titel er Retsmedicin – beskæftiger sig også med visse retspsykiatriske spørgsmål og kan således siges at støtte opfattelsen af, at retsmedicin er et overbegreb for al retslægelig virksomhed.

Retspsykiatri er en gren af eller måske snarere et praktisk aspekt af psykiatrien. Der er ikke grundlag for at opfatte retspsykiatrien som et

Kap.1. Indledning

fag, der i henseende til metoder og begrebsverden adskiller sig fra anden psykiatri. Retspsykiatri er et ekspertområde i psykiatrien på linie med f.eks. psykofarmakologi og gerontopsykiatri. Enhver psykiater bør derfor kunne løse almindeligt forekommende retspsykiatriske opgaver på linie med, at enhver psykiater bør kunne varetage gængs psykofarmakologisk behandling. Inden for ethvert ekspertområde, og det gælder også retspsykiatrien, vil særligt interesserede kunne fordybe sig i området med henblik på at kunne beherske også vanskelige eller sjældent forekommende problemer, forskning, videre udvikling af området m.v.

Det, som kendetegner den retspsykiatriske virksomhed, er, at opgaverne for den lægelige bedømmelse og udtalelse stilles »udefra« og har til baggrund, at der er eller kan blive spørgsmål om afgørelser inden for retssystemet. Til de praktiske forudsætninger for retspsykiatrisk virksomhed må derfor henregnes en vis fortrolighed med den lovgivning, hvoraf opgaverne udspringer, og med de former for kommunikation med ikke-læger, der finder anvendelse. Det er baggrunden for, at der i denne fremstilling er lagt vægt på at referere lovgrundlaget på de retspsykiatriske områder, som behandles, og at pege på nogle af de træk, som kendetegner udfærdigelsen af lægelige erklæringer til retlig brug. Men det må fastholdes, at retspsykiatri ikke er en blanding af psykiatri og jura. Det er en psykiatrisk virksomhed, der udøves med forståelse for den retlige virksomhed og de mulige retlige konsekvenser, som er baggrunden for, at der anmodes om lægelig medvirken.

Der kan ikke i afgrænsningen af »retspsykiatri« indlægges nogen generel forudsætning om, at det skal dreje sig om en lægelig virksomhed udøvet af personer med specialuddannelse i psykiatri. Til retspsykiatrien hører f.eks. praktiserende lægers medvirken ved afgørelser om grundlaget for tvangsindlæggelse eller umyndiggørelse.

Ud over det her anførte kan der næppe opstilles bestemte kriterier for, hvilke dele af psykiatrien man skal henregne til retspsykiatrien. Det gør selvsagt ikke en psykiaters eller anden læges virksomhed til retspsykiatri eller retsmedicin, at den er undergivet en retlig regulering, f.eks. ved bestemmelser i lægeloven eller straffeloven. Tilsvarende er det ikke noget specielt retspsykiatrisk, at anvendelsen af tvang over for psykiatriske patienter – også de frivilligt indlagte – begrænses af regler i psykiatriloven. De retspsykiatriske opgaver afgrænses især gennem de lovbestemmelser, der forudsætter lægers medvirken ved behandling af sager om retsspørgsmål. Denne med-

virken består typisk i foretagelse af en undersøgelse og afgivelse af en erklæring herom. Men der er også en retslægelig virksomhed, der består i at træffe bestemmelse i forbindelse med en behandling i henhold til retlige afgørelser, f.eks. hvor en overlæge skal afgøre, om en domfældt person skal indlægges eller genindlægges på hospital som følge af en ambulant behandlings utilstrækkelighed.

Et stort og vigtigt område, hvor almen psykiatri og retspsykiatri kommer til at grænse nært op til hinanden, er det, der henhører under psykiatriske hospitalsafdelinger. Medens psykiatrisk undersøgelse og behandling og den hertil knyttede journalføring i tilfælde af frivillig indlæggelse hører til den almene psykiatri, kan det i andre situationer være naturligt at opfatte overlægens opgave med hensyn til behandling og afgørelser som retspsykiatrisk. Det gælder f.eks., hvor det skal efterprøves, om de retlige betingelser for en sket tvangsindlæggelse er opfyldt, eller hvor reglerne om retlige patienter sætter grænser for, hvilke friheder overlægen ud fra behandlingsmæssige overvejelser kan indrømme en patient.

Det er lidt af en smagssag, om man vil sige, at hospitalslægens virksomhed bliver af retspsykiatrisk karakter i disse og lignende tilfælde. Det er naturligvis ikke i sig selv noget væsentligt spørgsmål, om behandling og beslutninger på psykiatriske afdelinger klassificeres som almenpsykiatriske eller som retspsykiatriske. I denne fremstilling er medtaget de sider af virksomheden ved psykiatriske afdelinger, som er reguleret ved regler i psykiatriloven, men ikke de mere almene normer for forsvarlig og korrekt fremgangsmåde, som skal iagttages i forbindelse med psykiatriske patienters hospitalsophold.

Også uden for hospitalsophold er der en flydende grænse mellem almenpsykiatriske og retspsykiatriske sider af en speciallæges virksomhed. Den er i hvert fald af retspsykiatrisk karakter, når speciallægen anmodes om at undersøge en person og afgive erklæring med henblik på et aktuelt retligt spørgsmål. Som allerede nævnt opfattes også den praktiserende læges funktion i forbindelse med tvangsindlæggelse som hørende til retspsykiatrien.

Afgrænsningen af de emner, der er inddraget i denne fremstilling af retspsykiatrien, vil i alt væsentligt fremgå af de enkelte kapitlers overskrifter og inddeling. De vigtigste områder er reglerne om frihedsberøvelse og anden tvang, om andre civilretlige spørgsmål (umyndiggørelse, testament- og aftalehabilitet, svangerskabsafbrydelse, adoption etc.) og om strafferetlige spørgsmål.

Uden for fremstillingen falder på den anden side psykiatrisk med-

Kap.1. Indledning

virken i sager om fjernelse af børn fra hjemmet og andre spørgsmål om anvendelse af bistandsloven, sager om afskedigelse og pension, om lægeansvar etc.

1.2. Lovsprog og lægesprog

1.2.1. Terminologi i lovene

1.2.1.1. Som ovenfor nævnt er det karakteristisk for retspsykiatrien, at dens konkrete arbejdsopgaver stilles af retlige myndigheder, der skal træffe afgørelser i henhold til lovregler (i nogle tilfælde: overlader til læger at træffe afgørelser). De kriterier med hensyn til retsvirkninger eller personers retlige stilling, der er anvendt i lovgivningen, kan være afgørende for, hvorledes lægen er stillet, når vedkommende skal foretage sin undersøgelse og afgive sin erklæring. Idealet må fra et lægeligt synspunkt være, at loven og retssystemets myndigheder stiller en opgave – formulerer et problem – der kan opfattes og besvares ud fra psykiatriske begreber og undersøgelsesmetoder. Om de foreliggende data gør det let eller svært at besvare spørgsmålet, er et andet problem.

I det følgende omtales kort nogle sider af det kommunikationsproblem, der her betegnes som forholdet mellem lovsprog og lægesprog.

En række af de fra et retspsykiatrisk synspunkt vigtigste lovregler nævner udtrykkeligt *sindssygdom*. Det gælder bl.a. psykiatriloven og straffeloven. Spørgsmålet er, om loven på sådanne områder sigter til de tilstande, som psykiatrien kalder sindssygdomme (psykoser), eller den opererer med et herfra afvigende kriterium, der kunne kaldes sindssygdom i juridisk forstand. Hvis det sidstnævnte var tilfældet, ville der let opstå en tilstand af disharmoni mellem retssystemet og psykiaterne som dets rådgivere, idet spørgsmål og svar ville kredse om samme ord, men ordet ville (eller kunne) have forskellig betydning i den juridiske og den lægelige forestillingsverden.

En sådan uklarhed har længe præget engelsk og amerikansk ret, hvor det er almindeligt at anvende udtrykket »insanity« om den unormalitet, der bevirker straffrihed. Den engelske frifindelse pga. psykisk unormalitet lyder »not guilty by reason of insanity«. Ordet er ikke velegnet til at skabe forståelse mellem psykiatere og retssystemet. Man må, når man støder på ordet »insanity«, i almindelighed

være forberedt på, at det angiver et juridisk kriterium. Det er produktet af de fortolkninger, der har afgrænset straffriheden efter de berømte M'Naghten Rules fra 1843 (se herom kap. 3.2.1), i hvilke det lægelige element – der stadig i princippet er gældende, skønt det er forældet – lyder på »a defect of reason«, der skyldes »disease of the mind«.

Se herom f.eks. Glanville Williams, *Textbook of Criminal Law*, 2nd ed. (1983) s. 643 f: »The judges in M'Naghten appear to have used the phrase »disease of the mind« convertibly with »insanity«, but this is an equally baffling expression. Lawyers used to believe that insanity was a medical term, yet psychiatrists have long declared that they do not know what it means, and assert that it can only be a legal concept, which in fact it is. Insanity is a social judgment founded upon, but not precisely representing, a medical diagnosis«. Det tilføjes: »A rough medical translation is »psychosis«, meaning the more serious kinds of mental illness ...«

Det må fra juridisk side principielt fastholdes, at domstolene har den endelige afgørelse af, hvad et lovudtryk skal antages at omfatte. Det er derfor ikke en på forhånd given nødvendighed, at lovgiveren ved at anvende udtrykket sindssygdom uden videre henviser til psykiatriske begreber. En illustration hertil foreligger i norsk ret. Den norske straffelov af 1902 nævner som straffrihedsgrund »sinnsygdome« men ikke åndssvaghed. For at give lovens regel om straffrihed en rimeligt dækkende anvendelse har norske domstole fortolket udtrykket »sinnsygdome« som også omfattende åndssvaghed i højere grad, hvilket naturligvis er en afgrænsning, der ikke stemmer med psykiatrisk terminologi.

Skønt der således principielt tilkommer domstolene en afgørende rolle med hensyn til fastlæggelsen af lovbegrebers anvendelse, er det på de vigtigste lovområder lidet sandsynligt, at der vil opstå en divergens om et udtryk som sindssygdom. Det står nemlig fast, at der kan tillægges lovens forarbejder en betydelig vægt. Både psykiatrilovens § 5 og straffelovens § 16 må efter bestemmelseernes tilblivelse opfattes som henvisende til sindssygdom i psykiatrisk forstand, altså psykose. Der er derfor ikke grundlag for at mene, at de nævnte bestemmelser sigter til »sindssygdom i retlig forstand«. Noget andet er, at en domstol kan have sin egen mening om, hvorvidt en sindssygdom på et givet tidspunkt er tilstrækkeligt bevist eller sandsynliggjort. Og en domstol kan knytte selvstændige vurderinger til lovens supplerende kriterium »utilregnelig«, der er et ikke-lægeligt begreb. Men juridiske synspunk-

Kap.1. Indledning

ter i de to nævnte henseender kan gøre sig gældende, uden at det af domstolen bestrides, at sagen angår et spørgsmål om sindssygdom i psykiatrisk forstand.

For så vidt angår begrebet *åndssvaghed* er der i lovsproget skabt et terminologisk problem, som dog er af begrænset rækkevidde. Straffelovens §§ 16 og 68 nævner stadig *åndssvaghed*, medens den civile lovgivning har forladt det; der findes ikke længere en lovgivning om denne tilstand eller om personer betegnet som »åndssvage«, og bistsandsloven regner persongruppen som omfattet af udtrykket »personer med vidtgående fysisk eller psykisk handicap«. I lovsproget har også udtrykket »hæmmet psykisk udvikling« vundet indpas, men det markerer i mindre grad end *åndssvaghed* en grænse over for sinketilstande. Da psykiatrien stadig regner med diagnosegruppen *åndssvaghed*, kommer retspsykiatere ikke i vanskeligheder ved afgivelse af erklæringer vedrørende straffelovens § 16. De kan udtale sig om tilstedeværelsen af tilstanden *åndssvaghed* og om dennes grad. I relation til anbefalinger om valg af foranstaltninger efter § 68 må retspsykiateren derefter tage stilling til, hvilke institutions- og behandlingsmuligheder der kommer i betragtning over for personer med dette psykiske handicap.

1.2.1.2. Andre lovebegreber har en mindre fast plads i det psykiatriske system, men er dog af psykiatere fundet tilstrækkelig meningsfulde som grundlag for afgivelse af erklæringer.

Dette gælder bl.a. udtrykket »tilstande ligestillet med sindssygdom«. Det blev oprindeligt mødt med skepsis, fordi psykiatrien ikke kendte en diagnosegruppe, der kunne betegnes således, men er efterhånden fundet brugbart som retspsykiatrisk karakteristik. Der henvises herom til kap. 2.2.1 og 3.3.2. Efter at udtrykket fra straffelovens § 16 er blevet kopieret i psykiatriloven, er der grund til at gøre opmærksom på, at de nævnte ord ikke omfatter helt de samme personer i de to retlige sammenhænge, hvor de er anvendt.

Til belysning af terminologiske valg i en lovtekst skal kort nævnes forslagene i norske betænkninger af 1990 og 1992. Hovedbestemmelsen lyder på obligatorisk straffrihed for den, som på gerningstiden var »psykotisk og dermed uten evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen«. Når hertil lægges »høygradig psykisk utviklingshemmet«, opretholdes hermed det rent psykiatriske kriterium i norsk ret. Men der føjes hertil en regel om fakultativ straffrihed i to tilfælde. Det ene omfatter den, som uden at være psykotisk »hadde en alvorlig psykisk lidelse med en betydelig svekket evne til realistisk vurdering av

1.2. *Lousprog og lægesprog*

sitt forhold til omverdenen«. Det andet gælder »den som handlet under sterk bevissthetsforstyrrelse«.

I straffelovens § 69 afgrænses en gruppe af psykiske afvigelser ved hjælp af ordene »mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner«. Formuleringen blev i Bet. nr. 667/1972 tiltrådt – i sit sidste led foreslået – af Retslægerådet. Der kan derfor ikke være tvivl om, at § 69 indeholder en af retspsykiatrien accepteret afgrænsning af psykisk afvigende tilstande, som efter omstændighederne kan begrunde en strafferetlig særbehandling. Da formuleringen i § 69 er meget vid, er det en selvfølge, at lægelige erklæringer herom må indeholde en nærmere beskrivelse og karakteristik af den psykiske abnormtilstand. Om § 69 henvises til kap. 3.5.

I nogen grad beslægtet med de citerede ord i straffelovens § 69 er på civilretlige områder udtryk som »sjælelig forstyrrelse« og »sindsforvirring og lignende tilstand«. Skønt ordene er relativt upræcise, opfattes også de af psykiatere som indeholdende en brugbar anvendelse af det lægelige tema, som der under sagen ønskes en erklæring om. Men også her gælder, at psykiaternes erklæring må indeholde nærmere oplysninger om tilstandens beskaffenhed.

1.2.2. *Særligt om blandede kriterier*

1.2.2.1. Der forekommer i lovgivningen nogle sproglige udtryk, som gør en retlig virkning (f.eks. anfægtelse af et testamente) betinget af, at en flerhed af kriterier er opfyldt. I det følgende omtales nogle tilfælde, hvor det første led i lovens betingelser er klart (eller forholdsvis klart) af psykiatrisk indhold, medens et andet led ikke (eller mindre klart) hører til den lægelige terminologi. I straffelovens § 16 er straffrihed således betinget af to krav til personens tilstand eller egenskaber på gerningstiden: at den pågældende var sindssyg *og* som følge heraf var utilregnelig.

Der kan være grund til at opholde sig lidt ved de blandede kriterier, fordi det er vigtigt at danne sig en mening om, hvad retspsykiateren bør udtale sig om, og hvad man fra lægelig side bør lade ligge. Der må jo gælde den almindelige retningslinje, at lægen kun skal udtale sig om spørgsmål, med hensyn til hvilke lægers uddannelse og erfaring kan give en særlig indsigt.

Den foretrukne civilretlige formulering i lovene går ud på, at den sindssyge, åndssvage eller på anden måde psykisk afvigende kan have

Kap.1. Indledning

manglet »evnen til fornuftmæssigt at råde over sine ejendele« eller »evnen til at handle fornuftmæssigt«. Loven bruger altså blandede kriterier, i hvilke det første led er psykiatrisk i sit indhold, medens det andet kan kaldes psykologisk, socialt eller måske juridisk.

Den læge (herunder Retslægerådet), der afgiver en retspsykiatrisk erklæring i civilretlige sager, skal eller kan principielt udtale sig også om det sidste led i bestemmelser som de her anførte. Den retslægelige opgave har altså ikke blot relation til den diagnostiske bedømmelse. Opgaven går også ud på – så vidt det kan lade sig gøre – at bedømme den afvigende tilstands eventuelle virkning på personens fornuftmæssige handleevne på det område eller ved den lejlighed, som sagen drejer sig om. Tanken hermed må være, at lægen stadig udtaler sig om psykiske forhold, og at lægens erklæring får en større vejledende værdi, når der til den generelle diagnostiske karakteristik føjes en mere speciel oplysning om den psykiske funktionsduelighed. Men lægen må være opmærksom på, at man ved at udtale sig herom begiver sig uden for de egentlig lægelige spørgsmål.

Denne bedømmelse adskiller sig fra den, der finder sted i sager om straffrihed efter straffelovens § 16, hvor lægerne efter fast praksis ikke udtaler sig om, hvorvidt den sindssyge var utilregnelig på gerningstiden. Denne sidstnævnte praksis følges også i sager om bedrageri, underslæb, skattesvig o.l., hvor det i og for sig kunne anses for muligt at foretage den samme bedømmelse som i sager, der handler om, hvorvidt civilretlige dispositioner har været »fornuftmæssige«. Den berørte forskel skal her omtales lidt nærmere, bl.a. fordi den fører ind på et teoretisk spørgsmål om psykosers væsen og virkninger: om en psykose skal antages altid at ramme alle sider af den syges psykiske funktioner og handleevne, eller en partiel evne til at handle normalt uanset psykosen kan være i behold.

1.2.2.2. Spørgsmålet blev drøftet af H. Helweg i Den retslige Psykiatri i forbindelse med reglen om testamenthabilitet, dengang arveforordningen af 1845 § 21, der handlede om den, der er eller ikke er »ved sin fornufts fulde brug«. Det hedder hos Helweg:

»Det ville fra psykiatrisk synspunkt være rart, om man kunne indskrænke sig til at påvise tilstedeværelsen af den og den abnormtilstand og overlade det til juristerne at afgøre, om den betinger ophævelse af fornuftens brug, ganske som man i kriminalsagerne afstår fra at tage stilling til spørgsmålet om tilregnelighed. Helt lader det sig dog næppe gøre. Nutidens psykiatri er utilbøjelig

til at anerkende, at en sindssygdoms indflydelse kan begrænses til enkelte sjælelige områder, medens andre lades uskadede. Det er altid hele sjælelivet, der er mere eller mindre lidende. Teoretisk skulle altså enhver sindssyg mangle evne til at testere. På den anden side anerkendes det i praksis, at man ikke uden videre mister sin juridiske handledygtighed, fordi man bliver sindssyg, ligeså lidt som indlæggelse på sindssygehospital efter dansk ret medfører umyndighed ... En person med let depression af psykogen eller maniodepressiv type er ubestridelig sindssyg, men kan godt foretage fornuftmæssige handlinger, f.eks. administrere sin forretning ... Der er altså næppe anden udvej end, at psykiaterne på dette område, hvor det i praksis ikke er muligt at opstille en så klar linie som i tilregnelighedsspørgsmålet, i nogen måde må gå ind på en vurdering af begrebet »fornuftens fulde brug« (s. 59f).

Med udgangspunkt i dette citat af Helweg kan der formentlig formuleres (mindst) to forskellige opfattelser af forholdet mellem sindssygdom og handleevne.

Efter den ene opfattelse er det teoretisk rigtigt at fastholde, at sindssygdommen virker ind på sjælelivet som helhed. Det må da – som Helwegs ordvalg tyder på – forklares ved mere praktiske betragtninger, at psykiatere erkender, at der hos nogle sindssyge kan forekomme handlinger, der er fornuftmæssige, ligesom psykiatere kan finde det forsvarligt at medvirke ved konstateringen af en sådan sammenhæng i de enkelte tilfælde. Der vil dog muligvis være nogle psykiatere af en strengere observans, som finder, at psykiatrien i konsekvens af teorien om psykosens totale indvirkning på sjælelivet helt bør afstå fra at afgive erklæringer om den sindssyges mulige evne til at handle fornuftmæssigt.

Den anden opfattelse finder, at der er en uløselig modstrid mellem på den ene side antagelsen om psykosens indvirkning på hele sjælelivet og på den anden side en anerkendelse af sindssyges evne til i visse situationer at handle fornuftmæssigt. Thi hvis denne evne kan forekomme – hvilket Helweg synes at anerkende – må den ikke blot betragtes som en praktisk modifikation, men tages i betragtning som en del af selve teorien om psykosens væsen, og det forekommer da rigtigst at opgive postulatet om psykosens totale virkning på sjælelivet i alle tilfælde, hvor sygdommen er til stede. Der er da ingen brug for Helwegs noget ejendommelige sætning: »Teoretisk skulle altså enhver sindssyg mangle evne til at testere«. Det bliver med andre ord en side af psykosens væsen, at den efter omstændighederne kan have en partiel karakter i relation til den syges sjæleliv og handleliv. Dette giver det både teoretisk og praktisk mening, at retspsykiateren yder

sin medvirken i de enkelte tilfælde, selv om lægen undertiden må afstå fra at nå til en konklusion af mangel på tilstrækkelige oplysninger.

I en afhandling af Erik Bjerg Hansen (1962) argumenteres for det synspunkt, at man i mange tilfælde af sindssygdom ret klart kan beskrive »normale, respektive neurotiske eller psykopatiske, sjælelige processer ved siden af eller måske i samspil med psykotiske mekanismer«. Analysen tager sit udgangspunkt i mentalobservation af en drabssigtet person, men henviser også til erfaringer om, at f.eks. paranoide patienter »ofte uden for det forrykte forestillingskompleks (kan) reagere ganske upåfaldende, måske udføre nyttigt arbejde, disponere økonomisk på en meget hensigtsmæssig og klog måde, osv. Det synes da en nærliggende konklusion, hvis man fastslår, at der i sådanne menneskers sind både er noget sygt og noget sundt«.

Spørgsmålet diskuteres også af Ralf Hemmingsen (1988) s. 92 ff, der afviser begrebet partiel psykose med den begrundelse, at den paranoide i den grad er optaget af sin »lakunære forrykthed«, at det ikke kan undgå at farve hele den pågældendes oplevelsesmåde og forestillingsverden.

I en udtalelse i Bet. nr. 667/1972 s. 172 ff tog Retslægerådet stilling til et af Straffelovrådet stillet spørgsmål om, hvorvidt der fra psykiatrisk side kunne rettes indvendinger mod en ordning, som gør det muligt at anvende bøde, betinget dom eller kortvarig frihedsstraf trods sindssygdom på gerningstiden. Rådet anførte først, at den hidtil gældende ordning med lovens supplerende kriterium »utilregnelig« rent praktisk havde fungeret tilfredsstillende, fordi psykiaterne var fri for at skulle tage stilling til spørgsmålet om »tilregnelighed«. Derefter hed det bl.a.:

»Den almindeligt fremførte begrundelse for det rent psykiatriske kriterium går som bekendt ud på, at psyken er at opfatte som en funktionsmæssig helhed, og at en sindssygdom vil ramme denne helhedsfunktion på en sådan måde, at enhver psykisk delfunktion må formodes at være eller at kunne være inddraget i abnormiteten. Følgelig vil ethvert handlingsudslag hos en psykotisk patient være at opfatte som potentielt farvet af, modificeret af, hvis ikke rent ud betinget (motiveret) af den psykotiske tilstand.

Muligheden af en af sindssygdommen uafhængig forbryderisk handling må efter dette synspunkt afvises i princippet, – et princip, som efter RR.s opfattelse ikke bør anfægtes af, at en psykologisk sammenhæng mellem sygdom og lovovertrædelse i visse konkrete tilfælde umiddelbart kan forekomme mindre sandsynlig. Efter RR.s opfattelse kan nyere klinisk-psykiatriske erfaringer ikke give anledning til at afsvække den her anførte argumentation for et rent psykiatrisk straffrihedskriterium.

For visse psykose-kategorier gælder det, at kriteriets gyldighed må forekomme umiddelbart indlysende, – nemlig, hvor der er tale om »globale« psykopatologiske fænomener i form af: nedsat bevidsthedsintensitet (»bevidsthedsforstyrrelser«), patologisk ændret stemningsleje (i melankoliform resp. maniform retning) eller global intellektuel reduktion (demens).

Problemet melder sig, hvor der er tale om psykotiske tilstande, domineret

1.2. Lousprog og lægesprog

af »selektive« forstyrrelser i tankelivet, specielt i form af paranoide mekanismer. Vrangforestillingerne kan her i visse tilfælde optræde tilsyneladende isoleret eller »solitært« og give billedet præg af en »partielt psykotisk« tilstand. Vanskeligheden ved i det konkrete tilfælde at fastsætte, hvor normal tankegang begynder og sygdommen hører op, i forbindelse med den paranoide mekanismes tilbøjelighed til på uforudseelig vis at inddrage nye områder som genstand for virkelighedsfortegningen, må imidlertid efter RR.s opfattelse føre til en principiel afvisning af begrebet »partiel psykose« resp. »partiel tilregnelighed«.

Den her omtalte divergens genfindes også uden for Danmark, således i norske lærebøger.

Hos Leo Eitinger & Nils Retterstøl, *Rettspsykiatri*, 4. utg. (1990) s. 64 hedder det om det rent psykiatriske kriterium i den norske straffelov, at bestemmelsen »bygger på den oppfatning at en så alvorlig mental forstyrrelse som det her er tale om, rammer sinnet som helhet. Det ville være urimelig å tro at visse deler av de psykiske funksjoner ikke er påvirket av så dyptgripende patologiske tilstander. Aksepterer man dette prinsipp, blir det uten mening å stille tilleggskrav om årsakssammenhenger«. Men i omtalen af civilretlige regler s. 46 ff er det lagt til grund, at spørgsmålet ofte vil være, »om den psykiatriske lidelse kan antas å ha hatt eller eventuelt vil få noen innflytelse på observandens disposisjoner«. Det hedder om testamenthabilitet: »Det avgjørende vil ikke være om testator ved testamentoppsettelsen var sinnssyk eller åndssvak, men om han var så sløv eller svekket at han ikke kunne antas å uttrykke sin vilje på en adekvat måte«. Tilsvarende synspunkter findes i Gabriel Langfeldt, *Rettspsykiatri*, 2. utg. (1959) s. 74 f og 186 f.

Men hos Einar Kringlen, *Psykiatri*, 4. utg. (1982) s. 560 antages det, at mennesker kan være psykotiske på visse områder, uden at hele personligheden er ramt af psykosen.

Uanset hvilken af de foran skitserede opfattelser man slutter sig til, er der formentlig gode grunde til, at retspsykiatrien i Danmark afholder sig fra at udtale sig om kriteriet »utilregnelig« i straffelovens § 16. Kriteriet er så ubestemt, at det ikke angiver noget tema for en lægelig udtalelse. Retspsykiatere må gå ud fra, at loven har villet lade domstolene tage stilling til, hvilke krav eller retningslinier der skal indlægges i ordet.

Det skal også nævnes, at forslag om at indføre det i norsk ret kendte rent psykiatriske kriterium på straffrihed ikke behøver at støtte sig på et postulat om psykosens indvirkning på sjælelivet i dets totalitet. Det er tilstrækkeligt at henvise til, at det rent psykiatriske kriterium giver størst sikkerhed for, at frihedsstraf ikke rammer personer, der kan have været under indflydelse af psykotiske tilstande, og som ikke hører hjemme i et fængsel.

1.3. Organisation af retspsykiatrien

I overensstemmelse med det tidligere anførte om, at retspsykiatri er et lægeligt område, et ekspertområde inden for psykiatrien, er det amterne (og Københavns og Frederiksberg kommuner), der som sygehusmyndighed er ansvarlig for al retspsykiatrisk virksomhed på linie med, at amtskommunerne er ansvarlige for sundhedsvæsenet i øvrigt. Dette fremgår af lov nr. 328 af 26. juni 1975 om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne, hvor det i § 3, stk. 1, hedder: »Det påhviler amtskommunerne og Københavns og Frederiksberg kommuner på disses psykiatriske sygehuse eller sygehusafdelinger at modtage: a) personer, der efter retskendelse skal indlægges til mentalundersøgelse; b) personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus eller på anden måde undergives psykiatrisk behandling; c) personer, der efter Justitsministeriets eller overøvrighedens bestemmelse skal anbringes i psykiatrisk sygehus; d) personer, der som vilkår for prøveløsladelse eller tiltalefrafald skal undergives psykiatrisk behandling«. Hele omlægningen af psykiatrien fra et statsligt til et amtskommunalt ansvarsområde blev behandlet i et omfattende udvalgsarbejde. Blandt de mange underudvalg var også et, der behandlede de retspsykiatriske opgaver. Underudvalget konkluderede, at der ikke var behov for at etablere særlige retspsykiatriske institutioner (»kriminalasyler«), og at de retspsykiatriske funktioner var en naturlig og integreret del af psykiatrien som sådan. Denne grundlæggende opfattelse er ikke siden blevet betvivlet, om end omfattende ændringer i strukturen af det psykiatriske behandlingssystem, en stadig stigende opmærksomhed på patientrettigheder og retssikkerhed samt en række andre forhold har medført en betragtelig øgning af de retspsykiatriske opgaver.

Kernen i det psykiatriske behandlingssystem har i næsten 150 år været de store psykiatriske hospitaler. Gennem de sidste 10-15 år er denne struktur fundamentalt ændret. Over halvdelen af de psykiatriske sengepladser er nedlagt og erstattet af distriktspsykiatriske enheder, hvor de psykiatriske patienter modtager ambulant behandling. Yderligere er der sket en sektorisering i form af, at de resterende hospitalsafdelinger, ofte i samarbejde med en eller flere distriktspsykiatriske enheder, varetager behandlingen af psykiatriske patienter i et afgrænset geografisk område. En sådan enhed vil typisk bestå af et mindre lukket afsnit samt nogle åbne afsnit. På de store psykiatriske hospitaler med mange lukkede, halvåbne og åbne afsnit

1.3. Organisation af retspsykiatrien

kunne de retspsykiatriske patienter anbringes på den afdelingstype, der passede bedst til karakteren og sværhedsgraden af patientens sygdom. Man arbejdede yderligere efter fortyndingsprincippet og tilstræbte, at der kun var enkelte retspsykiatriske patienter på de enkelte afsnit. Den ændrede struktur har medført, at de retspsykiatriske patienter nu syner væsentligt mere, idet der er færre afdelinger til at rumme disse patienter, og yderligere har antallet af patienter idømt en psykiatrisk særforanstaltning, jf. straffelovens §§ 68 og 69, siden 1980 været stadig stigende. Halvdelen lider af skizofreni. En lignende udvikling er set i bl.a. England, USA og Sverige. Det er den almindelige opfattelse, at årsagen til stigningen væsentligst er omlægningen af det psykiatriske behandlingssystem. De mest syge, ofte skizofrene, patienter kan ikke honorere kravet om ambulant fremmøde, regelmæssig medicinindtagelse mv. Disse patienter lever således en stadig mere marginaliseret tilværelse og er ofte mere eller mindre ubehandlede med en heraf følgende øget risiko for kriminel adfærd. Denne udvikling har medført, at der er etableret retspsykiatriske afdelinger på flere psykiatriske hospitaler, se herom kap. 6.3.2.

Udover at varetage behandlingen af retspsykiatriske patienter foretager de retspsykiatriske afdelinger også i varierende omfang mentalobservationer. Tidligere udarbejdede embedslæger mentalerklæringer vedrørende ikke-indlagte mentalobservander. Embedslægevæsenet er igennem de senere år blevet omlagt, og det er tanken, at en række retslægelige funktioner, herunder retspsykiatrisk arbejde, helt skal fjernes fra embedslægevæsenet. Det er ved flere embedslægeinstitutioner blevet praksis at indgå aftale med psykiatere om, at disse foretager ambulante mentalundersøgelser. Nogle steder i landet foretager de retspsykiatriske afdelinger en del af de ambulante mentalundersøgelser.

Om embedslægerne, se lov nr. 381 af 13. juni 1973 og bkg. nr. 474 af 12. september 1974. I Bet. nr. 1015/1984, s. 33 anbefales, at embedslægeinstitutionerne fritages for pligten til at udføre mentalobservationer.

I København varetager Retspsykiatrisk Klinik, som hører under Justitsministeriet, alle mentalundersøgelser af sigtede fra Københavns politi og omegnskredsene. Endvidere varetages behandlings-, undervisnings- og forskningsopgaver inden for retspsykiatrien. Klinikken har i de senere år afgivet ca. 100 mentalerklæringer pr. år, rundt regnet en fjerdedel af samtlige i hele landet. Klinikens historie er beskrevet af Peter Kramp (1987).

Psykiatriloven af 1989 er det klareste eksempel på, hvorledes den

Kap. 1. Indledning

øgede opmærksomhed om patientrettigheder, retssikkerhed mv. har medført, at en række indgreb over for de psykiatriske patienter er blevet lovreguleret og således blevet et retspsykiatrisk anliggende, se herom kap. 2. Den øgede kontrol med ledsagende klageadgang har medført en øget arbejdsbyrde for de psykiatriske afdelinger i form af udarbejdelse af erklæringer, fremmøde i retten m.m. Denne udvikling er yderligere forstærket af, at antallet af tvangsindlæggelser igennem de senere år har været stigende – hvilket isoleret set ikke skyldes lovændringer, idet kriterierne for tvangsindlæggelser er uændrede –, og at antallet af klager, det være sig til domstole eller patientklagenævn, i de få år, loven har været i funktion, ligeledes har været stigende.

Samlet ses således, at retspsykiatrien »fylder« stadig mere i almenpsykiatrien. Denne udvikling er ikke speciel for Danmark, men ses også i en række andre lande. Retspsykiatriens vækst viser sig også ved dannelsen af stadigt flere nationale og internationale retspsykiatriske selskaber og organisationer samt udgivelse af internationale retspsykiatriske håndbøger, lærebøger og tidsskrifter.

Utredning och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare i Norden (1995) indeholder bl.a. en gennemgang af bestemmelserne om psykisk abnorme lovovertrædere i de fem nordiske lande og en beskrivelse af, hvorledes behandlingen af retspsykiatriske patienter er organiseret. Blandt de engelsksprogede lærebøger i retspsykiatri skal fremhæves Robert Bluglass & Paul Bowden (eds): *Principles and Practice of Forensic Psychiatry* (1990); John Gunn & Pamela Taylor (eds): *Forensic Psychiatry; Clinical, Legal and Ethical Issues* (1993) samt (den amerikanske) Ricard Rosner (ed.): *Forensic Psychiatry: a Comprehensive Textbook* (1993). UNICRI, en organisation under FN, har udgivet en oversigt over bestemmelserne vedrørende psykisk afvigende kriminelle i en række lande (Adelmo Manna m.fl., 1993). Der udgives nu mere end 30 rent retspsykiatriske tidsskrifter i verden. Her kan nævnes *Journal of Forensic Psychiatry*, som er ret klinisk orienteret, *International Journal of Law and Psychiatry*, som er mere teoretisk/filosofisk orienteret, og *Journal of Psychiatry and Law*, som næsten udelukkende omhandler amerikanske forhold.

1.4. Retslægerrådet

1.4.1. Retslægerrådets organisation og arbejdsform

Retslægerrådet, der blev oprettet i 1909, er et sagkyndigt organ under Justitsministeriet, hvis opgave er »... at afgive lægevidenskabelige og farmaceutiske skøn til offentlige myndigheder i sager om enkeltpersoners retsforhold«. Retslægerrådets medlemmer beskikkes af dronningen efter indstilling fra justitsministeren, men rådet er i sin faglige virksomhed uafhængigt af Justitsministeriet. Retslægerrådets opgaver, sammensætning mv. fremgår af lov nr. 60 af 25. marts 1961 med tilhørende forretningsorden nr. 97 af 20. april 1961.

Retslægerrådet blev oprettet ved lov nr. 111 af 30. april 1909 om Sundhedsvæsenets Centralstyrelse, hvor »Det kongelige Sundhedskollegium« blev delt i to lige store organer: Sundhedsstyrelsen og Retslægerrådet. Sundhedsstyrelsen skulle tage sig af administrationen af sundhedsvæsenet, føre tilsyn med medicinalpersonale og rådgive i sundhedspolitiske forhold, medens Retslægerrådet skulle tage sig af de rent sagkyndige skøn og erklæringer. Det blev fremhævet, at rådet skulle være »uafhængigt af administrationen, så det frit kan udtale sine anskuelser uden bihensyn, og så uangribeligt som muligt i saglig forstand, så dets erklæringer har al den autoritet, som kan skaffes«.

Senest har Retslægerrådets virksomhed været overvejet af et udvalg, der afgav Bet. nr. 1196/1990. Udvalgets flertal anbefalede en vis modernisering af rådets arbejdsform, men i øvrigt ingen ændringer af rådets opgaver, sammensætning mv., medens et mindretal foreslog betydelige ændringer, bl.a. lægmandsrepræsentation i rådet, mundtlig forhandling i visse typer af sager mv. Betænkningen har ikke givet anledning til lovændringer.

Retslægerrådet afgiver en årsberetning, som efter en afbrydelse i årene 1968-87 er genoptaget fra 1988. Årsberetningen indeholder en gennemgang af en række udvalgte sager, der belyser, hvorledes rådet arbejder, og hvilke forhold rådet lægger vægt på i sine vurderinger. Årsberetningerne indeholder også oversigtsartikler af mere generel karakter, oplysninger om rådets medlemmer og sagkyndige, en gennemgang af visse administrative forhold samt oplysninger om antallet af behandlede sager, inddelt i sagsgrupper.

Retslægerrådet består af 11 medlemmer. Rådet arbejder i to afdelinger, en retspsykiatrisk og en retsmedicinsk (»somatisk«). Denne fremstilling vil koncentrere sig om rådets retspsykiatriske arbejde, men den retsmedicinske afdeling arbejder efter stort set samme ret-

Kap.1. Indledning

ningslinier. Retslægerrådet ledes af en formand, der er udpeget blandt medlemmerne af Justitsministeriet. Formanden bestemmer, i hvilken afdeling en sag skal behandles, og hvem der skal deltage i sagens behandling. Endvidere er der to næstformænd, en for hver afdeling. Den psykiatriske afdeling består af syv medlemmer, den somatiske af fire, en retsmediciner (formanden), en intern mediciner, en kirurg og en gynækolog-obstetriker. Rådet har desuden tilknyttet et antal sagkyndige, som dækker de forskellige (somatiske) specialer. Rådet kan inddrage andre sagkyndige i sagsbehandlingen. Den daglige ledelse af Retslægerrådets sekretariat varetages af en sekretariatschef, som er jurist. Sekretariatet har tilknyttet lægelige sekretærer, som forbereder sagerne. Sekretariatschefen vejleder ved behov de voterende, f.eks. i form af fortolkning af love og andre bestemmelser.

Retslægerrådet udarbejder næsten altid sine udtalelser på grundlag af skriftligt materiale, dvs. en sags akter. Når sagen er modtaget, oprettes en journal, som indeholder et sagsresumé, udarbejdet af en lægelig sekretær, kopi af relevante erklæringer og skrivelser, de interne voteringsark samt, når sagen er færdigbehandlet, rådets udtalelse. Sagerne behandles skriftligt på den måde, at sagens akter og rådets journal sendes i cirkulation til de voterende. Under særlige omstændigheder kan mundtlig forhandling finde sted. Normalt behandles konkrete sager af tre medlemmer eller sagkyndige. I sager vedrørende klage over tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse deltager dog efter fast praksis kun to medlemmer, idet disse sager normalt er forholdsvis enkle at vurdere og efter deres karakter kræver en hurtig behandling. Er der uenighed mellem de voterende, cirkulerer sagen igen, evt. flere gange, således at de forskellige synspunkter kan overvejes, en foreliggende tvivl afklares mv. Såfremt rådets medlemmer ikke er enige, vil der blive afgivet dissens.

Det har været kritiseret, at der ikke hyppigere forekommer dissens i rådets udtalelser. Spørgsmålet diskuteres i Bet. nr. 1196/1990 s. 88 ff, hvor udvalget fremhæver, at hvis der er uenighed mellem de voterende om forhold, der er af væsentlig betydning for rådets erklæring, skal dette fremgå af udtalelsen.

Retslægerrådets psykiatriske udtalelser er normalt på en halv til en hel A-4 side. De indeholder en kort gennemgang af de forhold, rådet har lagt vægt på i sin vurdering af sagen, herunder om nogle af disse

forhold giver anledning til tvivl, jf. forretningsordenens § 6, hvor det hedder, at »...rådets erklæringer skal være ledsaget af grunde. Frembyder sagen tvivl, skal der redegøres herfor«. Udtalelserne vil endvidere så vidt muligt indeholde en diagnostisk vurdering og slutte med en stillingtagen til sagens konkrete retspsykiatriske spørgsmål.

Retslægerrådets responsum vil som altovervejende hovedregel tilgodese domstolenes behov for rådets vurdering i en sag, men det hænder nogle få gange årligt – og fortrinsvis i somatiske sager – at rådets udtalelse ønskes uddybet ved personligt fremmøde i retten af et af de medlemmer (eller en sagkyndig), der har deltaget i sagens behandling. Rådets responsum udarbejdes typisk af tre voterende, og den, der afhøres, må derfor indskrænke sig til at uddybe de svar, rådet har afgivet, og enten afvise at besvare yderligere spørgsmål men henvise til, at de kan forelægges rådet, eller besvare spørgsmålene som ekspert på området, men samtidig betone, at svaret ikke nødvendigvis dækker rådets opfattelse.

I Bet. nr. 1196/1990, s. 91 ff fremhæves, at den skriftlige sagsbehandling er og bør være den absolutte hovedregel, hvilket bl.a. indebærer den fordel, »at man får det samlede råds nøje overvejede vurdering af det supplerende spørgsmål«. Se også Retslægerrådets Årsberetning 1988, s. 31 f, og 1992, s. 21 ff.

Retslægerrådet afholder normalt 2-3 ordinære møder pr. år, hvor spørgsmål af almen karakter drøftes. De to afdelinger kan også holde særskilte møder, hvor mere specifikke faglige emner behandles.

1.4.2. Sagens oplysning

Som det fremgår af § 1 i lov om Retslægerrådet, kan kun »offentlige myndigheder« anmode rådet om en udtalelse. I straffesager vil det typisk være anklagemyndigheden, der anmoder om en udtalelse. Ønsker f.eks. en forsvarsadvokat en supplerende udtalelse, skal sagen således fremsendes gennem anklagemyndigheden. Skulle anklagemyndigheden afslå dette, kan advokaten indbringe spørgsmålet for retten.

Sager vedrørende tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse fremsendes af den domstol, der behandler sagen. I de øvrige civilretlige sager vil det i nogle tilfælde være retten, der sørger for sagens oplys-

Kap.1. Indledning

ning, dvs. indhenter de fornødne erklæringer, i andre er det en af sagens parter, der formulerer et spørgetema, som herefter med rettens godkendelse fremsendes til rådet.

Uafhængigt af, om det er en civilretlig eller strafferetlig sag, bør samtlige akter normalt vedlægges, når en sag forelægges rådet. Det er endvidere en forudsætning, at der foreligger lægelige udtalelser eller erklæringer. Det sker undertiden i såvel strafferetlige som civilretlige sager, at der alene foreligger psykologiske eller social-pædagogiske erklæringer. Rådet vil som absolut hovedregel ikke behandle en sag alene på grundlag af et sådant materiale, men må som basis for en udtalelse have en lægelig erklæring.

Rådet vil ikke sjældent være i den situation, at det tidligere har afgivet udtalelse om den person, sagen omhandler. Rådet kan som udgangspunkt ikke videregive oplysninger fra en tidligere sag, idet disse oplysninger vil være omfattet af tavshedspligten, jf. forvaltningslovens §27. Bestemmelsen har begrænset betydning i straffesager, idet de fremsendte akter normalt vil indeholde forakter samt eventuelle tidligere erklæringer mv. Har rådet tidligere afgivet udtalelse på grundlag af dette materiale, vil det derfor aktuelt kunne henviser til den (de) tidligere udtalelse(r) og koncentrere sig om forløbet siden da. Derimod vil rådet normalt ikke inddrage materiale fra civilretlige sager, som er i rådets besiddelse, såfremt dette materiale ikke er vedlagt straffesagens akter. Der vil dog være tilfælde, hvor rådet kan være forpligtet til at anvende dette materiale, eksempelvis i en situation, hvor rådet har dokumenter fra en tvangsindlæggelses-sag, der viser, at personen har været sindssyg på gerningstidspunktet, men hvor dette ikke fremgår af straffesagens akter. I civilretlige sager vil rådet normalt være afskåret fra at anvende dokumenter fra tidligere sager, civilretlige eller strafferetlige, som er i rådets besiddelse, såfremt disse oplysninger ikke fremgår af dokumenterne i den aktuelle sag. Dette følger allerede af, at det er sagens parter, der råder over en sags oplysning. Men også i sager, hvor domstolene mere aktivt deltager i selve sagens oplysning, vil Retslægerådets muligheder for at videregive oplysninger være begrænset af reglerne om tavshedspligt.

Dette forhold er især aktuelt i sager vedrørende psykiatriloven. Det materiale, der her fremsendes til rådet, består normalt af en erklæring fra den pågældende afdeling vedlagt patientens klage, kopi af tvangsprotokollen, evt. udskrift af retsbogen mv. Det følger af ovenstående, at rådet er afskåret fra at an-

vende erklæringer mv. udarbejdet i anledning af en tidligere klage over tvangsindlæggelse/tvangstilbageholdelse, såfremt dette materiale ikke er vedlagt sagen. Det skal derfor anbefales, at tidligere erklæringer mv. af afdelingen vedlægges sagen i kopi (jf. også Retslægerådets Årsberetning 1994, med rådets vejledning om udarbejdelse af erklæringer i psykiatrilovssager). I de tilfælde, hvor det foreliggende erklæringsmateriale i en sag om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse ikke opfylder minimumskraverne i rådets vejledning, vil rådet normalt rette direkte henvendelse til det pågældende hospital med anmodning om en supplerende erklæring samtidig med, at der gives besked herom til den ret, der behandler sagen. Denne praksis, som er en afvigelse fra hovedreglen om, at Retslægerrådet aldrig selv bidrager til en sags oplysning, er indført med henblik på at fremme ekspeditionen af disse ofte hastende sager.

Ved behandlingen af andre civilretlige sager hænder det, at rådet bliver opmærksom på, at der kan eksistere supplerende lægelige oplysninger, som kan være af betydning for rådets udtalelse. Rådet vil i disse situationer gøre sagens parter opmærksom på dette materiale med en forespørgsel om, hvorvidt det ønskes, at materialet skal indgå i rådets vurderingsgrundlag. Er det tilfældet, vil sagens parter blive anmodet om selv at indhente dette materiale. Se i øvrigt Bet. nr. 1196/1990 s. 131 ff og Jan Rasmussen (1991).

1.4.3. Retslægerådets opgaver

Retslægerådets hovedopgave er som anført at afgive udtalelser om enkeltpersoners retsforhold, men efter en årelang praksis afgiver rådet også i et vist omfang udtalelser om generelle lægevidenskabelige spørgsmål, f.eks. ved udformningen af ny lovgivning. Rådet kan endvidere være repræsenteret i udvalg, et eksempel herpå er psykiatrilovsudvalget.

Retslægerrådet behandler årligt over 2.000 sager. Heraf udgør de retspsykiatriske sager den største enkeltgruppe, nu årligt omkring 800. Kvantitativt dominerer det strafferetlige område med over 500 sager pr. år. Det civilretlige område omhandler i første række sager vedrørende tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse. Hertil kommer sager om umyndiggørelse, om personers evne til at handle fornuftmæssigt i aftaleforhold mv. Sjældent optrædende sager er spørgsmål om testamenthabilitet, spørgsmål i relation til forsikringslovgivningen mv.

Retslægerådets opgave i straffesager er at påse, at mentalundersøgelsen er gennemført tilstrækkeligt grundigt, og at der er indhentet de nødvendige oplysninger til sagens belysning samt at vurdere er-

Kap. 1. Indledning

klæringens konklusion set i lyset af det samlede materiale, dvs. mentalerklæringen og sagens akter. Rådets opgave er således at foretage et overskøn af allerede tilvejebragt materiale og fremsætte forslag om, hvilke forholdsregler der kan bringes i anvendelse over for psykisk afvigende lovovertrædere. Det må videre antages, at selve det forhold, at den undersøgende læge ved, at en erklæring efterfølgende kan blive forelagt Retslægerådet, vil medvirke til at højne kvaliteten af de afgivne erklæringer. Endelig er rådet med til at sikre en ensartet praksis i sager vedrørende psykisk afvigende lovovertrædere.

Det mere principielle spørgsmål har været rejst, om det er forsvarligt, at rådet arbejder og afgiver udtalelser på grundlag af et skriftligt materiale. Bet. nr. 1196/1990, s. 75 ff indeholder en række overvejelser om spørgsmålet, og det er flertallets opfattelse, at den skriftlige sagsbehandling indebærer en række fordele, bl.a. at de skriftlige voteringer kræver større omhu og er mere forpligtende end den mundtlige form. Hertil kommer en række praktiske hensyn begrundet i sagsantallet.

Den skriftlige sagsbehandling forudsætter bl.a., at de erklæringer, der ligger til grund for rådets udtalelser, er så grundige og fagligt kompetente, at de selvstændigt tillader en detaljeret klinisk vurdering. Som eksempel kan nævnes, at der til brug ved psykiatrilovssager flere steder er udarbejdet forskellige ret kortfattede skematiske erklæringskoncepter, der udfyldes med overvejende helt faktuelle oplysninger. Disse erklæringer er anvendelige for både domstole og patientklagenævn, idet såvel patient som patientrådgiver/advokat og behandlende læge som regel vil være til stede, når sagen behandles, og således kan supplere og uddybe erklæringens indhold. Disse erklæringer er imidlertid sjældent fyldestgørende for Retslægerådet, idet de netop ikke tillader de voterende at foretage en klinisk vurdering af patienten som grundlag for den skriftlige sagsbehandling.

Det er vigtigt at fremhæve, at Retslægerådet er et rådgivende organ, rådet træffer ikke afgørelser. Det hævdes undertiden, at om end dette formelt er korrekt, så følger de instanser, der træffer afgørelse i sager, hvor Retslægerådet er hørt, i så stort omfang rådets vurdering, at rådet reelt træffer afgørelse. Spørgsmålet behandles i Bet. nr. 1196/1990, bl.a. med henvisning til to undersøgelser, der viser, at i lægefejsager er sagens afgørelse langt fra altid i overensstemmelse med rådets vurdering.

Der findes ingen undersøgelser, der på tilsvarende måde belyser de retspsykiatriske sager. I straffesager vil rådets udtalelse være todelte. Først tages stilling til den diagnostiske placering af den sigtede. Herefter tages stilling til sanktionsspørgsmålet. Erfaringsmæssigt føl-

ger domstolene næsten undtagelsesfrit rådets udtalelser i spørgsmålet om, hvorvidt en sigtet er sindssyg eller ikke-sindssyg. Anden del af rådets udtalelse i straffesager omhandler sanktionsspørgsmålet, og her følger domstolene langt fra altid rådets anbefaling, hvilket heller ikke er at forvente. Retslægerådet er et lægefagligt organ, som må lægge lægelige synspunkter til grund for sine forslag til sanktionsfastsættelse, medens domstolenes afgørelse er begrundet i et bredere spektrum af synspunkter og hensyn. Adskillige domsreferater i det følgende, særlig i kap. 3, belyser dette.

1.4.4. Uenighedssager

Efter § 4 i forretningsordenen skal rådet forhandle med den læge, der tidligere har afgivet erklæring i sagen, såfremt det må antages at være af betydning for en sags bedømmelse. Denne situation vil i den retspsykiatriske afdeling typisk omfatte de tilfælde, hvor det foreliggende erklæringsmateriale er ufuldstændigt, hvilket er tilfældet i 15-20 % af sagerne. Rådet vil normalt ikke »forhandle« direkte med den erklæringsskrivende læge, men anmode den rekvirerende instans om at indhente en supplerende erklæring, eventuelt med angivelse af, hvilke punkter der ønskes uddybet. Rådet kan også anbefale, at der indhentes en erklæring fra særlig sagkyndig i retspsykiatri.

Videre hedder det i § 4, at en sådan forhandling altid skal finde sted, hvor der er »væsentlig uoverensstemmelse« mellem erklæringen og rådets bedømmelse af sagen, dvs. at det foreliggende materiale er fyldestgørende, men at rådet drager en anden konklusion end den undersøgende psykiater. En sådan forhandling finder sted i 10-15 % af de retspsykiatriske sager og næsten udelukkende i straffesager. Rådet vil her fremsende den påtænkte udtalelse til den erklæringsskrivende psykiater og anmode om den pågældendes bemærkninger hertil. Når disse bemærkninger er modtaget i rådet, behandles sagen på ny. Korrespondancen vedlægges Retslægerådets endelige udtalelse.

De hyppigst forekommende tilfælde af »væsentlige uoverensstemmelser« omhandler sanktionsforslaget, eksempelvis spørgsmålet om valg mellem særforanstaltning og almindelig straf eller om anbefaling af en mere eller mindre indgribende psykiatrisk særforanstaltning. Mindre forskelle i opfattelsen, f.eks. hvorvidt tilsyn af kriminal-

Kap. 1. Indledning

forsorgen, eventuelt med en række særvilkår, må tilrådes, vil normalt ikke medføre forhandling med den erklæringsskrivende læge, medmindre der i en given sag er konkrete grunde hertil. Endelig forhandles der undertiden i situationer, hvor det for rådet er uklart, hvad erklæringen konkluderer, f.eks. hvilken foranstaltning der anbefales. Forhandlingen er i disse tilfælde ikke nødvendigvis udtryk for uoverensstemmelse, men har en afklarende karakter.

Der forhandles selvsagt også, såfremt der er en væsentlig uoverensstemmelse i den diagnostiske opfattelse, f.eks. i spørgsmålet psykotisk/ikke psykotisk, medens nuanceforskelle normalt ikke medfører forhandling. Som et eksempel kan nævnes en psykotisk person, hvor spørgsmålet kan være, hvorvidt det drejer sig om en egentlig skizofreni eller om en forbigående sindssygdomsepisode udløst af et stofmisbrug. Rådet kan hælde til én opfattelse, erklæringen til en anden, men er der enighed om, at det drejer sig om en psykose, og om sanktionsforslaget, vil rådets udtalelse typisk nævne de to muligheder med en tilkendegivelse af, hvilken opfattelse rådet hælder til, men uden at dette medfører forhandling.

Efter forretningsordenens § 5 kan rådet lade den person, sagen angår, undersøge af et eller flere af rådets medlemmer eller sagkyndige. Forudsætningen for en sådan undersøgelse er dels, at det foreliggende materiale ikke skønnes at give tilstrækkeligt grundlag for bedømmelse af sagen, og dels at et sådant grundlag ikke kan tilvejebringes på en anden og mere hensigtsmæssig måde, f.eks. i form af en supplerende speciallægeundersøgelse. De få tilfælde, hvor reobservation hos et af rådets medlemmer har fundet sted, har typisk drejet sig om sager vedrørende alvorlig kriminalitet, hvor der har foreligget et omfattende observations- og erklæringsmateriale, eventuelt med modstridende konklusioner. Formålet med en reobservation hos et af rådets medlemmer er således navnlig at give det pågældende medlem lejlighed til at vurdere det eksisterende grundlag for en udtalelse i lyset af en personlig undersøgelse og vurdering af den pågældende. Et eksempel er nærmere beskrevet i kap. 7.11.

Kapitel 2

Frihedsberøvelse og anden tvang

2.1. Psykiatriloven af 1989

Lov nr. 331 af 24. maj 1989 om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien («psykiatriloven») har med virkning fra 1. oktober 1989 afløst lov nr. 118 af 13. april 1938 om sindssyge personers hospitalsophold («sindssygeloven»). Den nye lov fastlægger lige som den gamle, under hvilke betingelser der kan ske tvangsmæssig indlæggelse eller tilbageholdelse af en patient i psykiatrisk hospital eller afdeling, og hvilke fremgangsmåder der skal følges i forbindelse med afgørelser herom. Som noget nyt indeholder loven af 1989 desuden regler om anvendelse af anden tvang over for patienter. Ved tvang forstås efter lovens § 1, stk. 2, »anvendelse af foranstaltninger, som patienten modsætter sig«.

Loven har det dobbelte formål at afgive hjemmel til anvendelse af frihedsberøvelse og anden tvang og at sætte grænser for denne tvang. Det er lovens grundprincip, at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling så vidt muligt skal finde sted med patientens samtykke, § 3, stk. 1, og at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt, for at opnå frivillig medvirken, § 4, stk. 1. Til disse udgangspunkter føjer sig nogle almindelige principper med hensyn til anvendelse af tvang, § 4, stk. 2-4: tvangen skal stå i et rimeligt forhold til det, som søges opnået; den må ikke gå ud over, hvad der er nødvendigt for at opnå det tilsigtede formål; den mindre indgribende foranstaltning skal foretrækkes frem for den mere indgribende, hvis den er tilstrækkelig («det mindste middels princip»); i sin udførelse skal tvangen være så skånsom som muligt.

Der foreligger omfattende og grundige forarbejder til loven af 1989 i en betænkning afgivet af det af Justitsministeriet i 1983 nedsatte udvalg vedrørende sindslidendes retsstilling. Udvalget afgav først en »Principbetænkning om tvang i psykiatrien« 1-2 (Bet. nr. 1068/1986) og derefter »Afsluttende udda-

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

lelse vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien« (Bet. nr. 1109/1987). Den sidstnævnte betænkning indeholder udvalgets lovudkast med bemærkninger. Et lovforslag blev fremsat i 1987, men bortfaldt i forbindelse med valg til Folketinget. Lovforslaget genfremsattes i 1988 med nogle ændringer i kap. 10 om klagebehandling. Der henvises til Folketingstidende 1988/89 tillæg A sp. 2035 ff, tillæg B sp. 1323 ff.

En kommenteret udgave af loven er udgivet af Poul Dahl Jensen & Jørgen Paulsen, *Tvang i psykiatrien* (1991).

Om sindssygeloven af 1938 henvises til Th. Gjerulff (1942) og Lars Busck (1982). Om kritik af loven se Jørn Vestergaard, Jytte Willadsen & Preben Wilhjelm (1985). – Hans Adserballe (1977) indeholder en udførlig redegørelse for 1938-lovens anvendelse og for principielle overvejelser vedrørende en lovregulering.

2.2. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

2.2.1. Tvangsindlæggelse

2.2.1.1. Flere betingelser skal være opfyldt, hvis der skal kunne ske tvangsindlæggelse på psykiatrisk afdeling, § 5. For det første skal patienten være sindssyg eller befinde sig i en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom. For det andet skal det findes uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende. Og denne konklusion om uforsvarligheden af at afstå fra frihedsberøvelse skal for det tredje bygge på, at mindst ét af to yderligere kriterier er opfyldt, nemlig at

»1) udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet eller

2) den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre«.

Endelig bemærkes, at loven i bestemmelserne herom taler om frihedsberøvelse »med henblik på behandling«.

Disse betingelser i lovens § 5 vil nedenfor blive omtalt hver for sig. Hertil føjes bemærkninger om den fremgangsmåde, som skal følges ved tvangsindlæggelse.

2.2.1.2. Udtrykket »sindssyg« skal forstås i overensstemmelse med lægelige begreber. Det betyder altså »psykotisk« og omfatter alle de tilstande, som efter den rådende lægelige opfattelse anses som psykoser, se herom kap. 7. Der findes i lovens forarbejder en udtalelse fra Retslægerådet, som indeholder følgende om sindssygdomsbegrebet:

2.2 *Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse*

»Sindssygdom (synonymt med psykose) er en psykisk abnorm tilstand, i første række kendetegnet ved en ændring af realitetsvurderingen, et indgreb i patientens muligheder for at opleve og vurdere sin omverden og sig selv, sin tilstand og handlinger i overensstemmelse med »virkeligheden«, dvs. i overensstemmelse med hans egen tidligere oplevelse af samme emner, respektive med omgivelsernes vurdering heraf. Der hersker efter Retslægerådets opfattelse udbredt faglig enighed om, hvad sindssygdom (psykose) er. Uanset divergenser i afgrænsningen af de enkelte psykosekategorier inden for de enkelte psykiatriske skoler og uanset de vanskeligheder, der i konkrete tilfælde kan være forbundet med at træffe afgørelsen: psykotisk – ikke-psykotisk, ligger psykosebegrebet (sindssygdomsbegrebet) således i det væsentlige fast. At erstatte betegnelsen sindssygdom med f.eks. »alvorlig sindslidelse« vil efter Retslægerådets mening kunne afstedkomme unødigt uklarhed, specielt i relation til neurosebegrebet«.

Loven af 1938 indeholdt ikke andre lægelige kriterier end »sindssyg«, og formelt var der derfor ikke hjemmel til tvangsindlæggelse eller -tilbageholdelse af en psykisk afvigende person, der ikke kunne betegnes som sindssyg. Der havde imidlertid udviklet sig en praksis, hvorefter denne begrænsning ikke blev overholdt. Undersøgelser og skøn tydede på, at ca. 20% af de tvangsindlagte viste sig ikke at være sindssyge ved indlæggelsen eller under hospitalsopholdet. I forarbejderne til den nye lov blev det fastslået, at der ikke var grundlag for saglig kritik af tvangsindlæggelserne i denne gruppe af tilfælde. Det var derimod en mangel ved lovgrundlaget, at der ikke var formel hjemmel for afgørelserne.

Resultatet af overvejelserne blev, at kriteriet »sindssyg« suppleredes af ordene »eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed«. Bortset fra ordet »ganske« er ordvalget overtaget fra straffelovens § 16 (se herom kap. 3.3.2). Det fremgår imidlertid af forarbejderne til psykiatriloven, at det citerede udtryk ikke nødvendigvis skal forstås på samme måde som i strafferetten, men skal anvendes under hensyn til »de overvejende behandlingsmæssige formål, som denne lov forfølger«. Medens udtrykket »sindssygdom« (psykose) utvivlsomt betyder det samme i forskellige retlige sammenhænge, rummer tilføjelsen om »ligestillede« tilstande ikke et rent psykiatrisk begreb, men kan anvendes mere fleksibelt og pragmatisk. I straffelovens § 16 er der tale om en afgrænsning af de personer, der ikke bør anses som strafansvarlige. I psykiatriloven lægges vægten på de aktuelle tilstande, der af behandlings- eller farlighedsgrunde i udalt grad taler for et ophold i psykiatrisk afdeling.

Som eksempler på de med sindssygdom ligestillede tilstande næv-

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

ner forarbejderne »visse affektsplosive tilstande, abnorme enkeltreaktioner, som er ledsaget af bevidsthedsændringer, patologiske reaktioner på alkohol og/eller psykofarmaka, visse biologisk betingede tilstande, tågetilstand i forbindelse med epileptiske anfald og anorexia nervosa – nervøs spisevægring – med svær afkræftelse og livsfare til følge«.

2.2.1.3. En patient, der er i en af de nævnte tilstande, kan tvangsindlægges ud fra en *behandlingsindikation*. Det kan ske, hvis det ville være uforsvarligt ikke at foretage indlæggelse med henblik på behandling, fordi »udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentlig forringet«.

Loven af 1938 nævnte kun »udsigterne for den syges helbredelse«. Med den nye formulering har man ønsket at understrege, at også udsigten til en betydelig og afgørende bedring af tilstanden gennem hospitalsbehandling kan tale for en tvangsindlæggelse. Dette vil få selvstændig betydning i tilfælde, hvor det ikke er realistisk at regne med en udsigt til varig helbredelse. Den udsigt til bedring, som loven taler om, forudsættes at være af en sådan grad, at bedringen kan tænkes at føre til udskrivning.

Ugeskrift for Retsvæsen 1993.178

En 40-årig kvinde K blev tvangsindlagt på behandlingsindikation og påklagede afgørelsen. Ifølge en erklæring fra Retslægerådet havde K gennem nogle år givet udtryk for sindssygelige vrangforestillinger; disse havde holdt sig efter indlæggelsen, og K var desuden tankeforstyrret. Rådet fandt det uforsvarligt at udskrive K. Byretten fandt lovens betingelser for frihedsberøvelse opfyldt. Østre Landsret bestred ikke, at K var sindssyg, eller at den i sagen beskrevne medikamentelle behandling ville kunne bedre K's tilstand. Man fandt det imidlertid ikke godtgjort, at lovens krav om, at undladelse af frihedsberøvelse ville have været uforsvarlig, fordi udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers ville have været væsentligt forringet, havde været opfyldt. Den skete tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse samt den på hospitalet iværksatte tvangsbehandling fandtes derfor at have været ulovlige.

2.2.1.4. Sidestillet med den nævnte behandlingsindikation opstiller loven en *farlighedsindikation*. Tvangsindlæggelse med henblik på behandling kan ske, hvis det ville være uforsvarligt ikke at foretage den, fordi »den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre«.

I forbindelse med revisionsarbejdet blev det fra enkelte sider gjort

2.2 Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse

gældende, at kriteriet »fare for andre« ikke burde medtages, fordi afværgelse af en sådan fare er en politimæssig opgave. Over for dette blev det bl.a. anført, at kriteriet afværgelse af fare for andre også kan baseres på et hensyn til den sindssyge selv, idet tvangsindlæggelse kan beskytte den pågældende mod at begå lovovertrædelser.

Om farlighed hedder det i bemærkningerne til lovforslaget:

»Farlighedsindikation kan foreligge enten som fare for personen selv, typisk i form af risiko for selvmord eller alvorlig selvlemlæstelse, eller som fare for andre. Der stilles krav om, at faren skal være nærliggende og væsentlig.

Farlighedsbegrebet omfatter en vis kvalificeret og aktuel fare for person, herunder også trusler om vold eller selvlemlæstelse, brandstiftelse og lignende farlige handlinger. En blot mulig og mere fjern og uvis risiko for, at faren vil manifestere sig, er ikke tilstrækkelig. Verbale forulempelser, der ikke indeholder trusler om vold eller selvlemlæstelse, falder ligeledes uden for det foreslåede farlighedsbegreb«.

Til det anførte skal føjes, at der i tilfælde af verbale trusler altid må anlægges en konkret bedømmelse af, om truslerne indikerer den i loven nævnte fare. Med vold og anden fysisk aggression må navnlig sidestilles de trusler, der finder udtryk i omgang med knive, skydevåben o.l.

Behandlingsindikationen og farlighedsindikationen er som nævnt sideordnede eller alternative grundlag for tvangsindlæggelse. I praksis vil det let kunne forekomme, at begge indikationer er opfyldt på samme tid.

Selv hvor kun farlighedsindikationen kommer i betragtning, er det efter lovens §5 en betingelse for tvangsindlæggelse, at denne sker »med henblik på behandling«. Man kan spørge, om tvangsindlæggelse på grund af fare da er udelukket i alle tilfælde, hvor behandling af tilstanden må skønnes at være formålsløs. Der må i disse sjældne tilfælde gælde en formodning om, at farlighedsbedømmelsen gør udslaget, navnlig når det drejer sig om fare for andre, og at der altid består den mulighed, at behandling på psykiatrisk afdeling kan virke dæmpende på farligheden. Denne opfattelse har støtte i lovens forarbejder.

Retslægerådets Årsberetning 1991 s.32

Der refereres her tre sager om demente personer. I en af disse (F 2057) synes udtrykket »med henblik på behandling« i lovens §5 at have spillet en rolle. En 80-årig mand M var tvangsindlagt med senil demens på farlighedsindikation.

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

I forbindelse med en klagesags indbringelse for retten udtalte Retslægerådet, at det ville have været uforsvarligt ikke at tvangsindlægge M, idet han viste tendens til at flakke om uden at vide, hvor han var, og uden evne til at finde hjem. Han frembød en nærliggende fare for sig selv. I retten udtalte overlægen, at der ikke var nogen chance for bedring af tilstanden, og at der ikke kunne tilbydes nogen behandling; ophold på afdelingen var en overgangsordning, indtil der kunne skaffes en plejehjemsplads. Retten udtalte, at uanset om M forud for indlæggelsen måtte have frembudt en nærliggende og væsentlig fare for sig selv, måtte det lægges til grund, at behandling af M's sindssygdom ikke havde været indiceret og mulig. Tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse fandtes derfor ikke lovlig. Sagen kommenteres af Retslægerådet, som i den forbindelse henviser til en lignende sag refereret af Dahl Jensen & Paulsen s. 60.

2.2.2. Fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse

2.2.2.1. Tvangsindlæggelse sker under medvirken af en *læge*, se herom lovens § 6. Patientens nærmeste har pligt til at tilkalde en læge til en person, der må antages at være sindssyg, såfremt patienten ikke selv søger behandling. Hvis hverken de nærmeste eller andre (f.eks. naboer) tilkalder en læge, påhviler det politiet at gøre dette, hvilket i praksis forudsætter, at politiet har en formodning om, at personen er sindssyg og i behov for lægehjælp.

Ordvalget i § 6, stk. 1, synes især at tage sigte på tilfælde, hvor de pårørende får en formodning om, at en tilstand af sindssygdom er opstået. Der forekommer imidlertid tilfælde, hvor de pårørende i forvejen ved, at den pågældende er sindssyg, f.eks. fordi han eller hun har været indlagt og er udskrevet. I sådanne tilfælde indtræder pligten efter § 6, stk. 1, når de pårørende bemærker, at den pågældendes tilstand er således forværret, at behandling er nødvendig.

Den tilkaldte læge tager stilling til, om patienten må antages at være sindssyg eller i en hermed ligestillet tilstand, og i bekræftende fald om indlæggelse på psykiatrisk afdeling er nødvendig. Hvis dette skønnes at være tilfældet, skal lægen søge oplyst – i forbindelse med fornøden vejledning af patienten – om frivillig indlæggelse kan ske. Viser det sig da, at patienten modsætter sig en indlæggelse, skal lægen tage stilling til, om tvangsindlæggelse er påkrævet, dvs. om betingelserne efter § 5 er opfyldt. Hvis dette spørgsmål må besvares bekræftende, er det lægens pligt snarest muligt at udfærdige erklæring om tvangsindlæggelse.

2.2. *Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse*

Det kan give anledning til en vis tvivl, at § 6, stk. 2, indeholder både udtrykket »(indlæggelse) er nødvendig« og udtrykket »(tvangsindlæggelse) er påkrævet«. Man bør formentlig læse bestemmelsen således, at en læge godt kan finde en indlæggelse »nødvendig« og tilråde, at den sker, uden dermed at have konkluderet, at tvangsindlæggelse er »påkrævet«, altså at betingelserne i § 5 er opfyldt. Denne fortolkning stemmer bedst med den i stk. 2 beskrevne fremgangsmåde, hvor lægens afgørelse om tvangsindlæggelse først træffes, når patienten modsætter sig den indlæggelse, som lægen tilråder. Udtrykket »nødvendig« sigter herefter til et fornuftigt lægeligt skøn, der går ud på, at en indlæggelse er stærkt indiceret, men skønnet bindes ikke til kriterierne i § 5. Det kan ses som en svaghed ved denne læsemåde, at lægen, når han spørger om patientens holdning til en indlæggelse, kan komme til at efterlade det indtryk, at en nægtelse kan resultere i en afgørelse om tvangsindlæggelse, skønt lægen ved, at dette ikke er tilfældet. Problemet må formentlig løses på den måde, at lægen ved sin vejledning af patienten gør det klart, hvorledes han bedømmer situationen.

Lægens erklæring skal ifølge bkg. nr. 613/1989 indeholde en angivelse af den formodede diagnose, patientens sindstilstand og de omstændigheder, på hvilke lægen støtter, at behandlingsindikationen eller farlighedsindikationen i lovens § 5 er opfyldt. Erklæringen udfærdiges som hidtil på røde papirer, hvis der er tale om farlighedsindikation (eller om begge indikationer samtidig), og på gule papirer i tilfælde af behandlingsindikation. Erklæringen afleveres eller sendes til politiet, jf. nedenfor om dettes medvirken.

Lægens erklæring skal hvile på lægens egen undersøgelse foretaget med henblik på det aktuelle spørgsmål om indlæggelse, jf. herved lovens § 7, stk. 2 og 3, bl.a. om tidsfrister. Det er altså ikke et tilstrækkeligt grundlag, at patientens pårørende på overbevisende måde beskriver tilstanden over for lægen, eller at denne tidligere har foretaget undersøgelse og indlæggelse og nu slutter, at det er ganske samme situation, der foreligger igen.

Erklæring kan udfærdiges af enhver praktiserende læge eller vagtlæge. Det er ingen betingelse, at lægen i forvejen kender patienten. Bkg. nr. 613/1989 bestemmer dog, at hvis det er politiet, der tilkalder læge, skal det så vidt muligt være den praktiserende læge, som den syge sædvanligvis benytter, dennes stedfortræder eller områdets lægevagt.

En erklæring kan ikke udstedes af en læge, der er ansat på det psykiatriske sygehus eller den afdeling, hvor tvangsindlæggelse skal finde sted. Hvis en psykiater, der er ansat ved et psykiatrisk hospital, kører som vagtlæge, kan den pågældende ikke udfærdige erklæring om tvangsindlæggelse, hvor han er ansat.

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

Der kan desuden foreligge inhabilitet som omhandlet i forvaltningslovens § 3, se herom kap. 5.1.2.

Retslægerådets Årsberetning 1993 s. 98 ff

En kvinde K havde tidligere været under psykiatrisk behandling; hun isolede sig nu i tiltagende grad under ret kummerlige forhold og afviste kontakt med læger. K blev tvangsindlagt og derefter tvangstilbageholdt på behandlingsindikation. Under en af K rejst klagesag fastslog retten, at den indlæggende læge ikke personligt havde undersøgt K inden for de seneste 7 dage, jf. lovens § 7, stk. 3, men havde handlet bl.a. på grundlag af en distriktspsykiatrisk anbefaling. Tvangsindlæggelsen blev derefter ophævet, uagtet det måtte antages, at K havde været sindssyg ved indlæggelsen. Da tvangsindlæggelsen blev ophævet som ulovlig, blev også tvangstilbageholdelsen ophævet.

Se også det anførte sted om andre sager vedrørende psykiatriloven.

2.2.2.2. Det er *politimesteren* (i København *politidirektøren*) eller den, der af ham er bemyndiget dertil, der træffer beslutningen om tvangsindlæggelsens iværksættelse. Det skal herved påses, at lovens betingelser og den foreskrevne fremgangsmåde er fulgt, og at lægeerklæringen indeholder de fornødne oplysninger. Det er også politiet, der træffer aftale med psykiatrisk sygehus eller afdeling om tidspunktet for tvangsindlæggelse.

Ved indlæggelse på farlighedsindikation skal lægens undersøgelse være foretaget inden for det seneste døgn (24 timer), og ved indlæggelse på behandlingsindikation må der højst være forløbet 7 døgn. Det følger heraf, at lægens erklæring mister sin gyldighed som indlæggelsesgrundlag efter de nævnte frister.

Der gælder efter loven og bekendtgørelsen nogle supplerende bestemmelser om fremgangsmåden ved tvangsindlæggelse. Således skal lægen så vidt muligt (men altså ikke nødvendigvis) være til stede ved gennemførelsen af tvangsindlæggelse. Det fremgår af bkg. nr. 613/1989 (men ikke umiddelbart af loven), at lægen i forbindelse med sin tilstedeværelse på ny skal vejlede patienten og påse, at betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldte. Desuden skal en eller flere af de pårørende underrettes. Principielt må det antages, at en patient når som helst under forløbet af en tvangsindlæggelse kan ændre holdning og give sit samtykke til indlæggelse. Se herved Dahl Jensen & Paulsen s. 71.

Såfremt farlighedsindikationen er anvendt, skal sygehus eller afdeling modtage den pågældende straks. Er der tale om behandlingsindikation, skal modtagelse ske snarest muligt og senest inden for 7 dage regnet fra lægeundersøgelsen.

Det er i alle tilfælde *overlægen*, der træffer den endelige administra-

2.2. *Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse*

tive afgørelse om, hvorvidt betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt. I almindelighed vil overlægen være nødt til ved modtagelsen at lægge oplysningerne i de modtagne og behørigt udfyldte papirer til grund, idet der ikke i reglerne om overlægens afgørelse er udtrykt nogen forudsætning om, at overlægen skal have haft praktisk mulighed for at foretage en selvstændig undersøgelse.

2.2.3. *Tvangstilbageholdelse*

2.2.3.1. Tvangstilbageholdelse er en beslutning om, at en patient, der opholder sig i psykiatrisk afdeling, skal forblive dér mod sit ønske om udskrivning. Spørgsmålet om tvangstilbageholdelse kan blive aktuelt, uanset om opholdet på psykiatrisk afdeling er indledt på tvangsmæssigt eller frivilligt grundlag. Hvis der sker overførelse mod patientens vilje fra somatisk sygehusafdeling eller plejehjem, er der tale om tvangsindlæggelse.

Kriterierne på tvangstilbageholdelse er efter § 10, stk. 1, de samme som dem, der gælder for tvangsindlæggelse. Hvis betingelserne i § 5 er opfyldt, skal tilbageholdelse ske. Et tidligere gældende ulempekriterium er udgået.

Om bedømmelsen af tilfælde, hvor en indlagt patient er bortgået eller udeblevet efter udgang, henvises til Dahl Jensen & Paulsen s. 75 f med gengivelse af bemærkninger til lovforslaget.

I Retslægerådets Årsberetning 1994 er gengivet en principiel sag, som i rådet gav anledning til dissens vedrørende varigheden af en tvangstilbageholdelse på behandlingskriteriet.

2.2.3.2. Afgørelsen om, hvorvidt en patient skal *udskrives eller tvangstilbageholdes*, træffes af overlægen. Det er en selvfølge – men udtrykkelig udtalt i lovens § 11 – at en frihedsberøvelse straks skal bringes til ophør, når betingelserne i § 5 ikke længere er opfyldt. Ved afgørelsen herom kan der lægges vægt på, om patienten må antages at kunne passe et ambulant behandlingsforløb. Det er på den anden side ikke udelukket, at udskrivning nægtes, og tvangstilbageholdelse altså sker, selv om den af § 5 omfattede indikation ikke er den samme som den, der begrundede tvangsindlæggelse.

Det må fremhæves, at ophold på psykiatrisk afdeling i almindelighed giver en bedre mulighed for at bedømme tilstanden og grundlaget for tvang end det, der foreligger ved tvangsindlæggelse.

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

Når en anmodning om udskrivning er fremsat, skal overlægen snarest muligt og senest inden 24 timer meddele patienten, om anmodningen kan imødekommes, eller tvangstilbageholdelse skal ske, § 10, stk. 3. Ved meget kortvarige ophold, nemlig når anmodning om udskrivning fremsættes inden for det første døgn efter en tvangsindlæggelse, gives der dog overlægen 48 timer – regnet fra tvangsindlæggelsen – til at træffe en beslutning og meddele den til patienten.

Ugeskrift for Retsvæsen 1995.529

P var frivilligt indlagt men var blevet tvangstilbageholdt den 22. august 1994 om natten. Overlægen havde ikke vagt på det tidspunkt, men havde på forhånd skønnet, at P var »tvangstilbageholdelig«, hvilket var tilført journalen. Vestre Landsret fastslog, at en beslutning om tvangstilbageholdelse skulle træffes af overlægen selv (senest 24 timer efter begæring om udskrivning), og at afgørelsen ikke kunne være en blot efterfølgende accept af en beslutning truffet af en anden læge. Det kunne derimod ikke kræves, at meddelelsen til patienten blev givet af overlægen selv.

Ugeskrift for Retsvæsen 1996.188

En beslutning om tvangstilbageholdelse var truffet af overlægen. Det var en fejl, at beslutningen i tvangsprotokollen angaves at være truffet af en afdelingslæge, men dette gav ikke grundlag for at anse tvangstilbageholdelsen som ulovlig.

Om adgangen til domstolsprøvelse af en beslutning om tvangstilbageholdelse henvises til bemærkningerne nedenfor pkt. 2.2.5.

2.2.4. Farlighedsdekret

2.2.4.1. Psykiatriloven har opretholdt adgangen til at iværksætte frihedsberøvelse af »ekstraordinært farlige personer« ved et såkaldt farlighedsdekret (udtrykket er ikke anvendt i loven). Betingelserne herfor er i § 40 placeret selvstændigt og uafhængigt af bestemmelserne i §§ 5-11 om tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse. Afgørelsen træffes af Justitsministeriet. Farlighedsdekreter blev i årene 1974-83 kun anvendt i indtil 8 tilfælde om året; tallet er siden steget.

Indholdet af afgørelsen er, at der skal ske anbringelse i den til amtsk hospitalet i Nykøbing Sjælland knyttede sikringsafdeling. Der gælder tre betingelser, som hver især giver denne form for anbringelse et snævrere anvendelsesområde end §§ 5-11. For det første skal det dreje sig om en person, der er sindssyg. For det andet skal det være godtgjort, at den pågældende »vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare«. Det er således ikke som ved tvangsindlæggelse efter § 5, nr. 2, tilstrækkeligt, at den på-

2.2. *Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse*

gældende frembyder »en nærliggende og væsentlig fare«. Fare for selvmord er ikke medtaget i § 40. Det er for det tredje en betingelse, at mindre indgribende foranstaltninger ikke er tilstrækkelige med henblik på afværgelse af den nævnte fare.

Der stilles ikke i loven krav om, at den sindssyge på tidspunktet for Justitsministeriets afgørelse skal være undergivet frihedsberøvelse. Men i praksis vil spørgsmålet vanskeligt kunne tænkes forelagt ministeriet, medens den pågældende endnu befinder sig i sit hjem. Det almindelige vil være, at det drejer sig om en person, der opholder sig på psykiatrisk afdeling på frivilligt eller tvangsmæssigt grundlag (herunder dom i medfør af straffelovens § 68) eller er indsat i fængsel eller forvaring i henhold til en straffedom, eventuelt er varetægtsfængslet under en sag om drab, legemsangreb, farlig brandstiftelse el. lign. Flertallet af de personer, der hensidder i sikringsafdelingen, er dømt for drab eller grov vold.

Om farlighedsdekreter henvises til Bet. nr. 1068/1986 s. 258 ff, Dahl Jensen & Paulsen s. 195 ff og Retslægerådets Årsberetning 1990 s. 57 ff, sidstnævnte sted med redegørelse for rådets materiale af sager i årene 1985-90.

2.2.4.2. Kompetencen til at afsige farlighedsdekret er som nævnt henlagt til *Justitsministeriet*. Dette skal efter § 40, stk. 2, inden 5 søgndage efter afgørelsen om anbringelse indbringe sagen for retten til prøvelse af afgørelsens lovlighed, se herved nedenfor pkt. 2.2.5 om domstolskontrol med administrativ frihedsberøvelse. Forelæggelsen for en domstol er i disse tilfælde obligatorisk.

Det er også Justitsministeriet, der har den administrative kompetence til at ophæve den særligt sikrede anbringelse, § 41. Begæring om ophævelse kan fremsættes af overlægen, patienten, patientrådgiveren eller bistandsværgeren. Bortset fra overlægens anmodning kan en begæring dog tidligst fremsættes to måneder efter domstolsafgørelsen om prøvelse af anbringelsen. Denne frist gælder også efter hvert afslag fra justitsministeren.

I en del tilfælde vil farlighedsdekretet miste sin selvstændige betydning og derfor blive ophævet af den grund, at der rejses tiltale og afsiges dom for de forhold, der har givet anledning til anbringelsen. Hvis dommen lyder på (fortsat) anbringelse i sikringsafdelingen, vil spørgsmålet om senere ændring eller ophævelse følge straffelovens regler om særforanstaltninger, ikke psykiatrilovens § 41.

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

Med enkelte undtagelser gælder psykiatrilovens bestemmelser for personer, der er anbragt i sikringsafdelingen, se herved § 40, stk. 3, og Dahl Jensen & Paulsen s. 201 f. Se endv. § 40, stk. 4, og nedenfor 2.5.2 om beskikkelse af patientrådgivere.

2.2.5. Domstolsprøvelse af frihedsberøvelse

2.2.5.1. Tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse er administrativ frihedsberøvelse. Efter grundlovens § 71, stk. 6, har enhver, der undergives sådan frihedsberøvelse (uden for strafferetsplejen), ret til at få afgørelsen indbragt for en domstol med henblik på prøvelse af afgørelsens lovlighed. Efter grundlovens vedtagelse blev regler om domstolsprøvelse i 1954 indføjet i retsplejelovens § 43 a, hvor de stadig har deres plads, og en henvisning hertil blev optaget i sindssygelovens § 9, stk. 3. Nu indeholder psykiatrilovens § 34, stk. 1, den tilsvarende henvisning: »Sygehusmyndigheden skal efter anmodning fra patienten eller patientrådgiveren indbringe afgørelser vedrørende tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse for retten efter reglerne i retsplejelovens kapitel 43 a«.

Den ret til domstolsprøvelse, som følger af § 34, stk. 1, omfatter også tilfælde, hvor en frivilligt eller i henhold til tvang indlagt patient overføres til lukket afdeling, og den pågældende modsætter sig overførelsen, jf. § 10, stk. 2.

Der henvises til Bet. nr. 1068/1986 s. 516 ff med gennemgang af den trykte retspraksis siden 1954, se også s. 81 f. Udvalgets overvejelser vedrørende domstolsprøvelse anføres s. 529 ff og i slutbetænkningen nr. 1109/1987 s. 97 ff. Se endv. Dahl Jensen & Paulsen s. 151 ff.

I forhold til den tidligere gældende ordning er der sket den ændring, at der ikke længere skal være truffet en afgørelse af Justitsministeriet om nægtelse af udskrivning, før domstolsprøvelse kan begæres. Når en afgørelse om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse er truffet af de kompetente myndigheder og personer, kan patienten eller patientrådgiveren umiddelbart over for sygehusmyndigheden fremsætte anmodning om domstolsprøvelse. Sygehusmyndigheden skal da inden 5 søgnedage regnet fra klagen indbringe spørgsmålet for byretten (med mulighed for anke af dennes afgørelse til landsretten) efter reglerne i retsplejelovens kap. 43 a. Sygehusmyndigheden er normalt amtskommunen som arbejdsgiver for den over-

2.3. Anden tvang i psykiatrisk behandling

læge, der har truffet afgørelse om tvangsindlæggelse eller -tilbageholdelse.

Om klagevejledning til patienten henvises til lovens § 32 og nedenfor pkt. 2.6.3

2.2.5.2. En ret til domstolsprøvelse kan tænkes uden for de tilfælde, hvor der er sket tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse som nævnt i psykiatrilovens § 34, stk. 1. Det beror nemlig på en selvstændig fortolkning af grundlovens § 71, stk. 6, hvornår der foreligger en »frihedsberøvelse« med den retlige virkning, at der er en ret for patienten til at få spørgsmålet om lovlighed prøvet af domstolene. Der kan formentlig foreligge frihedsberøvelse i tilfælde, hvor en påbegyndt tvangsindlæggelse ikke er bragt til afslutning, fordi den psykiatriske afdeling ikke finder lovens betingelser opfyldt. Spørgsmålet kan også tænkes rejst i tilfælde, hvor en patient, der ønsker sig udskrevet, må afvente overlægens afgørelse inden for den tidsfrist, der er indrømmet overlægen ved bestemmelsen i lovens § 10, stk. 3.

Spørgsmål som de her nævnte vil næppe få stor praktisk betydning i relation til reglerne om domstolsprøvelse. Det samme gælder visse andre tilfælde af mulig »frihedsberøvelse«, således fastspænding af en patient med det formål at forhindre den pågældende i at spise og drikke forud for en elektrostimulationsbehandling, visse former for fiksering samt aflåsning af yderdøre. Der synes ikke at foreligge domstolsafgørelser om, hvorledes begrebet frihedsberøvelse skal afgrænses i sådanne relationer. Se om spørgsmålet Dahl Jensen & Paulsen s. 159 ff med citat af udtalelser fra Justitsministeriet i forbindelse med behandlingen af lovforslaget.

Om obligatorisk domstolsprøvelse af farlighedsdekreter henvises til lovens § 40, stk. 2, og ovenfor pkt. 2.2.4.2. Se endv. om frihedsberøvelse i henhold til strafferetlige afgørelser kap. 3.4 og 3.7.

2.3. Anden tvang i psykiatrisk behandling

2.3.1. Almindelige principper

Anvendelsen af anden tvang end selve frihedsberøvelsen har hidtil ikke været lovreguleret. Nu har psykiatriloven indført en udtrykkelig hjemmel for sådan tvang, men samtidig søgt at præcisere dens grænser.

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

Om tvang gælder for det første de grundsætninger i lovens §§ 3 og 4, som blev sammenfattet ovenfor i kap. 2.1 om frivillighedens og samtykkets forrang frem for tvang og om pligt til at lade det mindre indgreb gå forud for det større. Dernæst opstilles der regler om de enkelte former for tvang.

Om de her omtalte reglers begrundelse og rækkevidde henvises til Dahl Jensen & Paulsen s. 117 ff. Om tvangsbehandling se Jørn Vestergaard (1991).

Forinden tvangsforanstaltningerne omtales, skal det kort fremhæves, at nogle bestemmelser i lovens kap. 7 opstiller særlige begrænsninger i to henseender. § 22 fastslår, at ethvert psykokirurgisk indgreb kræver skriftligt samtykke fra patienten og forudgående godkendelse fra et lægeråd, der nedsættes af Sundhedsstyrelsen. Hvis patienten ikke kan afgive et gyldigt samtykke, kan indgrebet kun foretages, såfremt patienten umyndiggøres i personlig henseende, og værger herefter giver skriftligt samtykke. Psykokirurgiske indgreb kan altså ikke forekomme som tvangsbehandling. Dernæst bestemmer § 23, at patienter, der er frihedsberøvet efter denne lov, ikke må undergives forsøgsbehandling. Sådan behandling må heller ikke gennemføres ved tvang over for frivilligt indlagte patienter.

2.3.2. Tvangsbehandling

2.3.2.1. I lovens kap. 4 om tvangsbehandling sondres der mellem psykiatrisk behandling (§ 12) og behandling af somatisk lidelse hos en psykiatrisk patient (§ 13).

I § 12, stk. 1, fastslås, at tvangsbehandling i forbindelse med indlæggelse på en psykiatrisk afdeling kun må anvendes over for personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Denne formulering skyldes, at bestemmelserne om tvangsbehandling også omfatter den, der er frivilligt indlagt på psykiatrisk afdeling. Afgørelser om tvangsbehandling træffes af overlægen, der samtidig bestemmer, i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse, stk. 3.

Loven angiver ikke udtrykkeligt, hvad der omfattes af udtrykket »tvangsbehandling«. Der er imidlertid ingen tvivl om, at det praktiske hovedtilfælde er tvangsmedicinering; om denne bestemmer § 12, stk. 2, at der skal anvendes afprøvede lægemidler i sædvanlig dosering og med færrest mulige bivirkninger. Om tvangsmedicinering

2.3. Anden tvang i psykiatrisk behandling

m.v. giver Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 617/1989 nogle nærmere forskrifter.

Det er specielt fremhævet i bekendtgørelsens § 7, at også behandling i form af tvangsernæring forudsætter, at betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt. Tvangsernæring skal, for at komme i betragtning, kunne anses som nødvendig for at redde patientens liv, eller det skal kunne antages, at undladelse af tvangsernæring vil medføre en alvorlig risiko for patientens liv eller helbred.

Anvendelse af elektrostimulation (»elektrochok«) er indbefattet under lovens regel om tvangsbehandling og betingelserne for denne.

I Bet. nr. 1068/1986 § 8, stk. 7, var det foreslået at begrænse den tvangsmæssige anvendelse af elektrostimulation til livstruende tilstande, se s. 38, 95 ff og 325. Om den ændrede formulering se Bet. nr. 1109/1987 s. 61 f.

2.3.2.2. Der kan under psykiatrisk behandling af den indlagte patient opstå spørgsmål om behandling af en *legemlig lidelse*. Sådan behandling kan, når den psykiatriske patient modsætter sig den, iværksættes ved tvang, hvis betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt, og den legemlige lidelse udsætter patientens liv eller helbred for væsentlig fare, § 13, stk. 1. Beslutningen om tvangsbehandling træffes af vedkommende psykiatriske overlæge og overlægen på den pågældende somatiske afdeling i fællesskab, stk. 2.

Bestemmelserne om tvangsbehandling af somatisk lidelse omfatter kun personer, der enten på frivilligt eller tvangsmæssigt grundlag er indlagt på en psykiatrisk afdeling, jf. herved § 1, stk. 1, om afgrænsningen af lovens område og § 13, stk. 2, om medvirken af »vedkommende psykiatriske overlæge«. På det tidspunkt, da spørgsmålet om somatisk tvangsbehandling bliver aktuelt, kan den pågældende enten opholde sig på psykiatrisk afdeling eller være indlagt på somatisk afdeling, jf. herved bekendtgørelse nr. 617/1989 § 9, stk. 1. § 13 anlægger den forudsætning, at somatisk tvangsbehandling ikke i alle tilfælde kræver ophold på somatisk afdeling. De to overlæger bestemmer i fællesskab, på hvilken afdeling tvangsbehandling skal finde sted. Det skal understreges, at grundbetingelsen i § 13, stk. 1 – herunder at betingelserne for tvangstilbageholdelse er opfyldt – også gælder i tilfælde, hvor spørgsmålet om somatisk tvangsbehandling opstår under en psykiatrisk patients frivillige ophold på somatisk afdeling.

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

Anvendelsen af somatisk behandling ved tvang efter § 13 kommer ikke i betragtning over for en person, der opholder sig på somatisk afdeling, men ikke er patient på psykiatrisk afdeling. Om behandling for livstruende somatisk lidelse i sådanne tilfælde henvises til Dahl Jensen & Paulsen s. 90.

2.3.2.3. Fremsættes der klage over en beslutning om tvangsbehandling (herunder den nævnte tvangsmæssige behandling af legemlig lidelse), kan behandlingen indtil videre ikke iværksættes – dvs. at klagen har opsættende virkning –, medmindre omgående gennemførelse af behandlingen er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare. Se herom lovens § 32, stk. 3, og bekendtgørelse nr. 617/1989 § 11 og nedenfor om klageadgang.

2.3.3. Tvangsfiksering

2.3.3.1. Adgangen til at anvende tvangsfiksering, dvs. tvungen fastspænding af en psykiatrisk patient, henhører ikke under lovens kap. 4 om tvangsbehandling, men er selvstændigt reguleret ved bestemmelserne i §§ 14-16. En fastspænding, der er nødvendig for gennemførelsen af en tvangsbehandling, har hjemmel i § 12, stk. 3, 2. pkt., hvor det hedder, at overlægen træffer bestemmelse om, »i hvilket omfang der om fornødent kan anvendes magt til behandlingens gennemførelse«.

Som midler til tvangsfiksering må kun anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker, § 14, stk. 1.

Tvangsfiksering må efter § 14, stk. 2, kun anvendes i det omfang, hvori den er nødvendig for at afværge, at en patient

- 1) udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
- 2) forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller
- 3) øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

Adgangen til at anvende tvangsfiksering i de nævnte tilfælde er ikke begrænset til personer, der opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. Det kan altså også dreje sig om patienter, der ikke er sindssyge eller i en hermed ligestillet tilstand.

Om § 14, stk. 2, nr. 1, fremhæver forarbejderne, at det skal dreje sig om »en konkret, aktuel og påviselig fare«, og at fiksering kan anvendes ikke blot for at beskytte medpatienter, men også for at beskytte personale, besøgende og alle andre, der kommer på afde-

2.3. Anden tvang i psykiatrisk behandling

lingen, samt patienten selv. De mindre alvorlige tilfælde i stk. 2, nr. 2, omfatter kun forulempelser af medpatienter. Der nævnes eksempelvis »seksuelt prægede tilnærmelser, kraftigt råbende eller stærkt drilende adfærd og gennemroden og tilegnelse af andres ting«. Om afværgelse af ikke ubetydeligt hærværk efter nr. 3 fremhæves, at der ved bedømmelsen bør tages hensyn ikke blot til tingenes værdi, men også til hærværkets omfang og tidsmæssige udstrækning.

Det fremgår af bkg. nr. 617/1989 § 16, at fiksering af en patient kan være frivillig og altså falde uden for reglerne om tvangsfiksering. Det bestemmes nemlig, at fiksering af en patient, der af trykshedsgrunde selv anmoder herom, kun må ske med samtykke af en læge.

Om en tvangsfiksering under visse omstændigheder kan anses som en frihedsberøvelse og give grundlag for en domstolsprøvelse af indgrebets lovlighed, se ovenfor pkt. 2.2.5.2 samt Dahl Jensen & Paulsen s. 95 f og 160 ff.

2.3.3.2. Lovens §§ 15 og 16 og bekendtgørelsens §§ 12-15 indeholder regler om fremgangsmåden ved beslutning om og iværksættelse af tvangsfiksering. De vigtigste træk af den gældende ordning er følgende: Beslutningen skal efter § 15 træffes af en læge, efter at denne har tilsat patienten; dog skal en beslutning om, at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, altid træffes af overlægen. En fiksering med bælte kan i farlighedstilfælde (lovens § 14, stk. 2, nr. 1) træffes af sygeplejepersonalet, hvis det af hensyn til patientens egen eller andres sikkerhed ville være uforsvarligt at afvente en læges tilsyn. Lægen skal da straks tilkaldes og træffe afgørelse.

Der skal være fast vagt hos en patient, der tvangsfikseres med bælte, § 16. Lægen skal snarest muligt og senest dagen efter tage stilling til, om anvendelsen af tvangsmidlet kan ophøre; dog kan plejepersonalet til enhver tid bringe en tvangsfiksering til ophør, når der ikke længere er behov for den. Se herom bkg. nr. 617/1989 § 15.

2.3.4. Anvendelse af fysisk magt

Under denne overskrift indeholder lovens § 17 og bekendtgørelsens §§ 17-19 nogle bestemmelser om anvendelse af anden magt end tvangsfiksering.

En person, der er indlagt på psykiatrisk afdeling – frivilligt eller i medfør af en afgørelse om tvang – kan fastholdes på stedet og om

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

fornødent med fysisk magt føres til et andet opholdssted på sygehuset – eventuelt blot bort fra et lokale, hvor der er samvær med andre, – såfremt en af de betingelser, der er nævnt i § 14, stk. 2, om tvangsfiksering er opfyldt.

En lidt videregående adgang til anvendelse af fysisk magt gælder dog over for personer, der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt, idet der her kan anvendes den magt, der er nødvendig for at sikre deres fortsatte tilstedeværelse på afdelingen. Dette kan også ske ved aflåsning af yderdøre, en fremgangsmåde der udtrykkelig er nævnt i bkg. nr. 617/1989 § 18, stk. 2, og som i øvrigt næppe kan betegnes som fysisk magt.

Når det er af afgørende betydning med henblik på bedring af en meget urolig patients tilstand, kan lægen som en mindre indgribende foranstaltning beslutte, at patienten (også en frivilligt indlagt) om fornødent med magt skal have et beroligende middel, f.eks. en indsprøjtning. Lægen skal være til stede, medens det beroligende middel gives.

Hverken loven eller dens forarbejder indeholder nogen definition af »beroligende middel«, og det har været diskuteret, om det alene drejer sig om mere uspecifiseret beroligende medicin, f.eks. af typen benzodiazepiner, eller om også antipsykotisk virkende medicin, evt. med længerevarende virkning, kan anvendes. Hvilket præparat der i det konkrete tilfælde ordineres, må afhænge af den grundlæggende psykopatologiske tilstand. Er en patient urolig pga. udtalte psykotiske symptomer, vil der kunne gives et antipsykotisk virkende præparat som beroligende medicin. Anvendelse af præparater med en længerevarende virkning vil efter omstændighederne kunne ske i særlige situationer, hvor det skønnes, at der vil være behov for hyppige injektioner, således at anvendelse af præparater med længerevarende virkning samlet vil medføre mindre tvang og altså tilgodese »det mindste middels princip«.

Uden for reglerne i § 17 om fysisk magt falder den magtanvendelse, som er nødvendig med henblik på tvangsbehandling, og som har hjemmel i § 12, stk. 3.

2.3.5. Beskyttelsesfiksering

2.3.5.1. I § 18 indeholder loven en speciel bestemmelse om såkaldt »beskyttelsesfiksering«. Herved forstås »anvendelse af ethvert middel, der benyttes for at hindre, at en patient utilsigtet udsætter sig selv for væsentlig fare«. Bortset fra denne definition giver loven

2.3. Anden tvang i psykiatrisk behandling

ingen vejledning om, hvad der sigtes til, eller hvad der er beskyttelsesfikseringens betingelser eller dens forhold til tvangsfiksering. Det meget vide udtryk »ethvert middel« skal ikke forstås bogstaveligt, idet det er tanken, at tvangsfikseringens midler – læderbælte, remme og handsker – ikke må benyttes til beskyttelsesfiksering.

Lovens forarbejder indeholder nogle bemærkninger om de fremgangsmåder, der er tænkt på. Det ses for det første, at også beskyttelsesfiksering er en tvang, der består i en fastspænding, fastholden el. lign. Dernæst betones det, at det er en foranstaltnings formål, der er afgørende for, om den skal anses som et tvangsmiddel eller et beskyttelsesmiddel. Fra bemærkningerne til lovforslaget, der bygger på udvalgsbetænkningen, skal anføres følgende synspunkter:

»Hvis formålet er at afværge en fare, som patienten tilsigtet udsætter sig selv eller sine omgivelser for, er der tale om et tvangsmiddel. Omvendt er der tale om et beskyttelsesmiddel, hvis formålet er at beskytte patienten selv imod, at denne utilsigtet udsætter sit eget legeme for væsentlig fare, typisk ved at forsøge at foretage dagligdags handlinger eller udvise en helt almindelig adfærd, som den pågældende blot ikke længere er i stand til at udføre uden at løbe en væsentlig risiko for at komme til skade, navnlig ved at falde.

Ud over formålet tillægges midlets art også betydning ved afgørelsen af, om der er tale om tvangsfiksering eller beskyttelsesfiksering, idet udvalget opstiller den regel, at midler, der anvendes til tvangsfiksering – det vil sige bælte, fod- og håndremme eller handsker – ikke må anvendes til beskyttelsesfiksering, se betænkning nr. 1109/1987 s. 75 f.«

»De i praksis vigtigste eksempler på beskyttelsesfiksering er at placere patienten i en stol med et bord foran, således at patienten ikke selv kan rejse sig, eventuelt ved benyttelse af et særligt beskyttelsesbord, lagen eller stofrem over dyne, når patienten ligger i sin seng, samt brug af bælte i bad, på toilet eller i stol alt med det formål at sikre, at patienten ikke rejser sig og falder med risiko for herved at komme til skade.

Aflåsning af afdelingens yderdør eller brug af en lås, som gerontopsykiatriske patienter ikke kan finde ud af at anvende, kan også anses som en tvungen form for beskyttelse. Aflåsningen benyttes navnlig, når døren ikke kan lades uaflåst, fordi en eller flere patienter må befrygtes at ville forlade afdelingen og herved vil udsætte sig for betydelig risiko for tilskadekomst i trafikken eller for eventuelt at forkomme, fordi de ikke selv kan finde tilbage til afdelingen. Formålet med aflåsning som beskyttelsesforanstaltning er således forskelligt fra det formål, der kan begrunde aflåsning i medfør af § 17, stk. 1, 3. punktum, der alene vedrører frihedsberøvede patienter.

Når aflåsning sker, må den eller de patienter, der herved søges forhindret i at forlade afdelingen, anses for frihedsberøvede, forudsat deres adfærd kan siges at indebære en klar og utvetydig begæring om udskrivning.«

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

2.3.5.2. Bkg. nr. 617/1989 indeholder i §§ 20-25 nogle bestemmelser, der supplerer lovens § 18. Det hedder bl.a. i § 22: »Midler til beskyttelsesfiksering omfatter stofbælter og lignende, der på hensynsfuld måde bruges for at forhindre patienten i at komme til skade ved at falde ned fra seng eller stol eller ved at vandre omkring i forvirret tilstand«. § 23 nævner aflåsning af yderdøre; alle patienter på afdelingen skal underrettes, når der er truffet en afgørelse herom. § 24 giver forskrifter om periodisk lægelig vurdering af berettigelsen af at opretholde beskyttelsesfiksering.

Beskyttelsesfiksering må efter lovens § 18, stk. 2, kun benyttes, efter at en læge har tilset patienten og truffet nærmere bestemmelse om anvendelse af et bestemt beskyttelsesmiddel. Det følger heraf, at når det valgte middel ønskes erstattet af et andet, finder reglerne anvendelse på det middel, som nu kommer i betragtning. Den praktiske anvendelse af de ordinerede midler overlades til plejepersonalet.

2.4. Tvangsprotokol og efterprøvelse

2.4.1. Tvangsprotokol

Efter lovens § 20, stk. 1, skal der på en psykiatrisk afdeling føres en tvangsprotokol. I denne skal der gives oplysning om enhver anvendelse af tvang i henhold til §§ 5-10 (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse) og §§ 12-17 (tvangsbehandling, tvangsfiksering og anvendelse af fysisk magt) og om enhver ordination af beskyttelsesfiksering efter § 18. Tilførslen til protokollen skal angive indgrebs nærmere indhold og begrundelse. Dette skriftlige materiale tilsigter at være et oplysningsmiddel med henblik på eventuelle klagesager og med henblik på den løbende kontrol med anvendelsen af tvang, der er forudsat i § 20, stk. 2. Det er desuden fremhævet i forarbejderne til loven, at pligten til at føre tvangsprotokol kan bidrage til at sikre, at anvendelsen af de hjemlede foranstaltninger begrænses til det nødvendige.

Sundhedsministeriets tidligere nævnte bkg. nr. 617/1989 indeholder i §§ 26-33 nærmere forskrifter om tilførsler til tvangsprotokollen. For hver enkelt foranstaltning gives en nummereret specifikation af det, som skal oplyses. Der er desuden ved §§ 34-35 pålagt afdelingens overlæge en pligt til at afgive kvartalsvise indberetninger i form af udfyldte skemaer til den ansvarlige sygehusmyndighed og til Sundhedsstyrelsen.

2.5. Patientrettigheder og patientrådgivere

En patient og dennes patientrådgiver har efter § 36 ret til at gøre sig bekendt med, hvad der er tilført tvangsprotokollen om patienten.

2.4.2. Obligatorisk efterprøvelse

Medens de foran omtalte regler i lovens § 20 og i bekendtgørelsen angår skriftlige udfærdigelser, indeholder § 21 bestemmelser om afdelingens egen kontrol med de foranstaltninger, som træffes med støtte i loven. Hovedbestemmelsen i stk. 1 går ud på, at overlægen til stadighed skal påse, at frihedsberøvelse, tvangsbehandling, tvangsfiksering, fysisk magtanvendelse og beskyttelsesfiksering ikke anvendes i videre omfang end nødvendigt.

Det fremgår af § 21, at der ikke blot er en pligt til at holde afdelingens almindelige praksis under observation. Overlægen er også ansvarlig for en efterprøvelse af de enkelte foranstaltninger, som er truffet. Efter stk. 2 skal resultatet af efterprøvelsen af frihedsberøvelse tilføres tvangsprotokollen inden for bestemte frister. Efter stk. 3 gælder der tilsvarende frister med hensyn til fornyet lægelig vurdering af en fortsat beskyttelsesfiksering.

2.5. Patientrettigheder og patientrådgivere

2.5.1. Generelle synspunkter

Psykiatriske patienter er udsat for at komme til at befinde sig i en svag position. Deres tilstand begrænser deres forudsætninger for at bedømme egen situation og andres handlinger og for at udvise personligt initiativ, og lovens muligheder for anvendelse af tvang skaber et behov for at sikre, at betingelserne herfor overholdes. I lovens forarbejder er der derfor lagt vægt på at søge psykiatriske patienters retlige stilling styrket.

Loven understreger, at *frivillighed* så vidt muligt skal gå forud for *tvang*, § 3, stk. 1, og § 4, stk. 1, og at det samtykke fra patienten, som søges opnået, skal være et »informeret samtykke«. Der skal således gives lægelig vejledning om formålet med indlæggelsen, opholdet og behandlingen, § 3, stk. 2, og om den opstillede behandlingsplan, § 3, stk. 3. Der skal gives patienten underretning om visse afgørelser og om en påtænkt tvangsanvendelse og dens nærmere indhold, bag-

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

grund og formål, § 31, stk. 1. Hertil kommer vejledning om patientens klageadgang, se nedenfor under pkt. 2.6.

2.5.2. Patientrådgivere

I stedet for de hidtil kendte tilsynsværger har loven af 1989 indført en ordning med lønnede patientrådgivere, lovens §§ 24-29 og Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 32 af 17. januar 1995.

Reglerne i den nævnte bekendtgørelse af 1995 omfatter i modsætning til de hidtil gældende også de bistandsværger, som i medfør af straffelovens § 71 beskikkes for visse personer, der er dømt til strafferetlige særforanstaltninger, se herom kap. 3.9. I det følgende korte referat omtales alene patientrådgivere.

Der skal beskikkes en patientrådgiver for enhver, der tvangsindlægges, tvangstilbageholdes eller undergives tvangsbehandling. Der skal endvidere efter anmodning beskikkes en patientrådgiver ved tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt samt beskyttelsesfiksering; patienten skal vejledes om muligheden for en sådan beskikkelse. Det er patientrådgiverens opgave at » vejlede og rådgive patienten med hensyn til alle forhold i forbindelse med indlæggelse, ophold og behandling på psykiatrisk afdeling. Patientrådgiveren skal endvidere bistå patienten med iværksættelse og gennemførelse af eventuelle klager«. Det ligger uden for patientrådgiverens opgaver at vejlede patienter med hensyn til økonomiske forhold og andre personlige forhold.

Patientrådgiveren skal snarest muligt og senest inden for 24 timer efter beskikkelsen besøge patienten og derefter til stadighed holde sig i forbindelse med denne, idet der aflægges besøg mindst én gang om ugen og i øvrigt efter behov. Patientrådgiveren har ret til fri og uhindret personlig, skriftlig og telefonisk forbindelse med patienten og har krav på af personalet at få enhver oplysning, som er nødvendig for en forsvarlig varetagelse af hvervet, – herfra dog undtaget oplysninger, som af lægelige grunde ikke kan gives til patienten selv. Patientrådgiveren har ret til at gøre sig bekendt med oplysningerne i tvangsprotokollen, men ikke adgang til uden patientens samtykke at se dennes journal.

Patientrådgivere er personer, som efter ansøgning er antaget af statsamtmanden og anført på en liste, der sendes til de enkelte psykiatriske afdelinger i statsamtet. Som særligt egnede til hvervet er fremhævet personer med tilknyt-

2.6. Klageadgang

ning til sundheds-, social- og undervisningssektoren. Beskikkelse sker i det enkelte tilfælde ved en underretning fra den vagthavende sygeplejerske til den patientrådgiver, som står for tur efter listen. Der gives patienten lejlighed til at udtale sig om den påtænkte beskikkelse og eventuelt at ytre ønske om en anden person. Der er mulighed for at udpege en person, der ikke står på listen.

Der henvises i øvrigt til bkg. nr. 32/1995 og til Dahl Jensen & Paulsen s. 125 ff. I bekendtgørelsens §§ 31-33 er fastsat regler om størrelsen af det vederlag, der tilkommer patientrådgivere og bistandsværger.

2.5.3. Patientråd

På hvert enkelt psykiatrisk sygehus eller afdeling skal der oprettes patientråd eller afholdes patientmøder, § 30. Nærmere bestemmelser herom findes i Sundhedsministeriets bkg. nr. 708 af 20. november 1989 samt i de af amtsrådene udfærdigede retningslinier. Amtsrådet bestemmer, om der ved det enkelte sygehus eller afdeling skal oprettes patientråd eller afholdes patientmøder. § 5 i den nævnte bekendtgørelse opregner nogle spørgsmål, der skal forelægges patientrådet eller patientmøderne, forinden der træffes beslutning. Dette omfatter ikke spørgsmål om enkeltpersoners forhold.

2.6. Klageadgang

2.6.1. Patientklagenævn

Adgangen til at begære en afgørelse om tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse indbragt for retten er omtalt ovenfor i kap. 2.2.5. Der er på disse punkter ingen klagemulighed inden for det administrative system.

Derimod har loven ved §§ 35-39 indført en ordning med patientklagenævn som klagemyndighed med hensyn til afgørelser om tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt og beskyttelsesfiksering.

I forbindelse med omtalen i det følgende henvises til den udførlige gennemgang hos Dahl Jensen & Paulsen s. 151 ff. Her nævnes bl.a. de klagemuligheder, der falder uden for lovens regler om domstolsprøvelse og patientklagenævn. Det gælder således spørgsmål om klager, hvis rette adressat er sygehusmyndigheden eller Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

Kap. 2. Frihedsberøvelse og anden tvang

Et patientklagenævn er oprettet i hvert statsamt og i Københavns kommune, § 35. Det lokale nævn består af vedkommende statsamtmand (i København overpræsidenten) som formand og yderligere to medlemmer. Disse beskikkes af justitsministeren efter indhentet udtalelse fra henholdsvis Den almindelige danske Lægeforening og De samvirkende Invalideorganisationer. Der beskikkes endvidere stedfortrædere for medlemmerne. Beskikkelser gælder for en periode på 4 år; genbeskikkelse kan finde sted.

Når patienten eller patientrådgiveren fremsætter anmodning herom, skal sygehusmyndigheden indbringe en klage over tvangsbehandling, tvangsfiksering, anvendelse af fysisk magt eller beskyttelsesfiksering for patientklagenævnet, §§ 36-37. Sygehusmyndigheden skal samtidig fremsende sagens akter, herunder en udskrift af tvangsprotokollen, samt en erklæring fra overlægen. I øvrigt påhviler det nævnet selv at sørge for sagens oplysning. Patienten og patientrådgiveren har ret til mundtligt at forelægge sagen for nævnet, men dette kan dog i særlige tilfælde bestemme, at patienten helt eller delvis skal være udelukket fra at deltage i forhandlingerne.

Justitsministeriet har ved bekendtgørelse nr. 616 af 20. september 1989 fastsat en forretningsorden for de psykiatriske patientklagenævn. Efter § 15 i forretningsordenen kan en nævnsafgørelse gå ud på, at tvangsindgrebet godkendes, eller at det findes at være foretaget med urette. Forretningsordenen kan dog ikke binde patientklagenævnene til kun at benytte disse korte formuleringer. Er en klage tillige rettet mod den eller de medicinalpersoner, der har deltaget i tvangsudøvelsen, tager nævnet stilling til, om der er grundlag for at udtale kritik af den eller de pågældende. Nævnet skal træffe afgørelse snarest muligt. Hvis afgørelsen ikke er truffet inden 14 dage efter klagens modtagelse, skal nævnet underrette patienten og patientrådgiveren om grunden hertil samt om, hvornår afgørelse kan forventes at foreligge.

2.6.2. Sundhedsvæsenets Patientklagenævn

Der består en yderligere klagemulighed, idet patientklagenævnets afgørelse af et spørgsmål om tvangsanvendelse, jf. lovens § 36, efter § 38 kan påklages til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn. Klagen kan iværksættes af patienten (eventuelt af patientrådgiveren på dennes vegne) eller af sygehusmyndigheden. Endvidere kan en afgørelse på-

2.6. Klageadgang

klages af medicinalpersoner, der har været omfattet af den for det lokale nævn indbragte klage.

Efter § 38, stk. 2, behandles sagen efter reglerne i kap. 3 i lov nr. 397 af 10. juni 1987 om sundhedsvæsenets centralstyrelse. Denne lov er formuleret med sigte på afgørelser om medicinalpersoners forhold, se tilsvarende Sundhedsministeriets bkg. nr. 349 af 23 maj 1990 om forretningsorden for Sundhedsvæsenets Patientklagenævn (bl.a. § 15 om nævnets afgørelser). Når klagesager i henhold til psykiatriloven nu er føjet til det centrale nævns kompetence, vil sådanne sager ikke altid give anledning til en bedømmelse af de enkelte medicinalpersoners forhold. Det almindelige vil formentlig være, at sagen både i det lokale og det centrale nævn angår tvangsanvendelsens berettigelse, ikke enkeltpersoners forhold, og det centrale nævns opgave vil da være at afgøre, om tvangsanvendelsen kan godkendes eller er foretaget med urette.

2.6.3. Klagevejledning

Patienten skal vejledes om sin klageadgang ved enhver anvendelse af tvang, § 32, stk. 1. Bestemmelsen slutter sig til forskriften i § 31 om, at patienten skal underrettes på forhånd om den påtænkte tvang. Lovens §§ 31 og 32 suppleres af Justitsministeriets bkg. nr. 614 af 20. september 1989 om underretning og klagevejledning til patienter.

I bekendtgørelsens § 11, stk. 1, hedder det, at klagevejledningen så vidt muligt skal gives i forbindelse med, at patienten underrettes om tvangsindgrebet, dvs. før dette iværksættes. Da klageadgangen består både før, under og efter et tvangsindgrebs anvendelse, kan der formentlig med hensyn til indgreb, der har en tidsmæssig udstrækning, være pligt til at yde samme patient klagevejledning flere gange. Med hensyn til tvangstilbageholdelse kan det f.eks. ikke være nok at give patienten en tidlig oplysning om domstolsprøvelse.

Indholdet af vejledningen om klageadgang vil naturligvis afhænge af, om det drejer sig om frihedsberøvelse eller om anden tvang.

En klage, der fremsættes inden tvangens iværksættelse, har i almindelighed ikke opsættende virkning, dvs. at klagen ikke er til hinder for den besluttede foranstaltnings gennemførelse, § 32, stk. 2. Dog vil en klage over en beslutning om tvangsbehandling udsætte denne behandling, medmindre dens omgående gennemførelse er nødvendig for ikke at udsætte patientens liv eller helbred for væsentlig fare, § 32, stk. 3. Det må herved tages i betragtning, at jo længere tid en svært forpint psykotisk patient forbliver ubehandlet, desto

Kap. 2 Frihedsberøvelse og anden tvang

længere tid vil det være at bedre patientens tilstand, således at det i visse situationer kan antages, at patientens psykiske helbred udsættes for væsentlig fare, såfremt behandling ikke påbegyndes hurtigt.

Efter bekendtgørelsens § 14 gives en klagevejledning mundtligt, men patientens anmodning om skriftlig klagevejledning skal efterkommes.

Under forberedelsen af psykiatriloven var der flere forskellige meninger om, hvorledes en klageadgang burde udformes, se Dahl Jensen & Paulsen s. 156 f.

Kapitel 3

Strafferetten

3.1. Det strafferetlige system

3.1.1. Lovgrundlaget

I dette kapitel omtales de strafferetlige regler om psykisk afvigende lovovertrædere og om anvendelsen af straf og særforanstaltninger over for sådanne lovovertrædere. Det vil fremgå af fremstillingen, at lovgivningen har lagt vægt på at indkredse nogle persongrupper, hvis udtalte psykiske afvigelser gør det til en nærliggende mulighed at foretrække behandlingsmæssige foranstaltninger frem for straf. Men der er også tilfælde, hvor mindre udtalte afvigelser højst kan bevirke en strafnedsættelse eller særlige sanktionsvalg eller fuldbyrdelsesformer inden for straffesystemet, herunder brugen af betingede domme. Sidst i dette kapitel er opridset nogle træk af reglerne om betinget dom og frihedsstraf og de hertil knyttede begrænsede muligheder for behandling af psykisk afvigende domfældte.

Lovgrundlaget for fremstillingen i det følgende er først og fremmest *straffeloven* af 1930, som med jævne mellemrum bekendtgøres med de ændringer, der følger af lovrevision, senest ved lovbkg. nr. 886 af 30. oktober 1992. Blandt de talrige straffelovsændringer siden lovens ikrafttræden i 1933 skal fremhæves dem, der i 1973 og 1975 bragte en ajourføring af reglerne om de kriminelle særgrupper og særforanstaltningerne. Om straffelovens forhold til ældre ret vedrørende utilregnelighed m.v. henvises til nedenfor i kap. 3.2.

Straffeloven suppleres af talrige bestemmelser i *særlovgivningen*, som dog gennemgående er af underordnet betydning i retspsykiatrisk henseende. Et vigtigt retsmedicinsk arbejdsfelt foreligger i sager om promille- og spirituskørsel; i sådanne sager er der kun helt undtagelsesvis retspsykiatriske problemer.

Desuden suppleres straffeloven af *retsplejeloven* (lovbkg. nr. 905 af 10. november 1992), der indeholder bestemmelser om strafferetsplejens myndigheder (domstole, politi, anklagemyndighed og forsvarere) og om procesformen og sagsbehandlingen i straffesager.

Kap.3 Strafferetten

Herhen hører bl.a. bestemmelser om varetægtsfængsling (kap. 70), mentalundersøgelser og andre personundersøgelser (kap. 75) og tiltalefrafald (kap. 65).

Som baggrund for fremstillingen af de strafferetlige sanktionsregler skal det fremhæves, at den kriminelle lavalder er 15 år. Mod personer, som på gerningstiden var under denne aldersgrænse, kan der ikke rejses straffesager, heller ikke med henblik på idømmelse af bøde eller sociale bistandsforanstaltninger. Tilsyn m.v. henhører direkte under de sociale bistandsmyndigheder. Bistandslovens foranstaltninger finder i øvrigt i vidt omfang anvendelse også over for de 15-17-årige lovovertrædere, nemlig når anklagemyndigheden frafalder tiltale i straffesager mod vilkår om sådanne foranstaltninger. Bistandslovens regler er ikke medtaget i denne fremstilling, se dog bemærkninger i kap. 6.8. om unge lovovertrædere.

3.1.2. Domme og straffuldbyrdelse

3.1.2.1. I årene 1989-93 blev der årligt afsagt rundt regnet 17.000 domme til højere straf end bøde for straffelovsovertrædelser. Der var lidt flere betingede end ubetingede domme.

Sammenholdt hermed er der kun et beskedent antal sager, i hvilke psykisk afvigelse har haft betydning for rettens valg af retsfølge. Der er formentlig højst et par hundrede domme årligt, som har anvendt foranstaltninger i medfør af straffelovens §§ 68-70. Nogle oplysninger i kriminalstatistikken viser over godt en halv snes år tal mellem 260 og 400 (lavere i 1990-93 end i de foregående 9 år), men det er muligt, at der i tallene er indbefattet andet end domme til foranstaltninger.

Det er ikke muligt at opgøre, hvor ofte karakterafvigelse, åndssvaghed, udtalt alkohol- eller stofmisbrug m.v. har været oplyst i sager, der ender med dom til fængsel eller betinget dom. Antallet af mentalundersøgelser i straffesager i årene 1989-91 kan antages at have ligget omkring 500 årligt. I et noget større antal tilfælde er foretaget sociale personundersøgelser, navnlig i sager, der trækker op til betinget dom; i en del personundersøgelser foreligger oplysninger om psykiske lidelser o.l., der ikke har givet anledning til også at lade en mentalundersøgelse foretage.

Der er grund til at regne med, at en væsentlig del af de indsatte har været indlagt på en psykiatrisk afdeling, de fleste på grund af ikke-psykotiske lidelser og stofmisbrug.

3.2. Den historiske baggrund

3.1.2.2. Bortset fra stofmisbrug er personligheds- og helbredsmæssige forhold hos kriminalforsorgens indsatte ikke regelmæssigt belyst i Kriminalforsorgens Årsberetning. Det er derimod opgjort, at der i den frie kriminalforsorgs tilsynsklientel (prøveløsladte, prøveudskrevne, betinget dømte m.v.) i 1989-91 til stadighed var godt 600 personer, der havde fået dom i medfør af straffelovens § 68. I 1993-94 var tallet steget til ca. 800. Denne gruppe udgjorde rundt regnet 15% af den frie kriminalforsorgs klientel. Men også her skal det tages i betragtning, at psykisk lidelse og behandlingsbehov tillige har gjort sig gældende inden for de noget større grupper af prøveløsladte og betinget dømte. Det kan være den tilsynsførendes opgave at være opmærksom på et behov for lægehjælp, afvænningsbehandling etc., der ikke har givet sig udslag i vilkår for prøveløsladelse eller betinget dom.

3.2. Den historiske baggrund

3.2.1. Striden om tilregneligheden

De gældende regler om psykisk afvigende personers strafferetlige stilling er resultatet af en diskussion – navnlig mellem jurister og psykiatere – der har stået på siden det 19. årh.

Med spinkle holdepunkter i Danske Lov fra 1683 var domstolene omkring år 1800 begyndt at acceptere det princip, at visse abnormtilstande hos gerningsmænd er en grund til straffrihed, men tillige en grund til at iværksætte anden frihedsberøvelse end straf. Fra midten af 1800-tallet blev det i Danmark og mange andre lande aktuelt at formulere almindelige lovregler herom. Det voldte vanskeligheder. Psykiatrien manglede endnu at udvikle et diagnosesystem og en terminologi, der kunne være til hjælp ved affattelsen af lovbestemmelser (straffeloven af 1866 anvendte endnu udtryk som »afsindige« og »tåber«), og der stod mellem jurister, filosoffer, politikere og andre en strid om, hvad der egentlig var straffrihedens bærende princip og dermed nøglen til formulering af den retsregel, der skulle afgrænse de straffri personer. Det komplicerede denne debat, at den ofte blev kædet sammen med standpunkter til det filosofiske problem om viljens frihed.

Psykiatriens bidrag til debatten blev i nogen grad afklaret, da begrebet sindssygdom eller psykose blev det centrale i dens fremstilling

af de psykiske abnormiteter. Og man så da ofte psykiaterne tilråde, at lovgiveren i sin regel herom simpelthen knyttede straffrihed til konstateringen af en sindssygdom på gerningstiden (det rent psykiatriske kriterium). Andre bestred berettigelsen heraf. Ganske vist ville man ikke indvende noget imod, at en lovregel om straffrihed i sig optog psykiatriske kriterier som sindssygdom og åndssvaghed; en del af bedømmelsesgrundlaget kunne da få en sådan fasthed, at der var mening i at betjene sig af lægers medvirken ved klarlæggelsen af de sigtedes sindstilstand. Men det psykiatriske kriterium burde ikke stå alene, thi – som mange hævdede – det er ikke psykosen i sig selv, men de herved forvoldte følger for individets handleevne, der er straffrihedens begrundelse, tabet af indsigt i en handlingens beskaffenhed, tabet af den frie eller normale motivationsevne eller viljesbestemmelse. Reglerne burde derfor være således indrettet, at de i tillæg til en psykiatrisk konstatering åbnede plads for en konkret bedømmelse af sindssygdommens eller åndssvaghedens betydning for handleevnen. I denne tankegang lå implicit den forudsætning, at tilregnelighed og utilregnelighed hos en sindssyg kunne være af en partiel karakter. Det har desuden været betragtet som et hovedsigte eller en sidegevinst at forhindre, at en straffesags udfald i realiteten blev afgjort ved diagnosen i en mentalerklæring.

Der har dog langt fra været enighed om, hvorledes et blandet kriterium på straffrihed bør formuleres, se om forskellige forslag Waaben (1993) s. 112 f. Se endvidere ovenfor kap. 1.2.2 om en sammenligning med civilretlige regler og nedenfor 3.3 om de nuværende regler i straffelovens § 16.

Norsk ret er det bedst kendte eksempel på anvendelse af et rent psykiatrisk kriterium. I et nyt norsk straffelovsudkast formuleres bestemmelsen således: »Den som på handlingstidspunktet var psykotisk og dermed uten evne til realistisk vurdering av sitt forhold til omverdenen, straffes ikke«. Og i stk. 2: »Det samme gjelder den som på handlingstidspunktet var høygradig psykisk utviklingshemmet«.

Den tyske straffelovs § 20 lyder således: »Ohne Schuld handelt, wer bei Begehung der Tat wegen einer krankhaften seelischen Störung, wegen einer tiefgreifenden Bewußtseinsstörung oder wegen Schwachsinnns oder einer schweren anderen seelischen Abartigkeit unfähig ist, das Unrecht der Tat einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln«.

I de engelske M'Naghten Rules fra 1843 lyder den vigtigste passus således: »to establish a defence on the ground of insanity it must be clearly proved that, at the time of committing the act, the accused was labouring under such a defect of reason, from disease of the mind, as not to know the nature and quality of the act he was doing, or, if he did know it, that he did not know he was doing what was wrong«.

3.2.2. Strafnedsættelse og særforanstaltninger

Uden for de utilregnelige og straffri personers kreds stod oprindelig kun straffen til rådighed i sager om psykisk afvigende lovovertrædere. Men over for visse ikke fuldt tilregnelige personer fandt lovgiveren en strafnedsættelse på sin plads. Den enkle tanke var, at nedsat tilregnelighed betød ringere skyld og derfor talte for nedsat straf. En adgang til strafnedsættelse findes den dag i dag i straffelovens § 85.

Men der fremkom i slutningen af det 19. årh. forslag om en supplerende løsning. Der var, sagde man, uden for straffrihedens område tilstande, der ikke talte for mildere men efter omstændighederne for skærpede reaktioner, i hvert fald for behandlings- og forvaringsprægede retsfølger af en tidsubestemt varighed. Det skulle senere vise sig, at denne løsning fik størst praktisk betydning med hensyn til de lettere åndssvage og de karakterologisk afvigende lovovertrædere. Men i hvert fald om den sidstnævnte gruppe gælder, at den endnu omkring år 1900 ikke var diagnostisk velafgrænset, og betegnelsen psykopati kendtes endnu ikke.

Efter de kriminalpolitiske ideer, der vandt frem fra omkring 1890, skulle tidsubestemte retsfølger ikke begrænses til lovovertrædere, der var præget af psykisk unormalitet. En skole gik så vidt som til at foreslå den traditionelle tidsbestemte straf helt afløst af sanktioner, som ved tidsubestemthed eller på anden måde var afstemt efter behovet for behandling, resocialisering o.l. i de enkelte tilfælde. Det drejer sig om en såkaldt individualpræventiv skole, der kan ses som et forsøg på at overføre et lægeligt-terapeutisk princip på hele den retshåndhævelse, der hidtil havde været behersket af de tidsbestemte straffe, udmålt i forhold til forbrydelsernes grovhed. Men i sin radikale form vandt denne retning aldrig indpas i de nordiske lande. I forarbejderne til en ny dansk straffelov (mellem 1912 og 1930) fik meningsforskellene et mere begrænset omfang. De mest konservative kriminalister afviste brugen af tidsubestemte retsfølger uden for de utilregnelige og de nedsat tilregnelige grupper. Andre kriminalister, som fik større indflydelse på straffeloven af 1930, talte for at indføre helt eller delvis tidsubestemte foranstaltninger over for forskellige kriminelle særgrupper: foruden sindssyge, åndssvage og psykopatiske personer også tilregnelige forbrydere af farlig type, vedvarende kriminelle af mere besværlig og asocial end egentlig farlig type, unge mennesker med udtalte kriminelle tilbøjeligheder, alkoholister m.v.

Kap 3. Strafferetten

Således kom straffeloven af 1930 til at rumme et antal helt eller delvis *tidsubestemte særforanstaltninger*: psykopatforvaring, sikkerhedsforvaring, arbejds- og ungdomsfængsel, helbredelsesanstalt for drankere. De blev afskaffet i 1973 på grundlag af forslag, der var stillet i en betænkning i 1972 fra Straffelovrådet. Det fandtes ikke længere rimeligt at opretholde de afvigelser fra lighedsprincipper og tidsbestemt frihedsberøvelse, som særforanstaltningerne indebar. Og der var skabt en væsentlig tvivl om, hvorvidt de tidsubestemte frihedsberøvelser havde opfyldt forventningerne om en større evne til at forebygge kriminelt recidiv hos de dømte. Siden 1970'erne har det strafferetlige sanktionssystem i Danmark kun rummet de tidsubestemte retsfølger, som omhandles i straffelovens §§ 68-70, og som vil blive nærmere omtalt i de følgende afsnit. Tidsubestemt er dog også straf af fængsel på livstid.

Ved afskaffelsen af særforanstaltninger skete der også en begrænsning af den retspsykiatriske erklæringsvirksomhed inden for strafferetten. Denne virksomhed blev nu i højere grad koncentreret om spørgsmål, der lå inden for den psykiatriske sagkundskab, dels diagnosespørgsmål, dels råd og vejledning med hensyn til lægeligt begrundede reaktionsmuligheder.

Om den her opridsede udvikling i sanktionssystemet og de skiftende kriminalpolitiske signaler henvises til Straffelovrådets betænkning om de strafferetlige særforanstaltninger (Bet. nr. 667/1972), bl.a. med en udtalelse af 24. august 1972 fra Retslægerådet, samt til Waaben (1993) I s. 38 ff, II s. 4 ff og 107 ff, samme forf., Utilregnelighed og særbehandling (1968). – Fra retspsykiatrisk synspunkt er særforanstaltningerne i årene efter straffelovens ikrafttræden i 1933 skildret af Helweg, Den retslige psykiatri, 2. udg. (1949).

3.3. Straffrihed efter straffelovens § 16

3.3.1. Forholdet mellem § 16 og § 68

Straffelovens § 16 er den centrale bestemmelse om betydningen af psykisk abnormitet. Den fastslår, under hvilke betingelser abnormtilstande fritager for straf. Når tiltalte er straffri efter § 16, udelukkes ikke blot anvendelsen af frihedsstraf og bøde, men også betinget dom, der er en selvstændig strafart og altid forudsætter, at de almindelige betingelser for strafansvar er opfyldt.

§ 16 lyder i sin helhed således:

3.3. Straffrihed efter straffelovens § 16

»Personer, der på gerningstiden var utilregnelige på grund af sindssygdom eller tilstande, der må ligestilles hermed, eller åndssvaghed i højere grad, straffes ikke. Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af alkohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor.

Stk. 2. Personer, der befandt sig i en tilstand af åndssvaghed i lettere grad eller i en tilstand, som ganske må ligestilles med åndssvaghed, straffes ikke, medmindre særlige omstændigheder taler for at pålægges straf.«

Over for den, der er straffri efter § 16, kan der i stedet anvendes retsfølger efter reglerne i § 68. Afgørelsen herom træffes af retten ved den dom, der fastslår straffriheden. Foranstaltninger efter § 68 udgør således en del af de strafferetlige retsfølger, selv om de ikke anses for straf og normalt ikke henhører under kriminalforsorgen med hensyn til deres fuldbyrdelse. Psykiatrilovens bestemmelser om betingelserne for frihedsberøvelse og den nærmere fremgangsmåde med hensyn hertil finder ikke anvendelse i sager, der behandles strafferetligt. Reglerne i § 68 omtales i kap. 3.4, se endvidere kap. 3.7 om senere ændring af en foranstaltning. Medens afgørelsen om straffrihed efter § 16 alene beror på tilstanden på gerningstiden, kan tilstanden på dommens tid spille en rolle for afgørelsen efter § 68. Den observerende læge er derfor nødt til at tage stilling til tilstanden på to forskellige tidspunkter.

Om betydningen af abnormtilstande, som indtræder efter gerningstiden, findes der en særlig regel i § 73, se kap. 3.8.

I den følgende fremstilling af reglerne i § 16 er der sondret mellem tre grupper af tilfælde: sindssygdom og hermed ligestillede tilstande, patologiske rustilstande (alkoholrus og påvirkning af narkotika) og åndssvaghed.

3.3.2. Sindssygdom og hermed ligestillede tilstande

3.3.2.1. § 16, stk. 1, nævner først *sindssygdom*, og der sigtes hermed til sindssygdom i lægelig forstand, altså psykose. Den observerende læge skal således anvende sin egen faglige terminologi, se herved ovenfor kap. 1.2.1.

Sindssygdom på gerningstiden bevirker imidlertid ikke automatisk straffrihed. Det kræves tillige, at tiltalte på gerningstiden var »utilregnelig« på grund af sindssygdommen. Loven bygger således ikke sin regel om straffrihed på et rent psykiatrisk kriterium. Man har i 1930

valgt et af de i kap. 3.2 omtalte blandede kriterier. Løsningen fra 1930 blev opretholdt ved lovændringen af 1975, selv om der i den forudgående betænkning var stillet forslag om en ændring til det rent psykiatriske kriterium med hensyn til sindssygdom.

Udtrykket »utilregnelig« er uden interesse fra et retspsykiatrisk synspunkt; den læge, der foretager mentalundersøgelse, skal ikke beskæftige sig med det. Det skal dog her kort omtales, hvad der er lovgiverens tankegang og retningslinien i retspraksis.

Det følger af ordene i § 16, stk. 1, at en person, der var sindssyg på gerningstiden, ved rettens afgørelse kan findes at være enten »utilregnelig« eller »tilregnelig«. I sidstnævnte fald er den tiltalte strafansvarlig, ikke straffri. Der findes ikke i lovens forarbejder klare udtalelser om, hvorledes ordet »utilregnelig« skal forstås. Vigtigst har det antagelig været at få slået fast, at straffriheden ikke må være givet med en konstatering af sindssygdom på gerningstiden. Der skal principielt være plads for en supplerende bedømmelse, som kan føre til strafansvar. Lovgiveren har antagelig sluttet sig til den tilregnelighedsopfattelse, at en sindssyg person i nogle henseender kan have indsigt i situationens omstændigheder og besidde evnen til at handle fornuftmæssigt. Som tidligere omtalt er dette synspunkt lagt til grund i lovregler om civilretlige virkninger af sindssyges dispositioner. Men i modsætning til disse regler har den strafferetlige ikke præciseret, hvilket supplerende kriterium det skal komme an på, men må antages at have villet overlade bedømmelsen til domstolene. Om der blandt lægdommere forekommer andre holdninger til tilregnelighedsspørgsmålet end hos fagdommere, er et spørgsmål, der ikke lader sig nærmere belyse.

I retspraksis vil der kun undtagelsesvis blive statueret tilregnelighed og strafansvar, når der foreligger en lægeerklæring om sindssygdom. Det kan især ske, hvor tiltalte har begået underslæb, skattesvig o.l. under omstændigheder, hvor der, trods en foreliggende sindssygdom, typisk en depression, synes at være handlet med den for sådanne økonomiske forhold typiske omtanke og beregning. Der foreligger ikke domme, som udtrykkelig formulerer en retningslinie af denne karakter eller anvender det fra civilretten kendte udtryk: »evne til at handle fornuftmæssigt«. Nogle domme har udtalt, at der ikke kan antages at have været en sådan sammenhæng mellem sindssygdommen og lovovertrædelsen, at tiltalte kan fritages for straf. Bag formuleringen af et sådant kausalkriterium kan ligge den tankegang, at tiltalte i den foreliggende sammenhæng må antages at have bevaret

3.3. Straffrihed efter straffelovens § 16

en af sindssygdommen upåvirket evne til at handle fornuftmæssigt.

Ugeskrift for Retsvæsen 1966.460

En godt 40-årig tandlæge fandtes skyldig i skattesvig over flere år ved undladelse af at bogføre kontantbeløb og ved rettelse på kundekort. Retslægerådet udtalte, at T i 1943 havde haft en psykogen paranoid psykose. Han havde senere i stigende grad været plaget af seksuelle fantasier, og dette havde på basis af hans specielle temperament givet anledning til, at der siden 1960 på ny havde udviklet sig en sindssygdom med udtalte selvhenførbarsideer og lettere forfølgelsesforestillinger. Vestre Landsret fandt ikke holdepunkter for at antage, »at der har været en sådan forbindelse mellem T's i de lægelige erklæringer omhandlede sindssygdom og hans urigtige oplysninger til skattemyndighederne, at han kan anses for at have været utilregnelig.« T idømtes 30 dages hæfte og en tillægsbøde på 45.000 kr.

Ugeskrift for Retsvæsen 1968.885

T havde ført bil i spirituspåvirket tilstand. Retslægerådet udtalte, at T i 1966 var sindssyg, lidende af en svær depression med alkoholmisbrug. Det kunne ikke afgøres med sikkerhed, om han var sindssyg på tidspunktet for det påsigtede forhold. T var da inde i en svær drikkeperiode. Efter rådets opfattelse var det mest sandsynligt, at der til grund for drikkeperioden lå en sindssygelig depression. En fortsat psykiatrisk behandling anbefalede. Byretten idømte T en hæftestraf, dog med dissens for frifindelse efter § 16. For landsretten forelå en ny lægeerklæring. T var nylig blevet tvangsindlagt efter indtagelse af et ukendt antal Truxaltabletter. Han havde i flere måneder været næsten konstant beruset. Vestre Landsret antog, at T på gerningstiden havde befundet sig i en tilstand ligestillet med sindssygdom, men der fandtes ikke holdepunkter for at antage en sådan sammenhæng mellem denne tilstand og det strafbare forhold, at dette ikke ville kunne tilregnes ham til straf. Dommen til hæftestraf stadfæstede.

Ugeskrift for Retsvæsen 1977.889

Den 25-årige T fik under bilkørsel et insulintilfælde og mistede herredømmet over bilen. Han fandtes skyldig i flere overtrædelser af færdselsloven, bl.a. § 54, stk. 1, om kørsel i en tilstand af sygdom, træthed og overanstrengelse. Retslægerådet afgav både for byret og landsret udtalelser, der bl.a. besvarede en række spørgsmål om insulinbehandling og -chok. Byretten statuerede, at T's forhold delvis var straffrit efter § 16, medens han for sit forhold med hensyn til en del af kørslen idømtes en bøde på 800 kr. Dommen blev i det væsentlige stadfæstet af Vestre Landsret, der bl.a. tiltrådte, at T fandtes ansvarlig til straf for den første del af kørslen. Det lagdes til grund, at T ved ikke at have udvist fornøden omhu på grund af sin sygdom havde hidført den tilstand, i hvilken kørsel var strafbar. Retslægerådet havde i sin erklæring under anken bl.a. udtalt, at en sukkersygepatient i almindelighed kan mærke, hvis en bevidtløshed er ved at indfinde sig, og at der sædvanligvis vil være tid til at rea-

Kap 3. Strafferetten

gere ved at standse. Man fandt, at tidspunktet (o. kl. 17) burde have skærpet T's opmærksomhed over for risikoen for et insulintilfælde.

Om eksempler på anvendelse af § 16 henvises i øvrigt til domme, der er anført i forbindelse med § 68 om valget af foranstaltninger.

3.3.2.2. Foruden sindssygdом nævner § 16, stk. 1, *tilstande, der må ligestilles hermed*. Dette udtryk har stået i loven siden 1930, og det gav oprindelig anledning til kritiske kommentarer fra psykiatrisk side. Det var nemlig åbenbart, at loven her gjorde brug af et kriterium, der var ukendt i den psykiatriske begrebsverden. Man kunne derfor spørge: Hvis en tilstand er »ligestillet« med sindssygdом, er det da ikke en sindssygdом? Hvorledes er den observerende læge stillet over for et begreb, som han ikke kender og vanskeligt kan give en teoretisk mening? Skønt lovens udtryk stadig er uden korrelat i psykiaternes sprogbrug og diagnoseliste, har man dog fra psykiatrisk side vænnet sig til at leve med det og er nået til en forståelse af en intention fra lovgiverens side, som man kan se noget rigtigt i. Det kan være en fordel, at muligheden for straffrihed på grund af psykisk abnormitet ikke strengt begrænses af psykosebegrebet. Og det kan være en fordel, at psykiateren i sin mentalerklæring kan fastholde sit faglige psykosebegreb, som ellers kunne komme til at udvise en vis pragmatisk bøjelighed, og inden for et vist grænseområde gøre brug af en anden formulering for at give udtryk for, at den konkrete tilstand i al fald står psykoserne nær.

Lovens udtryk »tilstande ligestillet med sindssygdом« er ikke et rent psykiatrisk begreb. Det er et juridisk begreb, for så vidt som det tilkendegiver den mening fra lovgiverens side, at der er mulighed for at statuere straffrihed i et ikke nærmere bestemt område uden for psykoserne. Men udtrykket er også kommet til at fungere som et hjælpebegreb i den retspsykiatriske klassifikation, idet det stiller lægen over for den opgave at udpege nogle tilstande, som man ville tøve med at kalde psykotiske, men som man dog finder karakteriserede ved en patologisk indvirkning på bevidstheds- og handlelivet og ofte ved en indikation for lægelig behandling.

Tilstandene forekommer relativt sjældent i den retspsykiatriske praksis og i retspraksis, mindre end 10 gange om året. Det kan dreje sig om forbigående psykiske abnormtilstande betinget af somatisk sygdom, som eksempler hypoglykæmiske tågetilstande (hypoglykæmi = for lav blodsukkerkoncentration), urotilstande i tilslutning til epileptisk anfald eller eventuelt følger af medicinmisbrug eller af

3.3. Straffrihed efter straffelovens § 16

langvarig faste. Som eksempel på en ikke-somatisk betinget, forbigående ligestillet tilstand kan nævnes »søvndrukkenhed« (somnambulistisk tilstand). Også kroniske abnormtilstande kan undertiden være ligestillede med sindssygdom, eksempelvis visse former for hjerneskade og tidligt indsættende, specifikke udviklingsforstyrrelser (f.eks. Aspergers syndrom). Derimod vil selv svære personlighedsforstyrrelser normalt ikke være omfattet af begrebet i straffeloven, hvorimod »ganske ligestillet med sindssygdom« i psykiatriloven efter omstændighederne kan indbefatte personer med udtalt personlighedsafvigelse (se kap. 2.2. og kap. 7.11.).

Den ældre diskussion om de ligestillede tilstande fremgår af August Wimmer (1933) og August Goll (1933), se også Helweg (1949) s. 17 ff. For en nærmere gennemgang se Waaben (1968).

En række eksempler fra retspraksis er nævnt af Waaben i Lov og Rett 1967 s. 426 ff, sml. Bet. nr. 667/1972 s. 31 f. Af de få afgørelser i trykt retspraksis efter 1967 skal her nævnes enkelte eksempler (se også kap. 7.3.3).

Ugeskrift for Retsvæsen 1969.314

En 26-årig kvinde T havde sat ild på en elevbolig ved et statshospital. Ifølge Retslægerådets erklæring var T præget af en neurotisk karakter; tilstanden var blevet forværret i de sidste to år, idet T bl.a. havde vist tendens til affekt eksplosioner og 5 gange havde foretaget selvmordsforsøg. Der var tegn på en organisk hjernelidelse. Det var sandsynligt, at T havde befundet sig i en med sindssygdom ligestillet epileptisk tågetilstand. T blev fundet straffri efter § 16 og dømt til anbringelse i et hospital for sindslidende. I Højesteret var der dissens for dom til behandling.

Vestre Landsrets dom af 20. juni 1973

Den 25-årige T havde dræbt sit 4 måneder gamle barn ved at kaste det mod køkkengulvet og ned i et tomt badekar. Ifølge Retslægerådet befandt T sig i en svær sjælelig uligevægtstilstand. På grundlag af en organisk hjernelidelse, der måtte formodes at ligge til grund for T's epilepsi, fandt Retslægerådet det berettiget at ligestille tilstanden med sindssygdom og foreslog behandling på hospital for sindslidende. Landsretten dømte T til anbringelse på hospital for sindslidende. – Denne utrykte dom er refereret efter Systematisk oversigt over domme i kriminelle sager 1973-1977 (1978) s. 10.

3.3.3. Patologiske rustilstande

Efter hovedreglen om straffrihed følger i § 16, stk. 1, 2. pkt., denne tilføjelse: »Befandt gerningsmanden sig som følge af indtagelse af al-

kohol eller andre rusmidler forbigående i en tilstand af sindssygdom eller i en tilstand, der må ligestilles hermed, kan straf dog pålægges, når særlige omstændigheder taler derfor«.

Bestemmelsen er indført i loven i 1975. Indtil da fandtes i § 18 en bestemmelse, der lød således: »Beruselse udelukker ikke anvendelse af straf, medmindre gerningsmanden har handlet uden bevidsthed«. Meningen var ikke umiddelbart indlysende, men det blev i retslægelig og juridisk praksis fastslået, at § 18 måtte opfattes som en bestemmelse om patologisk eller abnorm rus, der kunne bevirke straffrihed. Den nye bestemmelse har ikke skullet bevirke nogen væsentlig ændring, men blot sige i mere forståelige vendinger, hvad der skal gælde om rustilstande.

Stk. 1, 2. pkt., angår kun rustilstande, der kan betegnes som sindssygdom eller ligestilles hermed. Ingen andre rustilstande kan bevirke straffrihed efter § 16. Den, som handler i en svær rus af ikke-patologisk type, kan dog tænkes at blive straffri, hvis der er handlet uden forsæt. Men reglen herom har ikke noget at gøre med § 16. Det er vigtigt at understrege, at retspsykiateren ikke ved bedømmelsen af rustilstande eller af abnormtilstande i øvrigt bør beskæftige sig med spørgsmålet om, hvorvidt der er handlet med forsæt.

Hvis der rejses tvivl om en rustilstands normalitet, skal der således tages stilling til det samme spørgsmål som i stk. 1, 1. pkt.: om tilstanden på gerningstiden kan anses som en sindssygdom eller som en hermed ligestillet tilstand. Den patologiske rus betegnes i almindelighed som en sindssygdom, men der forekommer eksempler på, at den er anset som ligestillet med sindssygdom. Dette er i overensstemmelse med udtalelser af 1972 fra Retslægerådet til Straffelovrådet. Det anførtes, at man i sjældne tilfælde kunne tænke sig patologisk alkoholrus henført under tilstande ligestillet med sindssygdom, hvor de for forløbet af en patologisk rus karakteristiske træk ikke fuldt ud er til stede, idet det drejer sig om et meget kortvarigt bevidsthedstab, dvs. en tilstand af udpræget episodisk karakter.

Hvis retten lægger den psykiatriske konklusion om en abnorm rustilstand på gerningstiden til grund, vil den næste juridiske bedømmelse være en lidt anden, end hvis en tilstand blev bedømt efter stk. 1, 1. pkt. Selv om tiltalte findes at have været utilregnelig på grund af rustilstanden, kan straf dog efter 2. pkt. pålægges, »når særlige omstændigheder taler derfor«. Rustilstanden bevirker således en større usikkerhed om straffriheden end sindssygdom og dermed ligestillede tilstande i øvrigt. Begrundelsen for denne skærpelse af reglen

3.3. Straffrihed efter straffelovens § 16

må søges i rustilstandens oftest selvforskyldte karakter. Straffelovrådet antog i sin betænkning af 1972, at patologisk alkoholrus ligesom hidtil i almindelighed burde bevirke straffrihed. På den anden side bemærkedes, at en mulighed for strafansvar bl.a. kunne få betydning »i visse sager, hvor det oplyses, at tiltalte tidligere har været i lignende tilstande, og hvor det derfor kan bebrejdes ham, at han på ny har indladt sig på spiritusnydelse med kendskab til de risikomomenter, som dette for hans vedkommende indebærer«. En regel om mulighed for strafansvar anbefaledes tilsvarende med henblik på selvforskyldte patologiske tilstande af narkotikapåvirkning.

Om bedømmelsen af alkoholrus og narkotikapåvirkning henvises til Straffelovrådets betænkning nr. 667/1972 s. 40 ff, se endvidere Retslægerådets udtalelse s. 177 f.

Der er ikke noget stort antal sager om patologisk alkoholrus, og endnu sjældnere er afgørelser om påvirkning af LSD eller andre euforiserende stoffer.

Ugeskrift for Retsvæsen 1975.468

Den godt 40-årige T blev fundet skyldig i forsætlig legemsbeskadigelse ved skud mod en person, som han mødte på gaden. Ifølge Retslægerådet var T præget af neurotiske træk, men socialt stabil. Han var jævnlig beruset. Det antoges, at T i timerne forud for den påsigtede handling havde befundet sig i en abnormtilstand; der var glemsel for timerne omkring handlingen, der af Retslægerådet betegnedes som personlighedsfremmed. Det måtte antages, at han befandt sig i en patologisk rus. Dom til psykiatrisk behandling på hospital anbefaledes. Der burde tilsigtes total afholdenhed. Ved Østre Landsret frifandtes T efter § 16, og han dømtes til psykiatrisk behandling og behandling mod alkoholmisbrug på hospital for sindslidende.

Ugeskrift for Retsvæsen 1977.617

Den 27-årige T havde gjort sig skyldig i ulovlig tvang og blufærdighedskrænkelser af homoseksuel karakter. Det drejede sig om en noget tilfældig episode i spirituspåvirket tilstand. T led ifølge egen forklaring af depressioner og tog anafanil. Lægen, som havde ordineret tabletterne, udtalte, at det ikke kunne udelukkes, at et »black out« var fremkaldt af en abnorm reaktion. Retslægerådet udtalte, at T led af en karakterneurose med udtalt kontakthæmning m.v. Det antoges, at T på gerningstiden havde befundet sig i en patologisk rus, der var ligestillet med sindssygdom. Det kunne ikke udelukkes, at T, der ellers havde normal kønsdrift, i den beskrevne tilstand kunne have udvist homoseksuel adfærd. Ved Østre Landsret blev tilstanden anset som ligestillet med sindssygdom, og T frifandtes under dissens for straf efter § 16.

Kap 3. Strafferetten

Ugeskrift for Retsvæsen 1978.754

Den 29-årige T havde på åben gade dræbt en ham ukendt person med pistol-skud. Retslægerådet udtalte, at T var karakterneurotisk afvigende, bl.a. følelsesmæssigt let bevægelig med et betydeligt angstberedskab. Han var forfalden til spiritusmisbrug og havde regelmæssigt oplevet hukommelsestab efter indtagelse af en halv snes genstande. Det antoges, at T på gerningstiden havde været i en sindssygelig tilstand af patologisk rus. Rådet anbefalede dom til anbringelse på psykiatrisk sygehus. Nævningene svarede bekræftende på spørgsmålet om, hvorvidt T på gerningstiden var utilregnelig på grund af en tilstand som nævnt i § 16, stk. 1, men også bekræftende på et spørgsmål om anvendelse af straf efter stk. 1, 2. pkt. T idømtes 12 års fængsel.

Ugeskrift for Retsvæsen 1978.812

Den 50-årige T fandtes skyldig i at have dræbt sin hustru ved skud. Retslægerådet udtalte, at der hos T forelå en personlighedsmæssig ændring i de senere år og gennem 10 år et stigende alkoholforbrug, til dels også overforbrug af sovemedicin og beroligende medikamenter. Forud for gerningen befandt T sig i en tilstand af stærk sjælelig udmattelse og arbejdsmæssig overanstrengelse. Det antoges, at den påsigtede handling var begået under en svær rus og havde karakter af en personlighedsfremmed og motivløs handling. Rådet konkluderede, at T forbigående havde været i en tilstand, der måtte ligestilles med sindssygdom (§ 16, stk. 1, 2. pkt.). Der tilrådedes dom til behandling på psykiatrisk sygehus eller under tilsyn heraf. Ved Vestre Landsret fandtes T omfattet af § 16, men der idømtes straf af 8 års fængsel. Højesteret stadfæstede denne dom, dog med dissens for nedsættelse af straffen til 6 år under henvisning til straffelovens § 85.

Ugeskrift for Retsvæsen 1982.1059

Den 45-årige T fandtes skyldig i spirituskørsel. Retslægerådet udtalte, at T havde været under indflydelse af »psykisk aktivt virkende stoffer, der erfaringsmæssigt i forbindelse med alkohol kan fremkalde psykiske abnormtilstande, præget af bevidsthedsuklarhed og efterladende amnesi (glemsel)«. Oplysningerne talte derfor for en tilstand af patologisk rus. Byrettens dom til en bøde på 2.000 kr. samt frakendelse af førerret blev stadfæstet af Østre Landsret, dog med dissens for frifindelse efter § 16.

Ugeskrift for Retsvæsen 1985.615

Den 52-årige T havde i spirituspåvirket tilstand dræbt sin foresatte ved knivstik. Retslægerådet udtalte om T, at han »næppe i snævrere forstand kan betegnes som sindssyg, men at hans usædvanlig udtalte indesluttethed, tvangsbetonede væremåde og narcissistiske kontakt placerer ham i en grænsepsykotisk eller psykosenær kategori i tilslutning til skizofrenierne«. Der var desuden tegn på intellektuel reduktion. På gerningstiden, hvor T havde indtaget spiritus, var T formentlig i en fra hans normale stærkt afvigende tilstand, »således at den påsigtede handling kan karakteriseres som en abnorm enkeltreaktion

3.3. Straffrihed efter straffelovens § 16

(kortslutningsreaktion). Tilstanden lader sig næppe adskille fra en abnorm rustilstand (patologisk rus), men i givet fald har sidstnævnte ikke været karakteristisk ...» Rådet henførte T til § 69, men udtalte, at han befandt sig ved grænsen til § 16. Man tilrådede dom til behandling resp. anbringelse på hospital for sindslidende. Derefter besvarede Retslægerådet yderligere spørgsmål fra statsadvokaten. Ved Østre Landsret ansås T som tilregnelig, men henførtes under § 69 og idømtes 8 års fængsel, dog med dissens for dom til anbringelse i medfør af § 69. Højesteret stadfæstede dommen.

Ugeskrift for Retsvæsen 1971.560

Den 19-årige T dræbte en ham ubekendt kvinde på åben gade ved knivstik i ryggen. Retslægerådet udtalte, at T ud over nogen selvusikkerhed og kontakthæmning ikke havde frembudt tegn på personlighedsafvigelse af betydning. Han var for ca. 1½ år siden begyndt at ryge hash, først i begrænset omfang, men efterhånden i tiltagende grad. Inden for det sidste halve år havde han yderligere indtaget LSD, om end ikke i store doser. Han blev så præget af misbruget, at det gik ud over hans tidligere gode sociale tilpasning. Forud for gerningstiden havde han dels røget mere hash end vanligt, dels umiddelbart før den påsigtede handling indtaget en væsentlig større dosis LSD. Der indtrådte i løbet af ca. 1½ time en forgiftning, der ytrede sig i hallucinationer, angst, psykomotorisk uro og glemsel. Rådet henførte tilstanden under § 16. Ligeartede handlinger efter indtagelse af narkotika fandtes ikke usandsynlige, og med henblik på længere varende afvænningsbehandling anbefaledes anbringelse i hospital for sindslidende. Ved Østre Landsret fandtes T at have været utilregnelig, og han dømtes til anbringelse i hospital for sindslidende.

Dommen er afsagt før ændringen af § 16 ved tilføjelse af bestemmelsen om rustilstande. Det er imidlertid ikke i denne ændrings forarbejder forudsat, at der skulle anlægges en ændret bedømmelse af et tilfælde som det refererede. Se om denne sag og om utrykte domme Bet. nr. 667/1972 s. 46 ff.

Ved den lægelige bedømmelse af rustilstanden vil der være anledning til, såfremt en patologisk tilstand antages, at udtale sig om, hvorvidt lægelige foranstaltninger efter § 68 er indiceret.

Det fremgår af formuleringen af særreglen om rustilstande, at der skal være tale om en akut tilstand af alkohol- eller narkotikapåvirkning. Psykoser, der er en følge af længere varende misbrug, bedømmes efter § 16, stk. 1, 1. pkt. En tilstand af psykisk reduktion, der ikke er omfattet af denne bestemmelse, kan tænkes henført til § 69.

3.3.4. Åndssvaghed

§ 16 omfatter alle tilstande af åndssvaghed. Reglerne er imidlertid opstillet således, at der sondres mellem to grader af åndssvaghed. Ånds-

Kap 3. Strafferetten

svaghed i højere grad omfatter stort set idioti og imbecilitet, medens åndssvaghed i lettere grad omfatter debilitet, se herved kap. 7.14.

Om åndssvaghed *i højere grad* gælder efter stk. 1 samme regel som om sindssygdом, dvs. at tilstanden bevirker straffrihed, såfremt gerningsmanden var utilregnelig. Der vil altid eller næsten altid blive statueret straffrihed. Åndssvaghed *i lettere grad* (og tilstande som ganske må ligestilles med åndssvaghed) omhandles i stk. 2; også her er udgangspunktet straffrihed, men straf kan dog pålægges, når »særlige omstændigheder« taler derfor.

Om åndssvaghed i højere grad har den nuværende regel været gældende siden 1933. Derimod er stk. 2 indføjet i 1975, dog uden at der herved skete nogen væsentlig ændring, idet åndssvaghed i lettere grad indtil 1975 henhørte under § 17 om tilstande af »mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af sjælsevernerne«. Spørgsmålet om straf beroede efter § 17 på, om den tiltalte kunne »anses egnet til påvirkning gennem straf«. Om forarbejderne til lovændringen henvises til Bet. nr. 667/1972 s. 50 ff samt 180 f (Retslægerådets udtalelse) og om retspraksis før lovændringen til Waaben (1968) s. 91 ff.

Tilføjelsen i § 16, stk. 2, om tilstande, der »ganske må ligestilles med åndssvaghed«, blev valgt i 1975, bl.a. under hensyn til, at udtrykket fandtes i åndssvagebogen af 1959. Muligheden for straffrihed kom derved til at omfatte alle dem, der dengang efter civilretlige regler kunne inddrages under åndssvageforsorg. Ophævelsen af åndssvagebogen har ikke bevirket nogen ændring i den strafferetlige regel. Tilføjelsen om de med åndssvaghed ligestillede tilstande er uden betydning i alle tilfælde, hvor den erklæringsskrivende læge uden betænkelighed vil antage en åndssvaghed i lettere grad. I et grænseområde kan udtrykket imidlertid bidrage til at understrege, at vægten lægges på et samlet klinisk skøn, og at en afgrænsning alene med intelligenskvotienten som målestok ikke er afgørende. Der henvises i øvrigt til kap. 7.14.

§ 16 omfatter ikke sinkegruppen som sådan. En lægeerklæring, der placerer observanden som sinke uden at betegne tilstanden som ligestillet med åndssvaghed, vil ikke give grundlag for anvendelse af § 16. Om bedømmelsen af sinketilstande henvises i øvrigt til § 69, se kap. 3.5.

Det omtales nedenfor under 3.4.4, at ophævelsen af åndssvagebogen og forsorgens udlægning til amtskommunerne i 1980 har bevirket en ændring af strukturen med hensyn til retsfølger efter § 68 over for åndssvage lovovertræ-

3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v.

dere. Men der er ikke herved sket nogen ændring i indholdet af § 16.

I Bet. nr. 955/1982 om foranstaltninger over for åndssvage og andre svagt begavede lovovertrædere, afgivet af et udvalg nedsat af Justitsministeriet, udtaler et flertal af udvalgets medlemmer, at man fortsat finder begrebet »åndssvaghed« egnet til at bidrage til en afgrænsning af en persongruppe, som på grund af udtalt psykisk afvigelse bør kunne fritages for straf. Det svarer til den opfattelse, som Retslægerådet gav udtryk for i en skrivelse af 30. oktober 1980 til udvalget. Flertallet foreslår ingen ændring i § 16. Et medlem af udvalget finder, at begrebet »åndssvaghed« er blevet så indholdsmæssigt usikkert og derfor så uafgrænset, at det ikke længere bør anvendes som kriterium på retlige afgørelser. Mindretallet foreslår, at bestemmelserne om åndssvaghed udgår af § 16, og at de pågældende persongrupper i stedet bedømmes efter § 69.

Ugeskrift for Retsvæsen 1978.940

Den 33-årige T, der tidligere for forsøg på voldtægt var dømt til åndssvageforsorg, fandtes skyldig i voldtægt. Retslægerådet udtalte, at T var åndssvag i lettere grad men utvivlsomt modnet en del, således at han i perioder klarede sig ganske pænt. Retslægerådet anbefalede åndssvageforsorg. Ved Østre Landsrets dom svarede nævningene nej til, at T's tilstand var omfattet af § 16, stk. 2, medens § 85 om strafnedsættelse blev fundet anvendelig, og T idømtes 3 års fængsel. Højesteret stadfæstede dommen.

Ugeskrift for Retsvæsen 1979.404

Den 17-årige T fandtes skyldig i legemsbeskadigelse med døden til følge. Retslægerådet fandt, at T måtte placeres på grænsen mellem lettere åndssvaghed og sinkestadiet og kunne henføres under § 16, stk. 2. Anvendelse af åndssvageforsorg blev tilrådt. Ved byrettens dom blev T undergivet åndssvageforsorg. For Vestre Landsret var det af forsvareren oplyst, at T, såfremt han idømtes fængsel ikke over 2 år, ville kunne afsone straffen i arresthus. Vestre Landsret tiltrådte henførelsen af T under § 16, stk. 2, men under hensyn til den udståede varetægt (11 måneder) og oplysningerne om muligheden for fuldbyrdelse i arresthus idømtes T 2 års fængsel, dog med dissens for stadfæstelse af dommen til åndssvageforsorg.

Der henvises endv. til sager refereret nedenfor under 3.4.4.

3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v. (§ 68)

3.4.1. Almindelige principper

3.4.1.1. Over for den, der er straffri efter § 16, kan retten efter § 68 træffe bestemmelse om anvendelse af »andre foranstaltninger, der findes formålstjenlige for at forebygge yderligere lovovertrædelser«. De enkelte foranstaltninger, der i § 68 er inddelt i de mindre indgri-

Kap 3. Strafferetten

bende og de institutionsmæssige (men i øvrigt også kan rumme kombinationstyper), omtales nærmere nedenfor.

Det er ikke efter § 68 obligatorisk at iværksætte foranstaltninger, jf. ordene »kan retten«. Såfremt oplysningerne om tiltaltes nuværende tilstand og kriminaliteten ikke i tilstrækkelig grad taler for en foranstaltning, vil ingen retsfølge blive pålagt, og sagen vil være endeligt afgjort med straffriheden efter § 16. Dette kan være tilfældet, hvis en sindssygdom må betragtes som helbredt i en sådan grad, at end ikke en ambulant behandling eller et tilsyn er indiceret. Hvis ingen retsfølge anordnes, kan dette heller ikke ske senere, selv om tilstanden forværres, medmindre en ny forbrydelse giver grundlag for en ny dom. En afgørelse efter § 68 kan f.eks. ikke gå ud på, at muligheden for at iværksætte foranstaltninger holdes åben i en prøvetid.

Ugeskrift for Retsvæsen 1982.746

Den godt 40-årige T havde deltaget i bortførelse af en 10-årig dreng, der boede hos sin moder og var undergivet dennes forældremyndighed. Retslægerådet udtalte om T, at han var sindssyg, med overvejende sandsynlighed lidende af skizofreni. Man anbefalede, at T undergaves ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus. Ved Østre Landsret blev T anset som utilregnelig i medfør af § 16, og der fandtes ikke tilstrækkelig grund til at træffe foranstaltninger efter § 68.

De foranstaltninger, som træffes efter § 68, vil normalt være af en lægeligt behandlingsmæssig karakter. Men dette behøver ikke at være tilfældet. Der kan f.eks. anordnes tilsyn ved kriminalforsorgen eller ophold i et plejehjem. I en mentalerklæring kan der derfor være anledning til i sådanne særlige tilfælde at pege på adækvate og tilstrækkelige muligheder uden for det lægelige behandlingssystem.

Afgørelser om, hvorvidt en foranstaltning skal iværksættes eller ej, og om valget af foranstaltning er ikke efter § 68 knyttet til et farlighedskriterium el. lign. Der skal alene lægges vægt på, hvad der er formålstjenligt for at forebygge yderligere lovovertrædelser. Tanken bag § 68 er, at både sikrende og behandlingsmæssige hensyn kommer i betragtning. Efter lovens ordlyd må det anses for mest korrekt at antage, at en lægeligt indiceret foranstaltning ikke kan anvendes, hvis man ikke tillægger den nogen betydning med henblik på forebyggelse af ny kriminalitet. Men denne situation forekommer yderst sjældent, fordi den retspsykiatriske bedømmelse i almindelighed må gå ud fra, at en behandlingsindiceret foranstaltning også vil bidrage til at reducere risikoen for lovovertrædelser.

3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v.

3.4.1.2. Om valget af foranstaltning hedder det i § 68: »Såfremt mindre indgribende foranstaltninger ... ikke findes tilstrækkelige, kan det bestemmes, at den pågældende skal anbringes etc.« En mindre indgribende foranstaltning skal foretrækkes frem for en mere indgribende, såfremt den er tilstrækkelig. Det kan den f.eks. være, uanset at den dømte tidligere har været dømt til hospitalsmæssig behandling. Det anførte om *det mindste indgrebs princip* finder anvendelse også med hensyn til varigheden af en foranstaltning, selv om § 72 om senere ændring og ophævelse ikke udtrykkelig siger noget herom. En foranstaltning – og specielt en anbringelse i institution – skal bringes til ophør, når det er forsvarligt, eventuelt ved ændring til en mindre indgribende foranstaltning, der findes tilstrækkelig.

Grundsætninger som disse er ret selvfølgelige, men det er ikke muligt at sige præcist, hvad der i de enkelte tilfælde gør en mindre indgribende foranstaltning tilstrækkelig eller en mere indgribende nødvendig. Som nævnt er det ikke udelukkende et spørgsmål om tilstrækkelighed og nødvendighed med et sikrende eller umiddelbart kriminalitetsforhindrende formål for øje. Det kan også gøre en foranstaltning utilstrækkelig, at den i væsentlig ringere grad end en anden foranstaltning giver håb om en helbredende eller stabiliserende behandling, der formindsker risikoen for nye lovovertrædelser.

I retspraksis tages hensyn til kriminalitetens beskaffenhed, idet en begrænset grovhed af det pådømte forhold kan underbygge en slutning om det mindre indgrebs tilstrækkelighed og det større indgrebs betænkelighed. Omvendt kan det mindre indgrebs utilstrækkelighed støttes af, at der er begået en grov forbrydelse og foreligger en fare af en sådan art, at den taler for en frihedsberøvelse. Trods en sådan hensyntagen til den pådømte kriminalitets art adskiller afgørelser efter § 68 sig klart fra strafudmåling, som følger proportionalitetsprincipper og ikke i almindelighed baseres på en vurdering af, hvad der er nødvendigt og tilstrækkeligt til påvirkning af den enkelte tiltalte.

Alle retsfølger efter § 68 er helt tidsubestemte (se derimod under 3.5 om tidsmaksimering efter § 69). Korrelatet til denne tidsubestemthed er reglerne i § 72 om domstolenes kompetence til senere at træffe bestemmelse om ændring eller ophør af en retsfølge.

3.4.2. Mindre og mere indgribende foranstaltninger

Opregningen af foranstaltninger i § 68 er ikke udtømmende, men omfatter dog alt, hvad der må påregnes at få størst praktisk betydning. Det vil fremgå af det følgende, at der i dommene kan gives de af § 68 omfattede behandlings- og opholdsformer en nærmere afgrænsning. Det er af vigtighed, at mentalerklæringer så vidt muligt giver vejledning om, hvilken udformning af retsfølgen der fra lægeligt synspunkt er den mest adækvate.

3.4.2.1. Af mindre indgribende foranstaltninger nævner § 68 »tilsyn, bestemmelser vedrørende opholdssted eller arbejde, afvænningsbehandling, psykiatrisk behandling m.v.« Fælles for sådanne foranstaltninger er, at de ikke rummer noget pålæg om ophold i en institution. En bestemmelse om »opholdssted« kan derfor ikke udformes således, at den i realiteten er en anbringelse i institution; den kan derimod på andre måder begrænse det frie valg af opholdssted, f.eks. ved at pålægge den dømte at have ophold på Fyn eller i den by, hvor han hører hjemme. Noget andet er, at en dom til tilsyn efter omstændighederne kan rumme en bemyndigelse til at bestemme ophold i institution (se herom nedenfor).

Blandt de mindre indgribende foranstaltninger har bestemmelser om ambulant psykiatrisk behandling og afvænningsbehandling størst interesse fra et lægeligt synspunkt. Afvænnning må nærmere specificeres i relation til, hvad der er misbrugets art (alkohol eller narkotika, eventuelt begge dele), medens en bestemmelse om psykiatrisk behandling ikke kræver et nærmere direktiv, men blot skal udfyldes i lys af mentalerklæringens oplysninger om den dømtes psykiske tilstand. En mulighed for behandling for misbrug kan være indeholdt i en dom til psykiatrisk behandling. I praksis er det dog antaget, at misbrugsbehandling i forbindelse med et ambulant psykiatrisk behandlingsforløb kræver et selvstændigt pålæg herom i dommen eller ved kendelse i medfør af § 72.

De mindre indgribende foranstaltninger har en betydelig lighed med dem, der kan pålægges som vilkår i betingede domme efter § 57. De vigtigste forskelle er, at vilkår i en betinget dom begrænses af en prøvetid og en tilsynstid, og at der er mulighed for anvendelse af straf i tilfælde af vilkårsovertrædelse. Om vilkår efter § 57 henvises i øvrigt til kap. 3.11.2.

3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v.

3.4.2.2. De *mere indgribende* foranstaltninger består i ophold i psykiatrisk hospital eller afdeling eller anden institution. Foranstaltningerne kan under ét betegnes som frihedsberøvelse, idet der er tale om en ved dommen fastslået pligt til at have ophold det pågældende sted, en pligt der eventuelt kan gennemtvinges ved politiets hjælp. Når udtrykket frihedsberøvelse her anvendes, ligger der ikke heri nogen forudsætning om, at den dømte skal holdes bag låste døre el. lign. Det er tværtimod det almindelige, at en sådan fysisk indespærring ikke foreligger; at forlade institutionens område er imidlertid stridende mod dommens bestemmelse, medmindre de for institutionen gældende regler om udgang eller anden lovlig kontakt med omverdenen er fulgt.

§ 68 nævner anbringelse »i hospital for sindslidende, i institution for åndssvage eller under åndssvageforsorg eller i egnet hjem eller institution til særlig pleje eller forsorg«. Opregningen røber en vis tilknytning til de tilstande, der er nævnt i § 16, men der er ikke nogen bindende sammenhæng mellem inddelingerne i de to bestemmelser. Den, der er fundet straffri på grund af sindssygdom eller en tilstand ligestillet hermed, kan i princippet godt anbringes i »egnet hjem eller institution til særlig pleje eller forsorg«. Om forvaring, der er nævnt i § 68, 3. pkt., henvises til særskilt omtale nedenfor.

3.4.3. Domstyper vedrørende psykiatrisk behandling

I sager om psykiatrisk behandling anvendes en række forskellige domstyper. Hertil svarer variationer i mentalerklæringers forslag om valget af retsfølge. Der henvises herom til rigsadvokatens cirkulære nr. 234 af 10. december 1976. De nedenfor anførte domme er rubriceret efter sagernes udfald, men det vil ses, at der i flere tilfælde har været tvivl hos domstolene om valget af foranstaltning. Om domstyper og behandling se endv. kap. 6.

(1) En dom til *ambulant psykiatrisk behandling* omfatter i sin rene form ikke noget ophold på psykiatrisk afdeling, men kun en pligt til fremmøde til de psykiatriske konsultationer – eventuelt på en psykiatrisk afdelings ambulatorium – som der gives pålæg eller træffes aftale om. Det kan i dommen være tilføjet, at den ambulante behandling sker i psykiatrisk sygehus eller afdeling, eventuelt tillige at der anordnes tilsyn ved kriminalforsorgen, hvorved den personlige kontakt med og vejledning af den dømte styrkes.

Kap 3. Strafferetten

Afgørelsen får et lidt andet indhold, hvis der i dommen er tilføjet en bestemmelse om, at der om fornødent kan ske indlæggelse i psykiatrisk afdeling. Bemyndigelsen til at træffe denne afgørelse kan være tillagt overlægen, eventuelt tilsynet i forbindelse med overlægen. Gøres der brug af denne bemyndigelse, hvilket kan ske uden forudgående retskendelse, skal der efter retspraksis ske en indberetning til statsadvokaten og en forelæggelse for retten med henblik på godkendelse efter § 72.

Tilføjjelsen af den nævnte bemyndigelse vil i praksis være indiceret, hvis der må regnes med den mulighed, at den rent ambulante behandling kan volde vanskeligheder eller være utilstrækkelig, uden at der dog på dommens tid er grund til at gå ud fra et hospitalsopholds nødvendighed. I sin mentalerklæring bør lægen være opmærksom på, hvorledes situationen må bedømmes i så henseende.

Vedrørende eksempler på den omtalte bemyndigelse og efterfølgende godkendelse af indlæggelse se nedenfor pkt. 3.7.2.

(2) En dom til *behandling i psykiatrisk hospital eller afdeling* opfattes i praksis således, at der skal indledes med (og eventuelt senere anvendes) et hospitalsophold, men uden at dette ophold som ved den under (3) nævnte anbringelsesdom *skal* etableres og vedvare indtil retskendelse om dets ophør. Det er en smidig formulering af retsfølgen, der i sig selv – uden at dommen behøver at udtale sig om en bemyndigelse – giver overlægen adgang til at skønne over, om behandlingen kræver hospitalsophold eller kan gennemføres i friere former, der om fornødent kan afløses af ny indlæggelse. Overlægens afgørelse kan eventuelt gå ud på ophold uden for afdelingen alene i dagtimerne. Det kan fremgå af dommen, at der anordnes tilsyn ved kriminalforsorgen, og bestemmelser om ændring fra hospitalsophold til friere forhold eller omvendt træffes da af overlægen i forbindelse med tilsynet.

Vestre Landsrets dom af 23. april 1976

Den 37-årige T fandtes skyldig i brandstiftelse ved forvoldelse af en eksplosionsbrand med en samlet skade på ejendom og løsøre på ca. 107.000 kr. Ifølge Retslægerådet var T sindssyg. Han frifandtes efter § 16 og dømtes til psykiatrisk behandling på hospital med tilsyn af kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af forsorgen i forbindelse med den behandlende læge kunne træffes bestemmelse om genindlæggelse.

Utrykt dom, refereret efter Systematisk oversigt over domme i kriminelle sager 1973-1977 (1978) s. 10.

3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v.

Ugeskrift for Retsvæsen 1977.287

En 22-årig kvinde T fandtes skyldig i overfald ved at slå en buschauffør i hovedet med en plastikpose indeholdende sten. Retslægerådet udtalte, at T var skizofren med vrangforestillinger, hallucinationer, følelsesmæssig affladigelse og voldsomme aggressive gennembrud. En medikamentel behandling i de seneste måneder havde bedret tilstanden; der anbefalede behandling på eller under tilsyn af psykiatrisk hospital. Ved byrettens dom dømtes T til behandling i psykiatrisk hospital eller under tilsyn af dette. Østre Landsret ændrede dommen til anbringelse i psykiatrisk hospital. Under anke til Højesteret forelå der en ny lægeerklæring, der gik ud på, at T for tiden var medikamentelt velbehandlet; dom til behandling på hospital eller under tilsyn heraf blev tilrådet. Højesteret ændrede landsrettens dom og stadfæstede byrettens dom til psykiatrisk behandling på hospital eller under dettes tilsyn.

Ugeskrift for Retsvæsen 1985.313

Den 43-årige T fandtes skyldig i drabsforsøg ved et skud med revolver. Retslægerådet betegnede T som udtalt karakterafvigende af skizoid type og udtalte, at der på basis heraf havde udviklet sig en sindssygdom præget af vrangforestillinger. Psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af kriminalforsorgen blev tilrådet. T fandtes ved Østre Landsret straffri efter § 16 og dømtes efter § 68 til anbringelse på hospital for sindslidende, idet dog nogle af de ved dommen afgivne stemmer lød på dom til psykiatrisk behandling på hospital. For Højesteret forelå en supplerende mentalerklæring, der betegnede psykiatrisk behandling som den mest formålstjenlige foranstaltning til imødegåelse af »en formentlig meget ringe risiko for fornyet ligeartet kriminalitet«. Højesteret ændrede under dissens dommen til at lyde på psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om genindlæggelse.

(3) En dom til *anbringelse i psykiatrisk hospital* rummer et bindende pålæg om, at den dømte skal have ophold på psykiatrisk afdeling, indtil der ved retskendelse i medfør af § 72 sker en ændring eller ophævelse af denne foranstaltning. Overlægen bestemmer, om der skal være ophold på åben eller lukket afdeling. Overlægen kan endvidere, eventuelt efter samråd med anklagemyndigheden, indrømme patienten begrænsede friheder, og Justitsministeriet kan tillade, at patienten arbejder om dagen uden for institutionen eller ud over enkelttilfælde aflægger besøg med overnatning hos pårørende. Det er endvidere Justitsministeriet, der træffer alle bestemmelser om friheder i forbindelse med den nedenfor omtalte dom til anbringelse i sikringsafdelingen (sikringsanstalten) i Nykøbing Sj. Se cirkulære nr. 227 af 15. november 1977.

Kap 3. Strafferetten

Det er for den observerende læge og for retten et ikke sjældent opstående tvivlsspørgsmål, om en dom til anbringelse i hospital bør foretrækkes, eller det er tilstrækkeligt at foreskrive behandling i psykiatrisk hospital. Navnlig for retten, men i nogen grad også for den læge, der bedømmer tilfældet, må det vigtigste hensyn være arten og graden af den fare, som den pågældende skønnes at frembyde. Lægens udtalelse om retsfølgen er som altid kun vejledende for retten, der f.eks. kan have en fra lægeerklæringen afvigende opfattelse af, om der efter kriminalitetens grovhed og andre oplysninger bør skabes sikkerhed mod udslag af risiko for ny kriminalitet.

Om den yderligere sikring mod udslag af personlig farlighed, der består i en dom til anbringelse i sikringsafdeling, henvises til bemærkninger nedenfor under pkt. (4).

Ugeskrift for Retsvæsen 1981.800

Den 26-årige T havde en nat sat ild på en lejlighed i sin faders ejendom med den følge, at der voldtes skader på ejendom og løsøre for ca. 175.000 kr. Retslægerådet udtalte, at T var sindssyg, sandsynligvis lidende af en skizofreni, hvis udvikling kunne være fremmet af et mangeårigt hashmisbrug. Der havde været adskillige indlæggelser. Retslægerådet anbefalede dom til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende med tilsyn af hospitalet og af kriminalforsorgen under udskrivning, således at der af kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om genindlæggelse. Ved Vestre Landsret dømtes T som utilregnelig til anbringelse i hospital for sindslidende, med dissens for dom til behandling som anbefalet af Retslægerådet. Dommen stadfæstedes af Højesteret.

Ugeskrift for Retsvæsen 1984.73

Den 32-årige T fandtes skyldig i drabsforsøg og legemsbeskadigelse, i begge tilfælde ved knivstik, samt i brandstiftelse. Retslægerådet udtalte, at T var sindssyg. Sygdommens natur var usikker, men det kunne dreje sig om en af sproglig isolation provokeret sygdom (T var udlænding) eller om en begyndende skizofreni. Rådet anbefalede psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende. Efter en indlæggelse udtalte et psykiatrisk hospital, at T i begyndelsen af opholdet var klart sindssyg med forfølgelsesforestillinger og hallucinationer. Hans tilstand bedredes derefter, og han var senest uden åbenlyse sindssygelige træk. Der var fortsat behov for psykiatrisk behandling. Ved Østre Landsret frifandtes T efter § 16 og dømtes til anbringelse i hospital for sindslidende, dog med dissens for dom til behandling. Højesteret stadfæstede dommen.

Ugeskrift for Retsvæsen 1987.357

Den 28-årige T fandtes skyldig i legemsbeskadigelse ved knivstik og i vold.

3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v.

Retslægerådet udtalte, at T var sindssyg, formentlig lidende af skizofreni. T's tilstand måtte antages at have udviklet sig siden puberteten, og han havde siden 12-14 års alderen haft et udtalt misbrug af narkotika, beroligende medicin og alkohol. Rådet anbefalede dom til anbringelse. Ved Østre Landsret dømtes T i overensstemmelse hermed, idet dog et mindretal af de ved nævningetinget afgivne stemmer lød på psykiatrisk behandling i hospital eller under tilsyn heraf. Højesteret stadfæstede dommen med den bemærkning, at mindre indgribende foranstaltning end anbringelse ikke fandtes tilstrækkelig.

Ugeskrift for Retsvæsen 1992.458

En 45-årig kvinde T havde sat ild på en lejlighed. Ifølge Retslægerådet led T af skizofreni, præget af vrangforestillinger, og hun havde ikke kunnet motiveres til medikamentel behandling. Rådet anbefalede anbringelse i psykiatrisk hospital, hvilket ansås for mest hensigtsmæssigt for at kunne gennemføre behandling med henblik på nedsættelse af recidivrisikoen, der antagelig var stor. Højesteret stadfæstede landsrettens dom til anbringelse.

(4) En særligt sikret anbringelse i psykiatrisk hospital af farlige personer kan opnås ved dom til *anbringelse i sikringsafdelingen* (tidligere sikringsanstalten) ved Amtshospitalet i Nykøbing S., som er en landsdækkende institution indrettet specielt med henblik på behandling af farlige sindssyge. Denne domsform er en afvigelse fra det princip, at retten ikke ved dom til psykiatrisk hospital træffer bestemmelse om anbringelsesmåden.

Med henblik på rettens afgørelse om anbringelse må mentalerklæringen indeholde fornødne oplysninger om en eventuel farlighed, se herved kap. 5.4. Lægen må give udtryk for, om anbringelse i sikring skønnes nødvendig. Derimod vil der normalt ikke være anledning til udtrykkeligt at udtale, at sådan anbringelse *ikke* skønnes at komme i betragtning. I de sager, hvor anbringelse i sikring bliver aktuel, vil den sigtede i øvrigt ofte være blevet mentalobserveret i sikringsafdelingen. Se i øvrigt kap. 6.4.

Oprettelsen af sikringsanstalten skete i henhold til lov nr. 123 af 29. april 1913, der udtrykkelig forudsatte, at anbringelse kunne ske enten efter dom eller ved administrativ bestemmelse. Forpligtelsen til at drive en anstalt med denne funktion er opretholdt ved § 3, stk. 2, i lov nr. 328 af 26. juni 1975 om statshospitalernes overførelse til amtskommunerne (for sikringsanstaltens vedkommende: Vestsjællands amtskommune). Om anbringelse i henhold til administrativ bestemmelse (farlighedsdekret) henvises til Principbetænkning om tvang i psykiatrien (Bet. nr. 1068/1986) I s. 258 ff, se endvidere samme udvalgs Afsluttende udtalelse (Bet. nr. 1109/1987) s. 31 f og 104 ff (lovudkast med bemærkninger). Om farlighedsdekreter henvises til kap. 2.2.4.

Kap 3. Strafferetten

Se også Betænkning om oprettelse af en særlig behandlingsinstitution for en del af de psykisk abnorme lovovertrædere (Bet. nr. 450/1967), navnlig s. 26 ff.

Sikringsanstalten og dens klientel fra åbningen i 1918 til 1962 er beskrevet af Ib Danvad m.fl. (1968).

Ugeskrift for Retsvæsen 1977.448

Den 30-årige T fandtes skyldig i drabsforsøg og overfald. Retslægerådet udtalte, at T led af skizofreni, men at hans tilstand var bedret i nogen grad under et ophold i anstalten i Herstedvester, hvortil T var overført efter forudgående observationsophold på Skt. Hans Hospital og i sikringsanstalten. Rådet fandt det forsvarligt at undlade anbringelse i sikringsanstalt (hvorved man også tog hensyn til den alvorlige pladssituation i anstalten), og man indstillede, at T dømtes til anbringelse i hospital for sindslidende. Ved Østre Landsret dømtes T til anbringelse i sikringsanstalt. For Højesteret var det oplyst, at T fortsat trængte til tæt kontakt og længerevarende medikamentel antipsykotisk behandling. Højesteret stadfæstede dommen.

Ugeskrift for Retsvæsen 1977.717

Den 48-årige T, der 41 gange havde været indlagt på psykiatrisk hospital, havde dræbt en kvinde ved to skud med haglgevær. Retslægerådet antog, at T havde været sindssyg gennem 13 år, lidende af skizofreni med vrangforestillinger. T havde været skiftende af sindsstemning og dertil truende. Der forelå et mangeårigt alkoholmisbrug. Med henblik på imødegåelse af en ikke ubetydelig risiko for lignende handlinger kunne kun anbringelse i sikringsanstalt anses for formålstjenlig. Ved Vestre Landsret dømtes T til anbringelse i sikringsanstalt. Efter denne dom blev T ved administrativ foranstaltning anbragt i sikringsanstalten, hvis overlæge afgav en erklæring, hvorefter dom til anbringelse i psykiatrisk hospital fandtes tilstrækkelig. Retslægerådet fandt imidlertid, at der endnu ikke var indtrådt en sådan bedring og stabilisering, at overførelse til et almindeligt psykiatrisk sygehus ville være forsvarlig. Højesteret stadfæstede dommen.

Ugeskrift for Retsvæsen 1978.912

Den 38-årige T fandtes skyldig i grov legemsbeskadigelse og overfald af særlig farlig art. Retslægerådet udtalte, at T var sindssyg; de psykotiske faser havde været af skiftende præg, bl.a. præget af vrangideer, aggressivitet og hallucinationer. Mest fremtrædende var symptomer på skizofreni; alvorlige forværringer med farlig aggressivitet satte ind ved fornyet misbrug af alkohol eller stoffer. Der tilrådedes dom til anbringelse i sikring eller tilsvarende institution. Ved Østre Landsret dømtes T til anbringelse i sikringsanstalt. For Højesteret forelå en ny erklæring fra kriminalforsorgens anstalt i Herstedvester, hvor T fortsat opholdt sig. Her anbefalede dom til behandling eller anbringelse på psykiatrisk afdeling. Retslægerådet udtalte, at man ændrede sin tidligere indstilling og anbefalede dom til anbringelse i hospital for sindslidende.

3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v.

Ved Højesteret stadfæstedes dommen til sikring, dog med dissens for dom til anbringelse i hospital for sindslidende.

Ugeskrift for Retsvæsen 1982.1010

Den 30-årige T havde under ophold på et forsorgshjem med en brødkniv dræbt en medpatient og forsøgt at dræbe tre andre. Retslægerådet fandt, at T var sindssyg og bl.a. præget af et mangeårigt spiritusmisbrug med delirium tremens ved flere lejligheder. Han havde i flere år frembudt symptomer på en alkoholisk sindssygdom og i perioder været lidende af jalousiforrykthed. På gerningstiden måtte T antages at have befundet sig i en overgangsfase mellem alkoholhallucinoser og delirium tremens. Rådet anbefalede anbringelse i hospital for sindslidende. Ved Vestre Landsret dømtes T til anbringelse i sikringsanstalt. Under anke til Højesteret forelå nye lægeerklæringer, der bl.a. omtalte de psykiatriske hospitalers vanskelighed ved (uden for sikringsanstalten) at hindre, at patienter skaffer sig spiritus. Det ansås ikke forsvarligt at modtage T i psykiatrisk hospital i Århus. Højesteret stadfæstede dommen til sikring, idet man lagde til grund, at der ikke ved anbringelse i psykiatrisk hospital ville være tilstrækkelig sikkerhed for, at T blev afskåret fra alkoholindtagelse.

Ugeskrift for Retsvæsen 1985.150

Den 24-årige T fandtes skyldig i voldtægt og tre voldtægtsforsøg. Retslægerådet udtalte, at T var sindssyg. Han havde gennem nogen tid været præget af tiltagende følelsesmæssig affladigelse og af vrangforestillinger, periodisk også af hallucinationer. Det drejede sig sandsynligvis om skizofreni, ikke om en sindssygdom fremkaldt af T's cannabismisbrug. Rådet anbefalede anbringelse i hospital for sindslidende. I en supplerende erklæring udtalte rådet, at de fremtrædende sindssygdomssymptomer »med dertil knyttede næsten imperative handlingsimpulser« talte for anbringelse på sikringsanstalt. Ved Østre Landsret dømtes T til anbringelse i sikringsanstalt, dog med dissens for anbringelse i psykiatrisk hospital. Under anke til Højesteret henholdt Retslægerådet sig til sin seneste erklæring. Højesteret stadfæstede dommen til sikring.

3.4.4. Åndssvageforsorg

Udtrykket »(anbringelse) i institution for åndssvage eller under åndssvageforsorg« er ikke længere helt stemmende med den lovgivning, der regulerer forsorgen. Udtrykket stammer fra tiden før den statslige åndssvageforsorgs ophævelse. I god overensstemmelse med den dengang gældende lovgivning anvendtes de to i § 68 nævnte domsformer: dom til anbringelse i institution, der rummede en bindende forskrift om sådant ophold, indtil foranstaltningen blev ændret eller ophævet, og dom til åndssvageforsorg, der overlod til åndssvageforsorgens myndigheder, om institutionsophold eller en friere forsorg skulle anvendes.

Kap 3. Strafferetten

Forsorgen er nu et amtskommunalt anliggende, og der er ikke længere en lovgivning uden for strafferetten, der betegner en gruppe af intelligensdefekte som »åndssvage« og forsorgen som »åndssvageforsorg«. De behandlingsmæssige muligheder er knyttet til bestemmelser i bistandsloven og i udlægningsloven (lov nr. 257 af 8. juni 1978). Efter bistandslovens § 112 har amtskommunen pligt til at sørge for det nødvendige antal pladser for voksne, »der på grund af et vidtgående fysisk eller psykisk handicap har et særligt behov for pleje, behandling m.v.« På en sådan institution kan en person ikke administrativt indlægges mod sin vilje. Men ifølge udlægningslovens § 6 har amtskommunerne pligt til på institutionerne at modtage og føre tilsyn med:

- »1) personer, der efter retskendelse skal underkastes mentalundersøgelse,
- 2) personer, der i henhold til dom eller kendelse skal anbringes i institution for åndssvage eller undergives åndssvageforsorg,
- 3) personer, der som vilkår for tiltalefrafald eller prøveløsladelse skal anbringes i institution for åndssvage eller undergives åndssvageforsorg«.

Om amtskommunernes modtagepligt henvises til bkg. nr. 567 af 21. december 1979 og om magtanvendelse, herunder anbringelse i lukket anstalt, til bkg. nr. 568 af samme dato.

Fremgangsmåden i sager mod kriminelle åndssvage er herefter i hovedsagen den samme som før ændringen i for sorgens struktur. Når straffrihed efter § 16 (normalt stk. 2) er fastslået, vil dommen bestemme retsfølgen, idet man enten følger ordvalget i § 68 eller tilpasser sig den nye terminologi og taler om forsorgen (eller en institution) for personer med vidtgående psykiske handicap. Ved valget af retsfølge lægges der ligesom for de sindssyges vedkommende vægt på den begåede kriminalitets art og grovhed og på oplysninger om personlig farlighed. Indholdet af den valgte foranstaltning kan senere ændres i medfør af § 72.

En rent ambulant foranstaltning formuleres som en dom til for sorg, eventuelt med vilkår, f.eks. om alkoholistbehandling. Hertil kan føjes en mulighed for administrativ anbringelse på institution. Dommen kan også direkte lyde på anbringelse i institution, eventuelt på anbringelse i lukket eller sikret afdeling eller blot en mulighed for sådan anbringelse. Der består efter det nu kendte for sorgssystem

3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v.

ikke andre muligheder for sikret eller lukket anbringelse end i institutionen Kofoedsminde ved Rødby.

Om forsorg og domstyper henvises til Karsten Hjorth i Anklagemyndighedens Årsberetning 1990 s. 112 ff, bl.a. med domsreferater. Se endvidere om den strafferetlige praksis før og efter de omtalte ændringer Bet. nr. 955/1982 om foranstaltninger over for åndssvage og andre svagt begavede lovovertrædere, samt Jens Lund (1988).

Ugeskrift for Retsvæsen 1990.882

Den 32-årige T fandtes skyldig i drab på en 79-årig ved slag med en mukkert og ved knivstik. Retslægerådet udtalte, at T var åndssvag i højere grad og i lange perioder havde været i lukkede afdelinger under åndssvageforsorgen. Han måtte anses for farlig for andre, og dom til anbringelse på institution for åndssvage anbefalede. Ved nævningenes kendelse blev T henført under § 16, stk. 1, og han dømtes til anbringelse i institution for åndssvage i særligt lukket sikringsafsnit, dog med dissens for anbringelse uden denne tilføjelse. For Højesteret gjorde forsvareren gældende, at der ikke var hjemmel for en bestemmelse om lukket sikringsafsnit; en sådan afgørelse træffes af bistandsmyndighederne. Rigsadvokaten fandt det i det foreliggende tilfælde nødvendigt at træffe bestemmelsen ved dom af hensyn til retssikkerheden. Højesteret stadfæstede landsrettens dom, idet det anførtes, at det var »nødvendigt af hensyn til retssikkerheden, at T for ubestemt og lang tid anbringes på lukket afdeling, og da dette, som reglerne om social bistand er, kun sikres ved udtrykkelig bestemmelse herom i dommen, hvortil hjemmel findes i straffelovens § 68, vil dommen være at stadfæste«.

Ugeskrift for Retsvæsen 1994.685

Den 27-årige T, som tidligere havde været dømt til psykiatrisk behandling, fandtes nu skyldig i sammen med den lettere åndssvage T 2 (som henførtes under § 16, stk. 2) at have begået brandstiftelse samt i flere tilfælde forsøg på voldtægt. Retslægerådet udtalte om T, at han ikke var sindssyg og heller ikke havde været det på tidspunktet for de påsigtede forhold. Han var »åndssvag med en intellektuel funktion svarende til imbecilområdet« og havde i en årække misbrugt alkohol og euforiserende stoffer. Under hensyn til en ikke ubetydelig risiko for ligeartede handlinger tilrådedes anbringelse på institution for personer med vidtgående psykiske handicap. Denne retsfølge idømtes ved landsrettens af Højesteret stadfæstede dom.

3.4.5. Forvaring som § 68-foranstaltning

I § 68, sidste pkt., findes følgende bestemmelse: »Anbringelse i forvaring kan ske under de betingelser, der er nævnt i § 70«. Hvis denne bestemmelse ikke fandtes, ville forvaring ikke kunne medregnes

Kap 3. Strafferetten

blandt mulighederne for institutionsanbringelse efter § 68. Det er lovens grundtanke, at retsfølger over for straffri personer skal være af lægelig eller forsorgsmæssig karakter, medens forvaring, der henhører under kriminalforsorgen, principielt skal forudsætte strafansvar. Det har derfor været lovens udgangspunkt, at retsfølger efter § 68 og forvaring skulle holdes adskilt; de ligger på hver sin side af grænsen mellem straffrihed og strafansvar. Der forelå imidlertid ved lovreformen det spørgsmål, om ikke det i visse sjældne tilfælde kunne være uhensigtsmæssigt at udelukke forvaring over for § 16-personer. Der tænkes herved navnlig på lovovertrædere, hos hvem der ud over en psykose på gerningstiden foreligger en udtalt karakterafvigelse, som måske på længere sigt vil tale for anden anbringelse end i psykiatrisk hospital. En tilsvarende åbenhed med hensyn til den rette anbringelsesform kan tænkes, for så vidt angår personer, hos hvem der er et sammenfald af åndssvaghed og udtalt karakterafvigelse. Tilføjelsen i § 68, sidste pkt., betyder, at man ved selve dommen eller ved en senere ændringskendelse (§ 72) kan anvende forvaring over for en person, der er straffri efter § 16. Forvaring kan således foretrækkes frem for dom til sikringsanstalt. Ved henvisning til § 70 har § 68 imidlertid fastholdt, at forvaring også i denne situation skal være begrænset til det snævre anvendelsesområde i § 70, hvoraf bl.a. følger krav til den pådømte kriminalitet og et farlighedskriterium.

Om de foran berørte overvejelser henvises til Betænkning om de strafferetlige særforanstaltninger s. 77 f.

Bestemmelsen i § 68, sidste pkt., har kun haft en meget begrænset praktisk betydning. Den har været hjemmel for en ændringskendelse i den første af de her refererede utrykte afgørelser.

Vestre Landsrets kendelse af 15. januar 1976

T blev i 1974 for vold, frihedsberøvelse m.v. i medfør af § 68, jf. § 16, dømt til anbringelse i hospital for sindslidende. Retslægerådet udtalte, at T i det sidste års tid i perioder havde frembudt sindssygelige symptomer; det kunne ikke for tiden sikkert fastslås, om det drejede sig om en begyndende skizofreni eller om en af cannabismisbrug og ydre årsager fremkaldt sindssygdom. Det fandtes sandsynligt, at T også havde været sindssyg på tidspunktet for de påsigtede forhold. Retslægerådet udtalte endvidere, at T karakterologisk var i betydelig grad afvigende. Rådet anså T for omfattet af § 16 og tilrådede anbringelse i hospital for sindslidende. Efter dommen rejste hospitalet spørgsmål om ændring af foranstaltningen. Man fandt, at T ikke under indlæggelsen havde frembudt sindssygelige træk, men først og fremmest var præget af en svær karakterafvigelse. Han følte sig stærkt seksuelt tiltrukket af mindre-

3.4. Retsfølger over for sindssyge m.v.

årige drenge. T havde et par gange forladt afdelingen. Retslægerådet refererede disse udtalelser og anså T for bedre anbragt under kriminalforsorgen. Derefter forekom endnu en undvigelse fra hospitalet, under hvilken T havde seksuel omgang med en 13-årig dreng. Direktoratet frafaldt en tidligere udtrykt betænkelighed ved overførelse til forvaring. Da sag herom blev rejst, tilkendegav Rigsadvokaten, at tiltale vedrørende det nye strafbare forhold ville blive frafaldet, hvis begæringen om ændring til forvaring blev imødekommet. Byretten afslog begæringen, medens Vestre Landsret traf bestemmelse om overførelse til forvaring. Det anførtes, at betingelserne i § 70, nr. 1 og 2, var opfyldt, og at anbringelse i psykiatrisk hospital ikke længere var formålstjenlig, men anbringelse i forvaring påkrævet.

Københavns byrets dom af 10. november 1976

Den 28-årige T fandtes skyldig i to røverforsøg. Han havde tidligere været anbragt bl.a. i psykopatforvaring og i sikringsanstalten og var så sent som i 1976 dømt til psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende. Under den aktuelle sag gav T udtryk for, at han helst ville være i anstalten i Herstedvester. I tilknytning til andre lægelige udtalelser bemærkede Retslægerådet, at T måtte anses for sindssyg og omfattet af § 16; man anbefalede dom til anbringelse i psykiatrisk hospital, men samtidig at anbringelsen skete i kriminalforsorgens anstalt i Herstedvester (dvs. to uforenelige anbefalinger). I medfør af § 68, jf. § 16, dømtes T til anbringelse på psykiatrisk hospital, »dog således at anbringelsen efter tiltaltes ønske i stedet kan ske på kriminalforsorgens anstalt ved Herstedvester«.

Der er i denne sag ikke spørgsmål om dom til forvaring i medfør af § 68, sidste pkt. Betingelserne i § 70 var utvivlsomt ikke opfyldt. Dommen illustrerer kun et ikke lovreguleret konkret arrangement med hensyn til anbringelsesformen, hvorved man – bl.a. under hensyn til tiltaltes egen holdning – lidt for nemt når til det resultat, at en anbringelse i psykiatrisk hospital »kan ske« på anstalten i Herstedvester.

Byretsdom af 1. maj 1979

Den 25-årige T fandtes skyldig i drabsforsøg mod sin far samt i tyveri. Han havde været dømt adskillige gange, bl.a. til behandling på psykiatrisk hospital og til anbringelse i sikringsanstalt. T var efter anholdelsen blevet varetægtsanbragt i anstalten i Herstedvester, ifølge en erklæring herfra var han ved indsættelsen sindssyg. I tilknytning til et forslag i en mentalerklæring anbefalede Retslægerådet overflytning til sikringsanstalten, idet T betegnedes som sindssyg og farlig. Det kunne ikke udelukkes, at det drejede sig om periodisk skizofreniform psykose. Rådet henførte tilstanden under § 16, og da T fandtes at frembyde en nærliggende fare for andre, burde anvendelse af forvaring overvejes, idet man lagde vægt på, at T hidtil kun i kortere perioder havde været sindssyg. Ved dommen blev T frifundet for straf efter § 16 og dømtes i medfør af § 68, jf. § 70, til forvaring.

3.5. Andre tilstande (§ 69)

3.5.1. Bestemmelsens område

Straffeloven har siden 1933 rummet mulighed for at foretrække behandlingsmæssige særforanstaltninger frem for straf i visse tilfælde, der falder uden for reglerne om utilregnelighed. Bestemmelsen herom havde i de første godt 40 år sin plads i straffelovens § 17, der indeholdt det efterhånden stærkt kritiserede kriterium »egnet (eller uegnet) til påvirkning gennem straf«. Nu findes bestemmelsen i § 69, der i forhold til den tidligere § 17 har bragt både formelle og reelle ændringer.

Der skete ved lovændringerne i 1973 og 1975 en væsentlig begrænsning i bestemmelsens anvendelsesområde. Den havde tidligere omfattet åndssvaghed i lettere grad, som nu blev overflyttet til § 16, og med hensyn til karakterafvigelser var det lovreformens sigte at afskaffe den tidsubestemte psykopatforvaring.

§ 69 handler om personer, der ved den strafbare handling foretagelse befandt sig »i en tilstand, der var betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner, og som ikke er af den i § 16 nævnte beskaffenhed«.

Udtrykket »de psykiske funktioner« blev ved lovændringen efter forslag fra Retslægerådet sat i stedet for det tidligere anvendte »sjælsevernerne«, uden at der dog hermed var tilsigtet en reel ændring. En tidligere gældende tilføjelse med ordene »herunder seksuel abnormitet« bortfaldt.

Over for personer, der er omfattet af den lægelige karakteristik i § 69, kan retten, »såfremt det findes formålstjenligt«, i stedet for at idømme straf anvende *foranstaltninger som nævnt i § 68, 2. pkt.* Det er altså de samme foranstaltninger som over for § 16-personer, bortset fra forvaring. Det følger af § 69, at afgørelsen ikke – som efter § 68 jf. § 16 – kan gå ud på, at ingen retsfølge skal pålægges. Valget kan kun stå mellem straf og en særforanstaltning. Man må derfor i § 69 indlægge en forudsætning om, at en af bestemmelsen omfattet abnormtilstand skal foreligge ikke blot på gerningstiden, men også på domstiden, hvis en særforanstaltning skal komme i betragtning. § 69 bygger ikke på det synspunkt, at en afgørelse om straffrihed begrundet i tilstanden på gerningstiden går forud for en afgørelse om sanktionsfastsættelse.

Det noget ubestemte ordvalg »såfremt det findes formålstjenligt« betyder, at en særforanstaltning skal findes mere hensigtsmæssig end en frihedsstraf, typisk fordi der er mulighed for at iværksætte en lægelig eller forsorgsmæssig behandling, som med henblik på kriminalitetsforebyggelse vil være mere formålstjenlig. Oftest vil det være en behandling i psykiatrisk hospital, der skal overvejes; der findes ikke inden for kriminalforsorgen anbringelsesmuligheder, der kan anvendes til dette formål. En dom til anbringelse i kriminalforsorgens anstalt i Herstedvester kommer efter affattelsen af § 69 jf. § 68 ikke i betragtning.

De praktiske muligheder for at opnå noget ved anvendelse af § 69 vil således bero på, om der inden for hospitalsvæsenet eller den sociale bistandsordning kan peges på muligheder, der egner sig i de konkrete tilfælde. Dette volder større vanskeligheder end med hensyn til personer, der henhører under § 16. I de fleste tilfælde, hvor de tiltalte er omfattet af ordene i § 69, vil afgørelsen falde ud til frihedsstraf. Dette gælder f.eks. udprægede karakterafvigere; det er de tilstande, der hyppigst foreligger i retspraksis. Normalt vil mentalerklæringen ikke gå ind for, at særforanstaltninger bør træde i stedet for straf; der vil i almindelighed ikke være holdepunkter for at antage, at dom til psykiatrisk behandling eller anbringelse i psykiatrisk hospital er en mere hensigtsmæssig foranstaltning end straf. Der foreligger dog eksempler på anvendelse af § 69 i sager mod karakterafvigende lovovertrædere, se herom oplysningerne nedenfor. Der henvises endvidere til kap. 3.6 om tilfælde, hvor karakterafvigelser, der henhører under § 69, giver anledning til at overveje anvendelse af § 70 om forvaring under hensyn til personlig farlighed. I selve § 69 er der ikke hjemmel til forvaring, idet bestemmelsen ikke henviser til § 68, sidste pkt.

Under § 69 kan også henføres sinketilstande, psykiske følgevirkninger af alkohol- eller stofmisbrug, lettere demens samt visse grænsetilstande og undertiden unge lovovertrædere. Om nogle personer inden for grupper som disse gælder imidlertid, at det kan være vanskeligt at finde anbringelsesmuligheder i hospitals- eller forsorgssektoen. Mest nærliggende er en behandling i psykiatrisk hospital, når det drejer sig om tilstande, der giver håb om bedring.

Peder Knudsen og Jørgen Remvig (1984) redegør for et materiale på 12 personer, alle karakterafvigende, der havde været psykiatrisk behandlet under indlæggelse. Et negativt forløb i visse tilfælde tilskrives navnlig manglende be-

Kap 3. Strafferetten

handlingsmotivation. Se endv. Alex Kørner m.fl. (1993), der bl.a. beskriver de lægelige kriterier for at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning i § 69-sager.

Om § 69-sager i retspraksis se H. Kallehauge (1989).

Ugeskrift for Retsvæsen 1978.872

Den 15-årige T fandtes skyldig i afpresning over for en 14-årig og i farligt røveri ved trussel med en revolver, med hvilken han affyrede et skud, idet han tvang en 16-årig pige, der passede en pølsevogn, til at udbetale 777 kr. Retslægerådet fandt T i betydelig grad karakterologisk afvigende. T måtte henføres under § 69, og det fandtes formålstjenligt, at T blev anbragt i en institution under børne- og ungdomsforsorgen. Amtskommunen udtalte, at der ikke kunne anvises den pågældende en egnet plads i kommunens institutioner, og man så i det hele taget ingen anbringelsesmuligheder i døgninstitutioner for unge. En forsorgskonsulent udtalte i retten, at T formentlig ville kunne anbringes på et nærmere angivet fragtskib. Ved byrettens dom, der blev stadfæstet af Østre Landsret, bestemtes, at T skulle anbringes på en institution under børne- og ungdomsforsorgen.

Ugeskrift for Retsvæsen 1978.873

To 15-årige drenge, der på byretsdommens tidspunkt havde været frihedsberøvet i 6 måneder under sagen, fandtes skyldige i voldtægtsforsøg ved to lejligheder ved overfald på to unge piger, som dog undslap. I et tredje tilfælde fuldbyrkede den ene samleje, medens den anden dømtes for medvirken og forsøg. Hertil kom en række tyverier. Ifølge det korte referat af Retslægerådets erklæring udtalte rådet, at både T 1 og T 2 var omfattet af § 69, og det anbefalede at inddrage dem under børne- og ungdomsforsorgen med henblik på anbringelse i passende institution. I byretten, hvor begge tiltalte fandtes omfattet af § 69, idømtes de 1½ års fængsel, medens en dissens lød på betinget dom med vilkår om tilsyn i henhold til bistandsloven. Østre Landsret tiltrådte, at begge var omfattet af § 69, og stadfæstede de idømte straffe.

Ugeskrift for Retsvæsen 1986.804

Den 40-årige kvinde T fandtes skyldig i drab ved slag i hovedet med en flaske og ved at stramme et viskestykke om offerets hals. Retslægerådet udtalte, at T, der ikke var sindssyg, måtte anses for lidende af »en såkaldt pseudopsykopatisk grænsetilstand«. Rådet henførte T under § 69, men fandt ikke andre foranstaltninger mere formålstjenlige end straf. Ved Østre Landsrets dom blev T henført under § 69 og idømt 7 års fængsel. Denne straf forhøjedes ved Højesteret til 8 år.

Ugeskrift for Retsvæsen 1989.967

En udlænding T, der havde boet i Danmark siden 1984, fandtes skyldig i vold af særlig farlig karakter. Retslægerådet fandt T personlighedsmæssigt afvigende og omfattet af § 69. I overensstemmelse med rådets forslag dømtes T ved Østre Landsret til psykiatrisk behandling i hospital med tilsyn af hospita-

3.5. Andre tilstande

let og kriminalforsorgen, der i forbindelse med overlægen kunne træffe bestemmelse om genindlæggelse. Der fastsattes en længstetid for institutionsophold på 6 måneder.

Ugeskrift for Retsvæsen 1990.56

Den 18-årige T fandtes skyldig i drab ved knivstik. Retslægerådet betegnede T som umoden, påvirkelig og sårbar med tilbøjelighed til tillukket adfærd; den påsigtede handling betegnede som en personlighedsfremmed abnorm enkeltreaktion. Der blev tilrådet ophold i en egnet socialpædagogisk institution. Højesteret stadfæstede landsrettens dom til psykiatrisk behandling i hospital for sindslidende, ungdomspsykiatrisk afsnit, med tilsyn af kriminalforsorgen og hospitalet under udskrivning og beføjelse for tilsynet til at bestemme ophold i egnet socialpædagogisk institution. Der fastsattes en længstetid på 5 år. Højesteret bemærkede i sin dom, at sager om forsætligt drab i reglen ikke kan afgøres med foranstaltninger efter § 69, men at der i denne sag var helt ekstraordinære omstændigheder. Der henvises i øvrigt til kap. 7.10 for en nærmere gennemgang af sagen, herunder den abnorme enkeltreaktion.

Ugeskrift for Retsvæsen 1992.741

Den 15-årige T fandtes skyldig i vold og drab. Retslægerådet betegnede T som personlighedsmæssigt afvigende og omfattet af § 69. Der blev tilrådet foranstaltninger efter bistandsloven med ophold i egnet institution efter tilsynsmyndighedens bestemmelse. Højesteret stadfæstede landsrettens dom til 6 års fængsel.

Ugeskrift for Retsvæsen 1994.833

Den 16-årige T fandtes skyldig i drab på en 6-årig dreng. Retslægerådet betegnede T som »aldeles umoden, med dårlig emotionel kontakt, emotionel indifferens« og således »personlighedsmæssigt i betydelig grad afvigende«. Det var muligt, at han led af »en såkaldt skizotypisk tilstand (dvs. en med skizofreni beslægtet grænsepsykotisk tilstand)«. Retslægerådet fandt T omfattet af § 69 og anbefalede dom til anbringelse på hospital for sindslidende. Denne udtalelse blev i det væsentlige fastholdt af rådet i en ny erklæring under anke til Højesteret, idet dog et medlem fandt det mest sandsynligt, at T havde været i en tilstand af sindssygdom. Nævningerettens dom til den foreslåede anbringelse blev stadfæstet af Højesteret. Længstetiden i medfør af § 69 fastsattes til 5 år.

3.5.2. Særregler om institutionsophold

Retsfølger efter § 69 er ligesom de tilsvarende foranstaltninger efter § 68 i princippet tidsbestemte. Der gælder dog efter § 69, stk. 2, en modifikation heri. Hvis dommen lyder på anbringelse i institution eller efter sin formulering giver mulighed for sådant ophold (f.eks. ved at rumme en bemyndigelse til indlæggelse), skal der ved dom-

Kap 3. Strafferetten

men fastsættes en *længstetid* for opholdet. Denne længstetid gælder, hvad enten dommen kun fører til ét institutionsophold, eller der i henhold til samme dom forekommer flere ophold, hvis samlede varighed altså skal sammenregnes og holdes inden for længstetiden. Det er i en utrykt dom antaget, at en frivillig indlæggelse, medens en behandlingsdom er i kraft, skal medregnes.

En længstetid må i almindelighed ikke fastsættes til mere end 1 år, medens den gerne må være kortere (se ovenfor om et eksempel på 6 måneder). En længstetid på mere end 1 år kan fastsættes, når det undtagelsesvis er begrundet i det konkrete tilfælde (se ovenfor om domme til en længstetid på 5 år). Det fremgår endelig af § 69, stk. 2 i slutningen, at retten under særlige omstændigheder ved en senere kendelse kan forlænge eller forkorte den fastsatte længstetid. En forkortelse af længstetiden kan vanskeligt blive aktuel, da man formentlig vil foretrække at lade den retsfølge, der er idømt efter § 69, endeligt ophæve ved kendelse efter § 72, se herom nedenfor. Der henvises endvidere til reglerne om beskikkelse af bistandsværge efter § 71.

Om forarbejder til § 69 henvises til Bet. nr. 667/1972 s. 79 ff, se om fastsættelse af længstetid for frihedsberøvelse s. 85, hvor det fremhæves, at betænkningerne ved en tidsbegrænsning er mindre end med hensyn til § 16-personer og behovet for at markere en begrænsning af retsfølgerne på den anden side større. Det skal understreges, at reglerne om tidsbegrænsning af frihedsberøvelse ikke er tænkt som en tilnærmelse til principperne for udmåling af frihedsstraf.

3.6. Forvaring

3.6.1. Bestemmelsens formål

Visse lovovertrædere, der frembyder en nærliggende fare for andres person, kan efter § 70 dømmes til en tidsubestemt retsfølge, der kaldes forvaring. Det er ikke i § 70 udtrykkelig gjort til en betingelse for sådan anbringelse, at tiltalte er psykisk afvigende. § 70 lyder således:

»En person kan dømmes til forvaring, hvis

1) han findes skyldig i drab, røveri, voldtægt eller anden alvorlig sædelighedsforbrydelse, frihedsberøvelse, alvorlig voldsforbrydelse, trusler af den i § 266 nævnte art eller brandstiftelse eller i forsøg på en af de nævnte forbrydelser og

2) det efter karakteren af det begåede forhold og oplysningerne om hans person, herunder navnlig om tidligere kriminalitet, må antages, at han frembyder nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, og

3) anvendelse af forvaring i stedet for fængsel findes påkrævet for at forebygge denne fare«.

Forvaringen har i 1973 afløst to tidligere kendte tidsubestemte retsfølger (se herved kap. 3.2). Sikkerhedsforvaring var en sikrende foranstaltning over for visse strafansvarlige lovovertrædere, der frembød en udtalt recidivfare. Denne retsfølge var, da den blev afskaffet, næsten helt gået af brug i domstolenes praksis. Psykopatforvaring var en sikrende og behandlingsmæssig foranstaltning over for karakterafvigende lovovertrædere, der – som det hed dengang – måtte anses for uegnede til påvirkning gennem straf. Da det i begyndelsen af 1970'erne trak op til, at disse to forvaringer ville blive foreslået afskaffet, forelå det problem, om enhver form for tidsubestemt frihedsberøvelse uden for §§ 68 og 69 skulle bortfalde. Resultatet blev, at man i 1973 vedtog bestemmelserne i § 70 om forvaring. Som det fremgår af ordlyden, er der tiltænkt denne retsfølge et meget snævert anvendelsesområde. Navnlig er den tidligere gældende adgang til tidsubestemt frihedsberøvelse over for berigelsesforbrydere bortfaldet.

3.6.2. Betingelserne for forvaring

Bemærkningerne i det følgende slutter sig til den inddeling i tre sæt af betingelser, der fremgår af § 70.

Nr. 1. For det første skal tiltalte ved dommen findes skyldig i en eller flere af de opregnede *forbrydelsestyper*. Det drejer sig overvejende om angreb på en andens person. For så vidt angår sædelighedsforbrydelser (bortset fra voldtægt) og voldsforbrydelser har en præcis afgrænsning ikke været mulig, og § 70 anfører kun, at det skal dreje sig om en »alvorlig« forbrydelse. For sædelighedsforbrydelsernes vedkommende vil det navnlig kunne være seksuelt forhold til børn under skærpende omstændigheder, medens der kan ses bort fra blufærdighedskrænkelser. Under voldsforbrydelserne falder navnlig de grove tilfælde af rå eller farlig vold (straffelovens § 245), men spørgsmålet om forvaring beror også her på en konkret bedømmelse.

En vurdering af den konkrete forbrydelses grovhed og eventuelt

dens farlighed – foruden de begåede forholds antal – må også ventes at blive anlagt med hensyn til de andre forbrydelser, der er nævnt i § 70, nr. 1. Det gælder røveri, hvor det er personangrebets karakter og ikke den økonomiske krænkelse, man vil lægge vægt på, og det gælder brandstiftelse og strafbare trusler efter § 266. Den sidstnævnte bestemmelse omfatter trusler om at foretage en strafbar handling, når truslerne er egnede til hos nogen at fremkalde alvorlig frygt for eget eller andres liv, helbred eller velfærd. En trussel behøver ikke at være forbundet med et fysisk personangreb; i retspraksis er der ofte tale om verbale trusler eller truende adfærd med skydevåben eller kniv i hånden. Trusler efter § 266 er medtaget i § 70, fordi de kan være symptomer på en farlighed, der ikke kan imødegås tilstrækkeligt ved dom til en udmålt frihedsstraf.

Om drab henvises til bemærkninger nedenfor under § 70, nr. 3.

Forsøg på de i nr. 1 opregnede forbrydelser er udtrykkelig nævnt som grundlag for dom til forvaring.

Nr. 2. Dernæst er det efter nr. 2 en betingelse, at tiltalte »frembyder *nærliggende fare* for andres liv, legeme, helbred eller frihed«. I grundlaget for en slutning herom indgår for det første oplysningerne om den forbrydelse, som tiltalte nu dømmes for. Det er ingen nødvendighed, at den personlige farlighed kan siges at være en fare for en ny forbrydelse af samme art som den nu pådømte. Dømmes der f.eks. for strafbare trusler, vil det være nærliggende at lægge vægt på, om der er fare for fysiske personangreb. Men i sager om voldtægt eller brandstiftelse vil det især være risikoen for nye ligeartede forbrydelser, man har for øje. I mentalerklæringer benyttes oftest lovens ord, således at der tales om en »nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed«. Det må nok tilrådes, at der sker en lidt nærmere konkretisering, hvis lægen finder grundlag herfor. Om farlighedsvurderinger henvises i øvrigt til kap. 5.4.

Ud over den aktuelle kriminalitet nævner nr. 2, at »oplysningerne om hans person, herunder navnlig om tidligere kriminalitet«, udgør en del af grundlaget for slutninger om farlighed. Det er ikke her udtrykkelig forudsat, at tiltalte skal kunne betegnes som psykisk afvigende. Ud fra lovgiverens tankegang kan farlighed også foreligge hos en person, der falder uden for tilstandene i §§ 16 og 69. Det kan imidlertid vanskeligt forekomme, at forvaring bliver aktuel over for en person, der ikke frembyder psykisk afvigelse, og det vil i praksis være en selvfølge, at der skal foretages en mentalundersøgelse, hvis spørgsmålet om dom til forvaring skal kunne rejses.

Den psykiske abnormitet vil oftest være en tilstand, der er omfattet af § 69. Denne bestemmelse henviser, hvad retsfølger angår, til § 68, 2. pkt., men ikke til 3. pkt., der handler om dom til forvaring. § 69 rummer derfor ikke i sig selv en adgang til at anvende forvaring, og over for en lovovertræder, der er omfattet af § 69, kan forvaring kun bringes i anvendelse med grundlag i § 70. Det vil praktisk talt altid være en udtalt karakterafvigelse, der gør en dom til forvaring aktuell, se herved de nedenfor anførte domme. Hvis en tilstand ved mentalundersøgelse findes omfattet af § 69, skal dette være nævnt og spørgsmålet om foranstaltninger efter § 69, jf. § 68, besvaret benægtende, før der tages stilling til, om forvaring kan tilrådes.

Nr. 3. Endelig er det efter § 70, nr. 3, en forudsætning for forvaring, at anvendelse af denne retsfølge i stedet for fængsel »findes påkrævet for at forebygge denne (dvs. den i nr. 2 nævnte) fare«. Bestemmelsen skal understrege, at forvaring indtager en subsidær stilling i forhold til fængsel. Hvis der for lovovertrædelsen er forskyldt en så alvorlig frihedsstraf, at den – så vidt forholdene kan overskues på domstiden – giver tilstrækkelig sikkerhed for forebyggelse af fare, kan forvaring ikke anvendes. Dette vil f.eks. være tilfældet i de fleste sager om drab. Anderledes kan det stille sig, hvis den fængselsstraf, der efter udmålingspraksis kommer i betragtning, er forholdsvis kort, således som det ofte er tilfældet ved domfældelse for trusler efter § 266. Med hensyn til nogle af de i § 70, nr. 1, nævnte forbrydelser gør lovens strafferammer det i og for sig muligt at idømme langvarige straffe. Men retten kan også her foretrække forvaring frem for at anvende en fængselsstraf, der er udmålt strengt under hensyn til den foreliggende farlighed.

Den retspsykiater, der anmodes om at udtale sig om, hvorvidt forvaring er indiceret, kan befinde sig i en lidt kompliceret situation, fordi man ikke altid kan have en klar forestilling om, hvor streng en fængselsstraf der efter retspraksis kommer i betragtning. Først når retten overvejer, hvilket strafniveau tiltalte og hans forbrydelse skal placeres på, kan det endeligt afgøres, om straf af fængsel er utilstrækkelig med henblik på forebyggelse af fare. Den lægelige praksis vil almindeligvis være at tage stilling til forvaring uafhængigt af det sandsynlige strafniveau.

Man kunne måske af § 70, nr. 3, få det indtryk, at forvaring kan være »påkrævet«, fordi det er en mere sikker frihedsberøvelse end anbringelse i fængsel. Dette er imidlertid næppe rigtigt. Kriminalforsorgen kan ved anbringelse af

Kap 3. Strafferetten

en fængselsdømt i lukket anstalt sikre en lige så effektiv frihedsberøvelse som ved forvaring. Om kriminalforsorgens anstalter henvises til kap. 3.12.

Dom til forvaring anvendes sjældent i retspraksis. I årene 1987-93 forekom der mellem 0 og 4 domme årligt. De fleste domme angår voldtægt. I de samme år hensad der mellem 9 og 19 forvaringsdømte i anstalterne, de fleste i Herstedvester. Anbringelse i eller overførelse til et lukket fængsel er ikke udelukket.

Vedrørende administrative bestemmelser om fuldbyrdelse af forvaring henvises til bkg. nr. 422 af 21. juni 1973 og cirkulære nr. 122 af 29. august 1983. Se endvidere Bet. nr. 1181/1989 om en lov om fuldbyrdelse af straf m.v. I s. 305 ff.

Ugeskrift for Retsvæsen 1981.51

Den 32-årige T var to gange tidligere for ulovlig tvang til opnåelse af kønsligt forhold dømt til anbringelse i psykiatrisk hospital. Han fandtes nu skyldig i voldtægt samt i overfald af særlig farlig karakter på en prostitueret kvinde. Retslægerådet udtalte, at T var karakterologisk afvigende; han havde i perioder – oftest af kort varighed – været i en psykotisk tilstand og endvidere haft epileptiske anfald. Retslægerådet henførte T til § 69, men fandt ikke, at foranstaltninger efter § 68 var hensigtsmæssige. Man anså det for tvivlsomt, om nogen anden foranstaltning end forvaring ville kunne forebygge den fare, som T frembød. Højesteret stadfæstede Østre Landsrets dom til forvaring.

Ugeskrift for Retsvæsen 1983.315

Den 25-årige T, der tidligere var straffet bl.a. for voldtægt og vold, fandtes nu skyldig i strafbare trusler ved to lejligheder samt i forsætlig legemsbeskadigelse ved stik med en stegegaffel. T havde flere gange været mentalundersøgt, og Retslægerådet havde betegnet ham som psykisk umoden og i karakterologisk henseende svært afvigende, bl.a. med svage hæmninger over for aggressive impulser. Under den aktuelle sag fandtes T at være i nogen grad stabiliseret, men fremdeles umoden og selvcentreret med en facade af følelsesmæssig indifferens. Retslægerådet fandt fremdeles T omfattet af § 69, uden dog at anse retsfølger efter § 68 for mere formålstjenlige end straf. Såfremt T fandtes skyldig, frembød han efter rådets opfattelse en sådan nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed, at anvendelse af forvaring fandtes påkrævet. Højesteret stadfæstede Østre Landsrets dom til forvaring.

Ugeskrift for Retsvæsen 1987.939

Den 33-årige T, der var straffet adskillige gange for røveri, vold m.v., fandtes nu skyldig i voldtægt i forbindelse med frihedsberøvelse. Retslægerådet udtalte, at T frembød tegn på en karakterafvigelse med udtalt affektabilitet. T måtte henføres under § 69, men foranstaltninger efter § 68 fandtes ikke mere formålstjenlige end straf. T måtte, såfremt han fandtes skyldig, »henføres til

3.7. Ændring og ophævelse af retsfølger

den i straffelovens § 70 omhandlede personkreds, men det skønnes væsentlig tvivl underkastet, om anvendelse af forvaring frem for fængsel afgørende kan mindske en eventuel recidivrisiko ..., idet rådet dog må anføre, at tidsubestemte tilsyns- og behandlingsvilkår ved eventuel prøveudskrivning fra forvaring kan tale for at anvende denne foranstaltning«. Østre Landsret fandt ikke fuldt tilstrækkeligt grundlag for at anvende forvaring og idømte T 4 års fængsel. Højesteret dømte T til forvaring, idet der henvistes til »karakteren af de nu begåede forhold og oplysningerne om tiltaltes person, herunder navnlig om hans tidligere alvorlige kriminalitet«.

Ugeskrift for Retsvæsen 1991.109 og 327

To domme om grov vold begået af gentagne gange voldsdømte, der fandtes karakterafvigende og omfattet af § 69. I overensstemmelse med Retslægerådets forslag blev begge tiltalte dømt til forvaring. – Se tilsvarende en tredie dom 1991.570, men med dissens i Højesteret for en straf af 3 års fængsel.

Ugeskrift for Retsvæsen 1992.849

Den 38-årige T, der tidligere var dømt for voldtægt, fandtes skyldig i 4 tilfælde af samme forbrydelse. Retslægerådet udtalte, at T var personlighedsmæssigt svært afvigende og omfattet af § 69; det var muligt, at T frembød en fare som nævnt i § 70. Vestre Landsret idømte en straf af 9 års fængsel, der indbefattede en reststraf efter prøveløsladelse på 453 dage. Højesteret stadfæstede, idet bemærkedes, at det under hensyn til den forskyldte strafs størrelse fandtes upåkrævet at anvende forvaring.

3.7. Ændring og ophævelse af retsfølger (§ 72)

3.7.1. Lovregler og retningslinier

Straffelovens § 72 indeholder regler om ændring og endelig ophævelse af retsfølger idømt efter §§ 68-70. § 72 er altså fælles for foranstaltninger efter de tre paragraffer, herunder forvaring.

I § 72, stk. 1, 1. pkt., hedder det: »Bestemmelse om ændring eller om endelig ophævelse af en foranstaltning efter §§ 68-70 træffes ved kendelse efter begæring fra anklagemyndigheden, anstaltsledelsen, bistandsværgen eller den dømte«. Afgørelsen træffes altid af retten, aldrig af administrativ myndighed, fordi alle foranstaltninger er tidsubestemte og nogle af dem meget indgribende.

Visse forandringer i den ved dommen etablerede tilstand kan ske, uden at fremgangsmåden i § 72 skal følges. Inden for den af retten valgte formulering kan den praktiske fremgangsmåde ændres, f.eks. derved at en anden læge eller et andet hospital overtager behand-

lingen, eller at kriminalforsorgen flytter en forvaringsdømt til en anden anstalt. Som tidligere omtalt kan der endvidere uden retskendelse ske sådanne ændringer, som en bemyndigelse ved dommen giver mulighed for, f.eks. ved behandlingsdom en ændring fra ambulant behandling til indlæggelse eller omvendt. Endelig bør fremhæves, at der med hensyn til den tidsmaksimerede frihedsberøvelse efter § 69 ikke skal en retskendelse til for at få fastslået, at frihedsberøvelse skal ophøre ved længstetidens udløb. Der kan inden dette tidspunkt være rejst sag om forlængelse af længstetiden, jf. § 69, stk. 2, 2. pkt. Men dette kan ikke bevirke en forlængelse, hvis retskendelse ikke foreligger ved længstetidens udløb.

§ 72 indeholder intet om retningslinier med hensyn til afgørelser om ændring eller endelig ophævelse. Men som det tidligere er omtalt, kan de vigtigste grundsætninger udledes af § 68. En mindre indgribende foranstaltning skal træde i stedet for en mere indgribende, når den findes tilstrækkelig. Anbringelse i sikringsafdelingen kan da ændres til anbringelse i psykiatrisk hospital (men ikke med den tilføjelse, at anbringelsen skal ske i lukket afdeling). En bestemmelse om anbringelse i psykiatrisk hospital skal ændres, når den ikke længere er nødvendig. Noget tilsvarende gælder om retsfølger efter § 69, og med hensyn til forvaring er det en selvfølge, at frihedsberøvelsen skal bringes til ophør, når den ikke længere kan begrundes ved farekriteriet i § 70. Ifølge § 71, stk. 2, er det bl.a. bistandsværgens opgave at drage omsorg for (dvs. påse og virke for), »at opholdet og andre foranstaltninger ikke udstrækkes længere end nødvendigt«.

Ingen retsfølge efter §§ 68-70 kan ved en afgørelse efter dommen ændres til straf. Omvendt kan en straf – herunder betinget dom – ikke ændres til en særforanstaltning. Men som det vil blive omtalt i kap. 3.12.3, er der efter § 49, stk. 2, mulighed for at overføre en straf-fasoner fra fængsel til hospital el. lign. for resten af straffetiden.

Valget mellem straf og særforanstaltninger kan på ny komme til at foreligge under en ny straffesag mod den pågældende. En ny dom er ingen anvendelse af ændringsreglerne i § 72, der tager sigte på det tidligere domsgrundlag. Men den nye dom – f.eks. en dom til frihedsstraf over for en sindssyg, der nu findes tilregnelig, eller over for en forvaringsdømt – vil ikke berøre gyldigheden af den tidligere trufne afgørelse efter §§ 68-70, medmindre den nye dom udtrykkelig foretager en ændring eller en ophævelse.

Udtrykket »ændring« i § 72 omfatter enhver ændring af den ved dommen valgte foranstaltning til en anden foranstaltning, stadig for-

3.7. Ændring og ophævelse af retsfølger

udsat, at ændringen ikke ligger inden for det, som dommens formulering tillader. Udskrivning fra forvaring er i § 72's sprogbrug en ændring af foranstaltningen til tilsyn. Det kaldes en udskrivning på prøve under tilsyn, medens der ikke kan tales om prøveløsladelse, fordi dette udtryk er knyttet til frihedsstraf. Forvaring efter § 70 kan ikke ændres til en foranstaltning efter § 68. Det havde måske derfor været rigtigst, om § 70 havde indeholdt sin egen hjemmel til udskrivning med tilsyn.

Medens en ændring fra en foranstaltning til en anden bevarer muligheden for nye ændringer, f.eks. en genindlæggelse, er en »endelig ophævelse« den afgørelse, ved hvilken dommens retsvirkninger med hensyn til retsfølger helt ophører. Man bør sørge for, at denne endelige ophævelse sker, når det er forsvarligt, selv om den senest løbende foranstaltning er så lidet indgribende som et tilsyn.

Vestre Landsrets kendelse af 15. januar 1976

Sagen er refereret ovenfor under 3.4.5 i forbindelse med bestemmelsen om forvaring i § 68, 3. pkt. (ændring fra hospital til forvaring).

Ugeskrift for Retsvæsen 1974.716

Den nu 34-årige T blev i 1971 for drabsforsøg dømt til anbringelse i sikringsanstalt. Efter at en sag efter § 72 i 1972 ikke havde ført til nogen ændring heri, rejstes samme år en ny sag, og Østre Landsret bestemte igen – mod Retslægerådets indstilling – at der ikke skulle ske ændring til anbringelse i almindeligt hospital for sindslidende. Nu var spørgsmålet rejst for 3. gang. Retslægerådet anbefalede igen en ændring, men anklagemyndigheden udtalte sig imod den. I modsætning til byretten fandt Østre Landsret det betænkeligt at ændre sikringsanbringelsen. Ved Højesterets kendelse bestemtes, at foranstaltningen skulle ændres til anbringelse i psykiatrisk hospital. Ved kendelsen udgik en i byrettens afgørelse indeholdt tilføjelse om anbringelse i lukket afdeling af hospital. Højesteret sluttede sig herved til et af Rigsadvokaten anført synspunkt: at det ikke var hensigtsmæssigt, at domstolene greb ind i afgørelser om anbringelse i åben eller lukket afdeling. En dissens, der i øvrigt tilsluttede sig dette synspunkt, gik ud på stadfæstelse af Østre Landsrets kendelse om fortsat sikring.

Ugeskrift for Retsvæsen 1974.899

Den nu 44-årige T blev i 1968 for drab m.v. dømt til anbringelse på hospital for sindslidende. Dette blev kort efter ændret til sikringsanstalt. Afgørelsen herom blev opretholdt af Østre Landsret ved tre kendelser i 1971-73. Spørgsmålet om ændring til anbringelse i psykiatrisk hospital var nu på ny rejst af sikringsanstaltens overlæge. Retslægerådet udtalte ligesom under en af de tidligere sager, at man kunne anbefale en overførelse. I overensstemmelse her-

Kap 3. Strafferetten

med bestemte Østre Landsret, at foranstaltningen skulle ændres, dog at anbringelse skulle ske i lukket afdeling på psykiatrisk hospital i Nykøbing S. For Højesteret udtalte anklagemyndigheden sig ligesom i den foran nævnte sag imod en sådan bestemmelse. Højesteret stadfæstede byrettens kendelse om anbringelse i hospital for sindslidende, og retten tiltrådte det af anklagemyndigheden anførte.

Ugeskrift for Retsvæsen 1975.211

Den nu 30-årige T blev i 1972 ved retten på Færøerne for drab og drabsforsøg dømt til anbringelse på hospital for sindslidende. T's tilstand var anset som ligetil med sindssygdom. Overlægen indstillede nu en ændring til behandling i hospital. Retslægerådet anbefalede ændringen, der skete ved byrettens kendelse. For Østre Landsret forelå en ny erklæring fra overlægen, der igen fandt, at der burde være mulighed for udskrivning. Østre Landsret bestemte, at dommen til anbringelse ikke nu skulle ændres. Efter ny lægeerklæring fandt Højesteret det forsvarligt at ændre den ved dommen bestemte anbringelse til behandling på psykiatrisk hospital eller under tilsyn af et sådant samt under udskrivning lægeligt kontrolleret alkoholistbehandling.

Ugeskrift for Retsvæsen 1980.877

Den nu 37-årige T, der forinden var straffet for voldtægt, blev i 1968 bl.a. for voldtægtsforsøg dømt til psykopatforvaring efter de dengang gældende regler. Under prøveudskrivning begik han to voldtægtsforsøg og dømtes i 1976 til forvaring. Han havde haft en række udgangstilladelser og begærede sig prøveudskrevet. Retslægerådet ville finde det rigtigst, at der hengik endnu 1/2-1 år. Byretten og Vestre Landsret bestemte udskrivning på prøve, medens Højesteret ikke tog T's begæring til følge. Man henviste til kriminalitetens særdeles alvorlige beskaffenhed og til de foreliggende oplysninger om T's personlige forhold, herunder Retslægerådets erklæring. Der fandtes ikke at være sikkert grundlag for at antage, at T ikke længere frembød nærliggende fare for retssikkerheden, og det tilføjedes, at frihedsberøvelsen ikke havde været uforholdsmæssigt længe.

3.7.2. Kompetence- og procesregler

De øvrige regler i § 72 skal kun omtales i korthed.

En sag om ændring eller ophævelse kan rejses efter begæring fra anklagemyndigheden, anstaltsledelsen (hvis det er en institution, f.eks. et psykiatrisk hospital, der forestår behandlingen eller har tilsyn med den), bistandsværgeren (hvis der er en sådan) eller den dømte selv. Selve indbringelsen for retten sker altid gennem anklagemyndigheden. Den omtalte kompetenceordning med hensyn til begæring har skullet give tilstrækkelig sikkerhed for, at spørgsmålet om ændring eller ophævelse bliver rejst, når der er grund til det. Der

3.7. Ændring og ophævelse af retsfølger

gælder derfor ikke noget system med obligatorisk prøvelse af løbende foranstaltninger, f.eks. efter visse tidsterminer. For at forebygge, at bistandsværgen og den dømte selv til stadighed kan holde sager løbende efter afslag, er der for deres vedkommende fastsat en mindstetid på et halvt år for ny begærings fremsættelse.

Spørgsmålet om løbende kontrol fra anklagemyndighedens side er omtalt i Anklagemyndighedens Årsberetning 1987 s. 74 ff. Her berøres bl.a. spørgsmålet om en begrænsning af frihedsberøvelse ud fra et proportionalitetssynspunkt.

§ 72, stk. 2, indeholder processuelle regler om, hvilken domstol der er kompetent til at behandle sager efter stk. 2, 2. pkt.

3.7.3. En speciel godkendelse af visse indlæggelser

Som det allerede er omtalt, er nogle af domsformerne udviklet i retspraksis uden direkte at være nævnt i § 68. På grundlag af denne praksis blev der skabt et bedre overblik over mulighederne gennem rigsadvokatens cirkulære nr. 234 af 10. december 1976. Men dette cirkulære er jo ikke nogen lov og har heller ikke skullet tage stilling til alle spørgsmål. Her skal kort omtales et tvivlsspørgsmål, der har fået en afklaring i de seneste år, omend det ikke har været forelagt Højesteret. Det drejer sig om de domme til ambulant psykiatrisk behandling, der er forbundet med en bemyndigelse for overlægen – eventuelt i forbindelse med kriminalforsorgen – til at træffe bestemmelse om indlæggelse (eventuelt ved anvendelse af tvang) af en domfældt under ambulant behandling.

Det har formentlig været en udbredt opfattelse, at en sådan indlæggelse ikke behøvede at blive efterfølgende godkendt af retten i medfør af § 72, da indlæggelsen jo har direkte støtte i dommen og således ikke udgør en foranstaltningsændring. På den anden side hedder det i rigsadvokatens cirkulære, dels at der skal gives statsadvokaten meddelelse om den skete indlæggelse (hvilket er en selvfølge), dels at det derefter påhviler statsadvokaten »at indbringe spørgsmålet om godkendelse af indlæggelsen for retten i medfør af straffelovens § 72«. Ved de nedenfor omtalte afgørelser fra Østre Landsret er det fastslået, at sådanne sager om efterfølgende godkendelse skal behandles i medfør af § 72, hvori også ligger den mulighed, at indlæggelsen (der godt kan være ophørt i mellemtiden) ikke får rettens

Kap 3. Strafferetten

godkendelse. Af afgørelserne må formentlig også udledes, at anklagemyndigheden – som anført i cirkulæret – har pligt til at forelægge spørgsmålet for retten.

Hvis der som ovenfor nævnt kunne være formelt grundlag for den opfattelse, at indlæggelsen har støtte i dommen og ikke er en ændring af foranstaltningen, kan de her omtalte retsafgørelser ses som udtryk for, at man har ønsket at være på den sikre side af det retssikkerhedshensyn gennem domstolskompetence, der er en grundtanke i reglerne om tidsubestemte særforanstaltninger.

Ugeskrift for Retsvæsen 1994.784 og 1995.338

T var dømt til ambulant psykiatrisk behandling med tilsyn af kriminalforsorgen, som i forbindelse med overlægen kunne bestemme indlæggelse. 2 måneder efter dommen blev der truffet sådan bestemmelse. Efter at byretten i en sag om godkendelse noget overraskende havde bestemt, at sagen burde behandles efter psykiatriloven, ændrede landsretten denne afgørelse.

Ved fornyet forelæggelse var det oplyst, at T fortsat ønskede at opholde sig på psykiatrisk hospital, indtil hans lejlighed var gjort i stand. Hans advokat protesterede mod indlæggelsen. Byretten udtalte, at der, da der ikke var tale om ophævelse eller ændring af den ved dom pålagte foranstaltning, ikke i § 72 var hjemmel til forelæggelse med henblik på godkendelse. Under kære til landsretten var det oplyst, at rigsadvokaten i anledning af sagen 1995.121 (se ndf.) havde meddelt, at frivillig indlæggelse indtil videre ikke burde søges godkendt af retten. Østre Landsret udtalte, at indlæggelsen havde hjemmel i den ved dommen valgte foranstaltning. Retlig prøvelse var derfor næppe påkrævet. Men når man henså til, at foranstaltningen var tidsubestemt, og at den europæiske menneskerettighedskonvention var en del af dansk ret, fandtes det bedst stemmende med konventionens art. 5, stk. 4, »at frihedsberøvelsen, der ikke henhører under lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien, prøves retligt i realiteten«.

I forbindelse med denne sag kan også henvises til to tidligere afgørelser i Ugeskrift for Retsvæsen 1992. 315 og 356. I begge sager havde byretten udtalt, at godkendelse af indlæggelse ikke krævedes, men dette blev ændret af Østre Landsret.

Ugeskrift for Retsvæsen 1995.121

Efter en dom som foran nævnt var T blevet indlagt og udskrevet få dage senere. Det var oplyst, at indlæggelsen var sket efter T's anmodning, og at T ikke begærede rettens prøvelse af indlæggelsen. Der var ikke forelagt retten lægelige oplysninger vedrørende indlæggelsen. Under disse omstændigheder fandt landsretten, at domstolene ikke kunne foretage en retlig prøvelse.

3.8. Psykisk abnormitet efter gerningstiden (§ 73)

Bestemmelserne i §§ 68 og 69 kan ikke anvendes på den, hvis psykisk afvigende tilstand er indtrådt efter gerningstiden, f.eks. en reaktiv psykose, der er opstået som en følge af forbrydelsen eller af vare-tægtsoopholdet. Om denne situation indeholder § 73 imidlertid nogle bestemmelser, der giver retten forskellige muligheder med hensyn til valget af retsfølge. § 73 skal løse det dilemma, der består i, at forholdene på gerningstiden taler for strafansvar, medens en bedømmelse af tiltaltes aktuelle tilstand kan tale imod straf.

Det kræves i § 73, at tilstanden ikke er »blot forbigående«, dvs. så kortvarig, at den er hævet inden sagens pådømmelse. Hvis dette er tilfældet, er den indtrådte og igen hævede sygdom kun at anse som en omstændighed, der kan påvirke valget mellem betinget og ubetinget dom og strafudmålingen.

Det er endvidere en forudsætning i § 73, at den psykisk afvigende tilstand er indtrådt, før sagen er endeligt pådømt, eventuelt under behandlingen af en ankesag. En afgørelse efter § 73 skal altså være en afgørelse af straffesagen; der kan ikke være tale om en ændringsafgørelse begrundet i en psykisk abnormitet indtrådt efter endelig dom i straffesagen, for i denne situation vil kun en benådning, en udsættelse af straffuldbyrdsen eller en overførelse til behandlingsinstitution i medfør af straffelovens § 49, stk. 2, komme i betragtning.

Tilstanden skal være omfattet af § 16 eller § 69. Hvis det er tilfældet, falder afgørelsen efter § 73 i to led.

Det skal først afgøres, om straf skal idømmes eller bortfalde. Det ville jo ellers i denne situation være udgangspunktet, at straf er forskyldt og skal pålægges, eventuelt i form af betinget dom. Men retten har efter § 73 et valg mellem at idømme straf og at træffe bestemmelse om, at straf bortfalder, dvs. definitivt er ude af betragtning.

Dernæst kan retten, hvis det er formålstjenligt, træffe bestemmelse om foranstaltninger efter § 68 jf. § 16 (eller i visse tilfælde § 69 jf. § 68). Denne særforanstaltning vil, såfremt der idømmes straf, have gyldighed, indtil det måtte vise sig, at den dømtes tilstand ikke længere er til hinder for straffens fuldbyrdelse. Såfremt der derimod træffes bestemmelse om straffens bortfald, vil særforanstaltningen helt og endeligt træde i stedet for straf, og foranstaltningen vil da være tidsubestemt efter de almindelige regler. Er en særforanstaltning valgt, kan den senere ændres eller ophæves i medfør af § 72.

Efter formuleringen af § 73 er der ingen hindring for, at retten

idømmer straf eller lader den bortfalde og samtidig undlader at anvende særforanstaltninger. Tiltaltes tilstand vil dog normalt tale for, at der træffes en foranstaltning.

På det tidspunkt, hvor sagen henvises til mentalundersøgelse, vil det ikke altid være på det rene, at der foreligger et spørgsmål om anvendelse af § 73. Det kan være den undersøgende læge, der når til den antagelse, at en sindssygdom er indtrådt efter tidspunktet for de påsigtede handlinger. Der må i mentalerklæringen gives udtryk for, hvad der kan oplyses om tidsfølgen. Undertiden er der grundlag for at antage, at sindssygdom er indtrådt på et tidspunkt, der ligger både før og efter påsigtede forhold, f.eks. hvor sigtelsen angår flere legemsangreb eller besvigelser begået over en periode på flere måneder. Afgørelsen i straffesagen kan da tænkes at blive baseret på en samtidig anvendelse af § 68, jf. § 16, og af § 73. Dette kan efter omstændighederne gøre det meget nærliggende, at straf for § 73-forholdene bortfalder.

Den retspsykiatriske opgave vil i øvrigt bestå i at bedømme tiltaltes tilstand og afgive en vejledende udtalelse om, hvorvidt en særforanstaltning aktuelt er indiceret. Derimod bør lægen ikke udtale sig om muligheden for, at tiltalte senere vil kunne udstå en frihedsstraf. Det kan på den anden side godt efter dommen blive en lægelig opgave at bedømme, om en person nu er i en sådan tilstand, at han kan tåle at udstå en frihedsstraf.

Hvis særforanstaltninger iværksættes, finder bestemmelserne i § 71 om bistandsværge og § 72 om ændring af foranstaltningen anvendelse, jf. § 73, stk. 2. Det skal altså påses, at en ændring fra en mere til en mindre indgribende foranstaltning kan være på sin plads, og at foranstaltninger helt skal ophøre, hvis de ikke længere er nødvendige. Såfremt ophævelse sker i et tilfælde, hvor retten har idømt straf, fuldbyrdes straffen, medmindre den eftergives. Varigheden af et institutionsophold som led i en særforanstaltning skal ved den senere afsoning regnes som en del af straffetiden, § 73, stk. 3.

Ugeskrift for Retsvæsen 1991.151

Den 29-årige udlænding T fandtes skyldig i indførsel af heroin og idømtes fængsel i 4½ år samt udvisning. Under anke til Højesteret blev det oplyst, at der under T's varetagtsophold havde udviklet sig en sindssygdom, helt overvejende præget af vrangforestillinger af forfølgelsesnatur, men også med giftfrygt og dertil knyttet spisevægring. Denne tilstand var ikke helbredt, efter at T var overflyttet til et psykiatrisk behandlingsmiljø. Højesteret traf bestemmelse om den forskyldte strafs bortfald, og det fandtes ikke formålstjenligt nu at bestemme foranstaltninger efter § 68.

3.9. Bistandsværger

Efter straffelovens § 71 gælder der nogle regler om beskikkelse af en såkaldt bistandsværge i forbindelse med visse særforanstaltninger.

Vigtigst er bestemmelsen i stk. 2. Efter den *skal* der beskikkes en domfældt en sådan bistandsværge i alle tilfælde, hvor dommen *enten* lyder på anbringelse i institution eller forvaring efter reglerne i §§ 68-70 *eller* giver mulighed for sådan anbringelse. Det bringer ikke en dom til ambulant psykiatrisk behandling uden bemyndigelse til indlæggelse ind under denne obligatoriske regel, at der er en generel mulighed for senere skærpelse i medfør af § 72. I en sag efter § 72 må det selvstændigt afgøres, om en foranstaltningsændring nu lyder på anbringelse eller giver mulighed herfor og derfor kræver værgebeskikkelse.

Bistandsværgens opgave har lighed med den, der udøves af patientrådgivere i henhold til psykiatriloven. Opgaven er efter § 71, stk. 2, at »holde sig underrettet om den dømtes tilstand og drage omsorg for, at opholdet og andre foranstaltninger ikke udstrækkes længere end nødvendigt«. Selv ved ambulant behandling, hvor indlæggelse ikke er blevet aktuel, skal bistandsværgen efter ordlyden følge med i, om behandlingens opretholdelse er blevet overflødig. Bistandsværgen kan efter § 72, stk. 2, fremsætte begæring om en foranstaltningsændring eller ophævelse.

Der er efter § 71, stk. 1, allerede under straffesagens gang en fakultativ adgang til at beskikke en bistandsværge, når tiltale er rejst, og der bliver tale om at dømme den pågældende til anbringelse i psykiatrisk afdeling eller forvaring efter §§ 68-70. På dette stadium må den tiltaltes interesse formodes i det væsentlige at blive varetaget af forvareren, og det hedder da også i § 71, stk. 1, at bistandsværgen skal bistå den tiltalte under sagen »sammen med den beskikkede forsvarer«.

I forbindelse med henvisningen i § 71 til §§ 68-70 skal tilføjes, at samme regler gælder efter § 73, stk. 2, om tilsvarende foranstaltninger idømt på grundlag af en efter gerningstiden indtrådt psykisk unormalitet, se om disse tilfælde ovenfor 3.8.

Ved Justitsministeriets bekendtgørelse nr. 32 af 17. januar 1995 er de hidtil gældende bestemmelser om patientrådgivere blevet suppleret med lignende regler om bistandsværger, jf. en ny hjemmel hertil i straffelovens § 71, stk. 3. Om enkeltheder vedrørende den herved fastlagte ordning henvises til bekendtgørelsen.

3.10. Straf og kriminalforsorg

3.10.1. Kriminalforsorgens organisation

Fremstillingen af retsfølger over for psykisk afvigende personer skal her afrundes med en kortere omtale af frihedsstraffe og betingede domme og de begrænsede muligheder for psykiatrisk behandling, der er knyttet hertil.

Straffuldbyrdelsen varetages i alt væsentligt af kriminalforsorgen. Som det vil fremgå af det følgende, kan det dog forekomme, at behandlingsvilkår i betingede domme mv. inddrager f.eks. psykiatere eller bistandsmyndigheder i fuldbyrdelsen, og at en frihedsberøvet domfældt overføres til psykiatrisk hospital el. lign., enten midlertidigt eller for resten af den idømte straffetid. Helt uden sammenhæng med behandlingssystemer er bødestraffen og fuldbyrdelsen af en eventuel forvandlingsstraf for ubetalte bøder.

Kriminalforsorgen henhører under et direktorat, som er en del af Justitsministeriet. Direktoratet har en centralstyrelse og omfatter i øvrigt navnlig kriminalforsorgens institutioner samt kriminalforsorgen i frihed, bestående af 31 afdelinger og lokalkontorer og seks pensioner.

Kriminalforsorgens *institutioner* havde ved udgangen af 1994 en samlet kapacitet på ca. 3900 pladser, beregnet for personer dømt til hæfte, fængsel og forvaring, bødeafsonere samt anholdte og vare-tægtsfængslede. Der skete i 1994 henved 10.000 indsættelser til straf-afsoning og ca. 25.000 indsættelser af varetægtsfanger i Københavns fængsler og arresthusene.

Den *frie kriminalforsorgs afdelinger* har som hovedopgave at føre tilsyn med betinget dømte, prøveløsladte mv. Ved betinget dom med vilkår om samfundstjeneste anviser og overvåger de det pålagte arbejde. Afdelingerne udarbejder desuden personundersøgelser, navnlig i sager hvor betinget dom er en nærliggende mulighed. Hovedparten af den frie kriminalforsorgs medarbejdere er socialrådgivere, men der er også et antal såkaldte »private tilsynsførende«.

Den årligt udkommende publikation Kriminalforsorgens Årsberetning indeholder oplysninger om aktuelle forhold, organisation, personale, institutioner, indsatte m.v. samt en tabelafdeling. Medens de statistiske opgørelser i denne årsberetning koncentrerer sig om institutionernes kapacitet og belæg, udgang og prøveløsladelse fra fængsel, disciplinærstraf etc., må der med hen-

3.11. Betinget dom

syn til afsagte domme og deres fordeling efter køn, alder, idømte straffe mv. henvises til den årlige Kriminalstatistik, udgivet af Danmarks Statistik.

3.10.2. Psykiatrisk betjening

Til kriminalforsorgens centralstyrelse er knyttet en psykiatrisk konsulent. Af de enkelte tjenestesteder har kun anstalten i Herstedvester fuldtidsansatte psykiatere, medens der til hovedparten af fængslerne er knyttet en psykiatrisk konsulent med et varierende ugentligt timetal. Der er ikke knyttet psykiatriske konsulenter til landets arresthuse. Her varetages den lægelige behandling af en arresthuslæge, og der tilkaldes psykiater efter behov. Til Københavns fængsler hører et sygehus, Vestre hospital med 33 pladser, som er indrettet med henblik på somatiske lidelser, men efter omstændighederne modtager psykotiske patienter.

Den frie kriminalforsorgs afdelinger har tilknyttet en psykiatrisk konsulent nogle få timer ugentlig.

3.11. Betinget dom

3.11.1. Den betingede doms indhold

Den betingede dom går ud på, at ingen frihedsstraf skal fuldbyrdes, hvis den dømte undgår nye lovovertrædelser i en prøvetid. Dommen er i sin rene form kendetegnet ved det negative træk, at der intet skal ske, bortset fra at tiltalte er fundet skyldig og har fået en advarsel. I en betinget dom kan den forskyldte straf være udmålt, men retten kan også undlade dette. En delvis betinget dom har betydelig lighed med idømt frihedsstraf efterfulgt af prøveløsladelse.

I sine enkle former er den betingede dom ikke en behandlingsforanstaltning, men har det fortrin, at en straffesag bliver afgjort og en sanktion pålagt, uden at der hermed følger et fængselsophold. I praksis anvendes betinget dom ikke med udpræget vægt på en individuel bedømmelse. Den har sin plads på strafskalaen mellem bøde og frihedsstraf, og i retspraksis anvendes den normalt efter generelle og objektive kriterier. Den betingede dom er på nogle kriminalitetsområder – mest udpræget ved berigelsesforbrydelser – den regelmæssige retsfølge ved de første domfældelser, hyppigt efter at der har været anvendt tiltalefrafald.

3.11.2. Tillægsvilkår i betingede domme

Til den betingede dom kan knyttes tillægsvilkår, hvis anvendelse altid beror på rettens afgørelse i de enkelte tilfælde. De vigtigste vilkår er opregnet i § 57, stk. 1. Skønt opregningen ikke er udtømmende, kan man af reglernes forarbejder udlede, at der ikke har skullet være mulighed for at opstille vilkår om lægelig behandling for somatisk sygdom. I det følgende omtales de tillægsvilkår, der har et forsorgs- eller behandlingsmæssigt sigte. Det skal fremhæves, at varigheden af behandling begrænses af den prøve- og tilsynstid, som er fastsat i den betingede dom.

De foranstaltninger, som anordnes i tillægsvilkår, kan – i modsætning til retsfølger efter § 68 – aldrig gennemtvinges, f.eks. ved politiets bistand. Men der er et moment af tvang bag vilkårene, idet overtrædelser, f.eks. drikkeri under en afvænningsbehandling eller udeblivelse fra ambulant behandling, kan medføre skærpelse af vilkårene og eventuelt fuldbyrddelse af frihedsstraf. Dette giver anledning til en principiel diskussion om, hvorvidt forsorg og behandling er uforenelig med en straffetrussel, eller det omvendt kan tænkes, at tvang kan virke som en støtte for forsorgen.

Tilsyn er det vigtigste tillægsvilkår (de andre kaldes særvilkår). Tilsyn kan anordnes for hele prøvetiden eller for en del af denne. Det er i næsten alle tilfælde kriminalforsorgen, der forestår tilsynet, men loven udelukker ikke andre former for tilsyn. Ud over kontrolfunktionen er det en vigtig opgave at yde den dømte vejledning og bistand (forsorg i frihed). Hvor andre vilkår er fastsat, er det normalt tilsynets opgave at sørge for vilkårenes iværksættelse og overholdelse. Det ligger i den tilsynsførendes beføjelser at indberette vilkårsovertrædelser.

Af de otte typer eller grupper af særvilkår, der opregnes i § 57, stk. 1, skal her fremhæves de første fem, nemlig vilkår om, at den dømte

»1) overholder særlige bestemmelser vedrørende opholdssted, arbejde, uddannelse, anvendelse af fritid eller samkvem med bestemte personer,

2) tager ophold i egnet hjem eller institution; for sådant ophold fastsættes ved dommen en længstetid, der i almindelighed ikke kan overstige 1 år,

3) afholder sig fra misbrug af alkohol, narkotika eller lignende medikamenter,

4) underkaster sig afvænningsbehandling for misbrug af alkohol,

narkotika eller lignende medikamenter, om fornødent på hospital eller i særlig institution,

5) underkaster sig psykiatrisk behandling, om fornødent på hospital«.

Det fremgår heraf, at de under nr. 4 og 5 nævnte vilkår er *lægelige behandlingsvilkår*. Både ved afvænningsvilkår og ved vilkår om psykiatrisk behandling skal retten træffe et valg mellem ambulant og hospitalsmæssig behandling. Det mindre indgribende vilkår skal foretrækkes, medmindre den ambulante behandling forekommer klart utilstrækkelig. For afvænningsbehandlingens vedkommende er til »hospital« føjet »eller i særlig institution« (f.eks. en pension under kriminalforsorgen).

Nr. 4 og 5 er formuleret således, at der umiddelbart ved dommen pålægges den dømte en pligt til at undergive sig behandling og de fuldbyrdende myndigheder en pligt til at søge behandlingen iværksat. Der kendes imidlertid en domsformulering, der giver tilsynsmyndigheden en bemyndigelse til at træffe bestemmelse om behandling. Dette kan være tilfældet, hvis der på domstiden ikke er et oplagt behandlingsbehov, men må regnes med en risiko.

De *forsorgsmæssige vilkår* om tilsyn og foranstaltninger efter nr. 1 og 2 kan for unges vedkommende fortrænges af det specielle vilkår efter nr. 8: vilkår om, at den dømte »efter bestemmelse af børne- og ungdomsforsorgens myndigheder undergives børne- og ungdomsforsorg, eventuelt af nærmere angivet art, og efterkommer de forskrifter, forsorgsmyndigheden meddeler ham«.

Selvstændigt behandlet er i straffelovens kap. 8 betinget dom med vilkår om samfundstjeneste, dvs. en pligt til at udføre ulønnet samfundsnyttigt arbejde i mindst 40 og højst 240 timer. Som en afvigelse fra reglerne om almindelige betingede domme skal nævnes, at der ved samfundstjeneste – ud over obligatorisk tilsyn – kun kan anvendes særvilkår om ambulant afvænningsbehandling eller ambulant psykiatrisk behandling. Der vil ikke kunne blive spørgsmål om indlæggelse på hospital.

Om tillægsvilkår henvises til Bet. nr. 519/1969 og Bet. nr. 752/1975 I s. 127 ff. Forarbejder til reglerne om samfundstjeneste findes i Bet. nr. 1211/1990, se endvidere Rentzmann & Reimann (1994).

Ugeskrift for Retsvæsen 1975.672

Den 17-årige T, der tidligere havde fået en betinget dom på 1½ års fængsel for røveri, fandtes nu skyldig i indbrud, brugstyveri og hærværk i en række til-

Kap 3. Strafferetten

fælde. Ved byretten idømtes han en fællesstraf på 2 års fængsel, der indbefattede den tidligere betingede straf. På tidspunktet for Østre Landsrets anke-dom havde T været varetægtsfængslet i sammenlagt 9 måneder. Fra skipperen på »Fulton« og fra kriminalforsorgen forelå udtalelser, der gik ud på, at T var egnet til ophold på »Fulton«. Østre Landsret dømte T til 2 års fængsel betinget »med anbringelse på »Fulton« for øje«, idet det fastsattes som vilkår, at T i prøvetiden var under tilsyn af kriminalforsorgen, at han efterkom forsorgens bestemmelser om ophold, arbejde og uddannelse, herunder eventuelt om ophold i egnet hjem, institution el. lign., og at han, såfremt forsorgen fandt det fornødent, underkastede sig en lægeligt godkendt behandling mod misbrug af alkohol.

Ugeskrift for Retsvæsen 1978.247

Den 16-årige T fandtes skyldig i røveri med hensyn til ca. 7.000 kr. ved slag med en træstav. Der forelå gode personlige oplysninger om T. Han havde været varetægtsfængslet i knap 1 måned og idømtes ved byretten 6 måneders fængsel, men Østre Landsret gjorde straffen betinget med vilkår om, at T indtil det fyldte 18. år forblev undergivet tilsyn i henhold til bistandslovens bestemmelser om børn og unge.

Ugeskrift for Retsvæsen 1985.693

Den knap 16-årige T, der tidligere havde fået tre betingede domme, fandtes nu skyldig bl.a. i tyverier og hæleri, samlet værdi ca. 200.000 kr. I en erklæring fra socialforvaltningen oplystes, at ingen af de tre institutioner med sikrede afdelinger, der var blevet spurgt, ønskede at modtage T. Socialforvaltningen ville imidlertid, såfremt afgørelsen faldt ud til anvendelse af hjælpeforanstaltninger, gøre sit yderste for i samarbejde med amtskommunen at vælge de mest egnede foranstaltninger. Østre Landsret idømte T en betinget fællesstraf på 8 måneders fængsel, inkl. tidligere betinget dom, med vilkår om hjælpeforanstaltninger efter lovgivningen om social bistand og efterkommelse af forsorgsmyndighedernes forskrifter, herunder om uddannelse, arbejde og ophold på institution.

3.12. Frihedsstraf

3.12.1. Straffuldbyrkelse i fængsel

Kriminalforsorgen råder over 14 fængsler samt anstalten ved Herstedvester, der ikke i administrativ sprogbrug betegnes som fængsel. Hertil kommer Københavns fængsler og de henved 40 lokale arresthuse, der overvejende anvendes til anbringelse af varetægtsfængslede, i et vist omfang dog også til kortvarig straffuldbyrkelse.

De 15 anstalter (incl. Herstedvester) udgøres af 5 lukkede og 10 åbne

institutioner, heraf 7 i Jylland, 3 på Fyn og 5 på Sjælland. Det gennemsnitlige daglige belæg var i 1994 ca. 700 i de lukkede fængsler og knap 1300 i de åbne, i alt knap 2000. Den største del af dette belæg udgøres af de fængselsdømte. Kriminalforsorgens samlede gennemsnitlige belæg i anstalter og arresthuse (fængsel, hæfte, varetægt mv.) var i 1994 ca. 3600.

Fængselsdømte anbringes i åben anstalt, medmindre det af særlige grunde findes utilrådeligt. For en anbringelse i lukket anstalt kan navnlig tale forhold som den dømtes farlighed, undvigelsesrisiko, manglende evne til at tilpasse sig forholdene i åben anstalt samt straffetidens længde (straffe på 5 år eller mere fuldbyrdes normalt i lukket fængsel).

De nærmere retningslinier for anbringelse af domfældte findes i cirkulære nr. 122 af 29. august 1983, se endv. Bet. nr. 1181/1989 om en lov om fuldbyrdelse af straf m.v. I s. 71 ff.

Anstalten ved Herstedvester er den eneste, som i henseende til personale og behandlingsmuligheder er specielt beregnet på at tage sig af psykisk afvigende domfældte. Anstalten blev taget i brug i 1935 og anvendtes i ca. 40 år til fuldbyrdelse af psykopatforvaring og tidsbestemt straf af særfængsel. Til samme formål anvendtes i en årrække statsfængslet i Horsens. Om anstalten i Herstedvester og dens anvendelse før psykopatforvaringens afskaffelse i 1973 se endv. kap. 3.2.2, 3.5.1 og 3.6.1.

Forvaringsanstalten i Herstedvester blev i årene 1942-72 ledet af overlæge, dr. med. Georg K. Stürup, der skabte international opmærksomhed om psykopatbehandlingen i Danmark. Nogle af hans mange arbejder om emnet er anført i litteraturlisten.

I anstalten i Herstedvester, der rummer ca. 130 pladser, anbringes dels de fleste forvaringsdømte, dels de fængselsdømte, som har behov for psykiatrisk assistance. Anstaltens klientel domineres af indsatte med svære karakterologiske afvigelser, herunder indsatte der er dømt for alvorlig sædelighedskriminalitet. Anbringelsen er i nogle tilfælde indiceret af de oplysninger, der foreligger allerede på domstiden, men kan også ske ved en overførelse fra anden anstalt, hvor et behov for observation og psykiatrisk assistance er konstateret.

Den lægelige betjening i fængsler og arresthuse er i almindelig-

hed ikke indrettet på at yde psykiatrisk bistand. Det er kriminalforsorgens pligt under frihedsberøvelse at sørge for en lægelig og sygeplejemæssig standard, der svarer til det, som generelt står til rådighed for befolkningen. Dette stiller først og fremmest krav til en regelmæssig betjening med somatisk lægehjælp. Nogle steder har man også aftaler med speciallæger i psykiatri. Der kan under straffuldbyr-delse ske indlæggelse på sygehus, herunder psykiatrisk afdeling, når tilstanden taler herfor. Hvis betingelserne for tvangsindlæggelse er opfyldt, sker indlæggelse i medfør af psykiatriloven. Om en særlig hjemlet mulighed for overførelse til en institution uden for kriminalforsorgen henvises til bemærkninger nedenfor. I øvrigt vil det være fængslernes opgave at tage stilling til, om udtalte psykiske problemer hos en indsat giver anledning til en overførelse til anstalten ved Herstedvester, eller der på stedet eller ved flytning til anden anstalt må søges udveje for at fortsætte straffuldbyr-delsen med fornøden hensyntagen til problemer, der følger af den indsattes psykiske egenart.

3.12.2 Overførelse til anden institution

I straffelovens § 46, stk. 1, er det forudsat som noget selvfølgeligt, at en strafafsoner kan indlægges på sygehus, når tilstanden taler herfor.

§ 49, stk. 2, indeholder en videregående hjemmel til, at en strafafsoner midlertidigt eller for resten af straffetiden kan overføres »til hospital eller til egnet hjem eller institution til særlig pleje eller forsorg«. Bestemmelsen er indført i 1973. Den skal muliggøre en mere hensigtsmæssig anbringelse af afsonere, som på grund af deres »alder, helbredstilstand eller andre særlige omstændigheder« ikke findes at burde opholde sig i et fængsel. Det er forudsat, at overførelsen i almindelighed kræver samtykke fra den dømte, og at den modtagende myndighed (f.eks. en overlæge) skal have givet sin tilslutning. Opholdstiden tæller som en del af straffuldbyr-delsen og begrænses af den idømte straffetid. Tidspunktet for prøveløsladelse beregnes på sædvanlig måde. Den dømte føres tilbage til en af kriminalforsorgens institutioner, når grundlaget for indlæggelsen ikke længere er til stede.

Om anvendelsen af § 49, stk. 2, er der udfærdiget et cirkulære nr. 98 af 9. juni 1978, der specielt handler om psykiatriske patienter, og et cirkulære nr. 2 af 6. januar 1985, der behandler bestemmelsens anvendelse mere generelt.

Det førstnævnte cirkulære opstiller det som en betingelse for overførelse til psykiatrisk afdeling, at den domfældte har et særligt psykiatrisk behandlings- eller plejebehov, som bedst opfyldes af et psykiatrisk sygehus, og at det er forbundet med åbenbar ulempe at lade straffen udstå i en institution under kriminalforsorgen. Overførelsen kan ikke ske, hvis væsentlige retssikkerhedsmæssige hensyn taler imod den. Forinden en afgørelse træffes af Justitsministeriet, skal der bl.a. foreligge en udtalelse fra vedkommende psykiatriske afdeling og en lægeerklæring om den dømtes aktuelle tilstand.

Der henvises til de nærmere bestemmelser i cirkulæret af 1978. Se endvidere generelt om § 49, stk. 2, og særlig om psykiatriske patienter Bet. nr. 1181/1989 om en lov om fuldbyrdelse af straf I s. 255 ff. Om forholdet mellem psykiatriloven og anbringelse af strafafsonere se kap. 6.1.2 og Justitsministeriets notat af 1990, Dahl Jensen & Paulsen (1991)s. 278.

Uden for det psykiatriske område kan overførelse ske f.eks. af behandlingskrævende alkohol- og stofmisbrugere, særlig unge eller særlig gamle stafafsonere og personer med psykiske eller fysiske handicap. Der kan ske overførelse ikke blot til offentlige men også til private institutioner eller hjem. Se i øvrigt det nævnte cirkulære af 1985.

3.12.3. Prøveløsladelse og benådning

3.12.3.1. Afsoningstiden for fængselsstraffe afkortes regelmæssigt på den måde, at der indtræder *løsladelse på prøve* efter to trediedele af straffetiden, dog mindst 2 måneders afsoning, straffelovens § 38, stk. 1. Prøveløsladelse nægtes kun, hvor den findes utilrådelig; det sker i omkring 10 % af alle tilfælde, hvor de tidsmæssige betingelser er opfyldt. Men prøveløsladelse kan da tænkes at ske på et senere tidspunkt før udløbet af den fulde straffetid.

Når særlige omstændigheder taler derfor, kan der besluttes prøveløsladelse efter den halve straffetid, også her dog mindst 2 måneders afsoning, straffelovens § 38, stk. 2. Denne mere ekstraordinære prøveløsladelse forudsætter en konkret prøvelse af de hensyn, som taler for en tidlig løsladelse; det kan f.eks. dreje sig om helbredsmæssige forhold hos den dømte, familie- eller beskæftigelsesmæssige forhold o.l.

Ud over det faste vilkår om straffri vandel i en prøvetid kan der til prøveløsladelsen knyttes vilkår om tilsyn og andre vilkår af samme typer som nævnt i § 57 om betingede domme. Der er således mulighed for at gøre løsladelsen betinget af, at den dømte undergiver sig en

ambulant psykiatrisk behandling eller et lægeligt tilsyn. Det er muligt at give et behandlingsvilkår form af et pålæg om hospitals- eller andet institutionsophold, dog højst for en tid, der svarer til den resterende del af den idømte straffetid.

3.12.3.2. Straf kan eftergives helt eller delvis ved *benådning*. Den kongelige benådningsret er hjemlet ved grundlovens § 24 og ikke nærmere reguleret ved lov. Eftergivelsen kan være ubetinget eller betinget. Det mest almindelige vilkår i en betinget benådning lyder på straffri vandel i en prøvetid; hertil kan føjes vilkår om tilsyn ved kriminalforsorgen og eventuelt særvilkår, f.eks. om alkoholistbehandling.

Benådning under afsoningen fungerer i praksis navnlig som et supplement til reglerne om prøveløsladelse i tilfælde, hvor de tidsmæssige betingelser for denne i § 38, stk. 1 og 2, ikke er opfyldt. Tilsvarende vil benådning efter dommen men før påbegyndt afsoning tilføre straffesystemet en sidste mulighed for at undgå frihedsberøvelse i sager, som retten ikke har ment at kunne afgøre med en betinget dom eller et strafbortfald. I Justitsministeriets cirkulære nr. 113 af 26. juni 1975 er der givet nærmere regler om behandlingen af sager om benådning og udsættelse af straffuldbyrdelse.

Om praksis med hensyn til benådning henvises til Rentzmann (1985). Se endvidere om et materiale fra Retslægerådet Kringsholm (1975) samt Borup Svendsen & Garde (1974).

Den mest almindelige grund til benådning før afsoning er helbreds-mæssige forhold. Om fysisk eller psykisk lidelse vil der oftest foreligge en erklæring fra den dømtes egen læge. En eventuel speciallægeerklæring om psykiske forhold bør indeholde en social anamnese, oplysninger om relevante somatiske forhold og eventuel tidligere psykiatrisk behandling, en grundig psykopatologisk vurdering, diagnostiske overvejelser samt en begrundet stillingtagen til spørgsmålet om risiko ved afsoning. Nogle sager forelægges for Retslægerådet.

Foreligger der en psykose, må der formentlig altid tilrådes en benådning. En risiko for væsentlig helbredsforringelse som følge af et fængselsophold kan f.eks. foreligge hos dependente, evasive og anti-aggressive karakterneurotikere, som blot ved tanken om afsoning udvikler neurotiske symptomer, f.eks. i form af angstanfald. Afsoning kunne da medføre, at der udvikles sværere symptomneurotiske

symptomer, som kan være socialt invaliderende og svære at behandle. I nogle situationer må man konkludere, at f.eks. kroniske hysteriformt prægede tilstande næppe indebærer den nævnte risiko, men at afsoning skønnes at ville medføre en lidelse, der går væsentligt ud over den, der normalt er forbundet med et fængselsophold. Let til moderat klaustrofobi vil som hovedregel ikke indicere benådning, ligesom alkohol- og stofmisbrug i almindelighed ikke giver grundlag for benådning.

I visse tilfælde kan det være relevant at inddrage socialpsykiatriske aspekter. Som eksempel kan nævnes en lettere intellektuelt reduceret domfældt, der netop er i stand til at passe et rutinepræget job, som han risikerer at miste.

Det kan undertiden være vanskeligt at vurdere, om grundlaget for at anbefale benådning er sikkert nok. I disse situationer kan der ansøges om udsættelse af afsoningen, f.eks. i et halvt år. Der er også den mulighed, at ansøgeren får udsættelse mod at undergive sig særvilkår, der eventuelt senere vil indgå i en benådning. Er der givet udsættelse på grund af helbredsmæssige forhold, bliver der normalt senere indhentet en supplerende erklæring om forløbet.

Siden 1990 er der gjort brug af udsættelse som led i en ordning, efter hvilken domfældte spiritus- og promillekørere med en straf på 40 dage (fra 1993: 60 dage) eller derunder kan opnå udsættelse af afsoningen mod at undergive sig en kontrolleret behandling mod alkoholmisbrug. Hvis dette tilbud modtages, og behandling gennemføres i 1 år, afløses strafudsættelsen af betinget benådning mod betaling af en bøde, og hertil knyttes en ny prøvetid på 1 år. I langt de fleste tilfælde gennemføres forløbet med et godt resultat. Se Kriminalforsorgens Årsberetning 1990 s. 84, 1992 s. 10 f, 1993 s. 10 og 1994 s. 10.

Kapitel 4

Civilretlige spørgsmål

4.1. Indledning

4.1.1. Oversigt

4.1.1.1. I dette kapitel omtales de vigtigste af de civilretlige spørgsmål, som under en retssag eller en administrativt behandlet sag kan give anledning til, at der indhentes en lægeerklæring om en persons mentale tilstand. Det skal straks bemærkes, at der ikke kan opstilles fælles retningslinier for retspsykiatriske erklæringer på alle de her omtalte områder. Erklæringens form må indrette sig efter den opgave, der foreligger i den enkelte sag, herunder den måde, på hvilken der er stillet spørgsmål til lægen.

Umyndiggørelse må næst efter frihedsberøvelse betragtes som den mest indgribende af de foranstaltninger, der efter dansk ret kan træffes over for voksne mennesker mod deres vilje. Betingelserne for umyndiggørelse omtales i kap. 4.2. Det vil bl.a. fremgå heraf, at umyndiggørelsen i visse ikke særlig almindelige tilfælde er betinget af personens samtykke.

Reglerne om *testamenthabilitet* (kap. 4.3.1) og *aftalehabilitet* (kap. 4.4.1) afgrænser de tilfælde, i hvilke fornuftmangel ved et testamentes oprettelse eller en aftales indgåelse bevirker, at testamentet eller aftalen kan tilsidesættes. Reglerne herom findes henholdsvis i arvelovens § 51 og myndighedslovens § 65. De har i det væsentlige samme ordlyd. Et afsnit om *erstatningsansvar* uden for kontraktsforhold (kap. 4.4.2) vil understrege, at der i realiteten ikke i myndighedslovens § 64 er tale om nogen særstilling for psykisk afvigende skadevoldere. En speciel regel i forsikringsaftalelovens § 19 omtales i tilknytning hertil (kap. 4.4.2.2).

På familieretlige områder kommer en lægelig bedømmelse især på tale i sager om tilladelse til *adoption*, der altid afgøres administrativt (kap. 4.5.2), og om tildeling af *forældremyndighed*, hvor de problematiske sager afgøres ved dom i mangel af enighed mellem parterne (kap. 4.5.3). I modsætning til spørgsmål om retlig handleevne i økonomiske forhold samler bedømmelsen sig her ikke om personens til-

stand på tidspunktet for en bestemt disposition, men om en bredere social, psykologisk og adfærdsmæssig vurdering af egnetheden som opdrager af børn. I forbindelse med forældremyndighed omtales også samværsret.

I kap. 4.5.1 er medtaget nogle bemærkninger om *ægteskab*. Men det, der kan siges herom, har i dag i alt væsentligt kun historisk interesse.

Endelig behandles i kap. 4.6 *svangerskabsafbrydelse* og *sterilisation*. Reglerne om disse indgreb er opbygget efter ensartede retningslinier. Lovenes udgangspunkt er en ret til indgrebet, suppleret med regler om mulighed for i visse andre tilfælde at opnå en særlig tilladelse fra et samråd og eventuelt et ankenævn. De kan bl.a. have til opgave at anvende retspsykiatriske og andre lægelige oplysninger.

4.1.1.2. Fremstillingen af de enkelte emner er ordnet således, at der indledes med et referat af de gældende lovregler. Heraf fremgår det, hvorledes lægelige kriterier bliver en del af grundlaget for afgørelser. Dernæst tilføjes bemærkninger om tilvejebringelsen af sagkyndige erklæringer.

I sager om svangerskabsafbrydelse og sterilisation er lægelig medvirken desuden sikret ved lovregler om, at der altid deltager to læger i afgørelsen i samråd eller ankenævn. Også i samråd vedrørende godkendelse som adoptant er der lægelig medvirken.

I sager om domstolsprøvelse af den sociale ankestyrelses afgørelser om fjernelse af et barn fra hjemmet tiltrædes landsretten af en børneforsorgskyndig dommer og en dommer, der er kyndig i børne- eller ungdomspsykiatri eller i psykologi, bistandslovens §§ 130, stk. 1, og 132. Ordninger med tilforordning af sagkyndige meddommere har ikke vundet indpas på de områder, der omtales i det følgende.

I fremstillingen i det følgende er medtaget referat af en del domme fra Ugeskrift for Retsvæsen og af sager, der er blevet forelagt Retslægerådet. Dette materiale tjener til at illustrere, hvorledes lægelige instanser bringes ind i en sags oplysningsfase.

4.1.2. Den lægelige bedømmelse

4.1.2.1. Ovenfor i kap. 1.3 er det fremhævet, at de civilretlige lovbestemmelser på forskellige måder benytter blandede kriterier, eksempelvis myndighedslovens § 65, der betinger en aftales ugyldighed af,

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

at en aftalepart har været i en tilstand af »sindssygd, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand«, og at den pågældende af den grund har »manglet evnen til at handle fornuftmæssigt«. Skønt det andet led i en sådan bestemmelse er mindre klart af psykiatrisk indhold end det første, er det fremhævet, at lægen skal eller principielt kan udtale sig også om personens evne til ved aftalens indgåelse at handle »fornuftmæssigt«. Det blev også nævnt, at denne bedømmelse adskiller sig fra den, der finder sted i sager om straffelovens §16.

4.1.2.2. Både om de egentlig lægelige spørgsmål og om de supplerende kriterier gælder, at den læge, der afgiver erklæring i sagen, ofte vil savne sikre holdepunkter for en konklusion. Dette er navnlig tilfældet, hvor temaet for en erklæring er tilstande og handlinger, der ligger nogen tid tilbage. Bedst stillet er lægen i tilfælde, hvor der foreligger oplysninger om en indlæggelse omkring tidspunktet for et testaments oprettelse eller en aftales indgåelse, især hvis der i den forbindelse er oplyst noget om psykotiske eller psykoselignende symptomer, der har en sammenhæng med den trufne disposition. Også udtalelser fra en praktiserende læge, der har kendt og besøgt den pågældende, kan være af betydning for vurderingen af en eventuel abnormtilstand. Det kan også gælde tilfælde, hvor en læge ikke har bemærket andet, end at patienten var præget af sin alder, var mistroisk over for sine omgivelser eller over for offentlige myndigheder, men udtrykte sig klart og var let at komme i kontakt med. Hvis lægelige udtalelser tyder på sindssygd, men der har været et tidsinterval på f.eks. blot en måned eller to mellem de lægelige iagttagelser og den disposition, som sagen angår, kan dette skabe en usikkerhed om, hvorvidt der har været tale om en uforandret tilstand.

Det vil oftere være muligt at konstatere sindssygd end at udtrykke en mening om, hvorvidt personen som følge af tilstanden savnede evnen til at handle fornuftmæssigt eller varetage sine anliggender. Den lægelige udtalelse må redegøre for, hvad der faktisk er oplyst, herunder hvilken sindssygd eller anden unormalitet der tidligere er konstateret og nu kan være tale om. I øvrigt må erklæringen give udtryk for, hvilken tvivl eller usikkerhed der råder. Er en sikker konstatering udelukket, hvilket må betragtes som det mest almindelige, kan en tilnærmelse hertil finde udtryk i en udtalelse om, at noget findes overvejende sandsynligt, mest sandsynligt etc. Men det er i sin orden, hvis lægen må nøjes med at udtale, at noget er

4.2. Umyndiggørelse og lavværgemål

muligt eller ikke udelukket, eller at de foreliggende oplysninger ikke giver grundlag for at drage nogen konklusion. For så vidt angår sontringen mellem de to led i bedømmelsen, kan det være helt naturligt, at lægen f.eks. finder en tilstand af sindssygdom på det relevante tidspunkt godtgjort eller overvejende sandsynlig, men tilføjer, at der savnes tilstrækkeligt grundlag for at sige noget om evnen til at handle fornuftmæssigt. Der henvises i øvrigt til kap. 5.2. om retspsykiatriske erklæringer.

Lægen må naturligvis ikke påvirkes af nogen personlig mening om, hvorvidt det er rimeligt, at en disposition opretholdes eller kendes ugyldig, eller det fra lægens synspunkt forekommer hensigtsmæssigt, at den pågældende umyndiggøres. Den lægelige erklæring er en vejledning for den retlige myndighed om, hvad der lægeligt set kan siges om kendsgerninger eller muligheder. I modsætning til lægen kan en domstol ikke nøjes med at afgive en udtalelse om, hvorvidt noget er sikkert, sandsynligt, muligt, tvivlsomt, ikke udelukket, utilstrækkeligt oplyst el. lign. Retten skal afgøre sagen. Det er retten, der afgør, hvilke beviskrav og sandsynlighedsgrader der skal gælde.

Det vil fremgå af det følgende, at nogle civilretlige bestemmelser rejser andre spørgsmål om den retspsykiatriske bedømmelse end de her omtalte. Det gælder bl.a. sager om adoption.

4.2. Umyndiggørelse og lavværgemål

4.2.1. Retsreglerne

4.2.1.1. Den, der er 18 år eller derover, er myndig, men kan umyndiggøres, når betingelserne herfor er opfyldt. Reglerne herom findes i § 2 i myndighedsloven af 1922, lovbkg. nr. 443 af 3. oktober 1985 med senere ændringer. Der er imidlertid i 1995 vedtaget nye og væsentligt ændrede regler, som vil træde i kraft den 1. januar 1997. Fra det tidspunkt ophæves myndighedsloven og erstattes af lov nr. 388 af 14. juni 1995, der har navnet værgemålsloven. I det følgende er de endnu gældende regler lagt til grund, men der tilføjes nogle korte oplysninger om de ændringer, som vil følge af den nye værgemålslov.

Myndighedslovens § 2, nr. 1, bestemmer, at en person kan umyndiggøres, såfremt han eller hun »på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller anden sjælelig forstyrrelse er uskikket til at varetage sine

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

anliggender«. Dette er i praksis den helt dominerende grund til umyndiggørelse. Den største gruppe udgøres af de demente, medens anden sindssygdom, åndssvagthed og andre typer af psykisk afvigelse forekommer i noget mindre omfang.

§ 2 nævner også andre grunde til umyndiggørelse, der kan gøre en lægelig bedømmelse nødvendig. Det gælder dels nr. 3 om den, der »på grund af drikkædighed eller lignende last er uskikket til at varetage sine anliggender«, dels nr. 4 om den, der »på grund af legemlig mangel, sygdom eller anden skrøbelighed er mindre skikket til at varetage sine anliggender og selv ønsker at blive umyndiggjort«.

Der vil formentlig meget sjældent være anledning for læger til at udtale sig om det grundlag for umyndiggørelse, der er nævnt i § 2, nr. 2: at en person »ved ødselhed eller anden uforsvarlig adfærd udsætter sin eller sin families velfærd for fare«. Såfremt et sådant forhold har sin årsag i psykisk afvigelse, alkohol- eller narkotikamisbrug el. lign., vil dette formentlig fremgå af lægens udtalelser om de i nr. 1, 3 og 4 nævnte spørgsmål.

4.2.1.2. Den umyndiggørelse, som de foran omtalte regler tager sigte på, gør den pågældende umyndig i *formueretlig henseende*. Den umyndige kan ikke selv råde over sine økonomiske aktiver eller forpligte sig ved aftaler. Det er som udgangspunkt den beskikkede værge, evt. med samtykke fra statsamtet, der bestyrer den umyndiges formue og handler på dennes vegne i aftaler om økonomiske forhold, myndighedslovens § 34 og § 45, stk. 1. Der gælder enkelte undtagelser herfra, således at den umyndiggjorte selv kan handle, bl.a. med hensyn til adgangen til at indgå og ophæve arbejdsaftaler og retten til at råde over det, der er erhvervet ved egen virksomhed eller modtaget ved arv eller gave til fri rådighed, §§ 38, 39 og 40. Den umyndige kan oprette testamente, men fornuftmangel kan bevirke, at testamentet senere tilsidesættes efter en konkret bedømmelse, se kap. 4.3.

Der kendes en vidererækkende umyndiggørelse, der betegnes som *personlig umyndiggørelse*. Den forudsætter indtil lovændringen pr. 1. januar 1997 i alle tilfælde, at den pågældende samtidig umyndiggøres efter de foran omtalte regler i § 2 (hvis det ikke allerede er sket). Hvis retten skønner, at en person »er ude af stand til selv at drage tilbørlig omsorg for sin person«, kan den bestemme, at retten til at træffe afgørelser om personlige forhold tilkommer værgen, lovens § 46. Den kompetence, der tillægges værgen, omfatter bl.a. retten til at bestemme den umyndiggjortes opholdssted, herunder en

4.2. Umyndiggørelse og lavværgemål

ret til at træffe bestemmelse om institutionsophold. En tvangsindlæggelse i psykiatrisk afdeling kan dog kun ske under de i psykiatriloven nævnte betingelser.

4.2.1.3. Efter lovens § 59 kan der beskikkes en *midlertidig værge* (ad hoc værge) for en myndig person, der »ved sygdom eller fraværelse midlertidig (er) forhindret i at varetage sine anliggender«. Beskikkelsen angår varetagelse af den pågældendes anliggender »i nærmere angivet omfang«. Inden beskikkelse sker, skal samtykke så vidt muligt indhentes. I praksis er det antaget, at der kan ske beskikkelse til foretagelse af enkeltstående dispositioner af begrænset omfang, selv om en sygdom ikke kan ventes at være af forbigående karakter.

4.2.1.4. En mindre indgribende og for den pågældende selv ofte mere tilfredsstillende foranstaltning end umyndiggørelse er at anordne et *lavværgemål*. Når en person sættes under lavværgemål, kan den pågældende kun i forbindelse med en lavværge råde over sine økonomiske aktiver og forpligte sig ved aftaler, myndighedslovens § 55. Lavværgemålet forudsætter, at personen selv ønsker det, og ingen andre kan fremsætte anmodning om, at der indledes sag herom. Lavværgemålets betingelser er i øvrigt efter § 54 kun, at foranstaltningen anses for påkrævet »af hensyn til en persons uerfarenhed eller i øvrigt på grund af mangler ved hans legemlige eller sjælelige tilstand«. Det fremgår heraf, at der efter omstændighederne kan være brug for en læges bedømmelse af tilstanden.

På grundlag af forslag i Bet. nr. 1247/1993, Værgemål, er der ved lov nr. 388 af 14. juni 1995 sket en indgribende ændring af de hidtil gældende regler om umyndiggørelse mv. Værgemålsloven vil som allerede nævnt træde i kraft 1. januar 1997. Myndighedsloven med dens regler om umyndiggørelse ophæves. Efter den nye lovs § 5, stk. 1, kan der »iværksættes værgemål for den, der på grund af sindssygdom, herunder svær demens, eller hæmmet psykisk udvikling eller anden form for alvorligt svækket helbred er ude af stand til at varetage sine anliggender, hvis der er behov for det«. Efter § 5, stk. 2, kan der endvidere iværksættes værgemål »for den, der på grund af sygdom eller stærkt svækket tilstand er uegnet til at varetage sine økonomiske anliggender, og som selv anmoder herom«.

Et værgemål kan efter § 5, stk. 3, begrænses til at angå økonomiske forhold (eventuelt bestemte aktiver eller anliggender) eller til at angå personlige forhold (eventuelt bestemte personlige anliggender).

En person, for hvem der iværksættes værgemål, betegnes ikke i den nye lov som umyndig. Dette udtryk anvendes kun om den, over for hvem der i forbin-

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

delse med værgemål i økonomiske forhold træffes bestemmelse om fratagelse af den retlige handleevne, lovens § 6.

Det hidtidige lavværgemål er i det væsentlige opretholdt under den nye betegnelse »samværgemål«.

Både om værgemål og om samværgemål gælder, at afgørelsen skal afpasses efter den pågældendes behov og ikke må være mere omfattende end nødvendigt. Afgørelsen kan tidsbegrænses, f.eks. hvis personens tilstand forventes at være midlertidig. Men i øvrigt gælder om alle den nye lovs foranstaltninger, at de skal ophæves, når betingelserne ikke længere er opfyldt.

4.2.2. Den lægelige bedømmelse

4.2.2.1. Der findes ingen generelle regler om, hvornår og hvorledes der skal indhentes lægeerklæring i sager om umyndiggørelse og værgemål. Sagerne behandles efter reglerne i retsplejelovens kap. 43, §§ 457-66. Anmodning til retten om umyndiggørelse kan fremsættes af den, der ønsker at blive umyndiggjort, af ægtefælle, nære slægtninge, værge eller lavværge, eller af politimesteren, men ikke f.eks. af den pågældendes læge eller plejepersonale. Anmodning om lavværgemål kan kun fremsættes af den, der ønsker at blive sat under lavværgemål.

En anmodning skal så vidt muligt ledsages af skriftlige beviser for de påberåbte omstændigheder; det kan bl.a. være en lægeerklæring, men denne vil ikke nødvendigvis udgøre det endelige grundlag for sagens afgørelse. Det er efter retsplejelovens § 460, stk. 1, retten, der skal sørge for sagens oplysning, herunder træffe bestemmelse om afhøring af vidner og om tilvejebringelse af »udtalelser fra sagkyndige«. Der er ikke hjemmel til, at den, der søges umyndiggjort, kan lægeundersøges mod sin vilje.

Om praksis med hensyn til indhentelse af lægeerklæring henvises til Bet. nr. 1247/1993 s. 131 ff. Her redegøres også for udvalgets egne synspunkter. – Erklæring fra Retslægerådet forekommer i et begrænset antal.

Om nye regler fra 1. januar 1997 vedrørende læge- og institutionserklæringer se værgemålslovens § 18 og retsplejelovens § 461 (som affattet i 1995).

Af rettens anmodning til en læge om en udtalelse bør det kunne ses, hvilken eller hvilke bestemmelser i myndighedsloven der kommer i betragtning under sagen, idet dette vil være bestemmende for, hvad den lægelige udtalelse skal tage stilling til. Tilsvarende bør den lægelige erklæring affattes således, at det af den kan ses, hvorledes erklæ-

4.2. Umyndiggørelse og lavværgemål

ringen forholder sig til de grunde til umyndiggørelse, der er bragt på bane. En lægeerklæring, som i tilknytning til diagnosen blot udtaler, at »den pågældende bør umyndiggøres«, må anses for utilstrækkelig. Der vil ikke være anledning til at udtale sig om en mulig personlig umyndiggørelse, medmindre der er spurgt om det. Men en erklæring kan affattes således, at den peger på de personlige problemer, der er lægen bekendt, uden at der fremsættes en anbefaling af personlig umyndiggørelse.

Det fremgår af det foregående, at der er forskel på de momenter, der indgår i lægens bedømmelse ved henholdsvis formueretlig og personlig umyndiggørelse. En dom i Ugeskrift for Retsvæsen 1950. 163 handlede om en person M, der var begæret umyndiggjort også i personlig henseende. Retslægerådet udtalte i tilslutning til en erklæring fra en overlæge ved psykiatrisk hospital, at M led af en schizofrenia paranoides med talrige vrangforestillinger, der måtte antages i høj grad at ville præge hans dispositioner. M skønnedes ude af stand til på forsvarlig måde at varetage sine formueretlige anliggender. Derimod kunne personlig umyndiggørelse ikke anses for påkrævet. Der skete kun umyndiggørelse efter § 2. Sagen illustrerer den af lovgiveren forudsatte normale situation, at en sindssyg af fornuftmangel kan komme ud i det økonomisk uholdbare, medens den pågældende kan klare sine personlige anliggender i den daglige tilværelse. Der findes dog også tilfælde, hvor det er de personlige anliggender, der er faremomentet, f.eks. en vedholdende vægring ved at modtage lægehjælp, en sundhedsfarlig forsømmelse af renlighed i lejligheden eller vanskeligheder ved at finde hjem efter en spadseretur, medens de økonomiske anliggender er beskedne og ukomplicerede, så at der egentlig ikke behøves nogen støtte i den henseende. I tilfælde som disse kan der imidlertid efter de gældende regler ikke ske personlig umyndiggørelse uden en formueretlig efter § 2.

Efter værgemålsloven vil beskikkelse af værgemål kunne begrænses til at angå enten økonomiske eller personlige anliggender. Derimod vil fratagelse af handleevnen efter § 6 ligesom hidtil være en umyndiggørelse, der bevirker, at den pågældende ikke selv kan forpligte sig ved aftaler eller råde over sin formue.

4.2.2.2. Den praktisk vigtigste bestemmelse er som nævnt den, der handler om *sindssygdom eller anden psykisk unormalitet*, § 2, nr. 1.

Udtrykkene *sindssygdom* og *åndssvaghed* skal ligesom i straffelo-

vens § 16 forstås i overensstemmelse med deres afgrænsning i psykiatrien.

Hertil føjes det noget mere ubestemte udtryk »anden sjælelig forstyrrelse«. Det har et videre område end det, som i straffelovens § 16 betegnes som tilstande ligestillet med sindssygdom eller åndssvaghed. Der kan snarere drages en parallel til straffelovens § 69 om tilstande betinget af mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner. Bestemmelsen vil bl.a. kunne omfatte neuroser, udtalte karakterafvigelser, alderdomssvækkelse, psykiske følger af alkohol- eller medicinmisbrug etc. Det er en selvfølge, at lægen ikke kan nøjes med at konstatere »sjælelig forstyrrelse«, men må søge at komme en karakteristik af tilstanden så nær som muligt. Det udelukker ikke anvendelsen af det nævnte led i § 2, nr. 1, at der er gode udsigter til helbredelse. Men grundlaget for en umyndiggørelse vil dog mangle ved sjælelige forstyrrelser, der må ventes at være af forbigående art. Som det er nævnt ovenfor, giver lovens § 59 mulighed for beskikkelse af en midlertidig værge for en myndig person.

Medens det her anførte peger på en egentlig retspsykiatrisk opgave, er dette ikke så klart tilfældet med hensyn til 2. led i § 2, nr. 1: at den pågældende som følge af tilstanden er »uskikket til at varetage sine anliggender«. Den lægelige udtalelse bør så vidt muligt også angå dette punkt i bestemmelsen. En lægelig udtalelse, der f.eks. kun fastslår, at personen er åndssvag i lettere grad, vil have for ringe vejledende betydning.

Psykiske lidelser, der ikke med tilstrækkelig sikkerhed kan henføres under nr. 1, kan tænkes at være omfattet af nr. 4, der foruden »legemlig mangel« (fysisk handicap) nævner »sygdom« og »anden skrøbelighed«. Efter denne bestemmelse skal personen ikke findes »uskikket« men kun »mindre skikket« til at varetage sine anliggender. Det er i denne bestemmelse gjort til en betingelse for umyndiggørelse, at den pågældende selv ønsker den.

Ugeskrift for Retsvæsen 1960.988

En landmand nægtede at betale skatterestancer m.v. Ifølge en erklæring afgivet af en overlæge ved psykiatrisk hospital på grundlag af en kort samtale virkede M ikke reduceret eller sløv; han var orienteret i egne forhold, men mistroisk og mistydende i forhold, der vedrørte det skattemæssige mellemværende. Det var ikke muligt at udtale sig nærmere om M's tilstand, og der var for spinkle holdepunkter for at antage sindssygdom. Ved dommen fandtes M ved sit forhold til den af det offentlige begærede tvangsauktion at have udsat sin velfærd for fare, og han blev umyndiggjort.

4.2. Umyndiggørelse og lavværgemål

Et beslægtet tilfælde er UfR 1941.683 om en gårdejer, der havde sammenstød med myndighederne som følge af nægtelse af skattebetaling, men ellers passede sit landbrug. Retslægerådet fandt, at M var sindssyg, lidende af kværlantforrykthed. Kun på områder, hvor denne tilstand gjorde sig gældende, manglede han evnen til at disponere fornuftmæssigt. M blev umyndiggjort. Se også UfR 1946.897 om en 80-årig gårdejer, der undlod at drive sin gård og at betale skatter. Dette syntes at have været følgen af en følelse af forurettelse i forbindelse med en ændring af kirkedistrikter, der berørte M's ejendom. Retslægerådet antog visse sjælelige forstyrrelser, der ikke kunne fastslås nærmere uden observation, men M fandtes uegnet til økonomiske dispositioner. M blev umyndiggjort.

Ugeskrift for Retsvæsen 1969.205

Der var begæret umyndiggørelse såvel i formueretlig som i personlig henseende af en 28-årig frasepareret kvinde K, der få måneder tidligere var blevet tvangsindlagt lidende af skizofreni. Hospitalet udtalte, at K's tilstand var bedret under den medikamentelle behandling. Hun var »fuldstændig orienteret i alle retninger«, men undvigende og afglidende i drøftelser af følelsesbetonede emner. En affladning af hendes følelsesliv var tydelig. Det var tvivlsomt, om hun ville vedblive at tage medicin efter en udskrivning, da hun ikke forstod, hvorfor hun fik den. Hospitalet fandt, at K ikke var i stand til at varetage sine personlige eller økonomiske interesser. K udtalte i retten, at hun gerne ville genoptage arbejde, og at hun ville rette sig efter hospitalets anvisninger med hensyn til medicin. Vestre Landsret udtalte, at selv om K måtte antages at lide af skizofreni, fandtes det ikke godtgjort, at hun var uskikket til at varetage sine anliggender og ude af stand til at drage behørig omsorg for sin person.

Ugeskrift for Retsvæsen 1972.383

Den 49-årige M var begæret umyndiggjort også i personlig henseende. Han var nu tvangsindlagt for 5. gang inden for knap 4 år. En overlæge udtalte, at M var kronisk alkoholist og havde haft flere tilfælde af delirium tremens, desuden lidt af epilepsi i hvert fald i de sidste par år. M's forbrug var ca. 1 flaske snaps daglig, oftest kogsprit. Umyndiggørelse anbefalede. Ved Vestre Landsrets af Højesteret stadfæstede dom blev M umyndiggjort også i personlig henseende, § 2, nr. 3 jf. nr. 1, samt § 46.

4.2.2.3. En umyndiggørelse skal *ophæves*, når den umyndiggjorte findes tilstrækkelig egnet til at varetage sine anliggender, myndighedslovens § 5. Efter samme princip kan en personlig umyndiggørelse ophæves uden ophævelse af den formueretlige umyndiggørelse.

En retspsykiatrisk erklæring kan være lige så nødvendig i ophævelsessager som ved den oprindelige afgørelse, såfremt denne har været begrundet i psykiske forhold. Det bliver lægens opgave at tage stilling til, om tilstanden har ændret sig, og om de seneste oplysninger

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

taler for, at den umyndiggjorte nu kan klare sig på egen hånd. Ved bedømmelsen af grundlaget for fortsat umyndiggørelse skal der tages hensyn ikke blot til en eventuel bedring i tilstanden isoleret set, men også til sociale faktorer, f.eks. at den pågældende har indgået ægteskab eller har fået ophold hos pårørende.

4.3. Testamenthabilitet

4.3.1. Retsreglerne

4.3.1.1. Efter § 51 i arveloven af 1954 (lovbkg. nr. 584 af 1. september 1986 med senere ændringer) er en testamentarisk bestemmelse ugyldig, »såfremt testator ved dens oprettelse på grund af sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand manglede evnen til fornuftmæssig at råde over sine ejendele«. Den sidste passus sigter til evnen til testamentarisk råden. Der skal ikke anlægges noget skøn over den pågældendes evne til at handle fornuftmæssigt i hverdagens økonomiske anliggender. Bortset fra visse tilfælde af åbenbare mangler ved et testamente vil anvendelsen af § 51 forudsætte, at der er rejst indsigelse mod et testaments gyldighed af nogen, som vil arve, hvis testamentet erklæres ugyldigt, arvelovens § 55.

Bestemmelsen i § 51 finder også anvendelse på et testamente oprettet af en person, der er umyndiggjort på grund af sindssygdom. Umyndiggørelsen gør altså ikke automatisk et testamente ugyldigt. Der gælder noget andet om den umyndiggjortes aftaler, se kap. 4.4.1.

I det følgende tales om et testaments ugyldighed, skønt § 51 ved sin formulering antyder, at ugyldigheden kan være begrænset til at angå enkelte bestemmelser i testamentet. Det kan f.eks. tænkes, at en testators beslutning om at begrænse et enkelt barns arveret til tvangsarven – den arvedel som ikke kan berøves en livsarving – er begrundet i vrangforestillinger om at være blevet forfulgt af denne arving.

4.3.1.2. Det fremgår af § 51, at der gælder en *dobbelt betingelse* for, at et testamente kan erklæres ugyldigt.

Testator skal for det første have været i en tilstand af »sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand«. For det andet skal testator af denne grund have manglet »evnen til fornuftmæssigt at råde over sine ejendele«. Bestemmelsen hviler på den tidligere omtalte opfattelse, at de af 1. led omfattede

personer ikke generelt savner evnen til at handle fornuftmæssigt. Der skal også tages stilling til, om den sindssyge besad eller ikke besad evnen til at træffe fornuftmæssige dispositioner.

Kriterierne i § 51 finder også anvendelse i forbindelse med senere tilbagekaldelse af et testamente. En sådan tilbagekaldelse er i realiteten en testamentarisk disposition, der typisk bevirker, at arvelovens almindelige regler om fordelingen af arv skal følges, medmindre der oprettes nyt testamente.

En tilgrænsende bestemmelse i § 52 skal kort nævnes. Den går ud på, at et testamente er ugyldigt, hvis det er »fremkaldt ved tvang, svig eller anden utilbørlig påvirkning eller ved misbrug af testators enfoldighed, svaghedstilstand eller afhængighed«. Det følger af ordlyden, at en læge kan komme til at udtale sig om testators tilstand, hvis der bliver spurgt om det. Men der kan ikke fra lægen ventes svar på, hvad en anden person har foretaget sig over for testator, eller om en handling er utilbørlig eller udgør et misbrug.

4.3.2. *Den lægelige bedømmelse*

4.3.2.1. En læge, der afgiver erklæring i en sag om et anfægtet testamente, udtaler sig om en person, der ikke længere er i live, og hvis testamentsoprettelse kan være sket for længe siden. Bedømmelsen adskiller sig altså meget fra den, der sker i sager om umyndiggørelse, hvor skønstemaet er en persons aktuelle og forventede sindstilstand og handleevne.

På den anden side søger testamentsreglerne at sikre, at der allerede ved testamentets oprettelse sker en bedømmelse af testators psykiske tilstand. Ved oprettelse af testamente for en notar (såkaldte notarialforretninger henhører under byretterne) bør notaren i sin påtegning afgive erklæring om, hvorvidt testator var i stand til fornuftmæssigt at oprette testamente, arvelovens § 41, stk. 1. Notarens bekræftende erklæring skal under en senere ugyldighedssag anses som bevis, medmindre særlige omstændigheder giver grund til at betvivle påtegningens rigtighed, § 56. Er testamentet i stedet oprettet for to vidner, det såkaldte vidnetestamente, gælder der en tilsvarende instruktion for deres påtegning på testamentet, § 45, nr. 4. Og under en senere sag om indsigelse mod testamentet skal den, der vil påberåbe sig testamentet – ved at føre testamentsvidnerne som vidner eller på anden måde – godtgøre, at testamentet er gyldigt oprettet, § 57 stk. 1.

I kraft af disse regler skabes der under en ugyldighedssag en for-

modning om et notartestamentes gyldighed – en formodning som dog kan afkræftes gennem andre beviser, f.eks. hvis der fremkommer oplysninger om hospitalsindlæggelser omkring tidspunktet for testamentets oprettelse. Med hensyn til vidnetestamenter er stillingen en lidt anden. Der lægges ved loven en bevisbyrde på den, der vil hævde testamentets gyldighed. Det må da vise sig, om der er testamentsvidner i live, som på tilstrækkelig måde kan bekræfte deres påtegning om testators habilitet, eller om noget andet kan oplyses af den, der vil anfægte testamentet.

Der findes ingen bevisregel om de tilfælde, hvor testamenter har manglet de omtalte påtegninger af notar eller vidner (et forhold som ikke i sig selv gør et testamente ugyldigt), eller hvor der er tale om et såkaldt nødtestamente uden notar- eller vidnebekræftelse. I disse grupper af tilfælde kan der derfor under en ugyldighedssag tænkes at tilkomme lægelige og andre oplysninger om testators tilstand en større rolle.

4.3.2.2. Det er ikke let at formulere vejledende retningslinier for *lægens udtalelse* under en ugyldighedssag. Vigtigst er det at have for øje, at der som nævnt er to led i § 51 at tage stilling til. Det første er det, som naturligt frembyder en opgave for lægen. Det andet, evnen til at råde fornuftmæssigt, sigter til, om personen trods sindssygdom m.v. i de væsentlige henseender forstod, hvad ordvalget i testamentet betød og bevirkede, hvad formuen bestod af, hvorledes den blev fordelt, de i testamentet nævnte personers identitet etc. Spørgsmålet er ikke, om »fornuftige« mennesker ville have disponeret på samme måde, f.eks. testamenteret store beløb til en slægtning, der altid har ødet kontanter på druk og spil. Testamenter kan indeholde så mange bestemmelser, der forekommer andre besynderlige og ufornuftige (dog sætter lovens § 54 en grænse mht. dispositioner, der »åbenbart savner fornuftig mening«). Det afgørende vil være, om der ud fra testators tankeverden, følelser for familiemedlemmer, interesse for foreningsformål etc. må antages at ligge overvejelser og udfoldelse af dømmekraft bag de trufne dispositioner. En sådan sammenhæng vil bestyrkes af oplysninger om, at den pågældende tidligere har givet udtryk for samme hensigter og vurderinger. En antagelse om udfoldelse af dette individs normale handleevne kan på den anden side modsiges af oplysninger om, at en anden med kendskab til en persons svaghedstilstand har udøvet en påvirkning af testator. Sådanne tilfælde kan grænse op til det i sig selv normalpsyko-

logiske fænomen, at der udøves svig over for en testator, f.eks. under foregivende af at ville sørge godt for testators forretning, husbestyrerinde eller hund. Forhold som disse kan ikke antages at henhøre under en lægelig bedømmelse, medmindre de hører til billedet af en af lægen beskrevet abnormtilstand.

I bedømmelsen kan indgå ikke blot oplysninger om testators tilstand og adfærd omkring testamentets oprettelse, men også selve indholdet af de testamentariske bestemmelser. Det er klart, at lægen ofte vil savne solide holdepunkter for at bedømme de forhold, som § 51 peger på, og erklæringen må give udtryk for den grad af tvivl og usikkerhed, som oplysningerne eller mangelen på sådanne taler for. Det er helt acceptabelt at lade en retspsykiatrisk erklæring munde ud i, at testator mest sandsynligt har befundet sig i en psykotisk tilstand, men at der ikke for lægen er grundlag for at sige noget om, hvorvidt den pågældende i så fald har manglet evnen til at handle fornuftmæssigt.

Ugeskrift for Retsvæsen 1970. 71

En 83-årig kvinde K oprettede i 1966 for notar et testamente, ved hvilket der tillagdes en søstersøn 100.000 og en søster 50.000 kr. K døde 1½ måned senere. K's ægtefælle, den 73-årige M, anlagde sag om ugyldighed. Der havde siden 1922 været ægtepagt og gensidigt testamente mellem dem; dette testamente tilbagekaldte K i forbindelse med det nye testamente. Retslægerådet udtalte i marts 1968, at det på grundlag af indholdet af K's dagbog og øvrige notater måtte forekomme sandsynligt, at K fra 1964 havde udviklet en jaloussiforrykthed, der helt var centreret om M og »ikke i væsentlig grad synes at have kompromitteret hendes omdømme i øvrigt«. Der var ikke tydelige tegn på konfusion eller senil reduktion. »Det er i overensstemmelse med nævnte sindssygdoms natur, at de pågældende patienter alene på de områder, der falder inden for vrangforestillingernes kreds, i deres motividannelse og handlemåde er påvirket af deres vrangideer. Det må efter det foreliggende være rådets opfattelse, at afdøde på tidspunktet for det aktuelle testamentes oprettelse den 18. oktober 1966 har disponeret ud fra motiver, der har været bestemt af hendes sindssygelige ideer angående ægtefællen.« Der forelå en vidneforklaring fra en læge, som længe havde kendt ægteparret, og som jævnlig havde tilset K i 1966. Han havde kendt K's skinyge, men havde ikke fundet tegn på sindssygdom eller på uklarhed eller vrangforestillinger. Notarius og tre advokater forklarede i samme retning. Østre Landsret anførte, at en jaloussiforrykthed fra sommeren 1964 forekom sandsynlig, som nævnt af Retslægerådet, men at det ikke kunne anses for sikkert bevist, at K havde været sindssyg. De testamentariske bestemmelser af 1966 fandtes fuldtud at kunne forklare som udsprunget af et normalt motiveret ønske. I Højesteret tiltrådte 4 dommere, at det ikke var tilstrækkelig bestyrket, at K led af en sindssygdom el-

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

ler befandt sig i en sindssygelignende tilstand. 3 dommere fandt det godtgjort, at K's testamente var motiveret af sindssygelige vrangideer.

Ugeskrift for Retsvæsen 1966.279

En 75-årig kvinde K afgik ved døden i maj 1963. Hun havde i 1959 oprettet et testamente, i hvilket hun indsatte en nevø N som universalarving. Men i marts 1963, to måneder før sin død, oprettede hun for notarius et testamentstillæg (en kodicil), hvorefter en kusine U blev universalarving, idet der dog tillagdes N 40.000 kr. eller ca. halvdelen af boet. Sagen drejede sig om K's testamentabilitet ved oprettelsen af dette tillæg. K havde lidt af manio-depressiv psykose siden 1955, og hendes åndsevner var siden 1960 reducerede. Der var gentagne indlæggelser på psykiatrisk afdeling, og i maj 1962 kom K på plejehjem, men hun flyttede til sit hjem i december samme år sammen med den nævnte kusine U, der havde lovet at passe hende. Bl.a. på grundlag af en række vidneforklaringer blev kodicillen af 1963 opretholdt af byretten, medens Østre Landsret konkluderede, at K ikke havde været ved sin fornufts fulde brug. Under anke til Højesteret fremkom en ny erklæring fra Retslægerådet. Dette havde i en erklæring under byretssagen udtalt, at K i marts 1963 måtte antages at have været så svækket af demens, at hun ikke var sin fornuft fuldkommen mægtig. I den nye erklæring kom to af de i rådet deltagende læger til samme konklusion, medens den tredje læge ikke fandt det udelukket, at K i hvert fald i perioder havde været i stand til at handle fornuftmæssigt. Højesteret opretholdt testamentstillægget, idet man fremhævede, at testamentsændringen, der rummede overskuelige dispositioner, måtte anses for rimeligt begrundet i K's ændrede forhold, og at de afgivne vidneforklaringer støttede, at K havde forstået indholdet og betydningen af kodicillen. Det skal tilføjes, at notarius ikke havde været i tvivl om, at der ved underskrivelsen var tale om et fornuftmæssigt udtryk for K's sidste vilje, selv om hun var kendeligt ubeslutsom.

4.4. Aftalehabilitet og erstatningsansvar

4.4.1. Aftaler

4.4.1.1. I myndighedslovens §§ 64 og 65 findes der to bestemmelser om, hvorledes tilstande af sindssygdom m.v. påvirker civilretlige retsforhold. § 65, som her skal omtales først, handler om bedømmelsen af aftaler.

Myndighedslovens § 65 angår den, som »på grund af sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand (har) manglet evnen til at handle fornuftmæssigt«. Har en sådan person indgået en aftale, vil tilstanden bevirke aftalens ugyldighed. Den øvrige del af § 65 handler om det opgør mellem parterne (navnlig

ved tilbagelevering af erlagte ydelser), som derefter skal finde sted.

Betydningen af § 65 ytrer sig i tilfælde, hvor kontraktsparten ikke er umyndiggjort. For hvis det er tilfældet, er det umyndigheden, der bevirker aftalens ugyldighed, jf. ovenfor kap. 4.2.1. § 65 er en bestemmelse om ugyldigheden af myndige sindssyges og visse andres aftaler efter en konkret bedømmelse af tilstanden ved aftalens indgåelse. Eksempler herpå kan tænkes i tilfælde, hvor en sag om umyndiggørelse endnu ikke har ført til en afgørelse, eller hvor en forbigående eller mere varig abnormtilstand ikke har givet grundlag for umyndiggørelse.

Kriteriet på inhabilitet er det dobbelte krav om den i loven nævnte psykiske afvigelse og dennes virkning på evnen til at handle fornuftmæssigt. Som allerede nævnt har myndighedslovens § 65 kun selvstændig betydning i de tilfælde, hvor der ikke er sket umyndiggørelse, medens arvelovens § 51 også finder anvendelse på umyndiggjortes testamenter.

I forbindelse med den nye værgemålslovs ikrafttræden den 1. januar 1997 vil myndighedslovens § 65 blive afløst af en tilsvarende bestemmelse i den nye lovs § 46. Her er til ordet »sindssygdom« føjet: »herunder svær demens«, og »åndssvaghed« er ændret til »hæmmet psykisk udvikling«. Den nye bestemmelse anvender desuden udtrykket »hvis det må antages«, hvori der kan ligge en lempelse af kravet til bevis for en afvigende tilstand på aftaletidspunktet. Bestemmelsen vil formentlig få et udvidet anvendelsesområde som følge af, at der i stedet for den hidtidige umyndiggørelse bliver mulighed for begrænsede værgemål.

I aftaleloven findes nogle ugyldighedsregler vedrørende forhold, der kan grænse op til de i myndighedslovens § 65 nævnte. § 30 handler om svig, § 31 om udnyttelse af »en andens betydelige økonomiske eller personlige vanskeligheder, manglende indsigt, letsind eller et bestående afhængighedsforhold«, og § 33 om omstændigheder, der bevirker, at det ville stride imod almindelig hæderlighed at gøre en aftale gældende. I § 36 er en mere generelt affattet hjemmel til at tilsidesætte en aftale, der er urimelig. §§ 31 og 33 ses af og til at være påberåbt subsidiært i sager om ugyldighed i medfør af myndighedslovens § 65. Men bestemmelserne i aftaleloven synes ikke ofte at have selvstændig betydning i sådanne sager.

4.4.1.2. Det er den aftalepart, der vil påberåbe sig ugyldighed, der skal føre bevis for sin manglende aftalehabilitet. Det er formentlig det almindelige, at den, der gør ugyldigheden gældende, foranlediger indhentelse af en lægeerklæring, der eventuelt kan forelægges Retslægerådet.

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

Om bedømmelsen af habiliteten kan i det væsentlige henvises til det, der er anført ovenfor i kap. 4.3 om testamenter. Det, som lægen skal tage stilling til – ud over diagnosen – er ikke, om en aftale var ufornuftig eller uklog, men om den pågældende ved dens indgåelse savnede evnen til udfoldelse af omtanke og dømmekraft, f.eks. som følge af sindssygdom var ude af stand til at tænke igennem, hvorledes forpligtelser ville belaste økonomien. Det kan uden for ret enkle og overskuelige aftaletyper ofte være vanskeligt for lægen at støtte sin bedømmelse på selve aftalens indhold. Hvis en person har sat sit navn under et af andre oprettet dokument om lån, kaution eller sikkerhedsstillelse, kan det kræve en nøje bedømmelse af indholdet at slutte, om der heri er noget, som den underskrivende som følge af sindssygdom ikke har kunnet tage fornuftmæssigt stilling til.

Ugeskrift for Retsvæsen 1966.398

En kvinde K havde 17. oktober 1961 efter tilskyndelse af sin 19-årige søn købt en brugt sportsbil for 24.000 kr. mod et pantebrev på 30.000 kr. i sin ejendom. K blev to måneder senere indlagt på sygehus i en psykisk tåget tilstand; hun led af en stofskiftesygdom og havde et stort medicinforbrug. K solgte senere bilen med tab. Retslægerådet udtalte 18. august 1964, at de til rådet stillede spørgsmål ikke kunne besvares med sikkerhed. K's medicinforbrug og tilstand ved indlæggelsen omtaltes, og det antoges, at K, såfremt hun i månederne før indlæggelsen havde haft et større medicinmisbrug, kunne have været i en tilstand af bevidsthedssvækkelse med svigtende omdømme og hukommelse. I en supplerende erklæring af 11. november 1965 tilføjedes, at rådet ikke med sikkerhed kunne udtale sig om tilstanden på de enkelte dage i månederne forud for indlæggelsen. Østre Landsret og Højesteret fandt det ikke godtgjort, at K havde savnet evnen til at handle fornuftmæssigt, omend handelen vidnede om betydelig mangel på omtanke og var lidet stemmende med K's interesser.

Ugeskrift for Retsvæsen 1966.833

I en sag om M's underskrift på en kontrakt fremkom en udtalelse fra Retslægerådet under anke til Højesteret. Rådet udtalte, at M i september 1963 led af en uvægerligt fremadskridende organisk nervesygdom, der i sig selv kun angreb de motoriske elementer i centralnervesystemet og ikke medførte demens. Der kunne ikke siges noget sikkert om, hvilket overblik M havde haft over de komplicerede kontraktforslag, han skrev under på. Dommen fandt hverken § 65 eller aftalelovens §§ 31 og 33 anvendelige.

Ugeskrift for Retsvæsen 1967.329

En 78-årig kvinde K solgte 4. december 1965 sin villa til A for 110.000 kr.; oplysninger tydede på, at ejendommens værdi var noget højere. K's læge, der

4.4. Aftalehabilitet og erstatningsansvar

kendte hende godt, erklærede samme måned, at K i 1965 havde fået et svært udbrud af helvedesild i venstre side af ansigtet, med langvarige smerter og hudforandringer. K indtog betydelige mængder af smertestillende og delvis bedøvende midler. I konsultationen virkede hun den 15. december 1965 forvirret, medicinpåvirket og psykisk reduceret og forekom ude af stand til at gøre fornuftigt rede for de omstændigheder, under hvilke hun for nogle dage siden havde underskrevet en slutseddel. Lægen skønnede det overvejende sandsynligt, at K ved aftalen ikke havde været i stand til i fuldt omfang at over-skue konsekvenserne af slutsedlen. Vestre Landsret og Højesteret fandt ikke grundlag for at tilsidesætte aftalen i medfør af § 65, og heller ikke aftalelovens §§ 31 og 33 fandt anvendelse.

Retslægerådets Årsberetning 1990 s. 71 ff.

Den nu 60-årige kvinde K havde skrevet under på en slutseddel vedrørende køb af en ejendom. 10 dage senere blev hun indlagt på psykiatrisk hospital, hvor hun fandtes svært sindssyg. Det blev under indlæggelsen klart, at K hverken havde brug for huset eller tilstrækkelige midler. Der forelå to erklæringer fra hospitalet. Det var bl.a. oplyst, at K også havde været indlagt kort tid før slutsedlens underskrivelse og i øvrigt talrige gange tidligere. Retslægerådet udtalte, at K led af en skizofreni med stemningssvingninger og vrangforestillinger. Hun havde efter det næstsidste hospitalsophold undladt at følge den aftalte medicinbehandling. Rådet fandt det helt overvejende sandsynligt, at K på tidspunktet for aftalen som følge af sindssygdom havde manglet evnen til at handle fornuftmæssigt. Sagen om husaftalens opfyldelse blev forligt efter en tilkendegivelse om, at K måtte antages at have været i en § 65-tilstand.

Sagen er kommenteret i årsberetningen.

4.4.2. Erstatningsansvar

4.4.2.1. Myndighedslovens § 64 handler om psykisk afvigende persons erstatningsansvar for skadevoldende handlinger. I modsætning til straffeloven tager erstatningsretten ikke sit udgangspunkt i en regel om ansvarsfrihed, men i en regel om samme ansvar, som gælder for andre. Reglen må ses som en konsekvens af, at erstatningsretten følger andre formål end strafferetten, navnlig ønsket om, at den, der har lidt skade ved et retsstridigt forhold, får sit tab dækket.

§ 64 angår den personkreds, som vi har set nævnt i andre civilretlige regler: personer som »på grund af sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand har manglet evnen til at handle fornuftmæssigt«. Om disse personer hedder det i § 64, at de er erstatningspligtige for skadegørende handlinger efter samme regler som sjælssunde personer.

Det betyder for det første, at målestokken for det, der kan lægges

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

skadevolderen til last som uforsvarligt og ansvarspådragende, skal hentes i de krav, som man ville stille til en psykisk normal person. Det kommer ikke i betragtning, om den pågældende som følge af intelligensdefekt eller anden psykisk reduktion havde ringere forudsætninger for at forstå en handlings eller en situations farlighed.

For det andet indebærer erstatningsreglen, at erstatningens størrelse som hovedregel skal udmåles på samme måde som for andre skadevolderes vedkommende. Men der gælder dog den lempelsesregel, at erstatningen kan nedsættes eller endog helt bortfalde, når det findes billigt (rimeligt) under hensyn til nogle nærmere angivne omstændigheder, blandt hvilke man finder personens sindstilstand nævnt. Denne lempelse er efter § 64, stk. 2, udelukket, hvis skadevolderen »ved misbrug af beruselsesmidler eller på lignende måde forbigående (har) hensat sig i en sindstilstand som ovenfor nævnt«. En patologisk rus vil ikke udelukke erstatningslempelsen, men er altså ikke som i strafferetten en grund til ansvarsfrihed.

Såvel lempelsesreglen som særreglen om rustilstande er efter retspraksis uden nævneværdig praktisk betydning. Myndighedslovens § 64 er følgelig fra et retspsykiatrisk synspunkt uden større interesse.

I forbindelse med den nye værgemålslovs ikrafttræden den 1. januar 1997 vil bestemmelsen i myndighedslovens § 64 blive afløst af en tilsvarende bestemmelse i erstatningsansvarslovens § 24 b. Her ændres »åndssvaghed« til »hæmmet psykisk udvikling«.

4.4.2.2. Fornuft-kriteriet er også anvendt i en bestemmelse i forsikringsaftaleloven; her kan det blive afgørende for en persons retlige stilling i et *forsikringsforhold*. Efter lovens § 18 har den sikrede ikke noget krav mod forsikringsselskabet, hvis han forsætlig har fremkaldt forsikringsbegivenheden, f.eks. med vilje forvoldt den person- eller tingsskade, som han er forsikret imod. Efter § 19, stk. 1, gælder denne begrænsning i selskabets ansvar imidlertid ikke, hvis den sikrede var under 14 år eller »på grund af sindssygdom, åndssvaghed, forbigående sindsforvirring eller lignende tilstand har manglet evnen til at handle fornuftmæssigt«. Hvis ikke denne bestemmelse er fraveget i forsikringspolice (hvilket er muligt, når det skrives tydeligt nok), vil den psykisk afvigende altså bevare sit krav mod selskabet, selv om han forsætligt har fremkaldt skaden. Den lægeerklæring, som kan være nødvendig til sagens oplysning, kan være indhentet til den civile sag om retten til en forsikringssum. Men det er også

4.5. Familieretlige spørgsmål

muligt at bygge på en retspsykiatrisk erklæring afgivet under en forudgående straffesag, såfremt den handling, ved hvilken den forsikrede har udløst forsikringsbegivenheden, er en strafbar handling, der allerede er pådømt.

Ugeskrift for Retsvæsen 1954.746

M havde dræbt sin hustru og deres seks børn og var i medfør af straffelovens § 16 dømt til anbringelse i psykiatrisk hospital. Retslægerådet havde under straffesagen udtalt, at M på handlingens tidspunkt var sindssyg, lidende af en psykogen psykose. Under en af hans værge anlagt civil sag blev et ulykkesforsikringsselskab dømt til at udbetale en dødsersatning i henhold til en forsikringsaftale, idet M antoges som følge af sindssygdom at have manglet evnen til at handle fornuftmæssigt.

Ugeskrift for Retsvæsen 1982.528

M havde sat ild på sit stuehus, hvorved både han selv og hans hustru samt en hund indebrændte. Det måtte lægges til grund, at M havde forvoldt følgerne med forsæt. Dødsboet søgte forsikringsselskabet til betaling af en forsikringssum. Retslægerådet udtalte under denne sag, at der ikke forelå nogen bedømmelse af M's tilstand i det sidste år før branden, og udtalelser fra familiemedlemmer og naboer gav ikke sikre holdepunkter for at antage, at M var sindssyg; rådet kunne ikke udtale sig om, hvorvidt M på grund af sindsforvirring eller lignende havde manglet evnen til at handle fornuftmæssigt. Ved Østre Landsrets dom, der blev stadfæstet af Højesteret, fandtes det på grund af det abnorme og umotiverede handlingsforløb, i forbindelse med afgivne vidneforklaringer om M's uligevægtighed, godtgjort, at M på handlingens tid var i en sygelig sindstilstand, der var omfattet af forsikringsaftalelovens § 19, og havde manglet evnen til at handle fornuftmæssigt.

4.5. Familieretlige spørgsmål

4.5.1. Ægteskab

4.5.1.1. Her skal først kort omtales to ægteskabsretlige spørgsmål, som efter lovændringer i 1989 ikke længere frembyder retspsykiatriske opgaver.

Lov om ægteskabs indgåelse og opløsning indeholdt indtil 1989 den bestemmelse, at en sindssyg eller åndssvag person ikke kunne *indgå ægteskab* uden Justitsministeriets tilladelse. Siden 1938 havde loven i så henseende set med nutidens øjne – og med Retslægerådets tilslutning – været forbavsende vidtgående, idet den også omfattede psykopater i højere grad, kroniske alkoholister og epileptikere.

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

Tilladelse fra Justitsministeriet kunne betinges af frivillig sterilisation, der på den måde kunne blive en persons eneste farbare vej til et ægteskab, som den pågældende ønskede sig.

Spørgsmålet om psykisk unormalitet som ægteskabshindring blev overvejet gentagne gange både før og efter en lovændring af 1969. I 1989 ophævedes den dagældende bestemmelse. Retslægerådets Årsberetning 1988 s. 138 er formentlig den sidste sag i rådet før ægteskabshindringens bortfald.

Om gældende ret skal tilføjes, at efter § 12 i cirkulære nr. 134 af 25. september 1989 om ægteskabs indgåelse kan en vielse ikke foretages, såfremt en af parterne mangler evnen til at handle fornuftmæssigt.

Den, som er umyndiggjort, må ikke indgå ægteskab uden værgens samtykke. Opnås dette samtykke ikke, kan statsamtet give tilladelse til ægteskabet, hvis der ikke er rimelig grund til nægtelsen, ægteskabslovens §§ 3 og 4. En regel af ringe praktisk betydning i samme lovs § 24 går ud på, at en person kan få sit ægteskab omstødt, hvis den pågældende ved ægteskabets indgåelse befandt sig i en tilstand, der udelukkede evnen til at handle fornuftmæssigt.

Fra 1. januar 1997, når umyndiggørelse stort set bortfalder, vil ægteskabslovens § 3 indeholde en bestemmelse om værgens samtykke til ægteskab, når en person er under værgemål eller under værgemål med fratagelse af den retlige handleevne, se herom ovenfor kap. 4.2.

4.5.1.2. En lovændring af 1989 har også fjernet den hidtil gældende bestemmelse om psykiske lidelser som *separations- og skilsmissegrund*. To udvalg havde i 1973 og 1987 bl.a. henvist til, at der under et ægteskab kan opstå andre lidelser, der virker lige så belastende for den anden ægtefælle som sindssygdom. Man burde derfor ikke placere sindssygdom i en særlig stilling som skilsmissegrund.

Efter 1989 vil den nærliggende løsning være, at en ægtefælle gør brug af sin ved samme ændringslov indførte ret til at kræve separation, hvilket kun er betinget af, at den pågældende ikke mener at kunne fortsætte samlivet. Derefter kan skilsmisse opnås efter 1 års forløb eller, hvis ægtefællerne er enige om skilsmissen, efter 6 måneders separation.

4.5.2. Adoption

4.5.2.1. I adoptionsloven af 1972 (lovbkg. nr. 629 af 15. september 1986 med senere ændringer) er ikke opstillet generelle helbreds- el-

ler normalitetsbetingelser eller psykiatrisk orienterede udelukkelsesgrunde vedrørende den, der ønsker at blive adoptant. Den bedømmelse af en adoptants egnethed, som er nødvendig, er indbygget i systemet på anden måde.

Adoption meddeles ved en bevilling, der forudsætter, at adoptionen kan antages at være til gavn for den, der adopteres. For så vidt angår adoption af et barn under 18 år, skal en ansøger som hovedregel være godkendt som adoptant. Forud for den konkrete adoptionsbevilling går derfor et stadium, hvor en ansøgers forhold er blevet bedømt og den pågældende godkendt som adoptant, hvorved det tilkendegives, at han eller hun (normalt et ægtepar) vil komme i betragtning.

Afgørelsen af, hvorvidt godkendelse kan ske, henhører under et samråd, der er oprettet i hver amtskommune i tilknytning til dennes socialcenter, og som støtter sig på en undersøgelse foretaget af amtskommunen. Et samråd består af et medlem med social uddannelse, en jurist og en læge, adoptionslovens § 25 a. Et samråds afslag på en ansøgning om godkendelse kan indbringes for et centralt adoptionsnævn, § 25 b. En bekendtgørelse og et cirkulære, begge fra 1986, supplerer disse lovbestemmelser. Bekendtgørelsen har bl.a. den selvstændige betydning, at den i § 9, stk. 2, tillægger adoptionsnævnet kompetence til at vælge den godkendte person, der skønnes bedst egnet til at være adoptant for et bestemt barn.

4.5.2.2. I forarbejderne til adoptionsloven af 1972 og til senere ændringer i denne er der lagt betydelig vægt på at gennemdrøfte, hvilken undersøgelsesform og hvilke retningslinier for en bedømmelse af ansøgere man skal anvende. Herved har man helt igennem haft for øje, at adoption skal skabe gunstige opvækstforhold for barnet, og at oplysninger om aktuelle og tidligere psykiske sygdomme m.v. indgår i en helhedsbedømmelse af en ansøgers egnethed som adoptant. Betydningen af psykiske afvigelser blev drøftet flere gange, bl.a. i Bet. nr. 775/1976. Udtalelserne har ikke været egnede til at omsættes til korte bestemmelser i loven, bekendtgørelsen og cirkulæret, men må opfattes som retningsgivende for den måde, på hvilken godkendelsesordningen skal praktiseres.

I Bet. nr. 775/1976 s. 41 hedder det:

»Udvalget må således konkludere, at bedømmelsen af ansøgere, hvis psykiske egnethed giver anledning til tvivl, ikke blot forudsætter en traditionel

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

psykiatrisk undersøgelse indeholdende socialpsykiatrisk anamnese, symptombeskrivelse, personlighedsvurdring og en konklusion, der eventuelt konstaterer, om den undersøgte er sindssyg, åndssvag, sværere neurotisk eller karakterafvigende. Det er også ønskeligt at belyse adskillige finere facetter og danne sig et bredere skøn over ansøgerens personlighed og milieu ... De personlige egenskaber, man navnlig bør have opmærksomheden henvendt på, er begavelse og følelsesmæssig modenhed, kontakt- og indfølelsesevne, tolerance og fleksibilitet, karakterologisk stabilitet samt psykisk ligevægt og realitets-sans«.

De vigtigste regler om undersøgelser i adoptionssager findes i adoptionscirkulæret af 1986, der dog ikke er meget oplysende. Når en anmodning om godkendelse som adoptant er modtaget, tilvejebringer socialcentret de sociale og lægelige oplysninger om ansøgerens forhold, der er nødvendige for samrådets bedømmelse af anmodningen. Det hedder herom, at socialcentrets lægelige, psykologiske, sociale og juridiske sagkundskab inddrages i sagsbehandlingen efter den enkelte sags beskaffenhed. Og det tilføjes, at beslutninger om iværksættelse af medicinske, psykiatriske eller psykologiske specialundersøgelser træffes af samrådet. Specialundersøgelser, herunder undersøgelse ved overlæge eller speciallæge i psykiatri, foretages kun, hvis de øvrige oplysninger og en opstået tvivl giver indikationer herfor.

4.5.2.3. Et adoptionsforhold kan i visse tilfælde *ophæves*, lovens kap. 3. De tilfælde, hvor der efter Civilretsdirektoratets bestemmelse kan ske en ophævelse, er i hovedsagen karakteriseret ved et krav om enighed om ophævelsen mellem adoptanten og et myndigt adoptivbarn eller et mindreårigt adoptivbarns biologiske forældre. I nogle henseender skal der yderligere ses på, om en ophævelse vil være bedst stemmende med barnets tarv; dette hensyn kan godt tænkes at bunde i helbredsforhold o.l. I andre tilfælde kan ophævelse ske ved dom, og her kan der i højere grad blive brug for en bedømmelse af forholdene i de konkrete tilfælde. Ophævelsesgrundene omfatter tilfælde, hvor adoptanten har forset sig groft mod barnet eller i væsentlig grad forsømt sine af adoptionen følgende pligter, men tillige tilfælde, hvor en ophævelse »i øvrigt skønnes at være af væsentlig betydning for adoptivbarnet«.

En sag om ophævelse med henblik på afgørelse ved dom kan rejses af adoptivbarnet. Men hvis det er umyndigt eller på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller lignende tilstand er ude af stand til at handle fornuftmæssigt, kan sagen anlægges bl.a. af barnets værge eller af dets biologiske fader eller moder.

4.5. Familieretlige spørgsmål

Før 1976 fandtes der en bestemmelse om adgang til ophævelse af adoptionsforholdet på grund af åndssvaghed eller sindssygdhed hos barnet. Se Bet. nr. 624/1971 s. 35.

4.5.3. Forældremyndighed og samværsret

4.5.3.1. Børn og unge under 18 år er undergivet forældremyndighed. Reglerne herom har hidtil stået i myndighedsloven, men fra 1. januar 1996 gælder en ny lov om forældremyndighed og samvær, lov nr. 387 af 14. juni 1995. I det følgende omtales hovedtrækkene i de nye regler.

Forældremyndighed indebærer en pligt til at drage omsorg for barnet og en ret og pligt til at træffe bestemmelser om dets personlige forhold ud fra barnets interesse og behov. Forskellig fra forældremyndigheden er stillingen som værge, der angår økonomiske dispositioner (se kap. 4.2.1). Værge for den mindreårige er normalt forældremyndighedens indehaver.

Forældre, der var gift med hinanden ved barnets fødsel eller senere er blevet det, har fælles forældremyndighed. Men var forældrene separeret ved fødslen, eller er forældrene ikke gift med hinanden, har moderen forældremyndigheden alene. Forældre, der ikke har fælles forældremyndighed, kan få det ved at træffe aftale derom. Aftalen skal anmeldes til statsamtet. Til disse i sig selv enkle regler kommer andre, der handler om samlivsophævelse, separation og skilsmisse og om senere ændringer i forældremyndigheden. En detaljeret redegørelse for reglerne er her overflødig, fordi spørgsmålet om forældremyndighed i vidt omfang afgøres ved en aftale.

Der forekommer imidlertid situationer, hvor uenighed mellem forældrene bevirker, at der ved dom må træffes en afgørelse om forældremyndighed for en af parterne. Det gælder bl.a. i forholdet mellem ugifte forældre, der ikke har fælles forældremyndighed, hvis faderen ved ophævelse af længere tids samliv kræver forældremyndigheden overført fra moderen til sig selv. Og der gælder en generel regel om, at hvis forældremyndigheden ved aftale eller dom er tillagt en af forældrene alene, kan retten overføre forældremyndigheden til den anden. Det er en betingelse for en sådan afgørelse, at særlige grunde taler derfor, og at overførelsen »er bedst for barnet, navnlig på grund af væsentligt forandrede forhold«.

4.5.3.2. Det ledende hensyn ved alle afgørelser om forældremyndighed er, hvad der er bedst for barnet. I den helhedsvurdering af foræl-

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

drenes egnethed, som er nødvendig, kan selvsagt indgå ikke blot sociale, psykologiske, somatisk-lægelige og familiemæssige oplysninger, men også mere specielle oplysninger om sindssygdom eller andre psykiske afvigelser, udtalt alkohol- eller stofmisbrug o.l.

Der er ingen regler om, hvornår og hvorledes der skal eller kan indhentes sagkyndige erklæringer. Bekendtgørelsen indeholder derimod nogle regler, der viser, at der i sager om forældremyndighed lægges vægt på at tilbyde parterne »en tværfaglig børne- og familiesagkyndig rådgivning« med henblik på at hjælpe parterne til selv at løse konflikter. Denne rådgivning ydes ved statsamtets foranstaltning.

For så vidt angår sager om forældremyndighed, der er indbragt for retten, bestemmer retsplejelovens § 450, stk. 2, at retten, hvis den finder det påkrævet, kan »træffe bestemmelse om foretagelse af bevisførelse, herunder afhøring af vidner og tilvejebringelse af udtalelser fra sagkyndige.«

Det har ikke været almindeligt, at der i retssager om forældremyndighed indhentes sagkyndige erklæringer. Oftest kan sagerne afgøres på grundlag af parternes forklaringer. Men i vanskelige sager, hvor oplysningerne taler derfor, vil retten foranledige en børnepsykologisk eller -psykiatrisk undersøgelse foretaget eller – hvis det er tilstrækkeligt – anmode om en såkaldt begrænset børnesagkyndig erklæring. Der skal i en række retskredse være en tendens til oftere end før at indhente sagkyndige erklæringer. Der kan også være brug for en psykiatrisk erklæring om en af forældrene eller dem begge. Udpegelsen af en børnepsykolog eller -psykiater kan ske gennem et centralt fordelingsnævn for forældremyndighedssager eller visse steder ved henvendelse til lokale sagkyndige, som retten har aftale med. Der forekommer andre typer af undersøgelser og erklæringer med størst vægt på belysning af forældrenes og barnets sociale situation.

Lov nr. 387 af 14. juni 1995 er udarbejdet på grundlag af Bet. nr. 1279/1994, se også om lovforslaget Folketingstidende 1994-95 A sp. 2187 ff.

Spørgsmålet om forældremyndighed og samværsret og sagkyndig bistand i sager herom har ofte været drøftet siden 1970'erne. Der henvises til Bet. nr. 796/1977 s. 30 ff, Bet. nr. 985/1983 s. 161 ff, Gudrun Brun m.fl. (1978), Svend Danielsen (1985), Mogens Beier m.fl. (1986), Svend Danielsen & Dorrit Sylvest Jensen, Myndighedsloven 2, 2. udg. (1989) s. 213 f, 228 ff og 260 ff med yderligere henvisninger.

Ugeskrift for Retsvæsen 1970.585

I en af manden (M) anlagt separationssag var der uenighed mellem hustruen

4.5. Familieretlige spørgsmål

(H) og ham om forældremyndigheden til en pige B, der ved sagens anlæg var 2½ år og nu opholdt sig hos M. Det var oplyst fra begge sider, at M under samlivet, der var konfliktfyldt, kom beruset hjem et par gange om måneden. Efter at byretten havde afslået en begæring fra M om børnepsykiatrisk undersøgelse og havde tillagt H forældremyndigheden, forelå der for landsretten under M's ankesag en erklæring fra en overlæge i psykiatri, der bl.a. udtalte, at H fandtes psykisk skrøbelig og ikke egnet til at påtage sig ansvaret for B, medens M, der under samtaler var yderst fåmælt, fandtes at have handlet ansvarsbevidst og fornuftigt ved at lade B bo hos sin søster og svoger, ægteparret D. Landsretten tillagde M forældremyndigheden. Under anke til Højesteret var det oplyst, at B i henved 3 år havde boet hos D og ikke havde set sin moder i godt 2 år, og at M nu havde en lille lejlighed i nærheden. B var hos ham på hans fridage. Landsrettens dom blev stadfæstet.

Ugeskrift for Retsvæsen 1983.975

Ægtefællerne M og H ophævede samlivet, idet M forlod hjemmet og tog den ca. 1½ år gamle datter B med sig. Under et fogedretsmøde og senere i et retsmøde i den af H anlagte separationssag enedes parterne om at lade B opholde sig en uge ad gangen skiftevis hos H og M. Under sagen påstod hver af dem sig tilkendt forældremyndigheden, og M begærede en børnepsykiatrisk undersøgelse, hvilket H modsatte sig. I byrettens af landsretten stadfæstede kendelse udtaltes, at intet indicerede specielle psykiske problemer hos B, men dette udelukkede ikke, at det kunne være hensigtsmæssigt for sagens afgørelse at lade sagens øvrige oplysninger supplere af en psykiatrisk erklæring. Retten fandt dette ønskeligt i denne sag, hvor begge forældre efter barselorlovens ophør havde taget del i pasningen af barnet, og hvor deres forklaringer var præget af indtrykket af de begivenheder, der førte til samlivets ophør. Det bestemtes, at undersøgelsen skulle finde sted på en bestemt børnepsykiatrisk afdeling.

Ugeskrift for Retsvæsen 1995.837

Ved skilsmisse i 1989 fik hustruen H forældremyndigheden over den dengang 4-årige datter A. I 1991 ønskede manden M forældremyndigheden under henvisning til, at H i 1989 var blevet ramt af en akut hjerneblødning og senere blev opereret for aneurismer. Som følge heraf led hun af expressiv afasi. Der forelå under sagen en børnesagkyndig erklæring, hvis kvalitet var omtvistet mellem parterne. Byretten afviste H's begæring om en ny undersøgelse og fandt det bedst stemmende med barnets tarv, at forældremyndigheden blev overført til M. For landsretten var det oplyst, at H og A i nogen tid havde boet sammen med H's ven B og dennes 13-årige datter. Der var fyldige oplysninger om A's tilværelse og H's deltagelse i denne. A havde forståelse for moderens problemer; moderen selv regnede med, at evnen til at tale ville blive bedre og bedre. Med faderen var der en deleordning, der fungerede godt. Østre Landsret stadfæstede dommen. Under H's anke til Højesteret var der tilvejebragt yderligere oplysninger. Efter landsrettens dom havde A boet hos

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

M og havde samvær med H. Højesteret ændrede dommen med denne begrundelse: »Efter oplysningerne om A og om appellantens, herunder om appellants sygdom, kan det ikke anses for påkrævet at overføre forældremyndigheden over A til indstævnte«. Dommen er kommenteret af højesteretsdommer Jørgen Nørgaard i Ugeskrift for Retsvæsen 1995 B s. 132. Det fremhæves her bl.a., at det ikke kunne føre til et andet resultat, at A nu havde haft ophold hos M i 22 måneder, en periode hvor H i øvrigt havde haft et regelmæssigt samvær med A.

4.5.3.3. *Samværsret* er en ret for den af forældrene, der ikke har barnet boende, til samvær med barnet. Reglerne herom i lovens kap. 2 har det overordnede sigte, at barnets forbindelse med begge forældre søges bevaret. Ret til samvær har ikke blot den af forældrene, der ikke har del i forældremyndigheden, men også den, som har del i fælles forældremyndighed, men ikke har barnet boende. Der kan ikke tillægges andre nære pårørende samværsret.

Hvis forældrene ikke kan blive enige om samværsrettens udøvelse, træffer statsamtet efter anmodning afgørelse herom. Spørgsmålet kan ikke være genstand for afgørelse ved dom. Statsamtet afgør omfanget og udøvelsen af samværet og kan fastsætte de nødvendige bestemmelser i forbindelse hermed, § 17, stk. 1. Statsamtet kan også ændre en aftale eller afgørelse om samvær, hvis det er bedst for barnet, navnlig på grund af forandrede forhold, § 17, stk. 2. Og statsamtet kan afslå at fastsætte samvær eller ophæve en aftale eller afgørelse herom, hvis det er påkrævet af hensyn til barnet, § 17, stk. 3.

Statsamtet skal tilbyde forældre og børn børnesagkyndig rådgivning ved uenighed om forældremyndighed og samvær. Hvis barnet er fyldt 12 år, skal der som hovedregel under sagsbehandlingen (herunder en retssag om forældremyndighed) finde en samtale sted med barnet. Loven indeholder ikke regler om tilvejebringelse af lægelige erklæringer vedrørende en voksen parts og/eller barnets psykiske tilstand. Specielt med hensyn til samvær er der i lovens forarbejder blevet peget på et behov for i øget omfang at indhente sagkyndige erklæringer.

Bestemmelser om forældremyndighed og samværsret kan efter retsplejelovens § 536 fuldbyrdes af fogedretten ved anvendelse af tvangsbøder eller umiddelbar magt. Fuldbyrdelsen kan imidlertid ikke ske, hvis barnets sjælelige eller legemlige sundhed derved udsættes for alvorlig fare. Der kan i tvivlstilfælde indhentes en sagkyndig erklæring. Der kan endvidere tilkaldes en uvildig person til at varetage barnets tarv under sagen.

4.6. Svangerskabsafbrydelse, sterilisation og kastration

4.6.1. Svangerskabsafbrydelse

4.6.1.1. Det tidligere så omstridte spørgsmål om indikationer for legal svangerskabsafbrydelse fandt efter flere lovændringer en løsning, der nu har været nogenlunde uanfægtet i en snes år. I det følgende gengives de vigtigste bestemmelser i lov om svangerskabsafbrydelse af 1973 (lovbkg. nr. 633 af 15. september 1986). Loven bygger på en sontring mellem tilfælde, hvor kvinden uden særlig tilladelse kan få sit svangerskab afbrudt, og tilfælde, hvor indgrebet kun kan ske efter en særlig tilladelse.

En kvinde, der har bopæl i Danmark, har efter lovens § 1 ret til at få sit svangerskab afbrudt, hvis indgrebet kan foretages inden udløbet af 12. svangerskabsuge.

Efter udløbet af 12. svangerskabsuge kan en kvinde uden særlig tilladelse få sit svangerskab afbrudt, »hvis indgrebet er nødvendigt for at afværge fare for hendes liv eller for en alvorlig forringelse af hendes legemlige eller sjælelige helbred, og denne fare er udelukkende eller ganske overvejende lægeligt begrundet«, § 2. Det kræves ikke her, at kvinden har bopæl i Danmark. Da der i § 2-tilfælde ikke sker nogen sagsbehandling i de nedenfor nævnte samråd, må det på anden måde være godtgjort, at lovens lægelige indikation er opfyldt. Det er i § 9 forudsat, at en bedømmelse heraf kan foretages af den læge, som har samtaler med kvinden og er beføjet til at henvise hende til et sygehus. Af § 2 fremgår, at det kan være en fare for kvindens psykiske helbred, der er afgørende.

4.6.1.2. I lovens § 3 opregnes tilfælde, hvor en kvinde, der har bopæl her i landet, af vedkommende samråd kan få tilladelse til en svangerskabsafbrydelse efter udløbet af den 12. uge. Der indgår lægelige kriterier i de fleste af de i § 3, stk. 1, indeholdte bestemmelser. Det gælder nr. 1, der nævner, at »svangerskabet, fødslen eller omsorgen for barnet medfører fare for forringelse af kvindens helbred på grund af foreliggende eller truende legemlig eller sjælelig sygdom eller svækkelsestilstand eller som følge af hendes øvrige livsforhold«, nr. 4: at »kvinden på grund af legemlig eller sjælelig lidelse eller svag begavelse ikke formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde«, nr. 5: at »kvinden på grund af ung alder eller umodenhed ikke for tiden formår at drage omsorg for barnet på forsvarlig måde«, og nr. 6 om

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

fare for »en alvorlig belastning af kvinden« under hensyn til en række nærmere opregnede sociale, familiemæssige og helbredsmæssige forhold. Af lægelig karakter er også det i nr. 3 nævnte arvebiologiske kriterium. I nr. 2 nævnes tilfælde af graviditet, der skyldes incest, voldtægt o.l.

Bedømmelsen efter § 3 er – sammen med den i § 5, stk. 2, nævnte bedømmelse af kvindens evne til at forstå indgrebets betydning – hovedopgaven for de i amtskommunerne oprettede samråd og det centrale ankenævn. Disse organers sammensætning er nærmere beskrevet i § 4. Af et samråds tre medlemmer skal to være læger, den ene speciallæge i gynækologi eller kirurgi, den anden speciallæge i psykiatri eller læge med særlig socialmedicinsk indsigt. Samme kvalifikationskrav stilles til de to læger, der altid skal deltage i en klagesags behandling i ankenævnet. En tilladelse til svangerskabsafbrydelse forudsætter enighed i samråd eller ankenævn.

4.6.1.3. Om fremgangsmåden med hensyn til fremsættelse af *anmodning* om afbrydelse af svangerskab og om den videre sagsbehandling findes regler i lovens kap. 3, i bkg. nr. 95 af 10. marts 1976 samt i cirkulære nr. 55 af 19. marts 1976 og en hertil knyttet vejledning af 24. marts 1976. Dette ikke særlig overskuelige sæt af regler, som ikke er skrevet med henblik på ansøgere og læger, skal give svar på to spørgsmål: Hvorledes får man i praksis skelnet mellem tilfælde, hvor samrådsafgørelse er overflødig resp. nødvendig? Og hvorledes forløber sagsbehandlingen fra den første anmodning om svangerskabsafbrydelse?

Der skal i alle tilfælde foreligge en skriftlig anmodning fra kvinden. Den kan rettes enten til en læge eller til et amtskommunalt socialcenter. Udtrykket »en læge« i disse regler indbefatter en praktiserende læge, som ikke behøver at være den, der i forvejen kender kvinden. Hvis det er en læge, der modtager kvindens anmodning, påhviler det lægen at gøre kvinden opmærksom på, at hun af amtskommunen kan få vejledning om muligheden for støtte til gennemførelse af svangerskab og for støtte efter barnets fødsel. Denne oplysningspligt kan dog ikke gælde, hvor den i lovens § 2 nævnte nødvendighed af indgrebet antages at foreligge. Desuden skal der i alle tilfælde – uanset hvem der modtager kvindens anmodning – af en læge gives hende vejledning om indgrebets beskaffenhed og direkte følger og om den risiko, der må antages at være forbundet med indgrebet. Lægen og kvinden skal skriftlig bekræfte, at denne vejledning

om indgrebet har fundet sted. Det er ved disse forskrifter i § 8 forudsat, at kvinden kan tænkes at frafalde sin anmodning. Derfor nævner lovens § 1 om »fri abort« også udtrykkelig den betingelse, at »kvinden, efter at reglerne i § 8 er iagttaget, fastholder sit ønske om svangerskabsafbrydelse«.

Vedrørende anmodningen om svangerskabsafbrydelse skal tilføjes følgende:

Hvis kvinden på grund af sindssygdom, åndssvaghed eller af anden grund er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, fremsættes anmodning af en særlig beskikket værge; det er da i alle tilfælde samrådet, der skal træffe afgørelse om svangerskabsafbrydelse.

Og hvis kvinden er under 18 år eller umyndiggjort i personlig henseende, skal forældremyndighedens indehaver eller værgen som hovedregel samtykke i anmodningen.

Lægens ovenfor omtalte vejledningspligt gælder også i forhold til de her nævnte værger m.v.

Lægen skal tage stilling til, om betingelserne i lovens § 1 eller § 2 for svangerskabsafbrydelse uden samrådstilladelse er opfyldt. Hvis det er tilfældet, henviser lægen kvinden til et sygehus. Vejledningen af 1976 præciserer de oplysninger, der bør fremgå af lægens henvisning. Skønner lægen på den anden side, at betingelserne i §§ 1 og 2 ikke er opfyldt, sendes sagen til socialcentret.

Hvis sagen er indledt med en anmodning til socialcentret om svangerskabsafbrydelse, vil kvindens sædvanlige læge normalt blive bedt om en erklæring som led i socialcentrets behandling af sagen. Der kan også af socialcentret indhentes andre lægelige oplysninger, f.eks. fra en speciallæge. Der er derimod ikke i reglerne åbnet mulighed for, at den praktiserende læge henviser kvinden til en speciallæge, f.eks. hvis lægen er i tvivl om den lægelige indikation i § 2. En sådan sag må sendes til socialcentret.

Det sygehus, til hvilket der sker henvisning, har den endelige afgørelse af, om 12. svangerskabsuge er passeret eller ej, idet det er graviditetens alder på indgrebets tidspunkt, der er afgørende. En foreløbig bedømmelse heraf kan naturligvis være afgørende for den praktiserende læges indstilling. Skønner overlægen, at fristen er overskredet, og er dette af betydning, fordi grundlaget for henvisning er lovens § 1, forelægges sagen for socialcentret. For så vidt angår andre betingelser for indgrebet, kan overlægen i almindelighed lægge foreliggende erklæringer fra speciallæger m.v. til grund, eventuelt lade undersøgelse foretage ved en anden hospitalsafdeling.

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

Se lovens § 10, stk. 2, om fritagelse af en læge, sygeplejerske, jordemoder eller sygehjælper for at foretage eller medvirke ved svangerskabsafbrydelse, såfremt dette ville stride mod den pågældendes etiske eller religiøse opfattelse. Kvinden skal da om fornødent henvises til et andet sygehus.

Om sagsbehandlingen i samråd og ankenævn er det tilstrækkeligt at henvise til cirkulæret af 1976 og til det, der er anført ovenfor om lægers deltagelse i afgørelsen. Det skal hertil føjes, at man på alle stadier af en sags behandling må være opmærksom på betydningen af 12 ugers fristen. Det vil ikke hjælpe en kvinde, at en overskridelse af fristen kan tilregnes andre som en fejl.

4.6.2. Sterilisation og kastration

4.6.2.1. Reglerne findes i lov nr. 318 af 13. juni 1973 om sterilisation og kastration (lovbk. nr. 661 af 12. juli 1994). I det følgende omtales først *sterilisation*, derefter mere kortfattet kastration.

Ligesom den samtidig vedtagne lov om svangerskabsafbrydelse sonderer denne lov for sterilisationens vedkommende mellem tilfælde, hvor en person uden særlig tilladelse kan få indgrebet foretaget, og tilfælde, hvor der kræves en tilladelse.

Enhver mand eller kvinde, der er fyldt 25 år og har bopæl i Danmark, har ret til at blive steriliseret, § 2, stk. 1. Om en undtagelse i stk. 2 med hensyn til personlig umyndiggjorte, sindssyge og åndssvage personer henvises til bemærkninger nedenfor.

Adgang til at blive steriliseret uden særlig tilladelse har endvidere en kvinde under 25 år (også en kvinde der ikke har bopæl i Danmark), »hvis det er nødvendigt at forebygge svangerskab for at afværge fare for hendes liv eller for alvorlig og varig forringelse af hendes legemlige eller sjælelige helbred, og denne fare er udelukkende eller ganske overvejende lægeligt begrundet«, § 3, stk. 1. Der er altså i det væsentlige tale om samme farekriterium som det, der betinger en ret for kvinden til at få svangerskab afbrudt efter 12. svangerskabsuge. Der er den faktiske forskel, at et allerede indtrådt svangerskab giver det mest konkrete grundlag for at bedømme faren for følgerne af svangerskab og barnefødsel.

I § 3, stk. 2, er det tilføjet, at hvis farekriteriet i stk. 1 er opfyldt for kvindens vedkommende, og hendes ægtefælle eller samlever er under 25 år, kan sterilisation i stedet tillades ham. Loven går herved ud fra som det normale, at kvin-

4.6. Svangerskabsafbrydelse m.v.

den kun kan risikere at blive besvangret af ægtefælle eller samlever, og at han på den anden side ikke vil komme til at ønske sig børn med andre kvinder. En ægtefælle eller samlever, der er fyldt 25 år og har bopæl i Danmark, har altid ret til indgrebet i medfør af § 2, stk. 1.

4.6.2.2. I nogen grad svarende til svangerskabslovens § 3 indeholder sterilisationslovens § 4 dernæst bestemmelser om tilfælde, hvor en mand eller kvinde, som har bopæl her i landet, og som ikke opfylder betingelserne i § 2 eller § 3 (det vil navnlig dreje sig om aldersbetingelsen), kan få tilladelse til sterilisation. Der nævnes i § 4, stk. 1, arvebiologiske hensyn (nr. 1), psykisk unormalitet eller alvorlig legemlig lidelse som grundlag for en bedømmelse af egnetheden til at drage omsorg for børn (nr. 2), betydelig fare for manglende evne til at gennemføre et svangerskab eller betydelig fare for barnet (nr. 3) og hensynet til, at de forhold, hvorunder ansøgeren og dennes familie lever, gør det ønskeligt at undgå barnefødsel (nr. 4).

Bestemmelserne i § 4, stk. 1, nr. 1-4, er affattet således, at de angivne grunde til sterilisation af ansøgeren selv kan være opfyldt hos denne eller hos ægtefælle eller samlever. Det er med andre ord lovens tanke, at de skader m.v. på børn, som det er ønskeligt at afvende, vil blive forebygget, hvis en af parterne steriliseres. Der skal i øvrigt efter § 4, stk. 2, lægges særlig vægt på, om de forhold, der begrundet sterilisationen, kan antages at være af varig karakter.

Vedrørende det psykiatriske kriterium i § 4, stk. 1, nr. 2, skal det fremhæves, at bestemmelsen adskiller sig fra andre civilretlige bestemmelser om psykisk unormalitet. Dels føjer den til åndssvaghed: »svag begavelse i øvrigt«, dels nævner den »grovere karakterafvigelser«.

Sager om anvendelse af bestemmelserne i § 4 afgøres af de foran i forbindelse med svangerskabsafbrydelse nævnte samråd med rekurs til samme ankenævn, der har en landsdommer som formand. Både samråd og ankenævn tiltrædes i visse tilfælde af en dommer. Dette sker bl.a. i tilfælde, hvor en ansøger er undergivet foranstaltninger i henhold til straffelovens §§ 68-70 eller mod sin vilje er indlagt eller tilbageholdt i psykiatrisk hospital eller afdeling.

4.6.2.3. Reglerne om anmodning om sterilisation og om sagsbehandling m.v. findes i lovens kap. 4, bkg. nr. 1174 af 23. december 1993 og cirkulære nr. 227 af samme dato. Også på disse punkter viser reglerne stor lighed med dem, der gælder om svangerskabsafbrydelse.

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

Der kræves i alle tilfælde en anmodning om sterilisation fra den, på hvem indgrebet skal foretages. Den kan fremsættes over for en læge eller over for en amtskommune. Der gælder også her regler om anmodning fra en særlig værge for den, der – som det her hedder: »varigt eller for længere tid« – er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, og om anmodning i andre tilfælde af psykisk unormalitet, se hertil lovens § 6, stk. 2, og § 7, hvoraf det fremgår, at sådanne tilfælde hører under samrådets kompetence. Når lovens § 2, stk. 2, fra hovedreglen om ret til sterilisation undtager personer, der er umyndiggjort i personlig henseende, samt sindssyge og åndssvage, betyder det, at en begæring ikke som i øvrigt efter § 2, stk. 1, fører til den enkle sagsbehandling. Sådanne personer skal bedømmes efter reglerne i § 4 om særlig tilladelse og i § 6, stk. 2, og § 7.

Ligesom med hensyn til svangerskabsafbrydelse skal en læge yde vejledning om indgrebets beskaffenhed. Lægen eller amtskommunen henviser den pågældende til et sygehus, hvis betingelserne i § 2 eller § 3, stk. 1, om sterilisation uden særlig tilladelse er opfyldt. Andre tilfælde henhører under samrådet, og det påhviler amtskommunen at tilvejebringe sociale og lægelige oplysninger. Det må herved bemærkes, at der kan være tale om oplysninger, der ikke vedrører ansøgeren selv men dennes ægtefælle eller samlever, jf. herved bemærkningerne ovenfor.

4.6.2.4. En person, der har bopæl i Danmark, kan af Justitsministeriet få tilladelse til *kastration*, se samme lovs kap. 5. Ifølge bkg. nr. 1174 af 23. december 1993 § 5 indgives anmodning om kastration til Civilretsdirektoratet. Der træffes ikke afgørelser af samråd eller ankenævn.

Lovens § 1, stk. 1, definerer kastration som »indgreb, hvorved kønskirtlerne fjernes, eller behandlinger, hvorved de varigt sættes ud af funktion«. Det fremgår heraf, at den af loven omfattede kastration enten kan være operativ eller bestå i en lægelig behandling uden operation. Der kendes vistnok ikke eksempler på tilladelse til den sidstnævnte form for kastration.

Uden for loven og dens krav om tilladelse falder en behandling, der undertiden betegnes som »medicinsk kastration«, og som ikke medfører, at kønskirtlerne sættes varigt ud af funktion. Uden for loven falder også de ellers af definitionen omfattede indgreb og behandlinger, når de sker for at helbrede legemlig sygdom, § 1, stk. 2.

Betingelsen for at opnå den i loven omhandlede tilladelse til ka-

stration er efter § 13, stk. 1, at »ansøgerens kønsdrift udsætter denne for at begå forbrydelser eller medfører betydelige sjælelige lidelser eller social forringelse«. Til personer under 21 år kan tilladelse kun gives, hvis »ganske særlige grunde taler derfor«, § 13, stk. 2.

Anvendelsesområdet indskrænker sig i dag til kastration af transseksuelle i forbindelse med kønskorrigerende operationer (se kap. 7.13). Tilladelse til kastration er efter fast praksis betinget af længerevarende observations- og undersøgelsesforløb ved en sexologisk specialenhed, som afgiver erklæring til Civilretsdirektoratet. Privatklinikker i udlandet, bl.a. i Fjernøsten, foretager nu kønskorrigerende indgreb, herunder kastration, efter anmodning og uden særlige undersøgelsesprocedurer.

Kastration af sædelighedskriminelle har ikke været anvendt i mange år, og i dag må den medikamentelle behandling anses for ikke blot væsentlig mindre indgribende, men også mere effektiv.

Kastration har engang været anvendt over for sædelighedskriminelle i et omfang, som nu længe har været anset for uacceptabelt. Det drejede sig om den formelt frivillige kastration af domfældte forvarede. De dagældende regler om mulighed for tvangskastration er aldrig blevet benyttet. Om udviklingen indtil 1960'erne henvises til Bet. nr. 353/1964 s. 41 ff.

Retslægerådets Årsberetning 1994 s. 53 ff.

Den nu 37-årige R ansøgte om tilladelse til kastration. Han var i 1989 idømt forvaring for flere tilfælde af voldtægt mv. og havde tidligere været dømt for ligeartet kriminalitet. R ønskede ikke medikamentel behandling, bl.a. fordi han da skulle møde til injektion og kontrol hver 14. dag, og han var ikke sikker på, at han i det lange løb ville overholde den kønsdriftdæmpende behandling. Advokat og bistandsværgen støttede hans ansøgning. I en vedlagt erklæring udtalte overlægen i Herstedvester bl.a., at R formentlig var hyperseksuel; det havde ikke været muligt at motivere R for medicinsk behandling, og overlægen støttede ansøgningen, idet prøveudskrivning fra forvaring kun kunne anbefales, såfremt R blev kastreret.

Sagen blev forelagt Retslægerådet, som behandlede den både skriftligt og i møde. R havde under sit ophold i Herstedvester, hvor han var aktiv og veltilpasset, modtaget regelmæssig samtalebehandling, men det havde ikke været muligt mere dybtgående at bearbejde hans opfattelse af seksuelle forhold og den kriminalitet, han var dømt for, idet han reagerede med vrede og afvisning under forsøg på drøftelse heraf. R's modstand mod at konfronteres med egne psykologiske mekanismer kunne antages at være en del af hans personlighedsmæssigt afvigende egenart. Efter Retslægerådets opfattelse udsatte R's kønsdrift ham for at begå forbrydelser og medførte betydelig sjælelig lidelse og social forringelse for ham. Rådet fremhævede videre, at en »medicinsk ka-

Kap 4. Civilretlige spørgsmål

stration«, som overholdtes med regelmæssige injektioner, måtte antages at være mere virkningsfuld end et kirurgisk indgreb. Den indicerede medicinske behandling blev nærmere beskrevet. Rådet antog endelig, at risikoen for recidiv ville blive afgørende mindsket, såfremt R blev medicinsk eller kirurgisk kastreret.

Civilretsdirektoratet meddelte R afslag bl.a. med den begrundelse, at medicinsk kastration var mindre indgribende og mere virkningsfuld end kirurgisk kastration, og at begge former for kastration forudsatte regelmæssigt fremmøde.

Kapitel 5

Retspsykiatriske erklæringer

5.1. Indledning

En retspsykiatrisk erklæring kan defineres som en lægelig udtalelse om en persons psykiske tilstand, afgivet med henblik på at yde vejledning til domstole eller administrative myndigheder ved disses afgørelse af en verserende sag. Retspsykiatriske erklæringer omfatter ikke blot erklæringer i straffesager (mentalerklæringer), men også de erklæringer, som enhver psykiater og alment praktiserende læge kan komme ud for at skulle afgive vedrørende tvangsindlæggelse og andre civilretlige spørgsmål.

Indhold og omfang af en erklæring vil afhænge af den sammenhæng, erklæringen skal bruges i, men udarbejdelse af enhver form for retspsykiatrisk erklæring rejser en række generelle spørgsmål, som vil blive omtalt i det følgende. Erklæringer i straffesager er gennemgående de mest omfattende og ofte også de vanskeligste at udarbejde, og de vil derfor blive mere indgående behandlet. De forskellige former for erklæringer er i øvrigt nævnt i relation til de respektive sagsområder.

»Betænkning om de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager« (Bet. nr. 149/ 1956) indeholder en række generelle overvejelser om retspsykiatriske erklæringer. Erklæringer til brug ved tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse er omtalt i Principbetænkningen (Bet. nr. 1068/1986).

Erklæringsaffattelse opfattes undertiden som en både urimelig og tidkrævende belastning, hvor psykiateren (lægen) må bruge tid på princippryteri og pedanteri, og hvor denne tid kunne have været brugt bedre til patientbehandling. Over for dette fremhæver J. Egsgaard (1961) i en artikel om børnepsykiatriske erklæringer med rette, »... at en erklæring er et vigtigt arbejdsredskab, der skal vejlede ved dispositioner og behandling – og i grunden ikke er andet end en skriftlig redegørelse for de nødvendige undersøgelser, der bør danne grundlag for ethvert lægeligt skøn i betydningsfulde menneskelige anliggender. Og en sådan nøjagtig redegørelse tvinger lægen til omtanke, den tvinger myndighederne til en grundighed i deres overvejelser, og den tvinger den institution, der skal behandle barnet, til en dybere forståelse af barnets tilstand og behov. Alt dette retfærdiggør i høj grad det store arbejde, der nedlægges i de udførlige lægeerklæringer«.

Kap. 5. Retspsykiatriske erklæringer

5.1.1. Læge-patientforholdet

Ved en retspsykiatrisk undersøgelse kan forholdet mellem den undersøgende læge og den person, der skal skrives erklæring om, ikke sidestilles med det sædvanlige læge-patientforhold, idet lægen ikke optræder som patientens behandler, men som myndighedernes sagkyndige. I korthed kan den lægelige opgave beskrives som følger: »Ved den retspsykiatriske undersøgelse er det lægens opgave at stille sagkundskab til rådighed ikke for den person, han undersøger, men for myndighederne; i forholdet til disse har lægen derfor ikke tavshedspligt i almindelig forstand, men er tværtimod forpligtet til at gengive de modtagne oplysninger i sin erklæring, hvis de skønnes relevante« (Bet. nr. 149/1956, s.23).

Der vil normalt ikke være faglige problemer forbundet med at foretage en retspsykiatrisk undersøgelse af en person, som lægen ikke kender i forvejen. Lægen bør grundigt informere den undersøgte om formålet med undersøgelsen; det bør her fremhæves, at lægen har pligt til at afgive en erklæring og ikke optræder i en behandlingsmæssig rolle, og at lægen ikke har tavshedspligt over for den rekvirende instans. Dette forhindrer ikke, at der kan indgå et behandlingsmæssigt element i kontakten, men dette vil være underordnet udarbejdelse af erklæringen.

Anderledes kan det stille sig, hvor lægen bliver anmodet om at udarbejde erklæring om en af sine patienter. Det er her vigtigt, at lægen over for sin patient understreger det nye i situationen og i lægens rolle. Lægen skal adskille undersøgelsessituationen fra behandlingssituationen og bl.a. klargøre, at oplysninger, der fremkommer ved en retspsykiatrisk undersøgelse, ikke er undergivet lægens almindelige tavshedspligt. Ønsker lægen at bruge sin journal ved erklæringens udarbejdelse, er det vigtigt at sikre sig, at patienten er indforstået hermed, idet tidligere oplysninger netop er afgivet under forudsætning af lægens tavshedspligt.

En retspsykiatrisk erklæring vil ofte indeholde både omfattende og »følsomme« oplysninger om den undersøgte. Lægen bør derfor gøre sig klart, at den undersøgte i langt hovedparten af tilfældene i medfør af lov om aktindsigt i helbredsoplysninger vil kunne få adgang til sin erklæring, og at erklæringen under særlige omstændigheder kan blive videregivet fra en myndighed til en anden uden den undersøgtes viden eller accept. Påskrifter som »fortrolig«, »kun til lægelig brug« eller lignende vil derfor ikke have nogen mening.

De særlige forhold vedrørende mentalerklæringer omtales senere.

5.1.2. Habilitetsspørgsmål

I sjældne tilfælde kan der opstå habilitetsproblemer. Ved inhabilitet forstås det forhold, at en læge på grund af familie- eller venskabsforbindelse til en person eller af lignende grunde, der kan bevirke en interessekollision, ikke må eller bør være den, der afgiver erklæring. Det, der gælder herom, er ikke reguleret ved specielle lægeretlige bestemmelser, men må udledes af generelle regler om inhabilitet i forvaltningen, således som de fremgår af forvaltningsloven. Patientbehandling uden erklæringsmæssige aspekter falder uden for lovens område.

I almindelighed vil kun lovens § 3, stk. 1, nr. 1 og 2, komme på tale. Det hedder her, at den, der virker inden for den offentlige forvaltning, er inhabil, såfremt den pågældende selv eller dennes nærmeste familie eller andre nærtstående har en særlig personlig (eller økonomisk) interesse i en sags udfald. Det er indlysende, at en læge ikke kan skrive erklæringer om sig selv, sin nærmeste familie eller om personlige venner. Det følger også direkte af loven, at en læge ikke kan skrive erklæring om en person, som ikke står ham nær, hvis lægen selv eller en lægen nærtstående person har en interesse i den afgørelse (f.eks. tvangsindlæggelse), der kan blive følgen af erklæringen. Der findes ingen klare regler for, hvor grænsen for inhabilitet går, men lovens § 3, stk. 1, nr. 5, indeholder en generel henvisning til »omstændigheder, som er egnede til at vække tvivl om vedkommendes upartiskhed«. Hvis lægen er opmærksom på den omstændighed, som kan vække tvivl om habiliteten, bør den pågældende i almindelighed opfatte sig som inhabil.

Det vil normalt være en fordel, at den læge eller afdeling, der behandler en patient, afgiver erklæring om vedkommende. En sådan erklæring vil bygge på et bredere grundlag end en isoleret retspsykiatrisk undersøgelse. Selv et grundigt kendskab til en patient medfører ikke, at lægen eller afdelingen bliver inhabil i lovens forstand, heller ikke i situationer, hvor patienten måske oplever et modsætningsforhold til lægen eller afdelingen. Nogle psykiatere vil dog undlade at skrive erklæring om patienter, de har haft en langvarig, intensiv psykoterapeutisk kontakt med, idet det i disse situationer kan være vanskeligt for både læge og patient at ændre en behandlingssituation til en undersøgelsessituation. Mere overfladisk, støttende el-

ler kortvarig psykoterapi medfører normalt ikke problemer af faglig eller etisk karakter ved udarbejdelse af erklæringer.

5.2. Lovregler

5.2.1. Lægeerklæringer

Der findes ikke lovregler, som generelt pålægger læger at udfærdige erklæringer (attester). Lægelovens § 8, stk. 3, fastslår en pligt til på begæring af en offentlig myndighed at afgive lægeattest til offentlig brug, men denne bestemmelse er efter sit indhold begrænset til sager om pension og andre offentlige ydelser. En pligt til at udstede erklæring kan imidlertid også følge af mere specielle lovbestemmelser, f.eks. om tvangsindlæggelse eller efter anmodning fremsat af en domstol under en retssag. En vidererækkende pligt til at efterkomme anmodninger fra offentlige myndigheder og private kan tænkes støttet på den generelle bestemmelse i lægelovens § 6, stk. 1, om lægers pligt til at vise »omhu og samvittighedsfuldhed«, eventuelt også § 18 om »grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed«. I øvrigt vil det være en selvfølge, at en rimeligt begrundet anmodning, navnlig fra en offentlig myndighed, skal efterkommes.

Om kravene til en lægeerklæring indeholder lægelovens § 8, stk. 1, den regel, at en læge ved udfærdigelsen af erklæringer skal »udvise omhu og uhildethed og nøje følge de herom givne almindelige og særlige regler«. Denne bestemmelse suppleres af bekendtgørelse nr. 212 af 20. juni 1935 om almindelige regler for afgivelse af lægeerklæringer. Lovens § 8, stk. 1, og bekendtgørelsen gælder alle lægeerklæringer, hvad enten de er pligtmæssige eller ej, og hvad enten de udfærdiges til offentlige myndigheder eller til patienter til videre brug. Overtrædelser af § 8 eller af bekendtgørelsen straffes efter lovens § 22 med bøde.

Kravet om uhildethed indebærer bl.a., at lægen ikke ved erklæringens udfærdigelse må påvirkes af et hensyn til patienten til at udelade eller tilsløre enkeltheder, som hører til et dækkende billede af erklæringens tema. En risiko herfor kunne f.eks. tænkes, hvor den ene af en sags parter anmoder sin læge om at afgive erklæring. I almindelighed må det anses for ønskeligt, at anmodningen til lægen kommer fra den instans, der behandler sagen, forsynet med en henvisning til det lovgrundlag, som sagen drejer sig om.

Medens bødeansvaret efter lægeloven omfatter både forsætlige og uagtsomme overtrædelser, er en strengere bestemmelse i straffelovens § 163 begrænset til forsægtligt forhold. Den foreskriver straf for den, som »til brug i retsforhold, der vedkommer det offentlige, afgiver urigtig skriftlig erklæring eller skriftlig bevidst noget, hvorom han ingen kundskab har«. Bestemmelsens sidste led forudsætter ikke en bevidst urigtig erklæring, men kun en erklæring, ved hvis udfærdigelse lægen er sig bevidst, at han som lægelig iagttagelse fremstiller noget, han ikke har kendskab til. Det udelukker altså ikke straf, at lægen går ud fra, at patientens tilstand er som iagttaget ved en tidligere lejlighed eller som beskrevet af andre. På den anden side udelukker det ansvar, at lægen præciserer, at han senest har undersøgt patienten på et nærmere angivet tidspunkt, eller at det er patientens oplysninger, der refereres, f.eks. at patienten har udtalt, at han lider af hyppige anfald af depression eller migræne. Se i øvrigt om sådanne spørgsmål bekendtgørelsen af 1935 § 1 og § 4, stk. 2 og 3. Her nævnes bl.a., at lægen ikke må udtale sig om forhold, som lægen ikke »har fornødent kendskab til«. Det kan også være en advarsel mod at komme ind på juridiske områder. Endvidere omtales almindelige bestemmelser om identifikation mv. af såvel læge som patient. Af § 5 fremgår, at foreligger der særlige blankettyper, som tilfældet er ved tvangsindlæggelse, er det tilstrækkeligt at udfylde blankettens rubrikker. – Beslægtet med straffelovens § 163 er samme lovs § 175, der bl.a. handler om den læge, der for at skuffe (vildlede) i retsforhold afgiver bevidst urigtig lægeerklæring om et forhold, angående hvilket erklæringen skal tjene som bevis.

5.2.2. Tavshedspligt og oplysningspligt

En læge har tavshedspligt med hensyn til det, som under udøvelse af lægegerningen erfares om patienters forhold, lægelovens § 9. Det samme må antages at gælde om det, som en læge slutter ud fra iagttagelser under private forhold, f.eks. at en gæst i et selskab er psykotisk. Om straf for krænkelse af tavshedspligten indeholdes bestemmelser i straffelovens kap. 16 (se herved også forvaltningslovens §§ 27 og 28). Læger, der har offentlig ansættelse, er omfattet af § 152 om »den, som virker eller har virket i offentlig tjeneste eller hverv«. Dette vil navnlig gælde læger ved offentlige sygehuse. Andre læger (også praktiserende) er omfattet af § 152 b om »den, som udøver eller har udøvet en virksomhed eller et erhverv i medfør af offentlig beskikkelse eller anerkendelse«. Fælles for bestemmelserne er, at det strafbare forhold består i en uberettiget videregivelse eller udnyttelse af fortrolige oplysninger (det sidstnævnte begreb er i § 152 defineret lidt videre end i § 152 b). Strafansvaret omfatter også de pågældende personers medhjælpere, f.eks. sekretærer og klinikassistenter, § 152 c. Straffen er den samme efter de tre nævnte bestemmelser.

Kap. 5. Retspsykiatriske erklæringer

Tavshedspligten kan under forskellige omstændigheder bortfalde, eventuelt efter en konkret afvejning af kolliderende hensyn. I stedet for tavshedspligten kan endog indtræde en pligt til at give den fortrolige oplysning. Herom bestemmer straffelovens § 152 e, at strafansvaret ikke gælder, hvis den pågældende er forpligtet til at videregive oplysninger eller handler i berettiget varetagelse af åbenbar almeninteresse eller af eget eller andres tarv. Ligesom selve krænkelsen af tavshedspligt kan også undtagelsen fra den have form af enten skriftlig eller mundtlig videregivelse af oplysninger. De fleste af de bestemmelser, som pålægger læger og eventuelt andre en indberetningspligt eller anden oplysningspligt, kan ikke få retspsykiatrisk betydning.

Læger har principielt vidnepligt for domstolene. Der gælder dog den bestemmelse, at der i almindelighed ikke mod patientens ønske må afkræves en læge vidneforklaring om det, som den pågældende er kommet til kundskab om ved udøvelsen af sin virksomhed. Dette kan fraviges i konkrete sager ved en bestemmelse truffet af retten af hensyn bl.a. til forklaringens betydning for sagen og arten af den bestående tavshedspligt, se om disse spørgsmål retsplejelovens § 170. Lægen vil i retten blive vejledet om reglernes indhold, og vidneforklaring kan eventuelt afgives for lukkede døre.

Om de foran omtalte bestemmelser vedrørende lægeerklæringer og tavshedspligt henvises bl.a. til Nehm, Thorning og von Magnus, Lægeloven, 2. udg. (1990) s. 74 ff, se også s. 246 bekendtgørelsen af 1935.

5.2.3. Sproglige krav

I bekendtgørelsens § 3 hedder det, at der i erklæringer, der udarbejdes til brug for ikke-lægelige instanser, så vidt muligt skal »benyttes danske eller dog almenfattelige betegnelser for sygdomme, anatomiske forhold mm«. Næsten alle psykiatriske erklæringer skal bruges af lægfolk (herunder jurister). Det er derfor vigtigt, at den erklæringsskrivende læge i videst muligt omfang betjener sig af forståelige udtryk på dansk. Der er ikke mange lægfolk, der umiddelbart forbinde noget med begreber som »projektiv identifikation«, »endogen«, »autistisk« eller »persekutoriske forestillinger«, endsige med faglig slang som f.eks. DT, RH, IQ, EEG, T.A.T., Se- K. Ofte findes der ikke danske udtryk for de psykiatriske begreber. Her må man anvende et tilnærmet udtryk eller en forklarende oversættelse. Dette kan imidlertid medføre et lægeligt informationstab. Mange erklæringer un-

derkastes et fagligt overskøn f.eks. i Retslægerådet, og det specifikke faglige udtryk bør derfor også anføres. Som eksempel kan nævnes en person med Wernicke's encephalopathi. Det kan i erklæringen formuleres således, at vedkommende lider af »en særlig form for akut organisk hjernelidelse, betinget af alkoholmisbrug (Wernicke's encephalopathi)«. Er det relevant, kan der tilføjes nogle bemærkninger om, at ubehandlet kan sygdommen føre til en »sløvelse af åndsevnerne« (dvs. psykotisk demens).

Et særligt problem er, at en række psykiatriske fagudtryk indgår i det almindelige sprog eller eventuelt bruges i en lidt anden betydning. At beskrive en person som »appellerende« har en rimelig eksakt psykiatrisk betydning, medens ordet i almindelig sprogbrug dækker noget andet. På samme måde med begreber som »hysterisk« og »depression«. Ved anvendelse af sådanne fagudtryk er det specielt vigtigt at tilføje nogle forklarende eller uddybende bemærkninger.

Bestræbelserne på at skrive på forståeligt dansk bør imidlertid ikke føre til anvendelsen af vage og uspecifikke betegnelser eller almindeligheder. Der er ikke megen information i en oplysning om, at en patient behandles med »nerveberoligende medicin« – det kan betyde såvel behandling med en lille dosis diazepam (ofte oversat til »beroligende medicin«) som behandling med en stor dosis perphenazin decanoat (»antipsykotisk virkende medicin givet i depotform«). Præparat og dosis bør derfor altid anføres. At skrive om en kronisk alkoholist, der har drukket sig ud af arbejde, familie og talrige behandlingsforsøg, at afsoning af en frihedsstraf vil være et nyt »nederlag«, og at »indespærring ikke vil gavne«, hører til selvfølgelighederne. Det er muligt, at den pågældende bør benådes, men så bør de lægelige grunde klart fremgå.

Den sproglige formulering bør være afdæmpet uden anvendelse af værdiladede ord som »blodig uretfærdighed«, »hverdagens helte« og lign. Generelt kan det anbefales at gengive den undersøgte egne oplysninger i en refererende form. Er der områder, der omtales særlig udførligt, kan det eventuelt anføres, at vedkommende er blevet specielt udspurgt herom. Det kan også være hensigtsmæssigt ganske kort at beskrive den pågældendes reaktion ved omtale af et givet område, f.eks. at den undersøgte »forklarer grædende«, »er ivrig og smilende under omtalen heraf«, og lign.

Direkte citater kan være illustrative, men bør anvendes med forsigtighed, det gælder såvel citater af, hvad den undersøgte har sagt, som

afskrift af journalnotater og lign. Citater kan dog med fordel anvendes til at beskrive psykotiske symptomer som f.eks. maniske associationsspring, tankeforstyrrelser mv. Det bør imidlertid erindres, at afskrift af talesprog kan give erklæringen et lidt nedvurderende præg, og direkte citater gør ikke en erklæring mere »objektiv« end et referat. En særlig fare ved den sproglige affattelse er at sammenblande lægens egen udformning af patientens oplysninger med det, som lægen opfatter som direkte gengivelse af patientens forklaring, evt. også med journaloplysninger.

5.2.4. Indhold

I bekendtgørelsens § 4, stk. 1, hedder det: »De i erklæringen indeholdte oplysninger skal være så fyldige og tydelige, at formålet med erklæringen opfyldes, og at den, for hvem erklæringen er bestemt, derved sættes i stand til selv at danne sig et skøn«. En erklæring skal indeholde fyldestgørende præmisser for den konklusion, der drages. Udsagn som: »Det skal herved attesteres, at NN på grund af mange depressioner ikke kan tåle at møde i retten« er ikke særlig oplysende. Det afhænger af det enkelte tilfældes karakter, hvilke forhold der særlig bør lægges vægt på, men erklæringen bør altid opbygges således, at den rekvirerende myndighed, f.eks. en domstol, kan forstå og forholde sig til konklusionen. Den sagkyndige læser skal endvidere have mulighed for at genkende sygdomsbilledet på såvel anamnese som objektiv beskrivelse.

En vanskelighed ved udformningen af retspsykiatriske erklæringer er på den ene side at give en uddybende og så vidt mulig dækkende beskrivelse af en person, på den anden side at tage hensyn til den pågældende selv. Specielt personlighedsbeskrivelsen kan kræve omtanke og takt. Det er muligvis korrekt, når det om en persons følelsesliv anføres, at det »...må betegnes som primitivt og overfladisk, groft forsimplet og afstumpet«. Den pågældende er imidlertid videre beskrevet som »...umoden, uberegnelig, selvmedlidende, dystert, opblæst, pralende, dvask, skødesløs, ligegyldig, grov, upålidelig og dovnen«, og denne beskrivelse er i hvert fald unødigt sårende og svært subjektiv. Ligeledes bør moralske vurderinger naturligvis undgås.

Selve formålet med erklæringen kan imidlertid blive forspildt, såfremt en person, der vitterlig er f.eks. kortsynet, skizoid (eller »præget af manglende følelsesmæssigt engagement i andre mennesker«) og eksplosiv, helt overvejende beskrives som (ubevidst) angst, sensi-

tiv, nærtagende osv., idet lægen antager, at disse ubevidste psykiske konflikter er baggrunden for de »karakterneurotiske træk« – og den måske lidt uheldige adfærd – den undersøgte frembyder.

Med lidt omtanke er det imidlertid muligt at give en klinisk dækkende beskrivelse, som også den undersøgte vil kunne acceptere. Det kan anbefales, at lægen gennemgår konklusionen med den pågældende og forklarer indholdet. Er en person fundet »udadprojicerende« – hvilket f.eks. kan oversættes til »præget af tendens til at lægge skyld og ansvar ud i omgivelserne« – vil vedkommende ofte kunne godtage denne karakteristik, når det forklares, hvorledes denne beskrivelse netop bygger på, hvad den undersøgte selv har sagt. Et beslægtet problem er detaljeringsgraden i beskrivelsen af private og intime forhold. Dette gælder ikke mindst, når det drejer sig om uddrag af tidligere journaler, hvor den undersøgte – som patient – og måske også andre har udtalt sig under forudsætning af, at det drejede sig om et almindeligt læge-patientforhold med den heraf følgende tavshedspligt.

Hvad enten det drejer sig om oplysninger fra journalmateriale eller fra en »ren« undersøgelsessituation, er det lægens opgave at fremdrage det, som er væsentligt for den aktuelle problemstilling, men uden nødvendigvis at omtale alle aspekter af f.eks. en seksuel problematik eller et disharmonisk samlivsforhold. Det kan undertiden være nyttigt på forhånd at drøfte med den undersøgte, hvad man påtænker at skrive herom, og også at forklare hvorfor.

5.2.5. *Redigering mv.*

Stk. 2 i bekendtgørelsens § 4 lyder: »Det skal tydeligt fremgå, hvilke af de i erklæringen givne oplysninger der beror på lægens egen undersøgelse eller iagttagelse af den pågældende, og hvilke der skyldes angivelser fra den undersøgte eller trediemand eller beror på journaler og lignende«. Disse krav tilgodeses bedst ved at opdele længere erklæringer i forskellige afsnit, der skelner mellem den undersøgtes oplysninger, oplysninger indhentet andet steds fra (med angivelse af, hvor oplysningerne stammer fra) og endelig den undersøgende læges beskrivelse og overvejelser. Man bør tilstræbe at undgå gentagelser.

Det kan undertiden være hensigtsmæssigt at gøre opmærksom på divergenser mellem den undersøgtes egne oplysninger og det foreliggende journalmateriale. Ved gennemgangen af den undersøgtes

egne oplysninger kan det nævnes, at disse oplysninger er i modstrid med det fra anden side anførte. Herved bliver det også muligt at få den pågældendes egne bemærkninger hertil.

Endelig fastslår stk. 3 i bekendtgørelsens § 4, at lægen skal anføre det eller de tidspunkter, hvor lægen har undersøgt den pågældende – har vedkommende været indlagt, bør indlæggelsesperioden være anført –, og at det klart skal angives, såfremt der ikke har fundet nogen personlig undersøgelse sted, hvilket vil sige, at udtalelsen er afgivet på grundlag af skriftligt materiale.

Bekendtgørelsens § 7 lyder: »Efter stedfunden undersøgelse af den pågældende må lægens afgivelse af erklæringen ikke unødigt forhales«. Det kan tilføjes, at også selve undersøgelsen bør fremmes.

Retspsykiatriske erklæringer er en væsentlig del af psykiatriens ansigt over for offentligheden. Louis le Maire (1960) har herom anført: »Erklæringernes formulering skal imidlertid ikke her behandles. Og dog vil jeg gerne om dette punkt, som jeg letsindigt har strejft, slutteligt sige: Lad være med at undervurdere formuleringens betydning. Jo renere en erklærings arkitektur er, des stærkere står den. Det kan betage psykiatriske erklæringer deres overbevisende kraft, såfremt de er således opbyggede, at læseren må få det indtryk, at denne vrimmel af ligegyldige oplysninger skulle være det fundament, hvorpå en psykiatrisk konklusion bygges; det er det jo heldigvis ikke – men hvorfor så medinddrage det?«

5.3. Mentalerklæringer

5.3.1. Lovregler om personlige oplysninger

De gældende lovregler om retspsykiatriske undersøgelser i straffesager er en del af retsplejelovens kapitel 75, der har overskriften »Personundersøgelser«.

I § 808, stk. 1, gives den generelle forskrift, at der i straffesager skal tilvejebringes sådanne oplysninger om sigtedes personlige forhold, som må antages at være af betydning for sanktionsvalget. Denne forskrift vil i de fleste sager kunne opfyldes ved politiets generalieoplysninger, eventuelt suppleret med udtalelser fra sociale myndigheder eller lægelige udtalelser. Dernæst anføres det i stk. 2, at der i visse tilfælde skal foretages »en nærmere undersøgelse vedrørende sigtedes personlige forhold«. Dette gælder sager, hvor der kan blive spørgs-

mål om anvendelse af betinget dom, visse tiltalefrafald eller retsfølger, der træder i stedet for straf. Disse undersøgelser, der i daglig tale kaldes »personundersøgelser« eller sociale undersøgelser, foretages af kriminalforsorgen i et antal af 3.000-4.000 om året. De skal navnlig omfatte den sigtedes forhold i hjem, skole og arbejde og hans legemlige og psykiske tilstand. Erklæringen udfærdiges på fortrykte blanketter. Der henvises i øvrigt til Rigsadvokatens meddelelse nr. 4/1992.

Endelig indeholder §809 reglerne om mentalundersøgelse, dvs. retspsykiatrisk undersøgelse. En sådan undersøgelse skal foretages, »når dette findes at være af betydning for sagens afgørelse«. Efter lovens sprogbrug er udtrykket »Personundersøgelser« i overskriften en fælles betegnelse for de nævnte sociale undersøgelser og mentalundersøgelser.

Spørgsmålet om mentalundersøgelse kan rejses såvel af anklagemyndigheden som af forsvaret (eller den sigtede selv), men mentalundersøgelse af en fængslet kan *kun* finde sted efter rettens bestemmelse (retsplejelovens §809, stk. 1), og indlæggelse til mentalobservation på en psykiatrisk afdeling eller på en institution for åndssvage kan *kun* finde sted efter retskendelse (§809, stk. 2). Er den sigtede ikke varetægtsfængslet, kan anklagemyndigheden begære sigtede mentalundersøgt, men *kun* i de situationer, hvor den sigtede udtrykkeligt samtykker heri. Normalt vil politiet i disse tilfælde indhente en samtykkeerklæring fra den sigtede, men foreligger en sådan ikke, bør den psykiater, der skal udarbejde erklæringen, indhente observandens skriftlige samtykke til at medvirke ved undersøgelsen. Nægter en sigtet, der er på fri fod, at medvirke, kan undersøgelsen kun finde sted efter retskendelse. Anmodes en afdeling om en udtalelse om en patients »mentale tilstand« eller lignende, skal patienten give tilladelse hertil, medmindre retten har bestemt, at en sådan udtalelse skal indhentes.

I retsplejeloven omfatter betegnelsen »mentalundersøgelse« både ambulante og hospitalsmæssige undersøgelser. I overensstemmelse hermed vil »mentalundersøgelse« her i almindelighed blive anvendt om alle retspsykiatriske undersøgelser i straffesager, betegnelsen »mentalobservation« kun om undersøgelser under indlæggelse.

Er en sigtet indlagt på en psykiatrisk afdeling, anmodes denne undertiden om en udtalelse om den pågældendes tilstand. Det kan ofte betyde en udtalelse om en sigtet indlagt på en psykiatrisk afdeling, anmodes denne undertiden om en udtalelse om den pågældendes tilstand. Det kan ofte betyde en udtalelse om en sigtet indlagt på en psykiatrisk afdeling, anmodes denne undertiden om en udtalelse om den pågældendes tilstand.

Kap. 5. Retspsykiatriske erklæringer

lelse, der uden at være en mentalerklæring i sædvanlig form er tilstrækkelig til sagens formål.

Fælles for alle personundersøgelser er efter §810 en bestemmelse om de tilfælde, hvor den sigtede ikke giver sit samtykke til, at der som led i en undersøgelse tilvejebringes oplysninger om hans personlige forhold ved henvendelse til andre end ham selv. Hvis man ikke uden videre vil respektere den sigtedes vægring, afgøres spørgsmålet ved retskendelse. Retten kan tillade de nævnte henvendelser til pårørende eller andre privatpersoner, hvis det findes »af væsentlig betydning for sagens afgørelse«.

Spørgsmålet om at indhente (»videregive«) oplysninger om rent private forhold fra offentlige myndigheder antages at falde uden for rammerne af §810 og reguleres i stedet af forvaltningslovens §28, jf. §31 og §32. Hovedlinierne i disse bestemmelser er, at giver observanden samtykke til, at lægen indhenter de pågældende oplysninger, vil videregivelse normalt finde sted. Nægter han at give tilladelse, eller er den pågældende ude af stand til at give samtykke, må det antages, at betingelserne for videregivelse efter §28, stk. 2, nr. 3, i almindelighed vil være opfyldt, hvor der er tale om udarbejdelse af mentalerklæringer, idet videregivelse af disse følsomme oplysninger uden samtykke sker til varetagelse af en væsentlig offentlig interesse. Hvis den myndighed, der anmodes om at videregive oplysninger, finder, at betingelserne i §28 ikke er opfyldte, kan psykiateren rette henvendelse til retten. Finder retten, at de pågældende oplysninger er af afgørende betydning for sagens udfald, kan retten efter retsplejelovens §169, stk. 2, afsige kendelse om, at den offentlige myndighed skal afgive vidneforklaring i retten eller eventuelt fremlægge relevante dokumenter for retten.

Om de foran anførte regler for at indhente oplysninger i forbindelse med mentalundersøgelser henvises til Meddelelse nr. 4/1994 fra Rigsadvokaten.

5.3.2. Iværksættelse af mentalundersøgelse

Som anført hedder det i retsplejelovens §809, at der skal foretages mentalundersøgelse, »når dette findes at være af betydning for sagens afgørelse«. Supplerende vejledning findes i Rigsadvokatens cirkulære af 23. december 1977.

Cirkulæret opregner en række tilfælde, hvor der typisk foretages mentalundersøgelse. Det drejer sig om sigtede, som må antages at

være sindssyge eller åndssvage, samt sigtede, der på anden måde skønnes psykisk afvigende, og hvor anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning kan komme på tale. Mentalundersøgelse foretages som hovedregel også i sager af særlig alvorlig karakter såsom drab og drabsforsøg, grov sædelighedskriminalitet eller forsætlig brandstiftelse uden økonomisk motiv. Andre grupper er unge 15-17-årige, som er sigtet for forhold, der kan medføre en (længerevarende) ubetinget frihedsstraf, samt sigtede over 60 år, der ikke tidligere har været straffet og nu er sigtet for en lovovertrædelse, der vil kunne medføre ubetinget frihedsstraf. Det tilføjes om sidstnævnte gruppe, at der skal være formodning om, at kriminaliteten står i forbindelse med en sjælelig svækkelsestilstand. En særlig gruppe udgør de sager, hvor spørgsmål om forvaring er rejst.

De nævnte indikationer er hverken udtømmende eller bindende. Afgørelsen af, om mentalundersøgelse skal foretages, beror på en samlet vurdering af den sigtede, hans personlige forhold, den påsigtede og eventuelt tidligere kriminalitet mv. Denne afgørelse kræver ikke lægelig medvirken, men i tvivlsspørgsmål anbefales det f.eks. at konsultere arresthuslægen.

Der foreligger ikke nogen samlet undersøgelse over, hvorledes praksis forholder sig til de ovennævnte retningslinier. Mange sager afgøres med bøder, tiltalefrafald mv., uden at der foretages mentalundersøgelse. Der forekommer nemlig tilfælde, hvor den påsigtede lovovertrædelse ikke er betydelig nok til at kunne »bære« en mentalundersøgelse. Det er derimod betænkeligt, hvis undladelse af at lade mentalundersøgelse foretage også omfatter tilfælde, hvor der kan blive tale om selv en kortvarig ubetinget frihedsstraf, især hvis der er mistanke om, at den sigtede er psykotisk. Det er en klinisk-psykiatrisk erfaring, at afsoning *kan* medføre en alvorlig forværring af en psykotisk patients tilstand.

5.3.3. Sagens fremsendelse

Sagen fremsendes af politiet med anmodning om en erklæring. Denne anmodning kan have form af en særlig fortrykt skrivelse, der ud over oplysninger om den sigtede mv. indeholder en række spørgsmål, der ønskes besvaret. Disse spørgsmål dækker de punkter, der traditionelt forventes belyst ved en mentalundersøgelse. Besvares spørgsmålene i den anførte rækkefølge, undgår man endvidere en række formelle fejl i konklusionen.

Det fremgår af Rigsadvokatens cirkulære, at der skal foreligge en formuleret sigtelse, der indeholder en kortfattet beskrivelse af de påsigtede handlinger, når sagen fremsendes. Det bør også fremgå, hvorvidt den sigtede erkender sig skyldig eller ikke. Foreligger der ikke en sådan samlet beskrivelse, men eventuelt blot en kortfattet udtalelse om, at observanden er sigtet for overtrædelse af en eller flere paragraffer i straffeloven, bør psykiateren anmode den rekvirerende myndighed om at udarbejde en formuleret sigtelse mv.

Kravet om, at der skal foreligge en formuleret sigtelse, er begrundet i, at psykiateren ved mentalundersøgelsen skal udtale sig om observandens psykiske tilstand på tidspunktet for de påsigtede handlinger. En mentalundersøgelse bør som udgangspunkt ikke iværksættes, før efterforskningen i det væsentlige er afsluttet. Det hænder undertiden, at der allerede ved grundlovsforhøret afsiges kendelse om mentalundersøgelse, og at sagen fremsendes på dette tidlige tidspunkt. Som hovedregel er det imidlertid særdeles uhensigtsmæssigt at påbegynde en undersøgelse på det spinkle grundlag, der eksisterer på dette tidspunkt. Endvidere vil der jævnligt være praktiske vanskeligheder forbundet med at foretage en mentalundersøgelse så tidligt i sagen, idet politiet vil have brug for den sigtede i forbindelse med efterforskningen. Endelig vil det lægefagligt være betænkeligt at foretage en mentalundersøgelse samtidig med, at den sigtede jævnligt afhøres af politiet, idet den pågældende med god grund vil kunne have svært ved at adskille de to situationer.

Når sagen fremsendes til mentalundersøgelse, bør samtlige akter, inklusive en eventuel personundersøgelse, tidligere udtalelser mv., samlet i den såkaldte »mappe med personlige oplysninger«, være vedlagt. Den undersøgende psykiater får herved mulighed for at få et bredt kendskab til sagen. Som hovedregel bør samtlige forakter fra tidligere straffesager – dvs. politirapporter mv. samt anklageskrift og dom – ligeledes være vedlagt. Ofte fremsendes imidlertid kun den såkaldte »særakt«, der blot omfatter tidligere domme. Fremgår det af »særakten«, at observanden ikke tidligere er straffet i væsentligt omfang, vil det være muligt at klare sig med det foreliggende materiale. Fremgår det derimod, at observanden tidligere er dømt for mere alvorlig kriminalitet, skal det anbefales at rekvirere forakterne, idet disse ikke sjældent vil indeholde oplysninger af betydning for mentalundersøgelsen.

Ved ambulante mentalundersøgelser fremskaffer politiet undertiden en række personlige oplysninger om den sigtede, ofte i form af

at der forud for mentalundersøgelsen foretages en personundersøgelse. Undertiden udarbejder politiet også en såkaldt »mentalrapport«, der ud over afhøring af pårørende og andre med tilknytning til observanden også indeholder en form for »psykiatrisk anamnese«. En sådan mentalrapport må i dag, hvor mentalundersøgelser udelukkende foretages af psykiatere, anses for overflødig.

Foretages mentalobservationen under indlæggelse på psykiatrisk afdeling, indhentes ovennævnte oplysninger ikke altid forud for undersøgelsen, og det påhviler så den pågældende afdeling selv at indhente relevant materiale.

5.3.4. Varighed

Varigheden af mentalundersøgelser er et jævnlgt diskuteret spørgsmål. Ventetid kan næppe helt undgås, i hvert fald når det drejer sig om hospitalsmæssige observationer, idet der skal skaffes plads på afdelingen. På den anden side bør mentalobservander prioriteres højt, således at ventetiden bliver så kort som muligt. Varetægtssituationen er belastende, og hospitalsmæssig observation vil ikke sjældent være begrundet i mistanke om, at den sigtede er psykisk syg.

Ventetider og de langvarige observationsperioder omtales af Poul Arnholm og Ole Stigel i Anklagemyndighedens Årsberetning for 1987 (1988); spørgsmålet har ligeledes haft Ombudsmandens bevågenhed (Ombudsmandens Beretning for 1967, 1975, 1976 og 1977).

Behandlingsmæssige synspunkter kan normalt ikke motivere, at en indlæggelse til mentalobservation trækker ud. Dette udelukker ikke, at der kan behandles under selve observationen, men når grundlaget for erklæringen er tilvejebragt, bør den snarest muligt udarbejdes og afgives. Hvis det skønnes lægeligt indiceret, kan det anbefales, at observanden forbliver indlagt med henblik på fortsat behandling (se kap. 6.2). Erfaringsmæssigt kan hovedparten af erklæringerne afgives inden for seks til otte uger, efter at sagen er modtaget eller observanden indlagt. Denne tidsramme kan næppe afkortes, når henses til, hvor omfattende hovedparten af sagerne er. Visse, især hospitalsmæssige, observationer af særlig vanskelige tilfælde vil kræve længere tid end seks uger.

Kap. 5. Retspsykiatriske erklæringer

5.3.5. Form og indhold

Mentalobservationskommissionen opregner i store træk, hvad en erklæring bør indeholde, men der foreligger ikke i cirkulærer el. lign. generelle forskrifter om form eller omfang. Kommissionen udarbejdede udkast til cirkulære og instruks angående mentalundersøgelser, men begge må i dag anses som forældede på en række punkter. De institutioner, der afgiver mange erklæringer, vil finde deres egen form, men for den, der kun sjældent skal skrive en mentalerklæring, kan det være nyttigt at følge en fast og overskuelig opstilling. En måde at skrive erklæringer på kan være blot at henvise til sagens akter, hvad angår den tidligere og nu påsigtede kriminalitet, til en personundersøgelse samt til de i akterne indeholdte lægelige oplysninger. Dertil kan da føjes en psykiatrisk anamnese, en klinisk psykiatrisk vurdering og en konklusion. En således udarbejdet erklæring pålægger imidlertid modtageren af erklæringen et betydeligt arbejde med at læse akterne igennem. En anden ulempe er, at den afdeling, der skal varetage en eventuel psykiatrisk særforanstaltning, vil have et såre ufuldkomment grundlag at bygge på, idet kun erklæringen – og ikke sagens akter – fremsendes til afdelingen efter dom. Endelig vil det ved denne fremgangsmåde ikke være muligt at se, hvad den undersøgende psykiater selv har lagt vægt på i sin vurdering af en observand.

Den modsatte yderlighed er lange afskrifter af sagens akter og eventuelt verbatimreferater af samtaler med observanden. Her kan erklæringen let passere de 50 sider med ufordøjjet læsestof til glæde for ingen. En erklæring bør kunne stå alene, men omfanget bør ikke gå ud over, hvad der er nødvendigt for at vejlede de retlige myndigheder. Det er ikke muligt at opstille retningslinier for omfanget af en erklæring. Drejer det sig om mindre alvorlig kriminalitet begået af en observand, der utvivlsomt er skizofren, vil en erklæring på højst 8-10 sider være fuldt ud tilstrækkelig; drejer det sig om en ung mand, som er sigtet for talrige tilfælde af grov vold, og hvor en begyndende skizofreni ikke kan udelukkes, men hvor et omfattende blandet misbrug vanskeliggør vurderingen, kan 20-30 sider (i yderst sjældne tilfælde mere) være nødvendige.

De ofte grundige mentalerklæringer udgør en interessant kilde til skiftende tiders opfattelse af de psykiske sygdomme og afvigelser, se bl.a. Chr. Tryde (1901) og Knud Pontoppidan (1901) samt Retslægerådets ældre årsberet-

5.3. Mentalerklæringer

ninger. Mentalobservationspraksis er grundigt belyst af B. Borup Svendsen og Jes Gerlach (1976) og B. Borup Svendsen (1976 a-d), se også Emma Vestergaard (1964).

5.3.6. Praktisk vejledning

En mentalerklæring kan opbygges på følgende måde, der i det væsentlige bygger på anbefalinger i Bet. nr. 149/1956, hvortil der generelt henvises.

(1) *Introduktion.* Sagen præsenteres ganske kortfattet med nogle få oplysninger om obs. Det kan være hensigtsmæssigt allerede i indledningen at nævne mere betydningsfulde forhold, som læseren bør have in mente ved vurdering af erklæringen, f.eks. om obs. er fundet sindssyg, om den pågældende er udlænding, og der derfor er anvendt tolk, eller om undersøgelsen er ufuldstændig, fordi obs. i et nærmere beskrevet omfang har nægtet at medvirke. En introduktion kan f.eks. se således ud:

»Retspsykiatrisk erklæring vedrørende NN, cpr. nr. ..

Obs. er en ..-årig fraskilt mand, der tidligere bl.a. har været idømt betingede og ubetingede frihedsstraffe for røveri, tyveri og brugstyveri. Han er nu sigtet for gentagne tilfælde af ildspåsættelse. Det skal indledningsvis bemærkes, at obs. ved undersøgelsen er fundet sindssyg; han lider formentlig af skizofreni«.

(2) *»Sygdomme, kriminalitet mv. i slægten«.* I visse situationer kan oplysninger om genetisk disposition være af betydning. Oplysninger om hyppigt forekommende kriminalitet i obs.'s familie, inklusive en eventuel stedfader, kan være med til at tegne obs.'s opvækstmiljø, eventuelt i form af en »social arv«.

(3) *»Ydre levnedsløb«.* Dette punkt omhandler den traditionelle sociale anamnese, dvs. oplysninger om barndomshjem, skolegang, erhvervsforløb, ægteskabelige forhold, økonomi osv. Mange mentalobservander har en overordentlig broget social anamnese, og det vil derfor være nødvendigt at trække det for erklæringen væsentlige frem. Der er f.eks. ingen grund til at opregne en række kortvarige arbejdsforhold; det vil være tilstrækkeligt at resumere: »I de følgende år havde obs. en række kortvarige ansættelsesforhold som arbejdsmand, afbrudt af længerevarende arbejdsløshedsperioder«.

(4) »*Legemlige helbredstilstand*«. Her gennemgås den somatiske anamnese i kort form, herunder om obs. har frembudt mere alvorlige legemlige sygdomme. Der bør indhentes lægebrev fra eventuelle indlæggelser, bortset fra åbenbart betydningsløse sygdomme som blindtarmsbetændelse eller åreknuder, og relevante oplysninger gengives i erklæringen. Der er ingen grund til at opregne alle de sygdomme, obs. *ikke* har haft, bortset måske fra nogle få af psykiatrisk relevans som f.eks. neuroinfektioner, alvorlige hovedtraumer eller epilepsi. Det vil være naturligt at omtale psykosomatiske symptomer her, f.eks. en indlæggelse i barndommen under diagnosen »nervøse mavesmerter« og bidiagnosen »vitium domesticum« (dvs. dårlige hjemlige forhold), men således at eventuelle psykologiske/ psykiatriske udtalelser eller undersøgelser foretaget i forbindelse med sådanne sygdomme eller indlæggelser omtales senere, se pkt. (8). Endelig bør afsnittet rumme oplysninger om obs.'s aktuelle legemlige helbredstilstand og i forbindelse hermed omtale af eventuel medikamentel eller anden behandling mod legemlig sygdom.

(5) »*Tidligere kriminalitet*«. Som hovedregel bør kun de sager medtages, der er afgjort ved dom eller ved tiltalefracfald med vilkår af betydning for den foreliggende sag. Sager, der er sluttet på grund af bevissets stilling, bør ikke omtales. Gennemgangen kan slutte med ganske kortfattet at redegøre for obs.'s eventuelle bemærkninger til den tidligere kriminalitet. En sådan »kriminell anamnese« vil kunne være af betydning for vurderingen af obs. Drejer det sig om en midaldrende mand, der flere gange er dømt for anden kønslig omgængelse end samleje med mindreårige, og som nu er sigtet for det samme? Eller har den pågældende aldrig tidligere været i konflikt med straffeloven? På samme måde vil det være af betydning for vurderingen, om en obs. gentagne gange fra sin tidligste ungdom er straffet for berigelseskriminalitet og vold, eller det drejer sig om en tidligere ustraffet person, der nu sigtes for et tilsyneladende umotiveret overfald på en ukendt.

(6) »*Den nu påsigtede kriminalitet*«. Dette punkt indledes med en omtale af (afskrift af) den formulerede sigtelse, således som den bør foreligge ved sagens fremsendelse. Herefter følger et kortfattet resumé af sagen baseret på akterne. Ved udarbejdelse af dette resumé er det vigtigt at have in mente, at der ikke foreligger nogen afgørelse, og udtrykket »den (de) påsigtede handlinger« bør derfor

konsekvent anvendes, også selvom obs. har erklæret sig skyldig. Politirapporter er nærmest at opfatte som politiets interne arbejdsnotater. De forklaringer, en sigtet har afgivet til politiet, er ikke bindende med henblik på den pågældendes forklaring i retten, heller ikke selv om den sigtede har skrevet under på rapporten. Det skal derfor anbefales i videst muligt omfang at anvende retsbogsudskrifter ved udarbejdelse af resuméet af sagen og under alle omstændigheder at anføre, hvor de refererede oplysninger stammer fra.

Af erklæringens referat skal det fremgå, på hvilket tidspunkt eller i hvilket tidsrum den påsigtede kriminalitet falder. Det er et hovedformål med erklæringen at bidrage til oplysning om den sigtedes mentale tilstand på gerningstiden (hvis han findes at være gerningsmand), og tidsangivelser er derfor med til at afgrænse det, som den undersøgende psykiater skal være særlig opmærksom på. Tidsangivelsernes betydning for mentalerklæringens nærmere indhold kan variere noget. I de fleste sager om drab, voldtægt, brandstiftelse mv. vil sigtelsen angå en handling foretaget på et bestemt tidspunkt. I sager om underslæb, bedrageri, kønsligt forhold til børn etc. kan sigtelsens indhold være, at de påsigtede forhold er begået »i tiden fra februar til september 1995«. Det kan i sådanne tilfælde principielt få strafferetlig betydning at vide, om en sindssygdom er indtrådt eller omvendt ophørt inden for den periode, som sigtelsen omfatter.

Efter dette resumé følger obs. egne bemærkninger om den påsigtede kriminalitet. I langt de fleste tilfælde vil det være tilstrækkeligt blot at anføre, at obs. ved undersøgelsen har forklaret som til sagens akter. Det kan undertiden være nødvendigt at uddybe visse oplysninger, f.eks. vedrørende alkohol- eller stofindtagelse. Derimod er det ikke opgaven mere uddybende at forsøge at »forstå« eller »forklare« den kriminelle handling, om end der kan være situationer, hvor det vil være relevant at omtale omstændigheder, som kan have medvirket til et efterfølgende hændelsesforløb. Formålet med en sådan gennemgang af sagen er udelukkende at fremdrage de oplysninger, som er af betydning for den psykiatriske vurdering af observandens tilstand på tidspunktet for den påsigtede kriminalitet.

Det har været diskuteret, i hvilket omfang psykiateren i sin erklæring bør beskæftige sig med den påsigtede kriminalitet. Hvis den sigtede under efterforskningen har erkendt sig skyldig, vil han næsten altid være villig til at fremkomme med tilsvarende udtalelser over for psykiateren, som af samtalerne herom kan uddrage det, som findes relevant for en konklusion. Problemet er derimod, hvorledes psykia-

teren er stillet, hvis observanden har nægtet sig skyldig, f.eks. fordi han intet husker på grund af kraftig alkoholpåvirkning. Obs. kan også nægte at have handlet med forsæt, eller han kan påstå, at han handlede i nødværge. Endelig kan der naturligvis være tale om, at observanden benægter overhovedet at have foretaget de handlinger, sigtelsen angår. Det er den almindelige opfattelse, at lægen i disse situationer ikke er afskåret fra at komme ind på en omtale af den påsigtede kriminalitet, men at der må udvises stor forsigtighed. Obs.'s holdninger må komme klart til udtryk. Der må advares imod, at undersøgeren går ind på, om der f.eks. faktisk har foreligget forsæt eller nødværge. Den undersøgende psykiater må under ingen omstændigheder udtrykke sig således, at erklæringens bemærkninger kan tages til indtægt for skyldspørgsmålet.

Risikoen for, at omtale af sigtelsens indhold kan komme den sigtede til skade ved straffesagens afgørelse, gav i Bet. nr. 149/1956 s. 34 ff og 38 ff anledning til at overveje en ny ordning: at mentalundersøgelse først foretages, når skyldspørgsmålet i sagen er afgjort (dvs. en deling af straffesagen i to etaper), eller at mentalerklæringen først fremlægges efter afgørelsen om den sigtedes skyld. Kommissionen kunne ikke anbefale ændringer af dette indhold.

I kommissionens udkast til en instruks om udførelsen af mentalundersøgelser hedder det s. 132: »Den verserende sag bør kun omtales i den udstrækning, hvori denne omtale er et uomgængeligt nødvendigt led i grundlaget for den lægelige vurdering«.

Der er situationer, hvor det af diagnostiske grunde er nødvendigt, at psykiateren mere indgående omtaler den påsigtede handling og observandens tilstand på dette tidspunkt. Som eksempel kan nævnes en person, der var påvirket af alkohol på gerningstidspunktet, og som nægter sig skyldig, idet den pågældende intet husker om hændelsesforløbet. Her forventes den undersøgende læge at tage stilling til spørgsmålet om en mulig patologisk rustilstand, eller om der blot har været tale om et alkoholisk black-out, som ikke er en § 16-tilstand, evt. en bevidst eller ubevidst fortrængning af belastende erindringsmateriale. Psykiateren må her så grundigt som muligt klarlægge, om observanden har haft de for den patologiske rus karakteristiske, fragmentariske erindringsbilleder af hændelsesforløbet (se nærmere kap. 7.15.). Det kan ligeledes være nødvendigt mere indgående at omtale den påsigtede kriminalitet, såfremt observanden er psykotisk og ud fra psykotiske forestillinger nægter sig skyldig. Som illustration kan nævnes en sag om en skizofren mand, der var sigtet

for drab, men nægtede sig skyldig. Han forklarede bl.a., at han havde handlet i selvforsvar, idet han var blevet angrebet af den dræbtes øjne, og at han var blevet styret af udefra kommende stemmer. Disse psykotiske forestillinger måtte selvsagt med betydelig vægt indgå i sanktionsforslaget.

En særlig situation opstår, såfremt en obs., der hidtil har nægtet sig skyldig, over for den observerende læge aflægger tilståelse. Spørgsmålet har påkaldt sig stor – især juridisk – interesse, men problemet opstår i praksis yderst sjældent, bortset fra de situationer, hvor en observand, der f.eks. er sigtet for en række tyverier, under mentalundersøgelsen kommer i tanker om et par stykker til – hvilket den mentalundersøgende læge kan tillade sig at glemme. Skulle denne situation opstå, bør mentalundersøgelsen afbrydes og såvel anklagemyndigheden som forsvareren underrettes.

(7) *»Observandens egne oplysninger om sin psykiske udvikling og tilstand«.* Den psykiatriske anamnese er det centrale i en mentalerklæring og bør gengives så grundigt og detaljeret, at læseren bliver i stand til at følge den diagnostiske proces. Illustrerende eksempler vil ofte være nyttige. Beskriver en observand f.eks. sig selv som hidsig med tendens til let at komme i slagsmål, kan det uddybes med eksempler. Findes obs. psykotisk, bør erklæringen indeholde en nøje psykopatologisk beskrivelse med omtale af observandens egen oplevelse af sine symptomer, også gerne med eksempler. Den psykiatriske anamnese bør selvsagt berøre alle væsentlige punkter, men med hovedvægten lagt på de områder, som er af betydning i det enkelte tilfælde.

En række indlysende »negative« oplysninger bør undgås, men erklæringen bør altid indeholde en grundig gennemgang af, om obs. aktuelt frembyder – eller på noget tidspunkt har frembudt – psykotiske symptomer. Ligeledes bør et eventuelt misbrug af alkohol, euforiserende stoffer eller psykofarmaka beskrives. Dersom observanden på noget tidspunkt har modtaget psykiatrisk behandling, bør erklæringen beskrive obs.'s opfattelse af denne behandling.

(8) *»Andres oplysninger om observandens psykiske udvikling og tilstand«.* Klart adskilt fra obs.'s egne oplysninger kommer nu andres oplysninger om observanden. Det kan anbefales at anvende en strengt kronologisk opstilling og at nævne obs.'s alder i forbindelse med de enkelte punkter. Formuleringen kan eksempelvis lyde således:

»Observanden var indlagt på *psykiatrisk afdeling X* fra ... til ..., 18 år gammel. Af journalen fremgår bl.a.....

I udtalelse fra *Kriminalforsorgens afd. i ...* til ..., dateret 1993, observeranden var da 19 år gammel, hedder det bl.a.

1994 – 20 år gammel – blev observanden af *Bistandskontoret i ..* henvist til samtaler med *psykolog NN*, der i skrivelse til bistandskontoret, dateret ..., om dette behandlingsforløb bl.a. har anført...«.

Journalmateriale bør normalt refereres, ikke citeres. Skrivelser til myndigheder eller andre kan derimod med fordel ofte citeres helt eller delvis, igen således at det væsentlige trækkes frem og gentages undgå. Uddrag af psykiatriske journaler bør som hovedregel indeholde en beskrivelse af baggrunden for indlæggelsen, et resumé af den kliniske tilstand under indlæggelsen samt oplysninger om den givne behandling og om udskrivningsdiagnosen. Har en obs. været indlagt flere gange på samme afdeling under ensartede tilstandsbilleder, vil det ofte være naturligt at slå omtalen af sådanne indlæggelser sammen, men det anføres, at der er tale om flere indlæggelser.

Visse former for oplysninger lader sig kun med besvær indpasse i ovennævnte mønster. Det kan f.eks. dreje sig om en samtale med pårørende. Sådanne oplysninger må indpasses, hvor det findes mest naturligt.

(9) »*Observandens forhold under observationen*«. Har obs. været indlagt, refereres her adfærd i afdelingen, forhold til personale og medpatienter mv. Plejepersonalets observationer og observationer fra f.eks. ergoterapi, værksted osv. refereres ligeledes her. Endvidere omtales eventuel behandling, såvel medikamentel som anden.

Det kan undertiden være hensigtsmæssigt at anvende dette punkt også i forbindelse med ambulante undersøgelser, f.eks. hvis der er påfaldende træk ved obs's. fremmøde. Er obs. varetægtsfængslet, anføres væsentlige oplysninger, f.eks. om han er eller har været isoleret, uddrag af lægejournal fra kriminalforsorgen, eventuel medikamentel behandling mv.

(10) »*Psykologisk undersøgelse*«. En psykologisk undersøgelse indgår som en selvfølgelig del af mange mentalundersøgelser. Er der i det væsentlige overensstemmelse mellem resultatet af den klinisk psykiatriske undersøgelse og den psykologiske testning, vil det være tilstrækkeligt at anføre, hvilke psykologiske tests der er anvendt (se

kap. 7.2.), samt gengive konklusionen i erklæringen (eventuelt således at hele testrapporten vedhæftes). Er der uoverensstemmelse mellem resultaterne af den psykologiske og psykiatriske undersøgelse, bør relevante dele af testrapporten gengives i selve erklæringen, og uoverensstemmelsen diskuteres.

(11) »Klinisk vurdering«. Her sammenfatter undersøgeren sit indtryk af obs. Denne beskrivelse bør være bredere, end hvad der traditionelt anføres under »objektivt psykisk« i en psykiatrisk journal (se kap. 7.2.). Det kan således være relevant at beskrive, i hvilket omfang obs. har medvirket ved undersøgelsen, ligesom ændringer i tilstanden under forløbet af undersøgelsen bør beskrives og eventuelt forklares. Det vil ofte være hensigtsmæssigt lidt mere uddybende at beskrive såvel personlighedsvariable, intelligensvurderinger som eventuelle psykotiske symptomer. Også her bør hovedvægten lægges på det for sagen relevante, men det bør altid nævnes, om obs. har frembudt psykotiske symptomer. Undersøgerens egen fortolkning af årsagen til et givet symptom eller dets betydning hører normalt ikke hjemme her, men kan eventuelt omtales under det afsluttende resumé.

(12) »Objektivt legemligt«. Der bør rutinemæssigt foretages en almindelig somatisk undersøgelse og en neurologisk status. Det må bero på et konkret klinisk skøn, i hvilket omfang der skal foretages yderligere undersøgelser, f.eks. elektroencefalografi, CT-scanning, røntgenundersøgelser mv., evt. undersøgelse ved speciallæge i neurologi, øjensygdomme osv. Som hovedregel vil der ikke være grund til at gengive resultatet af de somatiske undersøgelser fuldt ud. Ofte anføres kun, at der ved almindelig legemlig og neurologisk undersøgelse intet abnormt er påvist. Betydningen af eventuelle abnorme fund bør fortolkes, f.eks. at en lidt hurtig aktivitet ved EEG skønnes betydningsløs, eller at forhøjede værdier af nogle leverenzymers kan tyde på en alkoholbetaget leverlidelse.

(13) »Resumé«. I sager af særlig vanskelig eller omfattende karakter kan det være hensigtsmæssigt at udarbejde et kort resumerende afsnit, hvor undersøgeren fremdrager de væsentligste elementer, diskuterer de fremkomne oplysninger, undersøgelsesresultater og observationer samt begrunder sin opfattelse. Hermed opnås, at selve konklusionen bliver så kort, præcis og overskuelig som muligt.

(14) »Konklusion«. Undersøgeren bør gøre sig klart, at konklusionen normalt vil være den eneste del af erklæringen, der fremlægges i retten, men sagens parter vil på forhånd have sat sig grundigt ind i hele erklæringen. Det er derfor vigtigt, at konklusionen udformes således, at den kan stå alene. Der må ikke konkluderes mere vidtgående, end der er dækning for i selve erklæringen. Konklusionen bør være kortfattet, normalt på en halv til en hel side, og overskuelig med utvetydige og klare udsagn.

Konklusionen indledes traditionelt med en stillingtagen til, om obs. var sindssyg på tidspunktet for de påsigtede handlinger, om han er sindssyg på undersøgelsestidspunktet, og om han er åndssvag. Kan der svares bekræftende på en af disse muligheder: sindssyg på gerningstidspunktet, men ikke nu; sindssyg på begge tidspunkter; ikke sindssyg på gerningstidspunktet men nu; åndssvag – fortsættes med ganske kort at omtale præmisserne for denne konklusion. Er obs. fundet omfattet af straffelovens § 16, eller har observanden udviklet en psykotisk tilstand efter den påsigtede kriminalitet, jf. § 73, afsluttes konklusionen med et begrundet forslag om valg af foranstaltning, jf. § 68.

Er der ikke tale om en § 16-tilstand, skal der tages stilling til, om observanden er præget af en sådan »mangelfuld udvikling, svækkelse eller forstyrrelse af de psykiske funktioner«, at den pågældende er omfattet af straffelovens § 69. Præmisserne for en bekræftende konklusion bør kort omtales. Har en obs. tidligere været indlagt på psykiatrisk afdeling, bør dette under alle omstændigheder kort nævnes med angivelse af, hvad obs. fejlede, også set i lyset af hans aktuelle tilstand.

Enhver diagnostisk tvivl bør fremgå af konklusionen, men den undersøgende psykiater bør så vidt muligt ende med at klargøre sin personlige opfattelse, f.eks. ved at anføre, at det findes »sandsynligt« eller »overvejende sandsynligt«, at denne eller hin tilstand foreligger eller har foreligget.

Det er et åbent spørgsmål, i hvilket omfang konklusionen bør indeholde bemærkninger om recidivrisikoen for »ligeartet kriminalitet«. Der forventes ingen stillingtagen til risiko for kriminalitet i al almindelighed. Nogle vil, specielt hvad angår ikke-psykotiske tilstande, undlade at tage stilling til spørgsmålet på grund af de vanskeligheder, der er forbundet hermed. I de tilfælde, hvor spørgsmålet om forvaring er rejst, må erklæringen nødvendigvis tage stilling til recidivrisikoen (se kap 3.6).

Om skyldsspørgsmålet er der ikke truffet afgørelse på tidspunktet for mentalobservationen, og et sanktionsforslag bør udformes under hensyn hertil, f.eks. som: »Observanden findes herefter omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, og man skal, såfremt han findes skyldig, som mest formålstjenlig foranstaltning anbefale ...«

Findes obs. omfattet af § 69, stk. 1, skal der tages stilling til, hvorvidt en særforanstaltning skønnes »mere formålstjenlig« end straf. Er dette tilfældet, bør undersøgeren nærmere angive grunde hertil samt nævne, hvilken særforanstaltning der anbefales. Kan der ikke peges på en særforanstaltning, kan der være anledning til at tage stilling til, hvorvidt tilsyn af kriminalforsorgen ledsaget af et eller flere særvilkår kan anbefales i forbindelse med eventuel betinget dom eller prøveløsladelse (se kap. 3.9.). I visse tilfælde kan det også være relevant at pege på, at eventuel afsoning bør indledes i Anstalten ved Herstedvester.

Generelt skal anbefales at skrive konklusionen om diagnostiske spørgsmål med »en finger i lovteksten«. På samme måde bør sanktionsforslag udarbejdes i overensstemmelse med loven og de i praksis anvendte formuleringer. Det er imidlertid vigtigt at holde sig for øje, at undersøgeren skal anlægge lægelige synspunkter og ikke skele til f.eks. pønale aspekter. Et særligt problem kan opstå ved, at den særforanstaltning, som ud fra en lægelig betragtning synes optimal, ikke findes. Det kan f.eks. dreje sig om en behandlingsinstitution for misbrugere eller en lukket socialpædagogisk behandlingsinstitution. I sådanne situationer kan det anføres, at ud fra en lægelig betragtning må der peges på denne særlige foranstaltning, men herudover kan der ikke peges på nogen særforanstaltning jf. § 68.

5.4. Farlighedsvurderinger

Vurdering af en observands farlighed vil jævnligt – implicit eller eksplicit – være en del af opgaven ved en mentalundersøgelse, eventuelt i form af en vurdering af risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet. Farlighedsvurderinger indgår endvidere i enkelte andre typer af retspsykiatriske erklæringer.

5.4.1. Farlighedsvurderinger generelt

Den bedømmelse af personers farlighed, som omtales i det følgende, angår ikke alle udtalelser om sandsynligheden for fremtidige kriminelle handlinger, navnlig ikke risikoen for fortsat berigelseskriminalitet. I overensstemmelse med almindelig sprogbrug, også blandt psykiatere og jurister, anvendes udtrykket »farlighed« her som betegnelse for en sandsynlighed eller risiko for fysisk aggression, herunder alvorlige sædelighedsforbrydelser og i et vist omfang brandstiftelse og hærværk. Der kan ikke drages nogen skarp grænse for de arter og grader af fare, der herved kommer i betragtning. Trusler vil i nogle tilfælde indicere en farlighed, men i de fleste tilfælde være ufarlige, bortset fra at de kan påføre de truede psykiske skader eller lidelser. En person kan frembyde fare for selvmord eller selvbeskadigelse, men her omtales kun farlighed i relation til andre mennesker. Farlighed kan efter det anførte defineres som et adfærdspotentiale, som indebærer væsentlig risiko for, at personen påfører andre mennesker betydelige fysiske eller psykiske skader.

Efter psykiatrilovens § 5 kan tvangsindlæggelse eller tvangstilbageholdelse ske, hvis »den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre«. Se også samme lovs § 40, stk. 1, om anbringelse i sikringsanstalt af den, der »vedvarende udsætter andres liv eller legeme for alvorlig og overhængende fare«.

Inden for straffelovens § 68 om foranstaltninger over for § 16-personer vil spørgsmålet navnlig opstå, hvis det er aktuelt at tilråde dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling eller ligefrem i sikringsafdelingen.

Endelig kan der peges på straffelovens § 70 om dom til forvaring over for den, der »frembyder nærliggende fare for andres liv, legeme, helbred eller frihed«, såfremt anvendelse af forvaring i stedet for fængsel findes påkrævet for at forebygge denne fare.

De anførte bestemmelser indeholder ikke helt enslydende formuleringer, men fælles for dem er, at det drejer sig om en fare for angreb på andre. Dette må holdes adskilt fra spørgsmålet om, hvorvidt en allerede foretaget handling (f.eks. et kvælgreb) har været farlig, et spørgsmål som oftere vil frembyde medicinske end psykiatriske aspekter. I øvrigt skal fremhæves, at spørgsmålet om farlighed inden for bestemmelserne i psykiatriloven og straffelovens § 68 oftest vil foreligge med hensyn til sindssyge personer (hvortil kommer nogle åndssvage). § 70 forudsætter ikke nærmere angivne afvigende til-

stande, men erfaringsmæssigt vil det oftest være sigtede med udtalt karakterafvigelse, der giver anledning til retspsykiatrisk bedømmelse.

Spørgsmålet om farlighed kan endvidere foreligge i den form, at der spørges, om en tidligere antaget farlighed er ophørt eller formindsket efter nogen tids frihedsberøvelse og behandling. På linie hermed kan nævnes, hvorvidt farlighed hos en straffasoner taler imod en prøveløsladelse.

Der findes ikke i dansk retspsykiatrisk eller juridisk litteratur nogen undersøgelse eller anden samlet behandling af farlighedsproblemer i forbindelse med retlige foranstaltninger. I forarbejderne til både ældre og nyere lovbestemmelser synes der at være enighed om, at der forekommer tilstande af personlig farlighed, og at lovgivningen derfor må rumme muligheder for retlige indgreb med et fareafværgende sigte. Efter denne opfattelse, der her må tiltrædes, vil det derfor være et hovedproblem, om retspsykiatere kan bidrage til at kaste lys over farlighedstilstande.

Det har været et jævnlgt fremført synspunkt, at psykiatere ikke har bedre forudsætninger for at vurdere farlighed end så mange andre faggrupper, ligesom det – mere kritisk – har været hævdet, at »... opfattelsen af farlighed som et patologisk træk hos enkeltindivider afspejler, hvad »eksperter«, f.eks. psykiatere, opfatter som »det onde«, hvilket repræsentanter fra det etablerede samfund bruger til at legitimere den sociale kontrolpolitik og praksis« (Michael Petronik, 1982).

Dette polemisk formulerede synspunkt ses stadig fremført, ligesom det naturligvis er korrekt, at miljøkatastrofer er en væsentlig større fare for menneskeheden end de »farlige« enkeltindivider, og at antallet af dræbte og tilskadekomne i trafikken langt overstiger antallet af manddrab, voldsofre osv. Men sådanne overordnede synspunkter kan ikke bortforklare, at der er personer, der faktisk er »farlige«, og at lovgivningen bør rumme mulighed for retlige indgreb med et fareafværgende sigte.

Kritikken af de psykiatriske farlighedsvurderinger har specielt baseret sig på, at undersøgelser har vist, at disse vurderinger har indeholdt mange såvel falsk positive vurderinger – dvs. at en person er anset for at være farlig uden at være det – som falsk negative vurderinger – dvs. at en person ikke er blevet anset for at være farlig, men viste sig at være det. En del af kritikken har utvivlsomt været berettiget. Gennem de senere år er der imidlertid udviklet bedre metoder til brug ved farlighedsvurderinger, og det almindelige synspunkt er nu, at psy-

Kap. 5. Retspsykiatriske erklæringer

kiatere kan – og bør – medvirke til at foretage disse skøn, hvor de lægelige vurderinger må indgå på linie med andre synspunkter.

Der henvises navnlig til Bet. nr. 1068/1986, s. 220 ff og 258 ff; Bet. nr. 667/1972, s. 33 ff, 76 f og 182 f (sidstnævnte sted Retslægerådets udtalelse); Helweg (1949), s. 92 ff; Adserballe (1977), s. 584 ff; Retslægerådets Årsberetning 1988, s. 93 ff og 117 ff samt 1989, s. 47 ff og 114 ff. – Et større utrykt materiale af sager om trusler er behandlet – bl.a. med henblik på farlighedsproblemet – af Waaben (1962).

Der findes en overvældende udenlandsk litteratur om emnet, se f.eks. P.D. Scott (1977), Nigel Walker (1991) og Michael Petrunik (1982). Den norske betænkning NOU 1974:17 indeholder en behandling af farlighedsproblemer og en mindretalsudtalelse af Nils Christie, som vender sig mod farlighedsbegrebet og de psykiatriske farlighedsvurderinger, se også NOU 1990:5. Henrik Belfrage (1995) s. 69 ff gennemgår den nyeste forskning inden for området med omtale af de vurderingsmetoder, som er under udvikling.

Farlighedsvurderinger kan deles i to hovedgrupper: vurdering af en persons aktuelle farlighed og vurdering af en persons fremtidige farlighed. Psykiatrisk set er en underinddeling i to grupper, psykotiske og ikke-psykotiske, vigtig.

5.4.2. Aktuel farlighed

Læger – og ikke kun psykiatere – foretager jævnlig en vurdering af en persons aktuelle farlighed, nemlig ved tvangsindlæggelse i medfør af psykiatriloven. På tilsvarende måde foretages et skøn over en psykotisk patients farlighed i forbindelse med tvangstilbageholdelse på farekriteriet.

Spørgsmålet diskuteres i Principbetænkningen (Bet. nr. 1068/1986) s. 220 ff, hvor det bl.a. anføres, at »...der skal være tale om en akut fare, dvs. en mere fjern og ubestemt risiko eller latent fare er ikke tilstrækkelig. Faren skal foreligge her og nu eller dog være overhængende«. Senere hedder det, at »...der skal foreligge en aktuel fare for vold, der truer liv og legeme eller som eventuelt er af særlig farlig karakter, såsom brandstiftelse, hvorimod andre former for hærværk næppe er tilstrækkeligt, medmindre der er tale om særlig omfattende hærværk.« (Se i øvrigt kap. 2). Betænkningen indeholder imidlertid intet om, hvorledes det vurderes, om der f.eks. foreligger en akut fare for vold.

Denne tilfældegruppe har ikke givet anledning til megen debat, og opgaven svarer da også på mange måder til anden klinisk virksom-

hed, hvor læger på undertiden spinkle præmisser må tage beslutninger, og hvor et fejlskøn kan være fatalt. Denne vurdering falder i to led: er patienten sindssyg? og er patienten farlig? Det er oplagt, at en skizofren patient, der truer med at slå andre ihjel, fordi stemmerne beordrer ham til det, opfylder psykiatrilovens farekriterier, men i mange tilfælde er grundlaget mindre oplagt. Det er imidlertid almindelig praksis, at hvis der foreligger en vis mistanke om, at en psykotisk patient frembyder »en aktuel fare for vold, der truer liv eller legeme...«, kan og bør patienten tvangsindlægges eller -tilbageholdes, såfremt patienten ikke kan motiveres til at modtage behandling.

Vurdering af en ikke-psykotisk persons aktuelle farlighed vil kun sjældent være lægeligt aktuel, og skulle spørgsmålet opstå, må lægen – med skyldig respekt for tavshedspligten – overveje at informere politiet. I praksis er problemet oftest et andet, nemlig at afgøre, om en person, der skønnes at kunne være »farlig«, er psykotisk eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom. Her er praksis, at er der blot en vis mistanke om, at en formodet farlig person er psykotisk, bliver den pågældende indlagt, eventuelt tvangsindlagt eller -tilbageholdt. I sjældne tilfælde kan det være aktuelt at anvende tvang over for patienter, der skønnes at befinde sig i en tilstand, der ganske må ligestilles med sindssygdom, f.eks. en person, der befinder sig i en svær affektspændt tilstand (se kap. 7.11.).

5.4.3. Fremtidig farlighed

En vurdering af en psykotisk persons eventuelle fremtidige farlighed vil som udgangspunkt basere sig på en empirisk viden om de forskellige psykiske sygdommes symptomatologi og forløb, herunder også behandlingsmuligheder. Her bevæger psykiateren sig således inden for fagets kerneområde. Vurdering af ikke-psykotiske personers fremtidige farlighed ligger derimod i psykiatriens randområde og er således behæftet med betydelig usikkerhed.

Uanset de forskelle, der psykiatrisk set er mellem at vurdere fremtidig adfærd hos en psykotisk og en ikke-psykotisk person, er der også lighedspunkter. Det gælder ikke mindst de elementer, der altid bør indgå i disse skøn: den aktuelle handling og tidligere adfærd, en grundig psykopatologisk vurdering og en vurdering af den pågældendes sociale situation. Undertiden vil det også være relevant at inddrage mulige ofre – set i lyset af den tidligere kriminalitet – i over-

vejelserne. Også andre aspekter kan være af betydning, og det må bero på en konkret vurdering, hvad der i det enkelte tilfælde bør lægges vægt på, og hvorledes de enkelte elementer må vægtes mod hinanden, men de nævnte forhold bør i hvert fald altid overvejes.

Den aktuelle og tidligere adfærd vil ofte være af væsentlig betydning. Den aktuelle kriminalitet spiller ikke i sig selv den afgørende rolle, hvorimod omstændighederne og baggrunden kan være af betydning. Den pågældendes adfærd, herunder tidligere kriminalitet, indgår med betydelig vægt. I den psykiatriske vurdering indgår også oplysninger om en adfærd, der tyder på, at vedkommende kan bringe sig i en situation, som indebærer en potentiel fare for andre. Farlig adfærd vil altid være knyttet til konkrete situationer. Det er derfor ofte væsentligt at forsøge at vurdere, i hvilket omfang den pågældende har forståelse for at (forsøge at) indrette sin tilværelse således, at netop de konkrete farlige situationer ikke opstår. I andre tilfælde, og det gælder hyppigt for psykotiske, især skizofrene, ses dog en så letvakt tendens til affektexplosioner og aggressiv adfærd, at omgivelsernes karakter bliver af helt underordnet betydning.

Den psykopatologiske vurdering bør være dybtgående og omfattende. Blandt de elementer, der bør lægges vægt på, når det drejer sig om psykotiske, er behandlingsmotivation, behandlingseffekt og karakteren af de psykotiske forestillinger, hvor specielt persisterende vrangforestillinger af forfølgelseskarakter eller med et aggressivt indhold, rettet mod andre, bør tillægges vægt. Endelig den aktuelle psykotiske tilstands erfaringsmæssigt erkendte farlighed, f.eks. visse former for skizofreni. For ikke-psykotiske er vurderingen af personlighedstræk som affektlabilitet og eksplosivitet vigtig, ligeså i hvilket omfang den pågældende har forståelse for og indføling i andre mennesker. For visse sædelighedskriminelle kan det være relevant at forsøge at belyse deres seksuelle reaktionsmønster og fantasiverden. Personlighedsintegrationen kan ligeledes være af betydning, herunder en mere dynamisk orienteret vurdering af risikoen for, at den pågældende i særlige situationer kan reagere med primitive, aggressive impulsgennembrud eller eventuelt udvikle psykotiske episoder. Megen personfarlig kriminalitet foretages af personer – psykotiske såvel som ikke-psykotiske – der er påvirket af alkohol og/eller euforiserende stoffer, og det er derfor af stor betydning at vurdere, hvorvidt der foreligger et misbrug, og hvorvidt en eventuel misbruger er reelt motiveret for behandling.

Hvad endelig angår *de sociale forhold* – og her tænkes især på løsla-

5.5. Aktindsigt i mentalerklæringer m.v.

delses- og udskrivningssituationer – må det nøje overvejes, hvorvidt de sociale forhold, den pågældende vil komme ud til eller ønsker at leve under, medfører risiko for farlige situationer eller risiko for, at vedkommende let kommer i kontakt med potentielle ofre, f.eks. at en person, der flere gange er blevet dømt for seksuelle overgreb over for mindreårige, kommer til at leve tæt sammen med børn eller i et børnerigt kvarter. Netop de sociale aspekter peger mere generelt på, at »farlighed« i et eller andet omfang også er samfundsmæssigt betinget, hvor forhold som bolig og arbejde samt muligheden for støtte, rådgivning og behandling kan være af afgørende betydning.

5.4.4. Sammenfatning

Den opdeling i forskellige elementer, der her er foretaget, er på mange måder kunstig, idet disse elementer naturligvis glider ind over hinanden. Pointen er da også, at man ved at anlægge disse forskellige synsvinkler dels tvinges til at overveje problemet på forskellige måder, dels sikrer sig, at så mange aspekter som muligt bliver belyst. I den endelige vurdering må der foretages en syntese af de forskellige delanalyser. Farlighedsvurderinger er – farlige. De »falsk positive« kan medføre langvarig frihedsberøvelse af mennesker, som altså ikke er til fare for andre; de »falsk negative« kan påføre andre mennesker svære skader. Psykiatrien kan i et vist omfang medvirke i disse vurderinger, først og fremmest ved at fremlægge data og de herpå baserede skøn, som så på linie med andres vurderinger kan indgå i de besluttende myndigheders, ofte domstolenes, afgørelser. Hvor grænsen skal gå mellem individets rettigheder og samfundets beskyttelse, er ikke et psykiatrisk, men et politisk, juridisk og moralsk spørgsmål.

5.5. Aktindsigt i mentalerklæringer mv.

Spørgsmålet om patienters adgang til aktindsigt i deres egen journal m.v. er reguleret i lov nr. 504 af 30. juni 1993 om aktindsigt i helbredsoplysninger. Loven trådte i kraft den 1. januar 1994. Samtidig blev bestemmelsen om sygehusjournaler i offentlighedslovens §9 ophævet.

Efter § 1 i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger gælder loven for patientjournaler, patientoptegnelser og patientregistre m.v., der ud-

arbejdes af autoriserede sundhedspersoner eller på disses ansvar, og som føres på offentlige eller private sygehuse, klinikker, ambulatorier, i privat praksis eller i forbindelse med behandling eller pleje i private hjem samt på andre offentlige eller private institutioner m.v., hvor der som led i sundhedsmæssig virksomhed foretages undersøgelse, behandling eller pleje af patienter.

Loven er efter sin ordlyd ikke begrænset til optegnelser, der udarbejdes som led i en behandlingsmæssig indsats. Loven må derfor bl.a. antages at omfatte den patientjournal og andre optegnelser, der føres om en mentalobservand. Det er uklart, om udtrykket »patientjournaler, patientoptegnelser, patientregistre m.v.« også omfatter den mentalerklæring, der udarbejdes som led i en mentalundersøgelse. Dette må formentlig antages at være tilfældet, selv om en mentalerklæring i modsætning til en patientjournal udarbejdes med henblik på afgivelse til brug i en straffesag. Derimod er politirapporter og andet materiale, der ikke er udarbejdet af sundhedspersoner, ikke omfattet af lov om aktindsigt i helbredsoplysninger, medmindre materialet indgår som en del af journalen.

Efter lovens § 2, stk. 1, har den, om hvis helbredsforhold der er udarbejdet patientjournaler m.v., ret til aktindsigt heri. Retten til aktindsigt kan begrænses i det omfang, patientens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den pågældende selv eller til andre private interesser, jf. lovens § 2. Hensynet til offentlige interesser er ikke nævnt som et hensyn, der kan begrunde en begrænsning i retten til aktindsigt.

Lov om aktindsigt i helbredsoplysninger indeholder ikke – som offentlighedsloven gør det – en særlig undtagelse, for så vidt angår sager inden for strafferetsplejen. Dette indebærer, at journaler og andre optegnelser, der er omfattet af lov om aktindsigt i helbredsoplysninger, ikke vil kunne undtages fra retten til aktindsigt efter loven, selv om de er udarbejdet som led i en mentalobservation til brug for en straffesag.

Tidligere var retstilstanden en anden. Indtil den 1. januar 1994 var spørgsmålet om patienters ret til aktindsigt i sygehusjournaler reguleret i offentlighedslovens § 9. Bestemmelsen i § 9 omfattede imidlertid ikke journaler og erklæringer udarbejdet på psykiatriske afdelinger i forbindelse med mentalobservation, der foretages som led i en straffesags behandling. Dette skyldes, at offentlighedsloven, herunder den dagældende bestemmelse i § 9, ikke gælder for sager inden for strafferetsplejen, jf. lovens § 2, stk. 1, 1. pkt. Mentalobservander kunne derfor ikke efter offentlighedsloven kræve aktindsigt i sådanne

5.5. Aktindsigt i mentale erklæringer m.v.

journaler og erklæringer, medmindre de pågældende oplysninger var udlånt eller overført til brug i sager uden for strafferetsplejen. I så fald ville aktindsigt efter offentlighedsloven i øvrigt kunne begrænses i det omfang, det var »nødvendigt til beskyttelse af væsentlige hensyn til forebyggelse, opklaring og efterforskning af lovovertrædelser, straffuldbyrddelse og lignende samt beskyttelse af sigtede, vidner eller andre i sager om strafferetlig eller disciplinær efterforskning«, jf. offentlighedslovens § 13, stk. 1, nr. 3. En lignende begrænsning gælder med hensyn til partsaktindsigt, jf. forvaltningslovens § 15, stk. 1, nr. 3.

Denne konsekvens med hensyn til mentalobservationer af at overføre reguleringen af spørgsmålet om aktindsigt i journaler fra offentlighedsloven til den nye lov om aktindsigt i helbredsoplysninger ses ikke nærmere overvejet i forbindelse med lovens tilblivelse.

En mentale erklæring bør udarbejdes under den forudsætning, at observanden får adgang til erklæringen. Det, der i visse tilfælde især kan være problematisk, er, hvis observanden skal have fuld adgang til alle optegnelser under tilblivelsen af erklæringen, inden mentale erklæringen er færdig.

Hvis der i det konkrete tilfælde er risiko for, at aktindsigt til mentalobservanden vil kunne hindre en forsvarlig gennemførelse af mentalundersøgelsen, kan der være behov for, at aktindsigt ikke gives, før denne risiko ikke længere er til stede. En begæring fra mentalobservanden om aktindsigt i optegnelser, der er udarbejdet som led i mentalundersøgelsen, vil dog kun kunne afslås, hvis betingelserne i lovens § 2, stk. 2, er opfyldt.

Fremsætter mentalobservanden anmodning om aktindsigt i erklæringen over for den psykiatriske afdeling, efter at erklæringen er afgivet til anklagemyndigheden (med kopi til forsvareren), men inden straffesagen er endeligt afgjort, har man hidtil fulgt den praksis, at afdelingen videresender anmodningen til anklagemyndigheden med en påtegning om afdelingens indstilling. Afslår anklagemyndigheden i medfør af retsplejelovens bestemmelser, at erklæringen udleveres til den pågældende, vil spørgsmålet kunne forelægges for retten.

Efter § 3 i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger træffes afgørelse om aktindsigt af den institution, der har patientjournalerne m.v. i sin besiddelse. Ønsker den mentalobserverede, at den psykiatriske afdeling selv træffer afgørelse om aktindsigtsspørgsmålet efter § 3 i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger, vil afdelingen formentlig være forpligtet hertil, selv om erklæringen formelt er afgivet. I så fald bør afdelingen, inden afgørelse træffes, indhente en udtalelse fra ankla-

gemyndigheden. Den samme fremgangsmåde bør i almindelighed følges, hvis begæringen fra den mentalobserverede fremsættes over for den psykiatriske afdeling, efter at straffesagen er afsluttet.

Ret til aktindsigt indebærer ikke nødvendigvis en ret til at få udleveret kopi af det pågældende materiale. Efter lovens § 3, stk. 2, bestemmer vedkommende myndighed, institution eller sundhedsperson, om aktindsigten skal gennemføres ved, at der gives adgang til gennemsyn af materialet på stedet, eller ved, at der udleveres en afskrift eller kopi.

En afklaring af de her omtalte spørgsmål kunne f.eks. tilvejebringes ved, at der i lov om aktindsigt i helbredsoplysninger indsættes en bestemmelse om, at loven ikke gælder for patientoplysninger m.v., der udarbejdes til brug for sager inden for strafferetsplejen. Aktindsigt i mentalerklæringer ville herefter være reguleret af retsplejelovens bestemmelser samt af forvaltningslovens § 18, der vedrører spørgsmålet om aktindsigt i afsluttede straffesager.

Kapitel 6

Retslige patienter

6.1. Indledning

6.1.1. Begrebet retslig patient

Begrebet retslig patient kan defineres som en person, hvis aktuelle stilling som psykiatrisk patient har sit grundlag i en afgørelse truffet af en domstol eller anden offentlig myndighed om etablering af et læge-patient-forhold. Begrebet defineres altså ved sin modsætning til den normale situation, at en person selv søger hospitalsmæssig eller ambulant psykiatrisk behandling og forbliver under denne behandling – af mere eller mindre regelmæssig karakter – så længe, som han eller hun selv ønsker det.

Når begrebet retslig patient opfattes således, omfatter det også den, der er tvangsindlagt eller tvangstilbageholdt i medfør af psykiatriloven. Fremstillingen i det følgende vil imidlertid ikke omfatte disse personer, hvis behandling – med de modifikationer, som følger af hospitalsopholdets tvangsmæssige karakter – helt svarer til den, der i øvrigt foregår på psykiatriske afdelinger. Dette gælder i princippet også om de grupper, der her skal omtales. Men der er dog grund til lidt mere udførligt at fremhæve de træk, der præger behandlingssituationen over for varetægtsfængslede og domfældte personer.

Det drejer sig her om personer, hvis behandling har sit grundlag i en strafferetlig afgørelse, først og fremmest personer dømt i medfør af straffelovens § 68 eller § 69, men også personer, over for hvem der er givet betinget dom eller meddelt prøveløsladelse, tiltalefrafald eller benådning med vilkår om psykiatrisk behandling. Som det vil fremgå, medtages også personer, som før dommen og fuldbyrdelsen kan give anledning til retspsykiatriske opgaver (bortset fra retspsykiatriske undersøgelser i almindelighed, se herom kap. 5). Det påhviler det almindelige psykiatriske behandlingssystem, eller eventuelt amtskommunernes behandlingssystem for åndssvage, at varetage behandlingen af disse forskellige patientgrupper (se kap. 1.3.).

Den generelle redegørelse for det strafferetlige lovgrundlag, doms-

Kap. 6. Retslige patienter

formerne, straffesystemet mv. findes i kap. 3. Fremstillingen i det følgende har denne redegørelse som baggrund og vil i det væsentlige blive koncentreret om de opgaver, der melder sig for det psykiatriske behandlingssystem, når det står over for at skulle give de retslige afgørelser indhold.

I psykiatrilovens § 42 findes en kort bestemmelse, der handler om lovens anvendelse på nogle af de retslige patienter. Nedenfor skal det kort omtales, hvad der gælder med hensyn til lovens anvendelse på disse patienter.

Fra 1980 til 1995 indtrådte der en stigning fra ca. 300 til knap 850 i det årlige antal løbende tilsyn ved kriminalforsorgen med personer dømt i medfør af straffelovens §§ 68 og 69, dvs. en årlig vækstrate på 6,83 %, se Peter Kramp & Gorm Gabrielsen (1994). Der findes ikke opgørelser over det årlige antal dømte under aktuel hospitalsmæssig eller ambulant psykiatrisk behandling. En sandsynlig stigning må antages væsentligst at skyldes behandlings- og omsorgssvigt over for de mest syge psykotiske patienter, Peter Gottlieb (1994). Blandt de talrige udenlandske afhandlinger om deinstitutioniseringens konsekvenser, se f.eks. B.F. Hoffman (1990), Malcolm Dean (1992) og Henrik Belfrage (1994 og 1995).

Det er uvist, om der er en stigning i det årlige antal domme efter §§ 68 og 69, se herom Lene Ravn i Kriminalistisk Instituts Årbog 1994, s. 213 ff, hvor forholdet mellem de forskellige opgørelsesmåder drøftes. Ifølge Jens Lund (1987) indtrådte der fra 1970 til 1983 en stigning fra ca. 40 til ca. 180 i det årlige antal domme efter de to bestemmelser. Den ses navnlig efter 1976 og gælder i øvrigt ikke domme til anbringelse. Se også Sundhedsstyrelsens Redegørelse om Retspsykiatri (1995).

Omkring en femtedel af de retspsykiatriske patienter har diagnosen »personlighedsforstyrrelse«, men heraf er knapt halvdelen dømt efter straffelovens § 16 (Jens Lund (1987)). Antallet af ikke-psykotiske, der idømmes en psykiatrisk særforanstaltning, falder (Peter Kramp (1993b)). Denne gruppe omfatter fortrinsvis lettere demente, grænsepsykotiske og helt unge, der inddrages under bistandslovens bestemmelser (Alex Kørner m.fl. (1993)).

Om en stigning i antallet af psykotiske varetægtsfanger henvises til Peter Kramp m.fl. (1994).

6.1.2. Tvang over for retslige patienter

Det fremgår af psykiatrilovens § 42, at lovens bestemmelser om tvang, patientrådgivere, klageadgang mv. ikke uden videre finder anvendelse på personer, der »opholder sig på psykiatrisk afdeling i henhold til en retsafgørelse, som er truffet i strafferetsplejens former«. Frihedsberøvelsens iværksættelse og udstrækning har her sit grund-

lag i en afgørelse truffet af domstolene i henhold til lovregler. Og det er ikke i psykiatrilovens forarbejder fundet praktisk at tage nærmere stilling til, hvad der bør gælde af de i loven beskrevne forskrifter over for disse persongrupper.

Ved lovens § 42 overlades det til justitsministeren at fastsætte regler om, i hvilket omfang lovens bestemmelser skal finde tilsvarende anvendelse på dem, der opholder sig på psykiatrisk afdeling i henhold til en strafferetlig eller straffeprocessuel afgørelse. Herom foreligger der en kort bekendtgørelse nr. 605 af 23. august 1990 og et udførligt notat fra Justitsministeriet af samme dato.

De personer, som på strafferetligt grundlag kan befinde sig på psykiatrisk afdeling, er efter bekendtgørelsens § 1 for det første de i medfør af straffelovens § 68 eller § 69 domfældte, for så vidt dommen går ud på eller giver mulighed for hospitalsophold; heri indbefattes ophold bestemt i medfør af § 72 eller § 73. Dernæst nævnes personer, der er indlagt i medfør af retsplejelovens § 765 om varetægtssurrogater, § 777 om hospitalsanbringelse af varetægtsarrestanter eller § 809, stk. 2, om indlæggelse til mentalobservation.

Om disse personer bestemmer bekendtgørelsens § 2, at psykiatriloven og hertil knyttede forskrifter som hovedregel finder anvendelse. Undtaget herfra er dels psykiatrilovens §§ 5-11 om selve frihedsberøvelsen, dels § 21, stk. 2, om visse tilførsler til tvangsprotokollen, §§ 24-29 om patientrådgivere og patientråd og § 34 om domstolsprøvelse. Det følger heraf, at vigtige bestemmelser i psykiatriloven finder anvendelse for denne patientgruppe, navnlig kap. 4 om tvangsbehandling, kap. 5 om fiksering mv., kap. 9 om underretning og klagevejledning og bestemmelserne i kap. 10 om patientklagenævn; se i øvrigt de enkelte bestemmelser i psykiatriloven, som ikke er undtaget ved bekendtgørelsens § 2.

Uden for bekendtgørelsen og dermed inden for psykiatriloven falder ophold på psykiatrisk afdeling i medfør af betinget dom eller prøveløsladelse med vilkår samt ophold, der indtræder under strafafsoning, eventuelt efter en beslutning i medfør af straffelovens § 49, stk. 2. Sidstnævnte gruppe kan dog ikke udskrives, men må eventuelt tilbageflyttes til afsoningsantalt. Generelt er psykiatriloven uden betydning med hensyn til domfældte, der som forvarede eller strafafsonere opholder sig i Anstalten ved Herstedvester, men under ganske særlige omstændigheder, dvs. tilfælde hvor en indsat er psykotisk og så farlig, at overførsel til sikringsafdelingen er aktuel, men hvor korrigerende behandling antages at kunne formindske farligheden,

kan anstaltens overlæge foretage tvangsbehandling. En indsat, der tvangsbehandles, får tildelt patientrådgiver, kan klage til patientklagenævn mv.

Vedrørende retslige patienter henvises til Poul Dahl Jensen & Jørgen Paulsen (1991), s. 205 ff, 245 og 276 ff; sidstnævnte sted gengives notatet af 1990 med nærmere omtale af forholdet til psykiatriloven. For en mere detaljeret gennemgang ud fra en lægelig synsvinkel, se Dorte Sestoft & Peter Gottlieb (1994).

6.2. Retslige patienter før dom

6.2.1. Varetægtsfængsling

Så længe en straffesag ikke er afsluttet, kan psykiatrisk behandling ikke have sit grundlag i en afgørelse om retslig reaktion i anledning af kriminalitet. Uanset om den pågældende fra første færd har erklæret sig skyldig i det, som han eller hun sigtes for, skal vedkommende bedømmes som den, hvis kriminalitet ikke er fastslået.

Der findes imidlertid regler, som bevirker, at der på forskellige stadier af straffesagens gang opstår spørgsmål om psykiatrisk behandling. Disse regler er knyttet til brugen af varetægtsfængsling, som ikke er en straf, men en processuel frihedsberøvelse, normalt i et arresthus, i København i Vestre fængsel. Reglerne om varetægtsfængslingsens betingelser og varighed findes i retsplejelovens kap. 70. De skal ikke her nærmere gennemgås, heller ikke med henblik på de praktiske spørgsmål om lægelig medvirken i fængslet, der kan opstå, f.eks. i tilfælde af varetægt under isolation (retsplejelovens §§ 770 a-c). I fængslingsgrundene i lovens § 762 indgår ingen henvisning til den sigtedes mentale tilstand eller behandlingsbehov. En fængslingsgrund er en grund til fængsling, som også skal være opfyldt i de nedenfor omtalte tilfælde, hvor en behandlingsmæssig anbringelse foretrækkes.

Opmærksomheden skal henledes på en særlig fængslingsgrund i § 763. Den handler bl.a. om tilfælde, hvor der er begrundet mistanke om, at en person har overtrådt vilkår (herunder behandlingsvilkår) i en betinget dom eller ved prøveløsladelse eller har overtrådt bestemmelser i dom eller kendelse efter straffelovens §§ 68, 69, 70 og 72. Den pågældende kan da under visse nærmere betingelser varetægtsfængsles, forudsat at der efter rettens skøn foreligger spørgsmål om fuldbyrkelse i fængsel eller anden institution. For så vidt

6.2. Retslige patienter før dom

angår psykisk afvigende vil anvendelsen af bestemmelsen formentlig sjældent komme i betragtning, bl.a. fordi tilbageførelse til hospital normalt kan ske uden fængsling.

Varetægtsarrestanter, der ønskes indlagt, bør modtages hurtigst muligt. Der er eksempler på, at psykiatriske afdelinger har nægtet at modtage patienter fra arresthuse f.eks. med den begrundelse, at patienten ikke opfyldte betingelserne for en tvangsindlæggelse, eller at den pågældende ville passe dårligt i miljøet på en lukket (modtage)afdeling. Muligheden for psykiatrisk diagnostik og behandling er imidlertid såre begrænset i hovedparten af kriminalforsorgens institutioner, hvorfor varetægtsarrestanter snarest, dvs. inden for syv dage, bør modtages, når der er mistanke om, at den pågældende er psykisk syg. Viser det sig, at patienten ikke har nogen behandlingskrævende psykisk lidelse, kan den pågældende tilbageflyttes til arresthus efter den procedure, som fremgår af de forskellige bestemmelser.

Den anførte tidsfrist på syv dage er anbefalet i Retspsykiatri. Redegørelse fra Sundhedsstyrelsens udvalg vedrørende retspsykiatri (1995). Redegørelsen beskæftiger sig bl.a. med de vanskeligheder, kriminalforsorgens institutioner, dvs. fængsler og arresthuse, har oplevet med at få indlagt indsatte, og det anbefales generelt, at der etableres mere smidige samarbejdsordninger mellem det psykiatriske behandlingssystem og kriminalforsorgen. Se også kap. 3.12.

Varetægtsarrestanter har forskellige rettigheder, hvoraf den vigtigste i denne sammenhæng er ret til uhindret kontakt med sin forsvarer. Denne ret har også varetægtsarrestanter, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling. Hensynet til den almindelige »anstaltsorden« kan imidlertid give anledning til indskrænkninger i adgangen til telefon og lignende.

Bliver en varetægtsarrestant løsladt, medens den pågældende er indlagt på en psykiatrisk afdeling, skal patienten straks udskrives, medmindre patienten accepterer fortsat frivillig indlæggelse eller opfylder betingelserne for tvangstilbageholdelse. I sidstnævnte tilfælde skal patienten altså ikke udskrives (fordi varetægtsfængslingen ophører) for så at blive tvangsindlagt, men forbliver indlagt – nu frihedsberøvet i medfør af psykiatrilovens bestemmelser.

Det skal anbefales, at afdelingen nøje registrerer patientens retlige status, som meget vel kan ændres under forløbet af en indlæggelse,

idet afdelingens handlefrihed afhænger heraf. Endelig skal nævnes, at anklagemyndigheden, det vil i praksis ofte sige politiet, i særlige tilfælde kan give tilladelse til lempelser eller særordninger, f.eks. at en mentalobservand opholder sig på åbent afsnit.

6.2.2. Varetægtssurrogater

Hvis betingelserne for varetægtsfængsling er opfyldt, kan der være spørgsmål om i stedet med den sigtedes samtykke at vælge et såkaldt varetægtssurrogat efter retsplejelovens § 765, i loven betegnet som en »foranstaltning« men ikke som fængsling. Det er en mindre indgribende forholdsregel, der findes tilstrækkelig til at opfylde en fængslings formål, f.eks. sikring mod flugt eller gentagelse. Her nævnes bl.a. muligheden for at bestemme, at den sigtede undergives et tilsyn eller forskrifter om opholdssted og lignende, tager ophold i egnet hjem eller institution eller undergiver sig »psykiatrisk behandling eller afvænningsbehandling for misbrug af alkohol, narkotika eller lignende, om fornødent på hospital eller særlig institution«.

Det er den sidstnævnte bestemmelse, der her er af størst interesse. Den forudsætter ikke, at en psykiatrisk afdeling eller læge i forvejen er hørt og har accepteret at modtage den pågældende. Normalt vil der dog foreligge en lægelig udtalelse i sagen, bortset fra de tilfælde, hvor den sigtede er åbenbart psykotisk. Den i psykiatrisk afdeling anbragte person skal som udgangspunkt være på lukket afsnit, og patienten må ikke forlade afdelingen. Retten kan – på begæring af anklagemyndigheden – træffe bestemmelse om, at den varetægtsfængslede f.eks. undergives besøgskontrol, brevkontrol mv. En række af disse begrænsninger kan dog i praksis ikke gennemføres på en psykiatrisk afdeling. Afdelingen bør derfor, når den anmodes om at modtage en patient i medfør af retsplejelovens § 765, søge oplyst, hvorvidt der er truffet beslutning om besøgskontrol og lignende, og er det tilfældet vurdere, hvorvidt de i praksis kan gennemføres, samt informere politiet herom. Når særlige omstændigheder som dødsfald i den nærmeste familie og lignende taler for det, kan overlægen dog med politiets samtykke give patienten tilladelse til udgang i et kortere tidsrum, ledsaget af politiet, medmindre der er truffet aftale om anden ledsagelse.

Opholdet i psykiatrisk afdeling vedvarer i princippet indtil udløbet af den af retten fastsatte (eventuelt forlængede) frist eller inden for denne indtil en afgørelse om foranstaltningens ophævelse. Det er en

selvfølge, at der fra lægeligt synspunkt kan være anledning til at anlægge et konkret skøn over anbringelsens hensigtsmæssighed. Afdelingen må derfor underrette politiet om forhold, der taler for anbringelsens ophør, f.eks. at den sigtede ønsker det, eller at anbringelsen findes at have opfyldt sit formål eller omvendt skønnes formålsløs, f.eks. fordi den pågældende ikke er psykotisk. Om der derefter bør ske en anbringelse i varetægt – dvs. en tilbageførsel til arresthus – eller en ophævelse af den processuelle frihedsberøvelse, er ikke et lægeligt spørgsmål.

Også åndssvage kan anbringes i varetægtssurrogat i form af anbringelse på en passende institution for personer med vidtgående psykiske handicap. Her gælder de samme bestemmelser som for anbringelse på en psykiatrisk afdeling.

6.2.3. Behandling af varetægtsfanger

For så vidt angår psykiatrisk behandling af personer, over for hvem der er truffet afgørelse om varetægtsfængsling, er der i retsplejeloven anvist to forskellige fremgangsmåder. Der ses herved bort fra lægelig medvirken under selve arrestopholdet, f.eks. ordination af psykofarmaka.

I stedet for den normale anbringelse i arresthus kan der efter § 770, stk. 2, 2. pkt., ske anbringelse uden for varetægtsfængsel »af helbredsmæssige grunde«. Den korte bestemmelse herom tager i første række sigte på somatiske sygdomme, men finder også anvendelse ved psykiske lidelser. Hvis betingelserne for tvangsindlæggelse efter psykiatriloven skønnes opfyldt, finder denne lov anvendelse. Indlæggelse efter § 770, stk. 2, 2. pkt, finder sted uden rettens bestemmelse eller godkendelse, men både politiet og forsvareren bør informeres om den, så vidt muligt før indlæggelsen finder sted. Er patienten sigtet for alvorlig kriminalitet, eller taler omstændighederne i øvrigt herfor, kan politiet ønske at foretage særskilt bevogtning af patienten, også selv om indlæggelse finder sted på lukket afdeling. Sådanne – yderst få – tilfælde kan give anledning til vanskeligheder for den modtagende afdeling, og det kan her overvejes at søge patienten anbragt enten på et særligt sikret retspsykiatrisk afsnit eller eventuelt på sikringsafdelingen i medfør af retsplejelovens § 777 (se nedenfor).

En anden fremgangsmåde er beskrevet i retsplejelovens § 777. Den består i, at en varetægtsarrestant med rettens godkendelse »anbringes i en anstalt for personer, der udstår frihedsstraf eller forva-

ring, eller i hospital mv., jf. straffelovens §§ 68 og 69«. Afgørelsen forudsætter, at både den sigtede, anklagemyndigheden og institutionens ledelse samtykker i den. Men hvis helbredsmæssige hensyn eller hensynet til andres sikkerhed gør det påkrævet, kan anbringelsen undtagelsesvis ske uden arrestantens samtykke.

Den sidst omtalte anbringelse ændrer ikke den kendsgerning, at det er en ikke-domfældt person, der anbringes. Men rent praktisk vil det dog i en del tilfælde tale for anbringelsen, at der er en stærk forventning om anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning – eller eventuelt en af de særforanstaltninger, der anvendes over for åndssvage – i forbindelse med, at det behandlingsmæssigt er hensigtsmæssigt at fremskynde en arrestants overførelse til det mest adækvate behandlingsmiljø. Det er i § 777 udtrykkelig anført, at den anbragte behandles efter de regler, der gælder for personer, der er anbragt i henhold til dom. Hertil føjes, at den pågældende ikke uden rettens godkendelse må forlade institutionen, bortset fra en med politiet aftalt ledsaget udgang af kortere varighed til særlige formål. Såfremt en patient trækker sit samtykke tilbage, skal afdelingen informere anklagemyndigheden, der så indbringer sagen for retten.

6.2.4. Mentalobservander

Retspsykiatriske undersøgelser forud for dommen er særskilt reguleret ved bestemmelser i retsplejelovens kap. 75, se herom ovenfor kap. 5, hvoraf det bl.a. fremgår, at der må sondres mellem mentalundersøgelse på fri fod og ved indlæggelse på hospital. Mentalobservander kan være andre end de i det foregående omtalte personer, der er undergivet varetægtsfængsling og lignende under sagen. Retskendelse om retspsykiatrisk undersøgelse kræves i tilfælde af manglende samtykke fra den sigtede, og hvor denne er fængslet, samt i alle tilfælde af indlæggelse til observation. Også for mentalobservander er udgangspunktet anbringelse på lukket afdeling.

Det skal fremhæves, at retspsykiatriske undersøgelser – herunder den hospitalsmæssige – ikke har behandling til formål. Hovedparten af de indlagte mentalobservander er imidlertid psykotiske og vil give anledning til, at der iværksættes behandling, eventuelt tvangsbehandling efter psykiatrilovens bestemmelser.

6.3. De psykiatriske særforanstaltninger

6.3.1. *Et grundprincip for behandlingen*

Den strafferetlige reaktion over for sindssyge og visse andre psykisk afvigende lovovertrædere udgår fra det princip, at behandlingen bør ske inden for det almindelige psykiatriske hospitalsvæsen. Det har undertiden været foreslået, at man – som det er sket i visse andre lande – opretter en særlig behandlingsinstitution for psykisk syge inden for kriminalforsorgen. Det er af nogle blevet anset som en fordel, at de almindelige psykiatriske afdelinger helt eller delvis aflastes for patientgrupper, der er dømt for strafbare handlinger. Det er bl.a. anført, at en sådan udskillelse vil gøre varetagelsen af sikkerhedshensyn til et mindre fremtrædende træk i afdelingernes hverdag, og at de domfældte kriminelles tilstedeværelse er uheldig i forhold til andre patientgrupper og disses pårørende. Det kan imidlertid betragtes som et samfundsmæssigt og behandlingsmæssigt tilbageskridt at accentuere de domfældte sindssyges stilling som en særgruppe i stedet for at anlægge det synspunkt, at det er den psykiske sygdom, der kommer i første række, og at alle de udtalt psykisk afvigende bør henhøre under det almindelige psykiatriske behandlingssystem. Opgørelser har desuden stærkt tydet på, at der ikke ville kunne sammensættes en patientgruppe, der er tilstrækkelig stor til at kunne begrunde indretningen af en institution for sindssyge mv. inden for kriminalforsorgen, en institution som i øvrigt ville bryde med princippet om patientbehandling i lokalområderne.

I Bet. nr. 165/1956 om statens sindssygevæsen omtales udførligt det psykiatriske systems opgaver i relation til kriminelle patienter (s. 77 ff). Kommissionen tog sit udgangspunkt i følgende synspunkter: "Når man opstiller de kriminelle patienter som en særlig gruppe, må der gives en begrundelse derfor. Kriminalitet er ikke i sig selv relevant i lægelig henseende; det er tilfældigt, om en psykiatrisk patients handlinger bringer ham i konflikt med straffeloven, og man kan ikke inden for et hospitalsvæsen tage sit udgangspunkt i den opfattelse, at lovovertræderne skal undergives særbehandling. Det er også klart, at en sådan tankegang vil kollidere med kriminalpolitiske tendenser og humane betragtninger; accepterer man, at en persons handlesæt er bestemt af sygelige impulser, må det være rimeligt, at man opfatter ham som en patient og behandler ham som en sådan".

Det fandtes imidlertid i Bet. nr. 165/1956 tvivlsomt, hvilken institutionsmæssig ordning der burde gælde. Man ville ikke tillægge det af nogle fremhævede hensyn til sindssygehospitalernes omdømme selvstændig vægt. Men

Kap. 6. Retslige patienter

man frygtede, at sikkerhedshensyn m.h.t. visse kriminelle kunne komme i konflikt med kurative hensyn og ønsker om en øget liberalisering af forholdene i psykiatriske hospitaler. Efter nogen diskussion frem og tilbage konkluderede man – i tilknytning til en udvalgsbetænkning af 1949 om et kriminalasyl –, at der burde oprettes "en særlig behandlingsinstitution for psykisk abnorme lovovertrædere, hvis kriminelle farlighed gør dem uegnede til almindelig sindssygebehandling inden for det ordinære hospitalsvæsens rammer". Mest hensigtsmæssigt ville det være at gøre en sådan institution uafhængig af sindssygevæsenet (dvs. at henlægge den til kriminalforsorgen), men ellers måtte det overvejes at oprette et specialhospital under sindssygevæsenet (anf. st. s. 86).

Spørgsmålet blev næste gang behandlet af et i 1957 nedsat udvalg, som afgav Bet. nr. 450/1967 om oprettelse af en særlig behandlingsinstitution for en del af de psykisk abnorme lovovertrædere. Under udvalgsarbejdet tilkendegav den statslige sindssygeforsorg, at man ikke længere fandt behov for oprettelse af en særinstitution for kriminelle sindssyge, og endvidere udtalte Københavns Magistrat, at man indtil videre kunne affinde sig med, at Sct. Hans Hospital modtog forvaringspatienter (dvs. anbringelsesdømte). Udvalget konkluderede på grundlag af de fremkomne udtalelser og nogle talmæssige beregninger, at man ikke kunne anbefale oprettelsen af en særinstitution til behandling af visse kriminelle sindssyge uafhængig af sindssygevæsenet på linie med de øvrige institutioner for særbehandling af lovovertrædere (dvs. de daværende psykopatforvaringsanstalter). Det hedder i betænkningen: "Oprettelse af en særinstitution til behandling af visse sindssyge uden for sindssygevæsenets rammer må på forhånd forekomme lidet rationel. Det ville i alle tilfælde betyde, at en ikke uvæsentlig del af sindssygevæsenets område udskilles til behandling uden for dets organisation. Navnlig for så vidt angår patienter, der begår lovovertrædelser under ophold på hospitalerne, vil det være ensbetydende med, at sindssygevæsenet på denne måde befries for dets vanskeligste patienter. Dette synes vanskeligt foreneligt med, at det dog er en af sindssygevæsenets væsentlige opgaver at modtage og behandle personer, der på grund af sindssygdom er farlige for sig selv eller andre«. Herefter betoner udvalget med rette: »Det vil virke ejendommeligt, at de sindssyge, hvis farlighed har givet sig udslag i og er fastslået ved kriminelle handlinger, de har begået, fjernes fra sindssygevæsenets område og dermed fra dets erfaringskreds« (anf. st. s. 47).

En gruppe sygehusadministratorer o.a. udarbejdede i 1986 en rapport om »Retspsykiatri«; rapporten indeholdt nogle vage tilkendegivelser om, at visse retspsykiatriske patienter kunne være vanskelige at huse i »den nye, åbne psykiatri«, og at der kunne være behov for ændringer af lovgrundlaget. Sagen blev aldrig fulgt op, og i en rapport om »Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien«, udarbejdet af Sundhedsstyrelsens psykiatriske ekspertgruppe og udgivet af Sundhedsstyrelsen (1995), fastslås det, at det psykiatriske behandlingssystem bør organiseres på en sådan måde, at det kan modtage og behandle alle typer af retspsykiatriske patienter. Det samme synspunkt går igen i Sundhedsstyrelsens redegørelse om Retspsykiatri (1995), udarbejdet af et udvalg.

6.3. De psykiatriske særforanstaltninger

6.3.2. Behandlingens vilkår

Et andet spørgsmål end det foran omtalte er, hvorledes behandlingen af de retslige patienter inden for det almindelige psykiatriske hospitalsvæsen organiseres. Spørgsmålet blev kort berørt i Bet. nr. 450/1967, hvor man dog ikke fandt, at det i sin helhed henhørte under dette udvalgs opgave. Siden har problemet ændret karakter, bl.a. ved udlægningen af det hidtil statslige psykiatriske hospitalsvæsen og den efterfølgende sengereduktion.

Udgangspunktet må utvivlsomt tages i den betragtning, at de retslige patienter ikke adskiller sig fra andre psykiatriske patienter, hvad angår psykopatologiske symptomer, kliniske tilstandsbilleder og det objektivt indicerede og subjektivt oplevede behov med hensyn til behandlingens indhold. I begge grupper forekommer alle variationer fra de relativt lette tilfælde, eventuelt med en vekslen mellem ambulant og hospitalsmæssig behandling, til de sværeste, hvor længerevarende hospitalsophold med nøje overvågning er påkrævet. I princippet kan hospitalsbehandling af retslige patienter derfor ikke være noget, der skal beskrives som forskelligt fra anden psykiatrisk behandling.

6.3.2.1. Som tidligere anført (kap. 1.3.) er der inden for de senere år oprettet flere *retspsykiatriske afdelinger*. Disse afdelinger har imidlertid ingen særlig administrativ status, men er almindelige psykiatriske afdelinger, hvor man af praktiske grunde har valgt at samle de retspsykiatriske patienter. Oprettelsen af de retspsykiatriske afdelinger skyldes således ikke et ønske om at etablere en særlig behandlingsform, men må forklares med mere sekundære hensyn, herunder især det faldende sengetal i kombination med det stigende antal retspsykiatriske patienter. Fordelene ved at etablere disse afdelinger er bl.a., at behandlingsstrukturer kan tilpasses de særlige bestemmelser for retspsykiatriske patienter, og at behandlingspersonalet får kendskab til disse bestemmelser. Blandt ulemperne skal fremhæves risikoen for, at retspsykiatri bliver isoleret fra almenpsykiatrien, således at behandlingen af de retspsykiatriske patienter kommer ud af trit med god psykiatrisk standard.

Sct. Hans Hospital har landets største retspsykiatriske afdeling med knapt 70 sengepladser fordelt på to lukkede og to åbne afsnit samt et udslningsafsnit. Der er endvidere oprettet retspsykiatriske afdelinger i følgende amter:

Kap. 6. Retslige patienter

København, Vestsjælland, Fyn, Århus, Viborg og Nordjylland. Andre amter har etableret særlige retspsykiatriske senge på de lukkede afsnit eller har indgået samarbejdsaftaler med amter, der har oprettet retspsykiatriske afdelinger, om behandling af visse retspsykiatriske patienter. I enkelte områder varetager den retspsykiatriske afdeling behandlingen af samtlige retspsykiatriske patienter, men almindeligvis behandles hovedparten af disse patienter af de almenpsykiatriske afdelinger, og kun meget syge, voldsomme eller undvigelsestruede patienter indlægges på de retspsykiatriske afsnit.

Sundhedsstyrelsens redegørelse om retspsykiatri (1995) indeholder bl.a. en gennemgang af, hvorledes den retspsykiatriske behandling er organiseret i de forskellige amter. Udvalget fandt ingen anledning til at anbefale en entydig løsning af, hvordan behandlingen af retspsykiatriske patienter skal organiseres.

Selvom retspsykiatrisk behandling ikke adskiller sig fra anden psykiatrisk behandling, vil de givne vilkår for behandlingen undertiden medføre, at et retspsykiatrisk behandlingsforløb kan være problemfyldt. Det kan påvirkes af de tidsmæssigt uvisse og ikke altid af lægelige hensyn dikterede vilkår. Der kan f.eks. uden om afdelingen rejses sag om foranstaltningsændring, som, medens den står på, kan virke ind på behandlingsforløbet. Udskrivning ved retskendelse kan ske på et tidspunkt, hvor overlægen finder den utilrådelig; omvendt kan det ske, at en indstilling om foranstaltningsændring ikke tages til følge.

Det kan endvidere skabe særlige problemer, at der i behandlingen er et mere eller mindre fremtrædende element af tvang. Det gør sig gældende over for patienten (i øvrigt også over for tvangstilbageholdte patienter), som er forpligtet til at følge behandlingen, så længe den pågældendes retlige status ikke er ændret. Og det gør sig gældende over for afdelingen, som er forpligtet til at varetage behandlingen, ofte under de særlige vilkår, som følger af, at der af samfundet næres forventninger om en passende ydre sikkerhed, og at patienten kan være umotiveret for behandling, så at denne kan synes formålsløs.

Undertiden rejses det spørgsmål, om det er muligt at være »vogter og behandler« på samme tid. Kan man varetage en psykiatrisk behandling, der forudsætter et vist mål af tillid fra patientens side, samtidig med at man skal tilgodese gældende regler for placering på åben eller lukket afdeling, tildeling af frihedsgoder mv.? Spørgsmålet har dog nok større teoretisk end praktisk interesse, idet de to funktioner jævnligt vil være sammenfaldende. Det er ikke således, at det kun er de domfældte personer, der aktualiserer spørgsmålet om f.eks. begrænsning af terrænfrihed. Sådanne betragtninger bør imidlertid

6.3. De psykiatriske særforanstaltninger

ikke tilsøre, at der er tale om to forskellige, men hver for sig lige legitime hensyn, som på mange måder principielt er uforenelige.

Hovedparten af patienterne på de retspsykiatriske afdelinger er anbringelsesdømte, som er dømt for grov personfarlig kriminalitet, og hvis tilstand er således, at de skal være på et lukket afsnit, ligesom patienterne ofte må antages at skulle være indlagt i flere år. Man samler således de vanskeligste patienter på en afdeling, hvilket stiller særlige krav til afdelingens indretning og behandlingsplanerne, således at der ikke blot bliver tale om opbevaring. Såvel de kriminelle handlinger, patienterne er dømt for, som deres adfærd i afdelingen stiller endvidere særlige krav til personalet, som på samme tid skal kunne tale med patienterne om og »rumme« de ofte voldsomme og uhyggelige begivenheder, der har afstedkommet dommen, vise indfølelse i og forståelse for patienternes sygdom og være grænsesættende over for patienternes undertiden afvigende adfærd. Stort set alle patienterne har behov for medikamentel behandling; alle afdelinger arbejder endvidere efter miljøterapeutiske principper, dvs. at de daglige aktiviteter i afdelingen tilrettelægges således, at patienternes deltagelse i sig selv er en del af behandlingen; hertil kommer egentlig beskæftigelse, optræning mv. samt for nogle patienters vedkommende et psykoterapeutisk forløb med regelmæssige samtaler hver eller hver anden uge.

6.3.2.2. Afslutningsvis om behandlingens vilkår skal de *lægeetiske aspekter* kort berøres. Generelt er det vigtigt at fastslå, at behandlingen af retspsykiatriske patienter foregår inden for de samme etiske rammer og efter de samme lægeetiske principper som al anden psykiatrisk behandling. Det særegne ved et retspsykiatrisk behandlingsforløb inden for strafferetten er imidlertid, at læge-patientforholdet etableres og afsluttes ved afgørelser truffet af en domstol. Det er de behandlende lægers pligt at gøre det klart over for patienten og/eller de personer, der varetager dennes interesser (navnlig bistandsværgen og de pårørende), hvad der er den trufne afgørelses indhold. Lægerne kan ikke være afskåret fra i samtaler herom at gøre det klart, at der er meningsforskelle mellem dem og de juridiske instanser. Såfremt der efter domsformen tilkommer den psykiatriske afdeling en kompetence til – eventuelt i forbindelse med kriminalforsorgen – at bestemme udskrivning til ambulant behandling eller omvendt indlæggelse, må patienten informeres om, hvilke overvejelser

der ligger bag den trufne afgørelse. Som følge af det retlige grundlag for behandlingsforløbet må lægen endvidere gøre det klart, at der ikke gælder nogen ubegrænset tavshedspligt, men tværtimod efter omstændighederne en oplysningspligt, når der afgives erklæringer til offentlige myndigheder i anledning af spørgsmål om foranstaltningsændring, frihedsgoder mv. Det er indlysende, at der her kan opstå en konfliktsituation, hvor patienten f.eks. ikke ønsker at berøre visse temaer af frygt for, at dette vil kunne skade ham, i betydningen forlænge foranstaltningen, medens omvendt psykiateren af behandlingsmæssige grunde netop kan ønske disse forhold berørt.

Retspsykiatrisk behandling foregår i nogle rammer, som ikke kun er lægeligt definerede, uden at de derfor er i konflikt med lægeetiske principper. Men disse særlige vilkår stiller krav om grundige lægeetiske overvejelser, såvel hvad angår behandlingen af den enkelte patient, som hvad angår den overordnede tilrettelæggelse af hele området.

Om generelle lægeetiske aspekter af psykiatrisk behandling, se World Psychiatric Association's Hawaii-deklaration, trykt bl.a. i Daniel Andersen m.fl. (red.), Medicinsk Etik (1991) s. 600 ff.

Lægeetiske overvejelser inden for retspsykiatrien er omtalt i Utredning och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare i Norden (1995) s. 112 ff. The American Academy of Psychiatry and the Law har udarbejdet »Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry«, offentliggjort i R. Rosner og R. Weinstock (eds), Ethical Practice in Psychiatry and the Law (1990). Her fastslås det indledningsvis, at retspsykiatri er et psykiatrisk ekspertområde og altså et lægeligt område. Herefter behandles følgende emner: »Confidentiality«, »Consent«, »Honesty and Striving for Objectivity« – et særligt problem i USA, hvor de retspsykiatriske undersøgelser ofte foretages af anklagemyndighedens eller forsvarrets psykiater –, »Qualifications« og »Procedures for Handling Complaints of Unethical Conduct«.

6.3.3. Tidsfaktoren i behandlingsforløbet

6.3.3.1. Særforanstaltninger efter straffelovens §§ 68 og 69 er tidsubestemte. Dette gælder, hvad enten dommen lyder på anbringelse, på behandling, hvor hospitalsophold kan veksle med ambulant behandling, eller på rent ambulant behandling. Ved tidsubestemtheden adskiller disse foranstaltninger sig fra andre strafferetlige retsfølger (bortset fra forvaring og fængsel på livstid), men svarer til de tidsmæssige vilkår, under hvilke læger i almindelighed arbejder. De

6.3. *De psykiatriske særforanstaltninger*

problemer, som tidsubestemtheden kan give anledning til, knytter sig først og fremmest til hospitalsophold, altså den samlede frihedsberøvelse, som det givne domsgrundlag kan føre til.

Den særstilling, som i tidsmæssig henseende er tillagt retsfølger efter §§ 68 og 69, må fra lovgiverens side være tænkt som en konsekvent anvendelse af den grundsætning, at der ikke på forhånd kan sættes en grænse for, hvor længe et behandlingsforløb maksimalt må vare. Når straffelovgivningen i visse tilfælde ønsker straf erstattet af lægelige foranstaltninger under hensyn til sindssygdom eller anden psykisk afvigelse, drager den også heraf konsekvenser for retsfølgernes tidsmæssige udstrækning. Straf udmåles til en varighed, der primært bestemmes af den begåede lovovertrædelses grovhed (proportionalitetsprincippet). Denne udmåling kan ikke overføres til særforanstaltningerne, medmindre man vil se i øjnene, at hensigten med at henlægge reaktionen på kriminalitet til det psykiatriske behandlingssystem i et eller andet omfang forspildes.

Om konsekvensen af det tidsubestemte system skal foreløbig kort fremhæves, at det har to sider. Det kan føre til en længere foranstaltningstid end den frihedsstraf, som ville blive idømt for tilsvarende kriminalitet. Men det kan også føre til en foranstaltningstid, der er kortere. Visse begrænsninger, navnlig med hensyn til anvendelsen af frihedsberøvelse (hospitalsophold), er søgt indbygget i det gældende system.

For det første må §§ 68 og 69 læses således, at en foranstaltning både efter sin art og sin varighed skal begrænses til det, der skønnes nødvendigt og tilstrækkeligt. Det følger heraf, at dom til anbringelse i psykiatrisk afdeling i alt væsentligt begrænses til tilfælde af udtalt personfarlig kriminalitet. Hovedparten af de anbringelsesdømte er omfattet af § 16, enkelte er grænsepsykotiske. Som det nærmere er beskrevet i det kliniske afsnit (kap. 7), er der betydelige variationer i spontanforløb, behandlingsmuligheder mv. mellem de forskellige psykoseformer, ligesom nogle patienter ikke er motiveret for behandling. Kombinationerne af disse to forhold – dokumenteret personfarlig adfærd i psykotisk tilstand og viden om, at patientens psykose kan være vanskelig at behandle – begrundes psykiatrisk set den tidsubestemte anbringelse i konkrete tilfælde. Hyppigere vil en dom til psykiatrisk behandling være tilstrækkelig, når et fareafværgende formål og et hensyn til konstant overvågning ikke taler imod, at der i forløbet indgår perioder med ambulant behandling.

Dernæst er det en grundtanke i §§ 68 og 69, at beslutninger eller

indstillinger om en foranstaltnings fortsættelse eller ændring skal baseres på en bedømmelse af, hvad der skønnes formålstjenligt med henblik på forebyggelse af ny kriminalitet. Det giver behandlingssituationen en særlig karakter, at patienten er dømt for en nærmere beskrevet kriminalitet, og at den pågældendes tilstand og eventuelle ændringer i denne skal bedømmes i relation til spørgsmålet om risiko for, at den psykiske lidelse kan give sig nye udslag i kriminelle handlinger.

I de tilfælde, som ligger strafmuligheden nærmest, nemlig de af § 69 omfattede, er der anvist en særlig tidsbegrænsning ved reglerne om fastsættelse af en længstetid for institutionsophold. Det følger af disse regler, der er nærmere omtalt i kap. 3.5.2, at der ikke er tale om nogen radikal afvigelse fra tidsubestemthedens princip, idet en af retten fastsat længstetid kan forlænges. Det må dog antages, at der fra de psykiatriske afdelingers side bør vises tilbageholdenhed med indstillinger om en forlængelse af længstetiden.

Endelig skal i forbindelse med tidsubestemtheden fremhæves, at spørgsmål om psykiatriske foranstaltningers fortsættelse, ændring eller ophævelse henhører under domstolene. Der henvises til kap. 3.7.2 om kompetencen til at rejse sag herom.

6.3.3.2. Hospitalsmæssige og ambulante behandlingsperioder er i deres varighed principielt uafhængige af den pådømte kriminalitets grovhed. Det må dog antages, at de retlige myndigheder – i første omgang anklagemyndigheden, i sidste instans domstolene – føler sig forpligtede til ikke at tabe hensynet til proportionaliteten helt af syne. Der er grænser for, hvor lang en foranstaltningstid den ikke udpræget alvorlige kriminalitet kan bære. Over for den meget grove kriminalitet kan det på den anden side forekomme, at man tøver med at bringe foranstaltningen til ophør; det kan specielt gælde frihedsberøvelse. Den sidstnævnte tendens (hvis man kan tale om en sådan) har dog til dels en forklaring, der ligger inden for grundtankerne i §§ 68 og 69. Jo mere grov og navnlig personfarlig den pådømte kriminalitet er, desto større vægt vil man formentlig lægge på at tage en risiko for ny kriminalitet i betragtning, hvis den ikke kan afvises.

Hvorledes det end forholder sig med holdninger og tendenser hos retsmyndighederne, kan det ikke være nogen primær opgave for de behandlende læger at justere deres indstillinger om foranstaltningers fortsættelse, ændring og ophør efter en vurdering af krimina-

6.3. De psykiatriske særforanstaltninger

litetens grovhed. Om det i tilsvarende sager forskyldte straffniveau kan psykiaterne jo også ofte kun have ret upræcise forestillinger. Indstillinger afgives på lægeligt grundlag med fornøden argumentation for de konklusioner og forslag, som fremsættes, og der er ikke noget påfaldende i, at der undertiden fremkommer forskelle mellem den retspsykiatriske indstilling og retsmyndighedernes opfattelse.

Fra juridisk side har Kirchheiner (1951) advaret mod de misforhold mellem frihedsberøvelsens varighed og en mindre betydelig kriminalitet, som kan indtræde ved brugen af tidsubestemte retsfølger. Advarslen har i princippet bevaret sin gyldighed, men rammer ikke i samme grad retstilstanden i dag, dels fordi psykopatforvaringen er afskaffet, dels fordi domstolspraksis med hensyn til psykiatriske særforanstaltninger har ændret sig, og anklagemyndigheden er gået mere aktivt ind i en kontrol med frihedsberøvelsens varighed.

Rehof og Trier (1985) behandler et materiale af 69 anbringelsesdømte mænd i Sct. Hans Hospital 1961-71. Det begrænsede materiale viser stor spredning efter kriminalitet og diagnose; det er påfaldende, at henved en trediedel skulle være dømt efter § 16 under diagnosen psykopati. Der spores i opgørelsen en tendens til, at drabsdømte har en kortere indlæggelsestid end straffniveauet for drab, men personer dømt for sædelighedsforbrydelser, vold og tyveri omvendt en længere indlæggelsestid. Opgørelsen bygger imidlertid ikke på konkret bedømmelse af kriminalitetens grovhed og det sandsynlige straffniveau ved dom for tilsvarende forbrydelser.

6.3.4. Erfaringer og kasuistik

Der findes ingen undersøgelser, som kan vise noget om, hvorledes det gældende system af retsfølger efter straffelovens §§ 68 og 69 fungerer. Af den årlige Kriminalstatistik kan med nogen usikkerhed aflæses det årlige antal domme, som formentlig ligger på et stort set konstant niveau (se herom kap. 3.1, hvor antallet af domme er anslået til højst et par hundrede årligt). Men en sådan statistik kan ikke, selv om indberetningssystemet virkede mere sikkert, give andet end et overfladisk billede af særforanstaltningernes anvendelse, navnlig fordi fuldbyrdelsen med dens ofte skiftende indhold i mange tilfælde strækker sig over flere år. Medens frihedsstraffene og deres fuldbyrdelse belyses ret klart ved statistik over de idømte straffetider og deres afkortning gennem prøveløsladelse (normalt med en trediedel), vil det kræve specielle undersøgelser i et forskningssamarbejde med deltagelse af psykiater og jurist at kortlægge de psykiatriske særforanstaltninger med deres på individuelle forhold beroende variationsbredde. Ville man begrænse opgaven, var det nærlig-

gende at koncentrere sig om et repræsentativt udvalg af domme til anbringelse, hvor nogle af de kriminalpolitisk vigtigste problemer ville blive indkredset.

Der er i øvrigt også i en anden henseende en følelig mangel på materiale til belysning af behandlingsforløbene. Domssamlingerne indeholder få sager om retskendelser efter § 72 vedrørende foranstaltningers ændring. Det samme gælder det i Retslægerådets Årsberetninger indeholdte materiale om sådanne spørgsmål.

I det følgende gengives i sammentrængt form og uden nærmere drøftelse nogle referater af behandlingsforløb i sager om psykiatriske særforanstaltninger. Af konkrete sager, der belyser spørgsmålet, og som er nævnt andre steder i denne fremstilling, skal særlig fremhæves den i kap. 6.5.4 omtalte sag vedrørende en kvinde, som flere gange fik længstetiden forlænget, og sagen om den abnorme enkeltreaktion i kap. 7.10.3.

Retslægerådets Årsberetning 1988 s. 93 ff

Den 36-årige skizofrene M blev dømt for brandstiftelse. De samlede skader beløb sig til mere end 6 mill. kr. M havde fra sin tidlige ungdom været stillestående og initiativløs. Han boede hos forældrene og havde fra 18 års alderen hjulpet lidt til ved deres husmandssted. M blev første gang indlagt 26 år gammel efter i flere måneder at have været hallucineret samt forpint af at føle sig aflyttet med et lytteapparat, som han mente var styret af Indenrigsministeriet. Allerede ved første indlæggelse stilledes diagnosen skizofreni. De følgende 10 år var M indlagt 15 gange, i nogle tilfælde tvangsmæssigt, f.eks. når han kastede sten gennem ruderne i en bank, styret af stemmerne. Behandling med antipsykotisk virkende medicin kunne dæmpe hans psykotiske symptomer, men ikke fjerne dem. I månederne op til brandstiftelsen var M's psykiske tilstand forværret; han følte sig aflyttet, efterstræbt og påvirket af TV og radio. Moderen oplyste, at han havde hjembragt fyldte benzindunke og truet med at sætte ild på. Han var kortvarigt indlagt flere gange, senest i et døgn tre dage før brandstiftelsen. M afslog at modtage medikamentel behandling og blev udskrevet uden aftale herom. Han satte ild på en nabogård, fordi han følte sig generet af fjernsynet og politiets efterretningstjeneste. Han sikrede sig, at ilden fængede, og skrev en seddel med teksten: »Som straf. Det skal være slut«. Ved mentalobservationen fandtes han præget af omfattende vrangforestillinger, påvirkningsfornemmelser, følelsesmæssig kontaktaflukketthed mv. trods intensiv behandling med neuroleptika givet i depotform (Trilafon Enantat 300 mg hver 14. dag). M var helt uden sygdomserkendelse, og han hævdede at være uskyldig, idet han mente, at det var fjernsynet og efterretningsvæsenet, der var de skyldige. M var omfattet af § 16, og overlægen anbefalede en dom til anbringelse. Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens konklusion, og M blev dømt til anbringelse i hospital for sindslidende.

6.3. De psykiatriske særforanstaltninger

I en kommentar begrundet rådet anbefalingen af en anbringelse med den begrænsede effekt af den medikamentelle behandling, M's manglende sygdomserkendelse og nødvendigheden af en langvarig indlæggelse for at stabilisere hans tilstand, således at recidivrisikoen, der var tæt sammenhængende med sværhedsgraden af hans psykotiske forestillinger, kunne formindskes.

M's tilstand i de følgende år (utrykt sag) var jævnlig dårlig. Han var hallucineret, forpint af vrangforestillinger og ofte urolig og aggressiv, således at han kun kunne være på lukket afsnit. M blev behandlet med forskellige former for antipsykotisk virkende medicin, ofte i høje doser, men uden at behandlingen kunne bedre hans tilstand. Efter endnu et medicinskift fik han det langsomt bedre; de mere åbenbare psykotiske symptomer blegede af, uroen og den aggressive adfærd aftog ligeledes; han fik terrænfrihed og kunne et års tid senere flyttes til rolig åben langtidsafdeling. Her blev han efterhånden fuldstændig selvhjulpne, f.eks. hvad angik personlig hygiejne; han var beskæftiget, hjælpsom, omend lidt selvudslettende og tilbageholdende, og på alle måder veltilpasset i afdelingen. M var fortsat hallucineret – han mente, at efterretningstjenesten havde taget ophold i hans rygmarv og talte til ham -, men han lod sig ikke styre af stemmer. M var forsigtig i omgangen med ild. Han havde intet ønske om umiddelbart at blive udskrevet fra hospitalet. På baggrund af den afgørende og stabile bedring i M's tilstand anbefalede overlægen en ændring fra anbringelse til behandling, hvilket Retslægerådet tilsluttede sig og retten bestemte.

Retslægerådets Årsberetning 1991 s. 41 ff

Sagen handler om en skizofren, alkoholmisbrugende mand M med en lang kriminel karriere, som flere gange havde været idømt psykiatriske særforanstaltninger, og som i perioder havde været hjemløs. Han var for berigelseskriminalitet blevet dømt til ambulant behandling med mulighed for indlæggelse og havde i fem år haft ophold på et patientpensionat, hvor han blev behandlet med antipsykotisk virkende medicin og antabus. M levede for første gang i mange år en stabil tilværelse og gav selv udtryk for, at han befandt sig godt. Han var motiveret for fortsat behandling, dog ikke med antabus. Begyndte han at drikke, ville han ikke kunne være på patientpensionatet. Så ville den øvrige behandling formentlig heller ikke kunne opretholdes, og der ville være risiko for social deroute med kriminel recidiv. Retslægerådet udtalte på den ene side, at den nuværende gode tilstand formentlig kun kunne opretholdes ved et element af tvang, men fandt på den anden side ved en samlet vurdering ikke at kunne anbefale foranstaltningen opretholdt. Retten ophævede foranstaltningen med henvisning til rådets udtalelse, den forløbne tid og karakteren af den pådømte kriminalitet.

Retslægerådets Årsberetning 1993 s. 57 ff

Sagen belyser et mere end 20-årigt meget kompliceret behandlingsforløb, der indledtes med en tvangstilbageholdelse i 1971 af M, som siden 19 års alderen havde været tiltagende aggressiv og provokerende. Det følgende år blev M for

Kap. 6. Retslige patienter

legemsbeskadigelse og tyveri mv. dømt til anbringelse i psykiatrisk hospital. M led ifølge Retslægerådet af skizofreni i et fremadskridende stadium med vrangforestillinger og hallucinationer. Der havde under sagen været afsagt farlighedsdekret; efter dommen blev M overført fra sikringsanstalt til psykiatrisk hospital. Under en sag i 1975 om ændring af anbringelsesdommen udtalte Retslægerådet, at der ikke var sket nogen bedring af tilstanden; der var fortsat en ikke ubetydelig risiko for farlige handlinger. Der skete ikke ændring af foranstaltningen. 1½ år senere udtalte rådet i tilslutning til oplysninger fra overlægen, at der, omend risikoen for impulsive handlinger antagelig stadig var til stede, var sket en stabilisering af tilstanden. I overensstemmelse med rådets indstilling ændredes foranstaltningen i juni 1977 til behandling på psykiatrisk hospital med tilsyn af kriminalforsorgen. M blev hurtigt derefter udskrevet til ambulant behandling, som han fulgte til årsskiftet 1977-78.

Nu blev M tiltalt for trusler over for den person, som tidligere havde været hans offer. Retslægerådet fandt M stærkt behandlingstrængende, men anså den senest pålagte foranstaltning for passende, såfremt der skete indlæggelse. Efter ved byretten at være dømt til psykiatrisk behandling blev M imidlertid ved en ankedom dømt til anbringelse. I anledning af en sag om foranstaltningsændring udtalte Retslægerådet i januar 1980, at M under medikamentel behandling i det sidste halvår havde vist væsentlig afdæmpet adfærd, men dog stadig røbede vrangforestillinger og kunne være hallucineret. Rådet tilrådede, at foranstaltningen blev ændret til behandling. Dette blev også resultatet ved retskendelse af marts 1980. Derefter behandledes M først på hospital, fra 1983 som dagpatient og ambulant. I juni 1985 udtalte rådet, at man ikke kunne anbefale en ophævelse af den idømte foranstaltning, og retten sluttede sig hertil.

I oktober 1985 og på ny i september 1986 blev M indlagt i medfør af den opretholdt foranstaltning. Efter at være bortgået i november 1986 blev M bragt tilbage i januar 1987. I en vis modsætning til overlægen fandt Retslægerådet i april 1987 ikke sikre holdepunkter for, at M ved en ophævelse af foranstaltningen ville fastholde behandlingskontakten med hospitalet. Rådet kunne derfor ikke anbefale ophævelse af foranstaltningen.

Der fulgte nu en indlæggelse i oktober 1987, vistnok foranlediget af en fysisk forulempelse af en kordegn, og i november 1990 udtalte Retslægerådet, at M, trods fortsat behandling med antipsykotisk medicin, stadig viste udtalt aggressiv adfærd og havde vrangforestillinger af forfølgelses- og storhedskarakter. Han var negativt indstillet over for medicinen. Rådet kunne ikke tilråde en ophævelse af foranstaltningen. Denne indstilling blev tilrådt af retten. Rådets konklusion var den samme i februar 1992 under en ny sag om ophævelse. Der fulgte igen en sag herom fra december 1993. Retslægerådet antog, at M uden retlig foranstaltning ville ophøre med medikamentel behandling med stor risiko for kriminelt recidiv til følge. I april 1994 stadfæstede landsretten en i tilslutning til afdelingens og Retslægerådets indstilling afsagt byretskendelse om, at foranstaltningen af 1980 ikke skulle ændres.

6.3. De psykiatriske særforanstaltninger

Af en kommentar til sagen fremgår, at Retslægerådet har haft betænkeligheder i anledning af det meget langvarige behandlingsforløb, bl.a. fordi den oprindelige aggressivitet hos M var afdæmpet, men man har hæftet sig ved, at en opretholdelse af den retlige tvang virkede til at fastholde en medikamentel behandling, uden hvilken der ville være fare for ny alvorlig kriminalitet.

Retslægerådets Årsberetning 1993 s. 62 ff

Den godt 30-årige M var skyldig bl.a. i legemsangreb. Under sagen var han udsat for to alvorlige trafikuheld, hvorved han havde pådraget sig bækkenfraktur og tegn på vævshenfald i hjernens venstre frontale region. Ved mentalundersøgelse konstateredes, at M ikke var sindssyg eller lidende af epilepsi. Der var derimod tegn på en betydelig hjerneorganisk reduktion, og M henførtes til straffelovens § 69. Det måtte antages, at strafafsoning ville medføre store psykiske traumer. Der anbefaledes dom til ambulant psykiatrisk behandling i hospital med mulighed for indlæggelse. Dommen af 1991 var i overensstemmelse hermed. Under en sag om ophævelse af foranstaltningen i 1993 udtalte overlægen, at M's fremmøde efter de første måneder var blevet sporadisk. Det hed endvidere, at M efter dommen havde udviklet en posttraumatisk epilepsi. Han var præget af sin svære hjerneskade, udviste karakterafvigende adfærd og var afvisende over for indlæggelse. Overlægen fandt, at det ikke tjente noget formål at opretholde foranstaltningen. Retslægerådet fandt det derimod formålstjenligt at opretholde foranstaltningen, bl.a. for bedre at kunne forebygge potentielt farlig adfærd i forbindelse med misbrug eller epileptiske anfald. Ved byrettens kendelse af januar 1994 blev foranstaltningen ophævet som »ikke længere fuldt påkrævet«, idet man bl.a. lagde vægt på den relativt lange tid siden de pådømte forhold og den ringe behandlingsmotivation hos M.

Retslægerådet, utrykt sag 1994

En yngre skizofren kvinde K med en højere uddannelse blev 1988 dømt til anbringelse efter at have dræbt sit 5-årige barn. Hun var blevet syg ca. tre år før drabet, havde været kortvarigt indlagt et par gange, en gang tvangsindlagt, men uden at skizofrenidiagnosen var blevet fastslået. Under dette sygdomsforløb var K's ægteskab blevet opløst; barnet fik ophold hos faderen, men patienten havde samkvem med det. Baggrunden for drabet var, at K, som var ubehandlet, havde udviklet et omfattende system af vrangforestillinger bl.a. af forfølgelseskarakter med barnet som en central figur. Under indlæggelsen i henhold til dommen fik K det ret hurtigt bedre, og efter godt et år blev foranstaltningen ændret til behandling, hvorefter K efter endnu et halvt års indlæggelse blev udskrevet til ambulant behandling. Denne passede hun punktligt og viste ikke åbenbare psykotiske symptomer, men var lidt stillestående, kontakten var noget distant og hendes tankegang antydningssvis forskruet. Hun fik en ven, og efter yderligere et par år blev K gravid og fødte et barn. K ønskede ikke at flytte sammen med vennen, men de boede tæt ved hinanden og var tit sammen og fælles om pasningen af barnet. Under det ambulante

Kap. 6. Retslige patienter

forløb – både før og efter at K blev gravid – ønskede K at få foranstaltningen ophævet, angiveligt ikke fordi hun ville ophøre med behandlingen, der var såvel medikamentel som psykoterapeutisk, men fordi hun oplevede foranstaltningen som ydmygende, et udtryk for mistillid til hendes ansvarsfølelse, efterhånden også som uretfærdig, idet den kriminalitet, hun var dømt for, nu lå flere år tilbage. Retslægerådet kunne imidlertid ikke anbefale foranstaltningen ophævet, bortset fra tilsyn af kriminalforsorgen; første gang var begrundelsen, at det ambulante forløb havde været så kortvarigt, at det endnu var usikkert, om K's tilstand var tilstrækkelig stabil; i senere udtalelser fordi graviditet og fødsel erfaringsmæssigt kan medføre, at en skizofren patients tilstand forværres, hvilket netop hos denne patient var en konkret lægelig begrundelse for at anbefale foranstaltningen opretholdt. Dette blev også resultatet ved en kendelse afsagt i 1994.

6.4. Dom til anbringelse i hospital for sindslidende

Dom til anbringelse i hospital for sindslidende er den mest indgribende særforanstaltning inden for det almindelige psykiatriske hospitalsvæsen (bortset fra anbringelse på sikringsafdelingen). En patient med en dom til anbringelse skal forblive indlagt på hospitalet, indtil foranstaltningen ændres. Kompetencen til at meddele friheder er fastlagt i Justitsministeriets cirkulære af 15. november 1977. Det er i cirkulærets § 1 understreget, at den myndighed, der træffer afgørelse i det enkelte tilfælde, nøje bør overveje de hensyn til retssikkerheden, som har begrundet dom til anbringelse. Hospitalet skal således ud over behandlingsmæssige hensyn også overveje hensynet til retssikkerheden. Enhver anbringelsesdømt patient får beskikket en bistandsværge. Dom til anbringelse anvendes typisk over for patienter, som har begået alvorlig personfarlig kriminalitet, hvor man ikke kan udelukke kriminelt recidiv, og/eller hvor man kan være usikker på effekten af psykiatrisk behandling.

6.4.1. Kompetenceregler

6.4.1.1. Overlægen har ansvaret for patientens ophold på selve hospitalet. Det er således overlægen, der afgør, hvorvidt en anbringelsesdømt patient skal være på et åbent eller et lukket afsnit, ligesom overlægen afgør, i hvilket omfang en patient kan have ledsaget eller uledsaget terrænfrihed inden for hospitalets område. Desuden kan der gives tilladelse til, at en anbringelsesdømt patient i maksimalt tre timer dagligt opholder sig alene uden for hospitalets område, enten

6.4. Dom til anbringelse i hospital for sindslidende

i form af tre timer samlet eller som flere kortere tidsperioder. Endelig kan overlægen give tilladelse til, at en anbringelsesdømt patient under ledsagelse forlader hospitalets område, f.eks. for at aflægge besøg hos pårørende. Patienten kan enten ledsages af plejepersonalet eller af andre, men afdelingen skal i de situationer, hvor en patient ledsages af andre end plejepersonalet, vurdere, hvorvidt ledsageren er »velegnet«. Det fremgår ikke nærmere, hvad der forstås ved »velegnet«, men det må formentlig dreje sig om en person, hospitalet har kendskab til og tillid til, og som har forudsætninger for at klare en vanskelig situation. Udvikler en anbringelsesdømt patient en akut, indlæggelseskrævende legemlig sygdom, kan overlægen træffe bestemmelse om indlæggelse på somatisk afdeling. Der skal efterfølgende skrives indberetning herom til vedkommende statsadvokat.

6.4.1.2. Ønsker en patient tilladelse til ophold uden for hospitalet i mere end tre timer dagligt eller ledsaget eller uledsaget hjemmebesøg med overnatning, skal sagen forelægges for vedkommende *statsadvokat*, dvs. den statsadvokat, i hvis område sagen i sin tid blev behandlet. Det samme er tilfældet ved ikke akutte indlæggelser på somatiske afdelinger. Det er herefter statsadvokaten, der sammen med overlægen træffer afgørelse i sagen. Det betyder, at de to skal være enige, for at det ansøgte kan tillades. Ønsker en anbringelsesdømt patient f.eks. tilladelse til overnatning i hjemmet, og fraråder overlægen, kan statsadvokaten ikke på egen hånd tillade det ansøgte. Anbefaler overlægen, har statsadvokaten fortsat mulighed for at udøve et selvstændigt skøn og eventuelt give afslag.

6.4.1.3. *Justitsministeriet* har enekompetencen til at træffe afgørelse om patienters adgang til arbejde, undervisning mv. om dagen uden for hospitalets område, ligesom Justitsministeriet afgør, om en patient ud over enkelttilfælde kan få tilladelse til overnatning hos pårørende f.eks. i forbindelse med ferieophold. Tildeling af disse »frihedsgoder« afhænger i høj grad af patientens tilstand, men også af hvorledes han har forvaltet terrænfrihed, tidligere hjemmebesøg mv. Mere omfattende frihedsgoder som f.eks. overgang til dagpatientstatus kræver domsændring ved retten.

I praksis sendes en indstilling om frihedsgoder til vedkommende statsadvokat eller til Justitsministeriet, afhængig af sagens karakter, men i særligt hastende

Kap. 6. Retslige patienter

tilfælde, f.eks. ved dødsfald eller alvorlig sygdom i den nærmere familie, kan telefonisk forelæggelse komme på tale. En sådan indstilling bør indeholde en redegørelse for patientens tilstand siden indlæggelsen, eller siden afdelingen senest afgav erklæring, herunder oplysninger om patientens aktuelle forhold på hospitalet, f.eks. om patienten er på åbent eller lukket afsnit, er i beskæftigelse, hvilken form for behandling der gives mv. Har patienten tidligere fået meddelt tilladelse til ophold uden for hospitalet, bør det anføres, hvorledes dette er forløbet. Det bør videre fremgå, hvorvidt patienten vil blive ledsaget af personale, vil blive afhentet af f.eks. familiemedlemmer og fulgt tilbage igen, eller om patienten skal tage af sted alene. Endelig bør udtalelsen indeholde en motiveret begrundelse for det ansøgte.

Undviger en anbringelsesdømt patient fra hospitalet, skal dette straks meddeles politiet, og det er herefter politiet, der – eventuelt efter drøftelse med afdelingen – afgør, hvorledes patienten skal eftersøges. De afdelinger, der varetager behandling af anbringelsesdømte, vil normalt have et samarbejde med det stedlige politi, bl.a. med henblik på at fastlægge nogle generelle retningslinier for, hvorledes undvigelsessituationer skal håndteres.

Langt hovedparten af de anbringelsesdømte patienter glider på naturlig måde ind i de afdelinger, hvor de har ophold, men en lille gruppe kan volde betydelige vanskeligheder. Det drejer sig typisk om personlighedsmæssigt dårligt integrerede, misbrugende yngre mænd med en lav psykosetærskel. I psykotisk tilstand har de begået alvorlig kriminalitet. Under behandling og – delvis – afskåret fra euforiserende stoffer bedres deres tilstand, de psykotiske symptomer forsvinder, men i stedet præges disse patienter af en karakterafvigende adfærd. En sådan patient – der ikke kan udskrives – kan volde betydelige vanskeligheder for en afdeling. Se nærmere kap. 7.6 og 7.11.

6.4.2. Særligt om sikringsdømte

En særlig form for dom til anbringelse er den i kap. 3.4 omtalte dom til anbringelse i sikringsafdelingen i Nykøbing Sj., der er landets eneste »maximum security« hospital, beregnet for personer der er sindssyge og bedømmes som udtalt farlige. Der kan også efter psykiatrilovens §40 ske anbringelse i afdelingen i henhold til et farlighedsdekret, se herom kap. 2.2.4. Endelig modtages i afdelingen varetægtsarrestanter til mentalobservation eller i medfør af retsplejelovens §777, når anbringelse findes at burde ske under de særligt sikrede forhold i afdelingen.

6.4. Dom til anbringelse i hospital for sindslidende

Det er ikke kun åbenlyst psykotiske, der indlægges til mentalobservation på sikringsafdelingen. I sjældne tilfælde af meget alvorlig kriminalitet, hvor hospitalsmæssig observation findes nødvendig, men hvor der f.eks. også er mistanke om, at den sigtede vil forsøge at undvige, vil mentalobservation på sikringsafdelingen kunne komme på tale.

Gennem de senere år har ca. 1/3 af patienterne været anbragt i medfør af et farlighedsdekret, mellem 1/3 og 1/2 har været anbragt i medfør af dom, resten har været varetægtsarrestanter indlagt til mentalobservation eller – for enkeltes vedkommende – anbragt i medfør af retsplejelovens § 777.

Om sikringsafdelingen er udfærdiget et kort amtskommunalt regulativ af 1. juni 1994. Det hedder her, at afdelingen er en integreret del af amtskøpholsts retspsykiatriske afdeling, og at den udadtil bør yde fængselsmæssig sikkerhed og indadtil bør yde hospitalsmæssige forhold med hensyn til behandling, pleje og fysisk miljø i overensstemmelse med de til enhver tid gældende normer for god psykiatrisk sygehusstandard. Sikringsafdelingen har tidligere kun modtaget mænd, men med det nye regulativ er der åbnet mulighed for også at anbringe kvinder i afdelingen.

Alle patienter er undergivet det samme restriktive regime, uanset deres retlige status. Afdelingen har 30 pladser, opdelt i tre afsnit på hver 10 senge, hvorved der kan ske en vis differentiering med hensyn til sikkerhed og ordensregler.

Den gennemsnitlige indlæggelsestid er over fire år, men der er betydelige variationer i varigheden; enkelte patienter har været indlagt i op mod 20 år. Når en bedømmelse af patientens farlighed ikke længere tilsiger ophold i sikringsafdelingen, vil en ved dom bestemt anbringelse dér blive ændret til anbringelse på psykiatrisk hospital, hvorefter patienten vil blive overført til regionalt hospital. Næsten alle de patienter, der dømmes til anbringelse i sikringsafdelingen, er skizofrene, som trods intensiv behandling med bl.a. antipsykotisk virkende medicin jævnligt udviser aggressiv, personfarlig adfærd.

Retslægerådets Årsberetning 1989 s. 124 ff

B var en 34-årig mand, der indtil 25-års alderen havde været psykisk rask og socialt velfungerende; han havde en faglig uddannelse, var udadvendt, aktiv mv. Herefter ændrede han sig, han blev optaget af religiøse spekulationer, og efterhånden mente han sig i en særlig kontakt med »Herren« og antog sig for dennes jordiske repræsentant. Han var flere gange indlagt og fandtes skizofren, præget af vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, kontaktforstyrrelser og

Kap. 6. Retslige patienter

et letvakt affektberedskab med hyppige overgreb på medpatienter og personale. Medikamentel behandling kunne bedre hans tilstand, men han ophørte hermed efter at være udkrevet. Efter at være bortgået fra hospitalet forsøgte B at dræbe en indehaver af en pølsebar, bl.a. ved knivstik. Ved mentalobservationen fandtes B uændret udtalt sindssyg, bl.a. præget af forfølgelsesforestillinger af religiøs karakter, følelsesmæssig kontaktaflukethed og manglende sygdomserkendelse. Erklæringen anbefalede anbringelse på sikringsanstalten, hvad Retslægerådet tilsluttede sig, bl.a. med den begrundelse, at ni måneders behandling ikke havde bedret B's tilstand. Landsretten fulgte sanktionsforslaget. Et års tid senere rejste sikringsanstalten spørgsmålet om foranstaltningsændring til en anbringelse. B's tilstand var, efter ændring af den medikamentelle behandling, bedret i betydelig grad, bl.a. var vrangforestillingerne svundet. Han var imidlertid præget af en udtalt initiativsvækkelse og apati, som delvis blev tilskrevet sikringsanstaltens meget restriktive miljø. Han havde ikke i det forløbne år udvist farlig eller aggressiv adfærd. Retslægerådet anbefalede en foranstaltningsændring, men retten fulgte ikke denne anbefaling, idet man henviste til den meget alvorlige forbrydelse og den korte tid, der var gået siden dommen, ligesom retten fremhævede domfældtes indstilling til indtagelse af nødvendig medicin. I en kommentar begrundede rådet nærmere, hvorfor behandlingsmæssige synspunkter talte for en foranstaltningsændring, men rådet bemærker også, at der kan være modsatrettede hensyn, når en anbringelse i sikringsanstalten, som er en alvorlig og væsentlig afgørelse, skal ændres, idet foranstaltningen typisk er begrundet i endog meget personfarlig kriminalitet.

6.4.3. Foranstaltningsændring

En dom til anbringelse vil typisk blive ændret til en dom til behandling, således at patienten langsomt kan udsluses fra afdelingen. En begæring fra overlægen, bistandsværgeren eller patienten selv rettes til anklagemyndigheden, som indbringer sagen for retten. Anklagemyndigheden kan også på eget initiativ rejse spørgsmålet og vil i øvrigt ca. en gang om året spørge hospitalet, om foranstaltningen bør opretholdes. Det påhviler de behandlende afdelinger at være opmærksom på, hvorvidt foranstaltningen kan ændres, og at rejse sag herom, såfremt det skønnes lægeligt indiceret.

Skønner afdelingen, at der er grundlag for en foranstaltningsændring, bør den erklæring, afdelingen udarbejder om sagen, indgående beskrive patientens tilstand under hele hospitalsindlæggelsen samt klart begrunde afdelingens indstilling. Af væsentlig betydning er, ud over patientens psykiske tilstand, forhold som behandlingsmotivation, samarbejdsvilje og -evne, forløb af hjemmebesøg og lignende, opfattelsen af den pådømte kriminalitet, de forhold som

patienten kan udskrives til samt risikoen for recidiv til ligeartet kriminalitet. (Se også kap. 5.4.). Finder afdelingen ikke grundlag for at anbefale en foranstaltningsændring, kan erklæringen være mere kortfattet med henvisning til tidligere udtalelser, men det bør klart begrundes, hvorfor man ikke kan anbefale en ændring.

6.5. Dom til behandling

Dom til »psykiatrisk behandling på hospital for sindslidende eller under tilsyn heraf« tilhører de mere indgribende foranstaltninger, men her er behandlingsmæssige hensyn klart trådt i forgrunden. Foranstaltningen suppleres hyppigt med tilsyn af kriminalforsorgen, og dommen vil i så fald lyde på: »psykiatrisk behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af kriminalforsorgen (eventuelt i forbindelse med sygehuset eller afdelingen) under udskrivning, således at der af kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om (gen)indlæggelse«. Også behandlingsdømte patienter får beskikket en bistandsværge.

Dom til behandling på psykiatrisk hospital er den hyppigst anvendte psykiatriske særforanstaltning. En behandlingsdom uden tilsyn af kriminalforsorgen anvendes typisk over for patienter, hvis sociale situation er stabil, og som kan antages at være behandlingsmotiveret. Hyppigst anvendes imidlertid den foranstaltningsform, hvor patienten også er undergivet tilsyn. En stor gruppe af disse patienter har betydelige sociale vanskeligheder, og kriminalforsorgen er bedre rustet til at yde en mere intensiv social støtte end en psykiatrisk afdeling. Kriminalforsorgen har endvidere mulighed for at opsøge en patient, såfremt denne udebliver enten fra kriminalforsorgen eller fra hospitalet. Endelig har visse patienter tendens til at flytte hyppigt, således at behandlingen skal varetages snart af et, snart af et andet hospital. I disse situationer har kriminalforsorgen en væsentlig bedre mulighed for at følge disse patienter end de psykiatriske afdelinger.

6.5.1. Kompetenceregler

En dom til behandling med eller uden tilsyn af kriminalforsorgen indebærer, at den dømte indlægges på en psykiatrisk afdeling, men herefter er det afdelingens overlæge, der selvstændigt – efter om-

stændighederne dog i samarbejde med kriminalforsorgen – tager stilling til behandlingens videre forløb, herunder varigheden af indlæggelsen, hvorvidt patienten skal have status som dag- eller natpatient, tilladelse til hjemmebesøg mv., ligesom afdelingen (overlægen) kan udskrive patienten til fortsat ambulant behandling. Som det fremgår, har en behandlingsdømt patient status som en almindelig patient bortset fra, at patienten efter udskrivningen er forpligtet til at bevare en ambulant kontakt med hospitalet – og hospitalet til at bevare en ambulant kontakt med patienten. Det forhold, at overlægen er tillagt kompetencen til selvstændigt at varetage hele behandlingsforløbet, rummer indlysende behandlingsmæssige fordele, men det indebærer også, at vurdering af kriminalitetsrisiko i et eller andet omfang, skiftende fra sag til sag, må indgå i afdelingens tilrettelæggelse af behandlingsforløbet. Man kan altså ikke blot udskrive en kriminalitetstruet patient til et forsorgshjem eller lignende, fordi patienten har »brudt afdelingens regler«.

Udebliver en patient fra ambulant behandling, må reaktionen afgøres ud fra en konkret vurdering. Drejer det sig om en stabil patient, der blot har glemt aftalen, er der ingen problemer. Men har man en formodning om, at patienten er i en dårlig tilstand, måske kriminalitetstruet, må det overvejes, om afdelingen selv bør forsøge at komme i kontakt med patienten, om man vil anmode kriminalforsorgen om hjælp, eller om situationen skønnes så alvorlig, at det er nødvendigt at anmode politiet – eventuelt i samarbejde med kriminalforsorgen – om at finde patienten og bringe denne til afdelingen. På samme måde må det bero på en konkret vurdering, hvilke skridt man vil tage, såfremt en behandlingsdømt patient undviger fra afdelingen.

Ca. 75 % af de behandlingsdømte patienter har været psykotiske på gernings-tidspunktet, langt hovedparten lider af skizofreni. Foranstaltningen anvendes ved en lang række kriminalitetstyper, spændende fra recidiverende berigelseskriminalitet til mindre alvorlig vold. Men også i forbindelse med mere alvorlig kriminalitet, herunder drab, kan dom til behandling komme på tale. (Peter Gottlieb m.fl. (1987a)). Det drejer sig typisk om patienter, som allerede under mentalobservationen er blevet behandlet, og hvis tilstand er afgørende bedret, og hvor det yderligere antages, at patienten er behandlingsmotiveret også i fremtiden. På den anden side kan det også i visse tilfælde være lægeligt indiceret at foreslå en dom til behandling i tilfælde af mindre alvorlig kriminalitet. Det drejer sig her om psykotiske patienter, som det har vist sig svært at fastholde i en behandlingskontakt, og hvor der antages at være risiko

6.5. Dom til behandling

for kriminelt recidiv, hvis patientens tilstand ikke stabiliseres gennem en længerevarende indlæggelse.

Utrykt sag 1994

H er en 21-årig ugift mand, som havde tilstået et røveri i en bank. Hans forældre stammede fra Mellemøsten, selv var han født og opvokset i en mindre provinsby. H havde fagligt klaret sig godt i skolen, men han udviste store sociale problemer, hvilket blev tilskrevet dårlige hjemlige forhold, og han var ni år gammel i et års tid anbragt på institution. Han tog 9. klasses afgangsprøve og forsøgte at gennemføre en EFG-uddannelse, men opgav bl.a. fordi han var begyndt at ryge hash. I de følgende år boede han på vekslende værelser og i perioder »på gaden«. H oplyste selv, at han havde ændret sig psykisk gennem det sidste års tid. Han havde oplevet sære, angstprovokerende »sansesignaler« i kroppen, han havde en »åndelig kontakt« til andre mennesker, og han havde haft forfølgelsesforestillinger. H oplyste ved mentalundersøgelsen, at han slet ikke forstod den påsigtede handling, og at han følte sig »ligesom i voodoo«, hvor det var ham, der var dukken. Under varetægtsfængslingen fandtes han diskret psykotisk, hvorfor han blev indlagt på en psykiatrisk afdeling. Her fandtes han initialt præget af et øget psykomotorisk tempo med livlige associationer, bizarre somatiske vrangforestillinger og uindfølelig tankegang. Den følelsesmæssige kontakt var dårlig, og der var mistanke om, at H var hallucineret. Afdelingen overvejede en begyndende skizofreni, men da H fik det bedre uden anden behandling end 50 mg Truxal (beroligende, svagt antipsykotisk virkende medicin) ved behov, ændrede man diagnosen til en psykotisk episode udløst af H's langvarige hashmisbrug, hvorefter han blev tilbageflyttet til Vestre Fængsel. Her var han periodisk forpint af sin tilstand og bange for de medindsatte, som udnyttede ham. Ved mentalobservationen fandtes han præget af vaghed i tankegangen med tendens til privat sprogbrug (han talte flydende, upåfaldende dansk), dårlig følelsesmæssig kontakt med vigende blikkontakt samt vage kropslige og religiøse vrangforestillinger, som H på en tillært facon kunne tage afstand fra, men ved længere samtaler tabte han distancen. En psykologisk undersøgelse støttede diagnosen »begyndende skizofreni«. H fandtes omfattet af § 16, og afdelingen anbefalede dom til behandling på et hospital for sindslidende med tilsyn af kriminalforsorgen og mulighed for genindlæggelse, hvilket også blev resultatet.

Baggrunden for at anbefale en behandlingsdom var, at H havde behov for at være indlagt i en periode, dels med henblik på at etablere en behandlingskontakt, herunder påbegynde medikamentel behandling, dels med henblik på at bringe ro og stabilitet i hans tilværelse, således at hans høje angstniveau og anspændthed kunne dæmpes, hvilket kunne bidrage til at mindske hans misbrug.

Blandt de ikke-psykotiske personer, der er dømt i medfør af § 69, jf. § 68, vil man bl.a. finde en gruppe dårligt integrerede, personlighedsafvigende og måske skizotypiske patienter, ofte med episodiske

psykoser i anamnesen, nogle (behandlingsmotiverede) misbrugere, sinker og demente samt nogle helt unge med svære personlighedsforstyrrelser. I mange af disse tilfælde vil den psykiatriske behandling være det centrale element, men der vil være en række sager, hvor andre behandlingsmæssige foranstaltninger, f.eks. af socialpædagogisk karakter, også vil være indicerede og måske i perioder være de væsentligste. Disse tilfælde kræver således et tæt samarbejde mellem den psykiatriske afdeling, de sociale myndigheder og eventuelt kriminalforsorgen, men det er fortsat den psykiatriske afdeling, der har det overordnede og koordinerende ansvar for, at behandlingen gennemføres.

6.5.2. Behandlingsforløb

En dom til psykiatrisk behandling indebærer, at patienten i medfør af dommen skal indlægges på regional psykiatrisk afdeling. Almindeligvis bør patienten herefter være indlagt i en periode, indtil behandling er institueret, og tilstanden er stabil. Imidlertid vil en del af disse patienter være velkendte på afdelingen, f.eks. fordi de har været indlagt i varetægtsperioden, og er patientens tilstand god og stabil, er der intet til hinder for, at patienten ret hurtigt efter dommen kan udskrives, såfremt patientens hjemlige forhold mv. taler derfor.

Der findes ingen regler for, hvor hyppigt en behandlingsdømt patient skal ses ambulant efter udskrivning, men generelt bør en ambulant lægekontakt finde sted mindst en gang om måneden, og en mindre hyppig kontakt kræver en særlig begrundelse, som bør anføres i journalen. Den ambulante behandling kan meget vel varetages af et distriktskykiatrisk center, eventuelt i samarbejde med en psykiatrisk distriktsygeplejerske, såfremt dette center samarbejder med en stationær afdeling. Kravet om tilknytning til en stationær afdeling er begrundet i, at patienten i medfør af dommen kan genindlægges, såfremt der er indikation herfor. Endvidere retter statsadvokaten også for disse patienter ca. en gang årligt henvendelse om foranstaltningens opretholdelse, og afdelingen må nødvendigvis kende patientens tilstand for at kunne svare. Af de samme grunde kan behandlingen ikke varetages af en praktiserende psykiater. Har patienten også tilsyn af kriminalforsorgen, indebærer dette et samarbejde mellem hospitalsafdelingen og kriminalforsorgsafdelingen, hvor patienten også er forpligtet til at give regelmæssigt fremmøde.

Som nævnt levner en dom til behandling mulighed for genindlæg-

gelse. Denne kan være motiveret i forværring af patientens psykiske tilstand, men også i risiko for kriminelt recidiv. Også en ikke-psykotisk patient kan således indlægges og nægtes udskrivning i medfør af en dom til behandling. Det vil undertiden være kriminalforsorgen, der foranlediger en indlæggelse på grund af udtalte sociale vanskeligheder og risiko for kriminelt recidiv, idet kriminalforsorgen hyppigt har et mere indgående kendskab til patientens sociale miljø, omgangskreds mv. end hospitalet. Er en patient blevet genindlagt af disse grunde, bør patienten ikke udskrives uden aftale med kriminalforsorgen.

6.5.3. *Længstetiden efter § 69, stk. 1*

Som tidligere anført (kap. 3.5) fastsættes der for patienter, der i medfør af § 69, stk. 1, er dømt til psykiatrisk behandling, en længstetid for opholdet på hospitalet, som hovedregel maksimalt 1 år. Justitsministeriet har i cirkulæreskrivelse af 10. juni 1988 anført, at såvel frivillige indlæggelser som indlæggelser i medfør af den idømte foranstaltning bør medregnes ved beregningen af længstetiden. Typisk vil en patient have været indlagt flere gange. Afdelingen må således holde regnskab med varigheden af de enkelte indlæggelser og det samlede hospitalsophold. Det samme gør vedkommende statsadvokat. Afdelingen skal derfor indberette enhver indlæggelse – den være sig frivillig eller i medfør af foranstaltningen – til statsadvokaturen.

Det psykiatriske behandlingssystem omfatter i dag ikke blot egentlige psykiatriske afdelinger, men også en række andre institutionsformer som patientpensionater, bofællesskaber, plejehjemslignende institutioner i socialt regi mv. Der findes ingen retningslinier for, i hvilket omfang ophold på disse institutioner skal medregnes i den fastsatte længstetid for indlæggelsen. Det kan formentlig antages, at ophold på en behandlingsorienteret institution med fast tilknyttet personale i dag- eller døgn tjeneste bør medregnes, hvorimod ophold i bofællesskab, patientkollektiver og lignende, hvor der kun sporadisk vil komme behandlingspersonale som f.eks. en psykiatrisk distriktsygeplejerske, ikke skal. Ophold på herberg og forsorgshjem medregnes heller ikke.

Såfremt indlæggelse ud over den fastsatte længstetid lægeligt skønnes påkrævet, f.eks. fordi patientens tilstand ikke er stabil med heraf følgende risiko for kriminelt recidiv, bør hospitalet i god tid af-

Kap. 6. Retslige patienter

give indstilling til anklagemyndigheden om fastsættelse af en ny længstetid ved retskendelse. Statsadvokaten kan også uden en indstilling herom fra den psykiatriske afdeling indbringe spørgsmålet om forlængelse for retten.

Retslægerådets Årsberetning 1988 s. 68 ff

Sagen omhandler en 23-årig kvinde, som for brandstiftelse blev dømt til psykiatrisk behandling mv., længstetiden for indlæggelse blev fastsat til et år. Efter domfældelsen gjorde hun sig atter to gange skyldig i ildspåsættelse. Hun blev vurderet som »grænsepsykotisk«, præget af en voldsom affektabilitet med impulsstyret adfærd; hun foretog således flere overfald på patienter og personale. Afdelingen fandt det uforsvarligt at udskrive hende, og længstetiden blev forlænget først et halvt år, så yderligere i et halvt år, og til slut i yderligere fire måneder. Hendes samlede indlæggelsestid på psykiatrisk hospital blev således mere end fordoblet i forhold til den oprindelig fastsatte længstetid.

Se endvidere kap. 7.10 om en 19-årig mand, der blev fundet skyldig i manddrab. Han blev i medfør af § 69, jf. § 68, dømt til psykiatrisk behandling, længstetiden blev fastsat til fem år.

6.5.4. Foranstaltningsændring

Udskrivning til ambulant behandling og genindlæggelse på psykiatrisk afdeling sker uden retskendelse. Det vil derfor kun blive aktuelt at foranledige en afgørelse efter § 72, såfremt der er spørgsmål om den idømte foranstaltnings ophævelse eller (i specielle tilfælde) om en ændring af dommens indhold til ambulant behandling. Om sagerne behandling og indholdet af afdelingens indstilling henvises til det tidligere anførte.

6.6. Dom til ambulant behandling

»Dom til ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling« hører til de mindre indgribende foranstaltninger, men foranstaltningen kan eventuelt udvides, således at overlægen kan træffe bestemmelse om indlæggelse. En sådan dom til »ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling, således at der af overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse«, kan siges at befinde sig på overgangen mellem de mere indgribende foranstaltninger – dom til anbringelse og dom til behandling – og de mindre indgribende rent ambulante foranstaltninger. Begge former for

6.6. Dom til ambulant behandling

ambulante foranstaltninger kan udvides med tilsyn af kriminalforsorgen, således at man taler om dom til »ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen« eller dom til »ambulant psykiatrisk behandling i psykiatrisk sygehus eller afdeling med tilsyn af kriminalforsorgen, således at der af kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kan træffes bestemmelse om indlæggelse«.

De ambulante foranstaltninger anvendes typisk over for personer, som anses for behandlingsmotiverede. Ambulant behandling med mulighed for indlæggelse anvendes f.eks. i tilfælde, hvor indlæggelse aktuelt ikke er påkrævet, men hvor patientens tilstand hurtigt vil kunne forværres med risiko for kriminelt recidiv. Tilsyn af kriminalforsorgen anvendes efter de samme kriterier som nævnt under dom til behandling.

Rummer dommen mulighed for indlæggelse, vil patienten få beskikket en bistandsværge, eventuelt først på det tidspunkt, hvor en indlæggelse effektueres. Er patienten dømt efter § 69, jf. § 68, vil der blive fastsat en længstetid for opholdet på hospitalet. Reglerne svarer fuldstændig til de ovenfor omtalte bestemmelser for behandlingsdømte.

Om særvilkår i forbindelse med betinget dom eller prøveløsladelse henvises til kap. 3.9.

6.6.1. Kompetenceregler

En dom til ambulant behandling indebærer, at patienten skal give ambulant fremmøde i det omfang, den psykiatriske afdeling finder det fornødent. Indeholder dommen tillige en bestemmelse om tilsyn, skal patienten i nødvendigt omfang være i kontakt med kriminalforsorgen. En patient, der er dømt til ambulant psykiatrisk behandling, kan kun indlægges på frivillig basis; tvangsindlæggelse kan kun finde sted efter en foranstaltningsændring ved retskendelse eller i medfør af psykiatriloven. Udebliver patienten fra ambulant behandling, kan hospitalet anmode kriminalforsorgen om hjælp til at få patienten til at give møde, såfremt der er anordnet tilsyn. Om fornødent kan afdelingen anmode politiet om at fremstille patienten til en ambulant konsultation. Hverken tvangsindlæggelser eller frivillige indlæggelser af disse patienter skal indberettes.

En ambulant foranstaltning, hvor overlægen (eventuelt i forbin-

delse med kriminalforsorgen) kan træffe bestemmelse om indlæggelse, kan umiddelbart minde om en dom til behandling. Udgangspunktet for en dom til behandling er imidlertid indlæggelse, medens udgangspunktet ved en dom til ambulante behandling med mulighed for indlæggelse er den ambulante behandling. Den nævnte forskel viser sig derved, at indlæggelser, der tvangsmæssigt gennemføres i medfør af dommen, skal indberettes til vedkommende statsadvokat, frivillige indlæggelser skal derimod ikke indberettes. I praksis betyder dette, at afdelingen skal udarbejde en erklæring, der specielt begrundes, hvorfor indlæggelse var nødvendig. Statsadvokaten indbringer herefter spørgsmålet om godkendelse af indlæggelsen for retten, jf. herved kap. 3.7. Den beskrevne indberetning har intet at gøre med indberetningerne om indlæggelser, tvangsmæssige eller frivillige, af § 69-dømte med henblik på at holde regnskab med længstetiden. Disse indberetninger finder typisk sted, når patienten udskrives, idet afdelingen så ved, hvor lang indlæggelsestiden har været. Indberetningerne om de tvangsmæssige indlæggelser skal derimod finde sted straks med henblik på rettens godkendelse.

Ambulante foranstaltninger, der idømmes i medfør af straffelovens § 68, jf. § 16, stk. 1, er tidsubestemte; det gælder også varigheden af eventuelle indlæggelser, såfremt dommen åbner mulighed herfor. Drejer det sig om personer, der er dømt efter § 69, stk. 1, jf. § 68, vil varigheden af den ambulante behandling være tidsubegrænset, men åbner dommen mulighed for indlæggelse, vil retten fastsætte en længstetid for varigheden heraf. Skønner afdelingen, at der er behov for indlæggelse ud over den fastsatte længstetid, skal der, som for de behandlingsdømte, afgives indstilling herom til anklagemyndigheden.

Omkring halvdelen af patienterne med en dom til ambulante behandling er skizofrene, godt 10 % lider af en manio-depressiv psykose. Det sidstnævnte tal er relativt højt, formentlig som udtryk for at netop denne psykoseform responderer godt på ambulante behandling, ligesom langt hovedparten af manio-depressive patienter er velmotiverede for behandling. Se også kap. 7.5.

6.6.2. Behandlingsforløb

Det ambulante behandlingsforløb bør starte med en ret hyppig kontakt, såfremt afdelingen ikke kender patienten i forvejen. Heller ikke for denne foranstaltning findes der regler for hyppigheden af den ambulante kontakt, men i lighed med hvad gælder for behandlings-

6.7. Foranstaltninger over for åndssvage

dømte patienter, der er udskrevet til ambulant behandling, må en ambulant kontakt mindst en gang om måneden anses for passende, såfremt tilstanden er stabil. En mindre hyppig kontakt kræver en særlig begrundelse, som bør anføres i journalen. Behandlingsforløb, behandlingsansvar mv. er i øvrigt som for udskrevne behandlingsdømte patienter.

Den ambulante behandling vedvarer, indtil der efter begæring fra anklagemyndigheden, overlægen eller den dømte afsiges kendelse om foranstaltningens ophævelse.

6.7. Foranstaltninger over for åndssvage

Indledningsvis skal der mindes om, at åndssvage på linie med personer med psykiske sygdomme kan anbringes på institutioner for åndssvage i form af varetægtssurrogat mv. og i medfør af straffelovens § 49, stk. 2. Sagsbehandling, kompetenceforhold mv. svarer helt til, hvad der gælder for de psykisk syge. Der henvises herom til de respektive afsnit.

Straffelovens § 68, 2. pkt., nævner to foranstaltningstyper over for åndssvage: anbringelse »under åndssvageforsorg« og anbringelse »i institution for åndssvage«. Som nærmere omtalt i kap. 3.4 stemmer straffelovens terminologi ikke længere overens med bestemmelserne i bistandsloven om forsorgen for de åndssvage. Dette gav i flere år usikkerhed, hvad angår formuleringen af sanktionsforslagene og indholdet i sanktionen. Rigsadvokaten har imidlertid nu udarbejdet en oversigt over sanktionsforslag og nærmere beskrevet disses indhold.

Sagsbehandling, sanktionsforslag mv. omtales af Karsten Hjorth (1990). De muligheder, der opereres med, svarer i det væsentlige til de psykiatriske særforanstaltninger, men med visse modifikationer som følge af de to behandlingssystemers forskellighed.

6.7.1. Mindre indgribende foranstaltninger

De mindre indgribende foranstaltninger omfatter »... tilsyn fra amtskommunens/Københavns eller Frederiksberg kommunes social- og sundhedsforvaltning vedrørende personer med vidtgående psykiske handicap, således at han efterkommer tilsynsmyndighedens bestemmelser om ophold og arbejde«. Retsfølgen kan eventuelt suppleres

med særlige vilkår efter tilsynsmyndighedens bestemmelse, f.eks. alkoholistbehandling. Denne sanktion rummer ikke adgang til institutionsanbringelse og er således alene et tilsyn med ambulant behandling. Foranstaltningen kan imidlertid suppleres med »...og således at der af tilsynsmyndigheden kan træffes bestemmelse om anbringelse i institution for personer med vidtgående psykiske handicap«. Denne foranstaltning svarer til en dom til ambulant psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse, men i modsætning til, hvad der gælder den psykiatriske særforanstaltning, skal institutionsanbringelse af en åndssvag ikke godkendes af retten.

6.7.2. Mere indgribende foranstaltninger

De mere indgribende foranstaltninger indebærer institutionsanbringelse. Der findes kun én lukket institution for åndssvage, Kofoedsminde ved Rødby, og et forslag om »anbringelse i institution for personer med vidtgående psykisk handicap« vil i praksis betyde anbringelse på en åben institution. Der findes mange forskelligartede institutioner for åndssvage, men en anbringelsesdømt skal have ophold på en institution med døgnbemanding, hvor der er mulighed for at fastholde den pågældende. Det er de pågældende sociale myndigheder, der afgør, på hvilken institution anbringelsen sker. Såvel behandlingsmæssige som retssikkerhedsmæssige hensyn skal indgå i vurderingen. Der er i nogle amter oprettet såkaldte »samråd« vedrørende åndssvage kriminelle med repræsentanter for bl.a. kriminalforsorgen og amtskommunen. Samrådet har bl.a. til opgave at pege på konkrete behandlings- eller institutionsmuligheder baseret på medlemmernes lokalkendskab.

Tildeling af frihedsgoder for anbringelsesdømte åndssvage følger nøje reglerne for anbringelsesdømte på psykiatrisk hospital, jf. Justitsministeriets cirkulære nr. 227 af 15. november 1977, hvis indhold er gengivet ovenfor under pkt. 6.4.1.

Det må antages, at de sociale myndigheder ved en dom til institutionsanbringelse er bemyndiget til at overføre den dømte til en lukket afdeling, men som anført findes der i dag kun én i hele landet, og det kan derfor undertiden være relevant at supplere et forslag om institutionsanbringelse med en tilføjelse, der bemyndiger amtskommunen til at overføre den pågældende »til lukket (sikret) afdeling«. I praksis er Kofoedsminde såvel en lukket som en sikret afdeling, og vil man anbefale anbringelse på en lukket afdeling, vil forslaget være

6.8. Foranstaltninger over for andre særgrupper

»... anbringelse i lukket (sikret) afdeling for personer med vidtgående psykiske handicap«. Endelig kan man alene anbefale anbringelse på sikret afdeling, hvilket betyder, at den dømte ikke kan flyttes til en »almindelig« lukket afdeling, om en sådan skulle blive oprettet. Anbringelse på en sikret afdeling svarer til anbringelse på sikringsafdelingen. Overvejelserne, om hvilken særforanstaltning der i det konkrete tilfælde må anbefales, ligger helt på linie med, hvad der gælder for de psykisk syge. Hvis en åndssvag dømmes til institutionsanbringelse, eller hvis foranstaltningen åbner mulighed herfor, får den pågældende beskikket en bistandsværge, hvis funktioner ganske svarer til opgaverne i forbindelse med de psykiatriske særforanstaltninger.

Hvad angår åndssvage, som også er psykotiske, henvises til kap. 7.14.

En lettere åndssvag mand, omfattet af straffelovens § 16, stk. 2, er utvivlsomt den person i Danmark, der er dømt for den mest omfattende og personfarlige kriminalitet. Han var på domstidspunktet (1989) 50 år gammel og i medfør af en tidligere dom anbragt på Kofoedsminde. Han havde tilstået og var dømt for 27 tilfælde af brandstiftelse (bl.a. to stearinlysfabrikker); to mennesker var omkommet i forbindelse med disse brande. Aktuelt blev han dømt for at have forvoldt ildebrand på et hotel (i 1973), hvorved 35 mennesker omkom, og for forsøg på voldtægt samt legemsbeskadigelse med døden til følge. Også disse forhold tilstod han. Samlet havde han således 38 menneskeliv på samvittigheden, og det er opgjort, at han havde forvoldt brandskader for langt over 138 millioner kroner. Han blev dømt til anbringelse »... i institution for åndssvage, således at anbringelsen sker i særligt lukket sikringsafsnit på Kofoedsminde, afdeling Højbo, Rødby, og således, at tiltalte ikke må forlade institutionen uden Justitsministeriets samtykke«. Sagen er fra før Rigsadvokaten havde udarbejdet foranstaltningsforslag. Se Inge Wilsbech Andersen (1989).

6.8. Foranstaltninger over for andre særgrupper

Straffelovens § 68, 2. pkt., rummer, ud over de specifikke særforanstaltninger for sindssyge og åndssvage, mulighed for, at retten kan idømme en række andre særforanstaltninger, spændende fra tilsyn med forskellige vilkår til anbringelse »...i egnet hjem eller institution til særlig pleje eller forsorg«. Det kan dreje sig om særforanstaltninger over for handicapgrupper som blinde, døve, epileptikere mv., og også foranstaltninger over for visse demente. Forudsætningen for

Kap. 6. Retslige patienter

anvendelse af disse forskellige særforanstaltninger er, at den dømte er omfattet af straffelovens § 69, stk. 1. Er dette ikke tilfældet – dvs. findes den sigtede ud over f.eks. sit fysiske handicap psykisk ikke i mere udtalt grad afvigende – kommer foranstaltninger efter § 68, 2. pkt., ikke på tale.

Bistandsloven, der indeholder bestemmelser vedrørende støtte og behandling af de forskellige handicapgrupper, har som grundliggende princip, at støtte og eventuel behandling, inkl. institutionsophold, er et tilbud, som den handicappede kan acceptere eller forkaste, og i konsekvens heraf er der ingen mulighed for tvangsmæssigt f.eks. at anbringe eller tilbageholde en person på et plejehjem.

6.8.1. Fysisk handicappede

I de yderst sjældne tilfælde, hvor den mest formålstjenlige foranstaltning for en fysisk handicappet med psykiske problemer eller for en ældre, noget dement person skønnes at være anbringelse på institution til særlig pleje eller forsorg, vil man i praksis kunne anbefale tilsyn af kriminalforsorgen med vilkår om institutionsophold efter dennes bestemmelse, idet det yderligere bør anføres, hvilken institutionsform der skønnes relevant.

Psykisk afvigende *epileptikere* blev tidligere i et yderst begrænset omfang dømt til anbringelse i epileptikerhospital, det vil i praksis sige kolonien Filadelfia's epilepsihospital. Nu vil man almindeligvis over for denne patientgruppe anbefale en psykiatrisk særforanstaltning, således at behandlingen varetages i et samarbejde mellem den psykiatriske afdeling og en epilepsiklinik eller neurologisk afdeling. Se i øvrigt kap. 7.8.

6.8.2. Unge med behandlingsbehov

Begår unge under 15 år – eller store børn – straffelovsovertrædelser, vil sagen blive overgivet til de sociale myndigheder, som derefter i medfør af bistandslovens bestemmelser har ansvaret for at iværksætte passende behandlingsmæssige foranstaltninger, ofte af socialpædagogisk karakter. Der er etableret et samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi – det såkaldte SSP-samarbejde – med henblik på tidligt at blive opmærksom på kriminalitetstruede unge, således at der kan iværksættes forebyggende foranstaltninger, såvel

individuellet som mere generelt. I visse tilfælde vil børne- og ungdomspsykiatere kunne blive inddraget i dette arbejde.

Fra et retspsykiatrisk synspunkt må der siges at være en beklagelig mangel på behandlingsmuligheder over for unge lovovertrædere, som på grund af personlighedsmæssige afvigelser, andre psykisk afvigende tilstande og/eller narkotikamisbrug frembyder et behov for behandling. Disse unge skal navnlig søges inden for to grupper.

De 15-17-årige vil i betydeligt omfang få deres sager afgjort med et eller flere tiltalefrafald, hvortil kan knyttes vilkår om foranstaltninger i henhold til bistandsloven. Efter reglerne herom kan en fjernelse fra hjemmet og anbringelse på institution komme på tale i den tungeste gruppe, men det vil da i almindelighed være en åben institution, der er dårligt egnet for de sværest belastede og mest behandlingstrængende. De få og små lukkede institutioner for unge, der findes i hele landet, er ikke behandlingsinstitutioner, men kan under snævre betingelser anvendes i korte perioder i sikrings- og iagttagelsesøjemed.

En anden gruppe er de unge, over for hvem retsfølgen på grund af kriminalitetens art eller en tidligt indledt vedholdende kriminel aktivitet ikke kan begrænses til tiltalefrafald eller betinget dom. I årene 1991-93 blev gennemsnitligt knap 100 personer under 18 år årligt idømt ubetinget fængsel. Over for den mest problemfyldte del af dette store klientel af unge kriminelle består der stort set ingen særlige behandlingsmuligheder af psykiatrisk og socialpsykologisk karakter. Ser man bort fra de få, som på grund af psykoser og lignende kan bringes ind under straffelovens §§ 16 og 68, vil adskillige opfylde betingelserne for at henføres under § 69, og lægeligt vil man ved en mentalobservation jævnligt kunne anbefale »inddragelse under bistandslovens bestemmelser for børn og unge«. Men inden for systemet af foranstaltninger efter §§ 68 og 69 findes relevante behandlingsinstitutioner som anført ikke, og der kan kun undtagelsesvis peges på særforanstaltninger som f.eks. anbringelse eller behandling i ungdomspsykiatrisk afdeling som mere formålstjenlige end straf.

Anvendelse af en psykiatrisk særforanstaltning over for disse svært belastede unge med anbefaling af, at behandlingen varetages af en ungdomspsykiatrisk afdeling, bør kun foreslås enten af de ungdomspsykiatriske afdelinger selv eller efter drøftelse med den ungdomspsykiatriske afdeling, der eventuelt senere skal varetage foranstaltningen. Der er set eksempler på, at sådanne unge, omfattet af § 69, stk. 1, er blevet dømt til psykiatrisk behandling, hvor der ikke har været ungdomspsykiatrisk service til rådighed. Der findes kun få ung-

domspsykiatriske afdelinger. Resultatet kan blive, at den unge bliver indlagt på en almindelig (voksen)psykiatrisk afdeling, der oftest vil være helt uden erfaring i behandling af denne type patienter. Må den unge yderligere anbringes på en lukket, akut modtageafdeling, vil der være alle muligheder for at gøre en dårlig situation værre.

Der findes en omfattende overvejende sociologisk/kriminologisk orienteret litteratur om unge kriminelle, se f.eks. Lilli Zeuner (1990), Britta Kyvsgaard (1992) og Ida Elisabeth Koch (1995).

Alternative foranstaltninger i form af ungdomskontrakter over for unge, der har begået mindre alvorlig kriminalitet, er omtalt af Jan Høgelund (1993) samt af William Rentzmann & Johan Reimann (1994). Unge, svært kriminelle er ud fra en psykiatrisk synsvinkel behandlet af Peter Kramp m.fl. (1987). Se også Otto Christensen m.fl. (1990), der overvejende omhandler helt unge drabsmænd.

Kapitel 7

Klinisk psykiatri

Faget psykiatri er defineret som læren om sådanne abnormtilstande, hvis subjektive og objektive tilkendegivelser er af overvejende sjælelig art, og om disse tilstandes årsagsforhold og ytringsformer, forebyggelse og behandling. Den almene psykopatologi omfatter en beskrivelse af de enkelte symptomer, der karakteriserer de sjælelige abnormtilstande, såsom hallucinationer eller vrangforestillinger, medens den specielle psykopatologi omhandler de enkelte sygdomstilstande: skizofreni, neuroser m.fl.

Psykiatrien som lægevidenskabelig disciplin har de sidste 50 år gennemgået en eksplosiv udvikling, og faget er nu det tredje største lægelige speciale efter kirurgi og medicin, målt ved antal læger. Ingen kan i dag rumme psykiatriens samlede viden eller bemestre de mangeartede behandlingsformer. Kun børne- og ungdomspsykiatrien er udskilt som et selvstændigt uddannelsesmæssigt speciale. For de øvrige områder taler man undertiden om ekspertområder, som afgrænses på forskellig måde. Det kan dreje sig om afgrænsning efter patientgrupper, f.eks. gerontopsykiatri (psykiske sygdomme hos ældre) eller retspsykiatri; efter funktionsområde: distriktskykiatri, akut psykiatri, liaisonpsykiatri (dvs. psykiatrisk undersøgelse og behandling af patienter indlagt på somatisk afdeling), eller efter behandlingsformer, f.eks. psykofarmakologi eller psykoterapi. Endvidere taler man om biologisk psykiatri, psykodynamisk psykiatri og socialpsykiatri incl. epidemiologi som betegnelser for de videnskabelige metoder, der anvendes i udforskning af de psykiske abnormtilstande. Som for andre lægelige områder er der også inden for psykiatrien et berettiget krav om forskning i de psykiske sygdommes årsager og udviklingsmekanismer samt videnskabelig dokumentation af behandlingsmåder og -effekt.

Dansk psykiatris ældre historie er beskrevet af Hjalmar Helweg (1915), udviklingen i dette århundrede af Villars Lunn (1979a). Fagets udvikling afspejler sig i en stadig voksende strøm af tidsskrifter og lærebøger. Blandt de tidlige lærebøger skal særligt fremhæves Knud Pontoppidans forelæsninger (1895),

Kap. 7. Klinisk psykiatri

der beskriver opfattelsen af de psykiske sygdomme, før de nugældende klassifikationssystemer blev indført, og før den biologiske og psykodynamiske tankegang havde holdt sit indtog, samt August Wimmers »Speciel klinisk Psykiatri for Studerende og Læger« (1936), der er en dybtgående gennemgang af den klassiske psykopatologi. Det danske standardværk var i mange år Erik Strömngrens »Psykiatri«, hvis 13. udgave kom i 1979. Det børnepsykiatriske speciale har sine egne lærebøger; den nyeste er »Børnepsykiatri« (1993) redigeret af Lene Lier m.fl. Den nyeste lærebog, der omfatter hele psykiatriens genstandsområde, er »Klinisk psykiatri« (1994) redigeret af Ralf Hemmingen m.fl.

Almen psykopatologi

7.1. De sjælelige forstyrrelser

Den følgende gennemgang af den almene psykopatologi vil i det væsentlige være deskriptiv og ateoretisk. Der kan derfor være grund til at erindre om, at helheden er andet og mere end summen af dens enkelte dele. En simpel opremsning af psykopatologiske enkeltelementer og af de enkelte symptomer vil således kun give et ufuldstændigt billede af den »egentlige« sjælelige abnormtilstand, idet de enkelte symptomer vil tage farve af – eller være afledt af – de øvrige symptomer, af det pågældende menneskes personlighed, livshistorie mv.

7.1.1. Bevidsthedsforstyrrelser

Ved begrebet bevidsthed forstås almindeligvis på den ene side det fænomen, at man oplever noget, på den anden side det forhold, at man reagerer på udefra kommende påvirkninger. Oplevelser er subjektive fænomener. Oplevelsens genstand kan være omgivelserne eller én selv, oplevelsens indhold kan være tanker, erindringer, forventninger osv. Under alle omstændigheder gælder det imidlertid, at de oplevede fænomener alene foreligger i den oplevendes bevidsthed og alene er tilgængelige via selviagttagelse. Omvendt gælder det for de reaktioner, en påvirkning medfører, at der her er tale om fænomener, som andre kan iagttage og beskrive, enten direkte eller i form af, at den, der har reageret på en påvirkning, selv kan berette om sine oplevelser.

Det er muligt at skelne mellem tre former for forstyrrelse af den normale bevidsthedstilstand: bevidsthedssvækkelse, dvs. nedsættelse af vågenhedsgraden; bevidsthedsplumring, dvs. nedsættelse af bevidsthedsklarheden; samt bevidsthedsspaltning, dvs. fortrængning eller afspaltning i kortere eller længere tid af dele af det normale forestillingsindhold.

7.1.1.1. *Bevidsthedssvækkelse* er karakteriseret ved en nedsættelse af spontaneiteten og reaktiviteten samt af den intensitet, hvormed omgivelserne opfattes. Der er tale om en gradvis tiltagende svækkelse af samtlige psykiske funktioner. Man taler om *somnolens*, når patienten er lettere døsigt og har tendens til at falde hen; overladt til sig selv kan patienten imidlertid vækkes og frembyder da ikke tegn på desorientering, dvs. patienten er orienteret i tid, sted og egne data. Det næste stadium er *sopor*, hvor patienten kun med besvær kan vækkes og kun reagerer med uforståelige gryntelyde, medens man endelig taler om *koma*, når patienten fremtræder som totalt reaktionsløs.

Bevidsthedssvækkelse skyldes organisk betingede forstyrrelser. Ved »organisk« forstår, at man kan påvise en fysisk/kemisk (»somatisk«) årsag til hjernens funktionsforstyrrelse; der kan eksempelvis være tale om betændelsestilstande, en hjernesvulst, hovedtraumer, forgiftningstilstande og lignende. Dette i modsætning til »psykogen«, hvor sådanne faktorer ikke lader sig påvise, og hvor det må formodes, at sjælelige faktorer er årsag til et givet symptom.

En bevidsthedssvækkelse kan – uanset hvor dyb den er – være forbigående, f.eks. i forbindelse med en sovemiddelforgiftning. Man taler i så fald om et akut organisk psykosyndrom. Såfremt den skadevoldende påvirkning af hjernen bliver langvarig, vil der kunne opstå blivende læsioner med heraf følgende (såkaldte »dementielle«) symptomer; man taler i så fald om et kronisk organisk psykosyndrom.

7.1.1.2. *Bevidsthedsplumring* er karakteriseret ved, at patienten ud over den simple bevidsthedssvækkelse også frembyder såkaldt produktive symptomer. Det kan dreje sig om angst eller desorientering i tid og sted (»allopsykisk desorientering«). Undertiden optræder illusionære mistydninger, dvs. en forkert fortolkning af reelle sanseindtryk, og måske forbigående syns- og hørelsesshallucinationer samt vrangforestillinger. Patienten vil ofte være usamlet og urolig, og tilstanden kan gå over i det livstruende delirium, hvor der ses stigende temperatur, hurtig puls, stigende blodtryk og efterhånden væd-

skeunderskud (dehydrering). Et sådant *delirium acutum* kan udvikles såvel på baggrund af en organisk tilstand – delirium tremens er prototypen herpå – som på baggrund af andre psykotiske tilstande, f.eks. en mani.

7.1.1.3. *Bevidsthedsspaltning*, der er sjælden, kendetegnes ved glemsel – amnesi – for væsentlige områder af bevidsthedsindholdet. Hyppigst er de såkaldte *tågetilstande*, hvor patienten i en kortere tid eller længere periode helt eller delvis er berøvet erindringen om egen identitet og tidligere livshistorie. Derimod kan patienten stadig betjene sig af sproget og mere eller mindre automatisk udføre dagligdags handlinger. *Tågetilstandene* kan være såvel organisk betingede, f.eks. udløst af epilepsi, som psykogent betingede, f.eks. udløst af et alvorligt, akut psykisk traume.

En særlig form for bevidsthedsspaltning er *emotionslammelse*, som kan ses ved større katastrofer o.l. Den normale reaktion ville være angst og forfærdelse, men personen forholder sig passiv og apatisk. Det viser sig da også ofte, at den pågældende er tydeligt »omtåget« og desorienteret, såvel hvad angår selve katastrofen, som hvad angår de personlige data. En sjælden form er de såkaldte *alternerende personligheder*, hvor patientens identitet opsplittes i to eller flere individualiteter f.eks. den gode og den onde (Dr. Jekyll og Mr. Hyde), der gensidigt er uden viden om den anden individualitets eksistens.

7.1.2. *Intelligensforstyrrelser*

Begrebet »intelligens« er søgt defineret på mange måder, uden at det har været muligt at nå frem til en generelt accepteret definition. En blandt mange lyder: »Intelligens er et individs almindelige evne til bevidst at indstille sin tænkning på nye krav, en åndelig tilpasningsevne til nye opgaver og livsbetingelser.«

Intelligensen bestemmes traditionelt ved anvendelse af en lang række forskellige psykologiske undersøgelser, intelligenstests. Undersøgelsesresultatet lader sig udmønte i form af et tal, der udtrykker den pågældende persons intelligenskvotient, IQ. Et sådant tal er behæftet med en vis usikkerhed, idet de anvendte tests ikke nødvendigvis udtrykker den faktiske formåen. Hertil kommer, at vurderingen af, om en person er åndssvag, ikke kun er bestemt af den fundne IQ, men i høj grad også af personens praktiske evne til at klare sig på en lang række sociale områder.

Man taler om åndssvaghed (oligofreni), når forstandens udvikling er bremset eller er ufuldstændig. Ved demens forstår man derimod en reduktion af den allerede udviklede intelligensfunktion.

Analysen af intelligensfænomenet har på den ene side ført til antagelsen af en fundamental generel evne eller »faktor«, som formodes at indgå i eller »lade« samtlige specielle evner eller psykiske delfunktioner: den såkaldte »g-faktor« (Spearman's General Intelligence). Heroverfor står den antagelse, at intelligensen kan beskrives som summationen af en lang række separate psykiske enkeltelementer eller talenter, der opfattes som til dels indbyrdes uafhængige: en »s-faktor« for visuel abstraktion, for associationshastighed, for hukommelse m.m., altså en multifaktorteori. De nævnte teorier ligger til grund for konstruktionen af de forskelligartede intelligens-tests.

Mere generelt har undersøgelser af afgrænsede (»fokale«) hjernelæsioner, som bl.a. kan medføre forstyrrelser i intelligensfunktionen i form af demens, ført til en række hypoteser vedrørende den overordnede cerebrale funktionsmåde. Synspunkterne har samlet sig om to betragtningmåder: på den ene side »centrerteoriene«, som udtrykker en punkt til punkt-opfattelse af relationen mellem cerebral læsion og sjælelig funktion; på den anden side de såkaldte »holistiske« teorier, ifølge hvilke hjernen fungerer som en helhed og ikke som en sum af lokaliserede enkeltfunktioner. Endelig vil »interaktionsteoriene« nok relatere visse specifikt differentierede psykiske funktioner til særlige hjerneområder, men dog samtidig gøre gældende, at disse ikke fungerer isoleret, men i interaktion med det øvrige centralnervesystem.

7.1.3. Hukommelsesforstyrrelser

Hukommelse kan defineres som det fænomen, at indlæring (noget oplevet) modificerer senere adfærd eller senere oplevelser. Hukommelsen kan teoretisk inddeles i tre faser: 1) Indlærings- eller indprentningsfasen, hvor man præges af et givet indtryk eller af en given påvirkning. 2) Retentionsfasen, i hvilken den nævnte »prægning« opretholdes. 3) Reproduktionsfasen, hvor det, man har indlært, kommer til udtryk, enten i form af, at man husker det, eller i form af, at det præger ens adfærd. Der er således tale om en kodning, en lagring og en mobilisering af en given funktion, hvor retentionens varighed kan spænde fra det ultrakorte over et begrænset tidsrum til det ubestemmeligt længe varende.

Hukommelsesfunktionen indgår som et led i intelligensen og kan som denne undersøges under anvendelse af psykologiske tests. Man kan herved såvel vurdere indprentningsevnen som give en beskrivelse af reproduktionsfasen. Indprentningsevnen er normalt højst

udviklet i den unge alder, for derefter gradvis at reduceres med årene. Dette tab vil dog ofte – som andre dele af intelligensfunktionen – blive kompenseret af alderens erfaring og overblik.

Hukommelsesforstyrrelser kan være såvel organisk som psykogen betinget. Blandt de førstnævnte skal i første række den senile (Alzheimer-)demens nævnes. Sværere hovedtraumer vil ofte medføre hukommelsesforstyrrelser af forbigående natur. De kan dels fremtræde i form af en fremadgribende amnesi, der skyldes en læderet indprentningsevne efter traumet, dels i form af bagudgribende amnesi, der omfatter såvel traumet som en kortere eller længere forudgående tidsperiode. De organisk betingede hukommelsesforstyrrelser er i almindelighed diffuse og usystematiserede, mens de psykogene hukommelsesforstyrrelser oftest vil være »udvælgende«, kendetegnet ved, at bestemte følelsesmæssigt belastende erindringer fortrænges fra bevidstheden. Indprentningsevnen vil ved de psykogene hukommelsesforstyrrelser oftest være relativt intakt.

7.1.4. *Perceptionsforstyrrelser*

Perception omfatter såvel sansefysiologiske fænomener: man hører, ser osv., som den bevidste oplevelse, der knytter sig til påvirkningen af et eller flere sanseorganer: man bearbejder det sansede. Sanseindtryk kan bero på udefra kommende påvirkning eller stamme fra egen organisme.

7.1.4.1. I vågen tilstand er man normalt på et givet tidspunkt genstand for talrige forskellige sanseindtryk. Ved *opmærksomheden* forstår man evnen til at koncentrere sig om enkelte blandt de aktuelle indtryk, en evne, der – også inden for det normales rammer – er af veksellende intensitet. Er man dybt koncentreret om et emne, frasorterer man de fleste andre sanseindtryk, mens man i en anden situation samtidig kan lade sig påvirke af flere sanseindtryk. På samme måde vil såvel evnen til at fastholde koncentrationen om et enkelt emne som evnen til at skifte fra et indtryk til et andet kunne variere, dels fra person til person, dels hos den enkelte, bl.a. afhængig af graden af bevidsthedsklarhed.

7.1.4.2. *Illusionære mistydninger* (illusioner) er fejlagtige fortolkninger af reelle sanseindtryk. Det kan dreje sig om normale psykiske fæno-

mener, som især optræder, når sanseindtrykkene er uskarpe, eksempelvis i form af høreillusioner hos tunghøre. Fremmede for illusionære mistydninger er endvidere anspændthed eller angstaffekt: den bængstede, der på sin vej igennem en mørk skov i stormvejr ser træer og buske bevæge sig som truende skikkelser. Også bevidsthedssvækkelse – der i sig selv svækker sanseindtrykkene – vil kunne fremme forekomsten af illusionære mistydninger.

7.1.5. Hallucinationer

Hallucinationer er fænomener, der opleves med sanseoplevelsens præg, uden at det pågældende sanseorgan aktuelt er udsat for en påvirkning, der svarer til det oplevede. De ægte hallucinationer har absolut realitetspræg for patienten: »synerne« eller »stemmerne« er detalrige og virkelighedsprægede og opleves af patienten som en udefra kommende påvirkning. De såkaldte *pseudohallucinationer* er mere vage og fattige på detaljer og kendetegnet ved, at patienten er klar over, at det drejer sig om et abnormt fænomen hidrørende fra »ham selv«. Pseudohallucinationer ses bl.a. ved lokaliserede hjernelidelser, læsioner, svulster o.l., men behøver ikke at være udtryk for en sygelig tilstand. *Hypnagoge hallucinationer* er således harmløse, normalfysiologiske fænomener, der optræder på overgangen mellem vågen tilstand og søvn.

Blandt de ægte hallucinationer er hørehallucinationerne de hyppigst forekommende. Det kan dreje sig om en enkelt stemme, der taler direkte til patienten, eller om flere stemmer, der eventuelt taler om patienten. Man vil kunne se patienten skotte efter »stemmen« eller afbryde en samtale for at svare den. Som »tankehørighed« betegnes det fænomen, at patienten hører sine egne tanker udtalt højt inde i sit hoved eller oplever, at flere tankerækker diskuterer med hinanden. Hørehallucinationer ses ved en række psykotiske tilstande, såvel organiske som ikke-organiske (eksempelvis alkoholhallucinoze, skizofreni). Synshallucinationer derimod optræder hyppigst ved organiske psykoser, f.eks. ved delirium tremens, hvor patienten kan skræmmes ved synet af livagtige smådyr. Synerne ledsages ikke sjældent af hallucinationer på følesansen, hvor patienten kan føle smådyrene kravle rundt på sig eller husere inde under huden. Smags- og lugthallucinationer er sjældne; de ses overvejende ved organiske lidelser, hyppigst lidelser i hjernens tindingelapper.

7.1.6. Tankegangen

Tankegangen kan inddeles i den formelle struktur og det reelle indhold. Ved tænkningens formelle struktur forstås elementer som tankegangens hastighed, associationsforløbets art, overholdelsen af vedtagne syntaktiske regler m.m. Tankegangens indhold omfatter de forestillinger, meninger og tanker, som personen giver udtryk, herunder også psykotiske forestillinger i form af vrangforestillinger.

7.1.6.1. Forstyrrelser i tankegangens formelle struktur betegnes oftest som *tankeforstyrrelser*. Tankegangen kan, specielt ved depressive tilstande, være hæmmet med langsomt, trægt, men indholdsmæssigt sammenhængende associationsforløb. Omvendt vil tankegangen i den maniske tilstand kunne være abnormt påskyndet, springende, stigende til »tankeflugt«, hvor associationerne foregår med så stor hast, at tilhørerne kan have svært ved at følge med. Visse skizofrene tilstande er kendetegnet ved et usammenhængende associationsforløb, hvorved patientens ytringer kan fremtræde som meningsløse udbrud, uforståelige ordbrokker og lignende (»ordsalat«, »tankeinkohærens«). En særlig form for forstyrrelse i tankegangens forløb er det såkaldte »spærringsfænomen«. Det optræder fortrinsvis hos skizofrene patienter og ytrer sig ved, at patienten midt i en sætning går i stå, som var han eller hun med ét berøvet al tankevirksomhed, for derefter – efter en kort pause – uantastet at genoptage samtalen.

Også forstyrrelser af tankegangens syntaks og logiske opbygning ses hyppigst hos skizofrene patienter. Forstyrrelsen kan ytre sig i form af en tilsyneladende strukturløshed eller vaghed af begrebsdannelsen, idet selv ganske konkrete spørgsmål besvares vagt, uforbindende og antydende. Heroverfor står hos andre en yderst konkret, bogstavelig, såkaldt »genstandsbunden« tankegang, som kan minde om, hvad man møder hos børn og hos demente patienter. I andre tilfælde forekommer patientens helhedsoplevelse at være bestemt ud fra en enkelt detalje af det opfattede (»pars pro toto«). Og endelig vil man hos nogle patienter kunne registrere en »privat« anvendelse af sproget, enten i form af, at patienten anvender gængse ord på sin egen personlige, for andre uindfølelige måde, eller i form af, at patienten gør brug af uforståelige ordnydannelser (»neologismer«).

7.1.6.2. Ved en *vrangforestilling* – en *paranoid forestilling* – forstås en idé, der – set i lys af tidens og stedets og den pågældendes individu-

elle forudsætninger – må betegnes som urigtig eller urimelig, men som af patienten tillægges absolut sandhedsværdi og således ikke lader sig korrigere. Karakteristisk for den måde, hvorpå den paranoide patient tillægger sine forestillinger indiskutabel sandhedsværdi, er den såkaldte »bagvendte logik«: enhver faktisk hændelse i omgivelsernes adfærd eller andres udtalelser opleves eller tolkes af patienten som en bekræftelse på vrangidéens rigtighed. En vrangforestilling karakteriseres således ikke alene ved den mening, patienten tillægger den, men også ved måden, hvorpå patienten argumenterer for sine synspunkter.

Paranoide forestillinger optræder dels som »primære«, dels som »sekundære« vrangideer. Den *primære vrangforestilling* optræder uafhængig af andre psykopatologiske fænomener, altså som et selvstændigt, »primært« symptom hos i øvrigt intellektuelt velbevarede, bevidsthedsklare, stemningsneutrale personer. Karakteristisk er, at et bestemt ledemotiv fastholdes og udbygges under anvendelse af fortolkninger, erindringsforskydninger og virkelighedsfordrejninger, uden at de enkelte led i denne tankerække behøver at stride imod logikkens love. I nogle tilfælde er de primære vrangideer psykologisk uforklarlige og uindfølelige, i andre tilfælde er de »katatyme«, hvorved menes, at forestillingerne har deres udgangspunkt i et for den pågældende specifikt sårbart punkt, et unikt forestillingskompleks, som oftest vil have sin baggrund i, at patienten – reelt eller indbildt – mener sig udsat for en krænkelse, et overgreb, en bagtalelse eller lignende fra før i tiden.

De såkaldte »*overlødige ideer*« kan i visse tilfælde danne udgangspunkt for udvikling af vrangforestillinger. Ved overlødige ideer forstås man forestillinger eller meninger af f.eks. politisk, ikke sjældent sundhedspolitisk art, der – uden at være vrang, dvs. objektivt urigtige – af den pågældende tillægges en i omgivelsernes øjne uforholdsmæssig betydning, og som ved at indtage en altdominerende plads i den pågældendes forestillingsverden truer med at fortægne virkelighedsoplevelsen; eksempelvis kostfanatikeren, der hævder at kunne helbrede enhver sygdom med sit særlige ernæringsprogram.

De kronisk forløbende paranoide psykoser samles under betegnelsen »paranoia«. Alt efter vrangforestillingernes dominerende indhold lader de sig inddele i en række undergrupper: kværlantforryktheden (paranoia kværlatoria), jalousiforryktheden (paranoia zelotypica), forfølgelsesforrykthed (paranoia persecutoria) mv.

Modsat de primære vrangforestillinger er de *sekundære vrangfore-*

stillinger betinget af andre, tilgrundliggende psykopatologiske fænomener. Som eksempel herpå kan nævnes forfølgelsesforestillinger hos demente patienter. Den svigtende hukommelse og dømmekraft, periodiske konfusion og det ofte depressivt farvede stemningsleje giver her grobund for fremkomsten af vekslende, usystematiserede forfølgelsesforestillinger. Et andet eksempel er den dybt melankolske patient, som ubeføjet mener at være skyld i andre menneskers lidelser og måske deres død. Sådanne vrangforestillinger benævnes *holotype*, hvorved menes, at de er i overensstemmelse med og lader sig forstå ud fra den tilgrundliggende lidelse, i det nævnte tilfælde depressionen. Skizofrene patienter huser ofte omfattende vrangforestillinger, som kan være vanskelige at kategorisere som primære eller sekundære. Nogle vrangideer hos skizofrene må formentlig opfattes som primære, andre som sekundære. Endelig taler man om *residuære vrangforestillinger* i tilfælde, hvor patienten fastholder og viderebearbejder sine vrangforestillinger, også efter at den tilgrundliggende psykopatologiske tilstand – eksempelvis et delir – er svundet.

Som en sidste form for paranoid tænkning skal nævnes de såkaldt inducerede vrangforestillinger. Herved forstås det fænomen, at en paranoid tilstand udvikler sig hos én eller flere (normale) personer gennem påvirkning fra en anden, primært psykotisk person: »folie à deux«. Normalt svinder vrangforestillingerne hos den primært sunde, når parterne adskilles. I enkelte tilfælde kan man se, at de inducerede vrangideer viderebearbejdes på paranoisk vis med fortolkninger, erindringsforskydninger, systematiseringen og lignende for at persistere som en paranoid psykose også efter, at patienten er unddraget den primært syge parts indflydelse.

7.1.6.3. *Tvangstanker (obsessioner)* er tanker eller forestillinger, som uafsladeligt, døgnet rundt, påtvinger sig patientens forestillingsverden, f.eks. i form af smudsfrygt eller tælletrang. De kan som de paranoide ideer henføres til forstyrrelser af tænkningens indhold, men adskiller sig afgørende fra vrangforestillinger ved, at patienten klart erkender, at tankerne eller angstforestillingerne er urimelige eller sygelige – blot er det umuligt for patienten at frigøre sig for dem. Tvangstanker vil ofte være ledsaget af *tvangshandlinger (kompulsjoner)*, hvor patienten på rituel vis må foretage sig det samme, f.eks. vaske hænder igen og igen, samtidig med at den pågældende fortsat er aldeles klar over det urealistiske i såvel tanker som handlinger.

7.1.7. Emotionelle forstyrrelser

En beskrivelse af følelseslivet omfatter principielt to elementer: grundstemningen og de følelsesmæssige reaktioner (»affekter«). Ved et menneskes habituelle grundstemning forstås dets fremherskende eller sædvanemæssige humør, dets stemningsleje. Nogle mennesker fremtræder som lette og lyse af sind, andre som tungsindige. Dette habituelle stemningsleje vil ofte præge den enkelte livet igennem.

De normale følelsesmæssige reaktioner, affekterne, fremtræder i talløse former – angst, vrede, forbitrelse, sorg, fortvivelse, henrykkelse mv. Blandt disse affekter indtager angsten en særstilling, fordi angst indgår som et mere eller mindre fremtrædende symptom i mange psykiske lidelser og sygdomme. Det må betones, at den »angst«, der her er tale om, er såre konkret og hermed adskiller sig fra den »eksistentielle angst«. Frygt føler man i reelt angstvoldende situationer, mens angst i psykiatrisk (patologisk) betydning oftest optræder »frit flatterende«, dvs. uden tilknytning til nogen reel frygt-indgydende situation.

Nogle mennesker kan beskrives som emotionelt labile, med let vakte og hurtigt skiftende følelser. Andre som følelsesmæssigt hæmmede, prægede af en tilsyneladende følelsesmæssig indifferens.

Den *affektlabile* er kendetegnet ved sin tilbøjelighed til at fare op på ringe foranledning med overgang til regulær affektekspløsivitet og hurtig afsvalen, mens den *eretiske* er præget af sin pirrelighed og letvakte vredagtige irritation.

Følelsesmæssige reaktioner af denne art ses jævnligt ved begyndende demenstilstande i form af en *emotionel labilitet* med tendens til rørselse i forbindelse med ganske harmløse begivenheder. I mere udtalte grader kan labiliteten ytre sig i form af »affektinkontinens« kendetegnet ved tilsyneladende umotiverede, langvarige gråd- eller latteranfald.

Ændringer i det habituelle stemningsleje kan manifestere sig i form af kortvarige, dvs. fra timer til højst få dage varende, *dysforier*. Den dysforiske tilstand er kendetegnet ved forstemning, manglende lystfølelse, irritabilitet, utålmodighed og isolationstendens – alt sammen velkendt fra den normale morgenforstemning eller fra den præmenstruelle spænding, som kan optræde hos nogle kvinder.

Omvendt kendetegnes *euforiske* tilstande ved opstemthed og en til-

syneladende umotiveret, generel lystfølelse. Også denne tilstand kan ligge inden for det normales grænser; den kan bl.a. opleves af mennesker, der af den ene eller anden grund har holdt sig søvnløse en nat. Ved organiske hjernelidelser, specielt lokaliseret til pandelapperne, vil den intellektuelle reduktion ikke sjældent tage farve af en fjoget, situations-utilpasset, »fatuid« eufori.

Længerevarende patologiske ændringer i stemningslejet optræder dels i form af depressive, dels i form af maniske tilstande.

Depressionen er kendetegnet ved et abnormt forsænket stemningsleje. Depression er i psykiatrisk mening og terminologi en psykotisk tilstand, mens betegnelsen depression i daglig tale som bekendt også omfatter helt uspecifikke tristhedstilstande (»tristitia«).

Det patologisk løftede stemningsleje, *manien*, ytrer sig i form af abnorm opstemthed, hyperaktivitet, øget lyst- og selvfølelse, ofte iblandt vredladne træk. Maniske tilstande ses i sjældne tilfælde at være udløst af psykiske traumer, men langt oftest er de at opfatte som led i en manio-depressiv psykose.

Anhedoni betegner en tilstand præget af farveløshed, svigtende vitalfølelse, glædesløshed, ofte ledsaget af en oplevelse af altings meningsløshed. Især de skizotypiske grænsetilstande er jævnligt præget af anhedone træk.

Ved *ambivalens* forstås det fænomen, at modsatrettede følelser, had/kærlighed, foragt/beundring og lignende, på samme tidspunkt – side om side eller i indbyrdes konflikt – behersker bevidsthedslivet. Ambivalens præger mange skizofrene tilstande og kan, i kraft af den indre konflikt, virke lammende på patientens udadrettede aktivitet. Ambivalens er i denne betydning et patologisk fænomen og må ikke forveksles med den normale følelsesmæssige dobbelthed, som kan præge ens forhold til arbejdet, til andre mennesker, til hændelser i omgivelserne m.m.

Autisme henhører retteligt til de kognitive (erkendelsesmæssige) fænomener, men fremtræder som en emotionel forstyrrelse. Betegnelsen dækker over det fænomen, at patientens indre forestillings- eller fantasiliv tillægges større sandheds- eller realitetsværdi end den omgivende, reelle verden. Autisme kan også være udtryk for en fatigdom i tænkningen og en fremmedhed over for den ydre verden. Den autistiske patient trækker sig tilbage fra »virkeligheden« og fremtræder som følelsesmæssigt aflukket og isoleret. I samvær med patienten vil man opleve det som vanskeligt eller umuligt at opnå en »egentlig« følelsesmæssig kontakt med den pågældende. Den udtalt

autistiske, oftest skizofrene, patient fremtræder som tillukket eller distancerende, opslugt af egne indre oplevelser og ganske uinteresset i verbal eller anden kontakt med omgivelserne. Beslægtet med eller eventuelt et udtryk for autisme er den *inadækvate emotionalitet*, hvorved forstås det fænomen, at patientens følelsesmæssige reaktion ikke er i overensstemmelse med samtals indhold eller omstændighederne i øvrigt. I sine diskrete former kan den inadækvate emotionalitet eksempelvis ytre sig ved, at patienten tilsyneladende umotiveret smiler frem for sig eller pludselig bliver anspændt og måske vred over et objektivet set ganske banalt spørgsmål. I sine mere udtalte grader kan den inadækvate emotionalitet have form af svære affektudbrud som reaktion på bagatelagtige, tilsyneladende ganske uskyldige hændelser i eller henvendelser fra omgivelserne, mens alvorlige hændelser såsom dødsfald i den nærmeste familie ikke medfører nogen følelsesmæssig respons fra patientens side.

7.1.8. Personligheden

Ved et menneskes personlighed vil man i almindelighed forstå indbegrebet af sjælelige træk eller egenskaber, som i deres totalitet er bestemmende for den pågældendes individuelle, dvs. fast indbyggede reaktionsmønstre på såvel udefra kommende som indre oplevelser eller påvirkninger.

Personlighedsbegrebet er, tilnærmelsesvis, synonymt med begrebet *karakter*, idet dette sidste dog i særlig grad omfatter evnen til at fastholde en given målsætning, mens man ved temperament i højere grad forstår den pågældendes habituelle stemningsleje og specielt affektivitet og evne til affektkontrol.

Den præmorbide psyke er betegnelsen for en patients habituelle personlighedsmæssige egenart, den pågældendes personlighed eller karakter, således som den kan antages at have været, før patienten udviklede en psykopatologisk tilstand. Det er vigtigt i bedst muligt omfang at redegøre for en patients præmorbide psyke, idet denne undertiden vil være udgangspunktet for en given psykopatologisk tilstand og under alle omstændigheder altid vil »farve« den.

Der er i årenes løb gjort talrige forsøg på at opstille såkaldte personlighedstypologier i betydningen klinisk anvendelige inddelingsprincipper af personlighedsbegrebets mangeartede fremtrædelsesformer. Et fremtrædende eksempel herpå er beskrivelsen af de såkaldte »abnorme personligheder«. Se nærmere kap. 7.11.

7.1.9. Dynamisk psykologi

Den forudgående gennemgang af en række af psykopatologiens grundelementer har haft karakter af en rent deskriptiv fremstilling af fænomenerne, således som de fremtræder objektivt i betydningen tilgængelige for og principielt uafhængige af en udenforståendes iagttagelse. Det er en konsekvens af denne betragtningsmåde, at man abstraherer fra den enkeltes subjektive oplevelse af bevidsthedsfænomenerne og afstår fra enhver gisnen om arten af sjælelivets dynamik, idet der hermed tænkes på de »kræfter«, psykiske »mekanismer« eller »processer«, der kan formodes at ligge bag de forskellige bevidsthedsmanifestationer. I modsætning hertil står den psykoanalytiske indfaldsvinkel, hvis herskende skoler alle hviler på den psykoanalytiske teori og praksis, baseret på Sigmund Freuds arbejder.

Freud anskuede de sjælelige fænomener dels ud fra en »topisk«, dels ud fra en »dynamisk« synsvinkel. Det *topiske* aspekt, som hviler på en »rumlig« forestilling om forskellige instanser i sjælelivet, har undergået adskillige ændringer siden Freuds oprindelige skelnen mellem bevidste, førbevidste og ubevidste sjælelige fænomener. Ud fra den fremherskende betragtningsmåde eller model skelner man nu mellem følgende tre sjælelige instanser: jeg'et, det'et og overjeg'et (ego, id, superego).

Med en persons jeg forstås indbegrebet af den pågældendes forestillinger om sig selv samt personlige erfaringer og forudsætninger (identitetsoplevelse); evnen til rationel, empirisk, realitetsbetonet tænkning (»sekundærproces«-tænkning) og til beherskelse af sprog og motorik; samt endelig evnen til konfliktbeherskelse og forsvar mod angst og skyldfølelse via såkaldt energi-binding og brug af jeg'ets »forsvars-mekanismer«.

Det'et dækker, tilnærmelsesvis, det ubevidste sjælelivs begreb. Det omfatter de primitive impulser og medfødte drifter (libidinøse og aggressive) og betjener sig af den såkaldte »primærproces«-tænkning, hvormed forstås den ikke-logiske, irrationelle, ikke-realitetsbetonede, fantasiprægede forestillingsvirksomhed, som alle kender fra deres drømme.

Endelig repræsenterer overjeg'et personlighedens moraliserende instans; den kan – med mange forbehold – betegnes som samvittighedens røst. Den rummer det normsæt, individet har tilegnet sig, reageret på eller opponeret imod under forældrenes påvirkning. Overjeg'et indebærer således såvel lystbetonede idealforestillinger som ideer om misbilligelse eller straf, belagt med følelser af angst, aggression eller skyld.

Ud fra den *dynamiske* synsvinkel rettes opmærksomheden mod de sjælelige processer, som formodes igangsat ved den skiftende sjælelige »energiladning« (cathexis) af personlighedens ovenfor nævnte instanser. En afgørende rolle

7.1. De sjælelige forstyrrelser

spiller her konfliktbegrebet, som er udtryk for modsætningen mellem de umiddelbare driftsimpulser og ubevidste, ikke-realistiske, lystbetonede primærprocesser på den ene side og de realitetsbetonede sekundærprocesser på den anden.

I forsøget på at løse de ubevidste angstvoldende indre konflikter betjener jeg'et sig dels af evnen til »energibinding« (udsættelse af den umiddelbare behovstilfredsstillelse), dels af jeg'ets såkaldte *forsvarsmekanismer*, dvs. sjælelige mekanismer, som alle normale mennesker tager i anvendelse. Antallet af disse sidste er ifølge den psykoanalytiske begrebsdannelse legio.

Af særlig betydning for psykopatologien er fortrængningen, som er den karakteristiske forsvarsmekanisme ved den neurotiske udvikling. Ved fortrængningen udelukkes det'ets ubevidste angstvoldende konfliktstof (primitive impulser, infantile erindringer) fra jeg'ets bevidste domæne. I visse tilfælde afstedkommer dette udviklingen af såkaldte neurotiske reaktionsdannelser, hvorved forstås det fænomen, at den sjælelige energi forskydes fra det fortrængte (forbudte) til et modsatrettet (accepteret) forestillingskompleks – eksempelvis i form af en drejning af umiddelbare racistiske tilskyndelser til en demonstrativ tolerant holdning (eller facade).

Som projektion betegnes det fænomen, at et individ, som et forsvær mod erkendelsen af egne uønskede, ulystbetonede egenskaber, tillægger omgivelserne disse træk. Ud fra denne synsmåde er den psykotiske paranoide tænkning udtryk for en projektionsmekanisme, som bevirker en urealistisk fortegning såvel af egen personlighed som af omgivelserne. Beslægtet hermed er fornægtelsen, som indebærer, at den pågældende, dels bevidst, dels ubevidst, »lukker øjnene« for tingenes reelle, utålelige sammenhæng til fordel for en illusionær fantasi om en idylliseret »virkelighed« – en mekanisme, som ofte ses anvendt af hysterikere og af visse karakterafvigere.

Som nævnt må mange former for forsvarsmekanismer opfattes som normalpsykologiske fænomener. Det gælder f.eks. intellektualisering, som udtrykker en overbetoning af en konflikts forstandsmæssige indhold med neddæmpning af dens følelsesladning til følge. Sublimering er det fænomen, at f.eks. aggressive, destruktive driftsimpulser forskydes til og finder udløsning i konstruktiv aktivitet så som kulturel eller socialt nyttig foretagsomhed.

Psykoanalysen omfatter således på den ene side en teori om personlighedsudvikling og driftsforvaltning – og her specielt om arten af de sjælelige mekanismer, som kan formodes at ligge bag den ma-

nifeste neurotiske symptomdannelse –, på den anden side en behandlingspraksis, hvis sigte er en tydning af den mening, der kan tillægges de manifeste symptomer. Endelig hviler behandlingen på den antagelse, at patientens forståelse og emotionelle accept af egne symptomers mening vil befordre patientens helbredelse.

Den psykoanalytiske skole er den for tiden dominerende blandt de psykologiske lærebygninger, men ikke den eneste.

Dens idémæssige modpol finder man i behaviorismen eller *adfærdspsykologien*. Adfærdspsykologerne abstraherer fra bevidsthedsbegrebets subjektive tilkendegivelser, idet de på empirisk grundlag alene anskuer den objektive adfærd som en reaktion på udefra kommende stimuli. I overensstemmelse hermed opfattes den neurotiske symptomdannelse som resultatet af en indlæring eller prægning eller som et længe fastholdt reflektorisk svar på en, oprindeligt følelsesmæssigt belastende, påvirkningssituation. Tilsvarende vil adfærdsterapien i sit princip sigte mod en »afbetingning« af den neurotiske reaktion.

Dansk psykiatri er kendetegnet ved sin eklektiske holdning til de forskellige psykologiske og psykopatologiske skoler. Den henter sin terminologi og sine beskrivelses- og forståelsesmodeller såvel fra en overvejende deskriptiv, statisk begrebsverden, som fra en dynamisk teoridannelse, og i mindre grad fra adfærdspsykologiens indlærings-teorier.

7.2. Den psykiatriske undersøgelse

Den psykiatriske undersøgelse har til formål at tilvejebringe indsigt i en patients livshistorie i almindelighed og sygehistorie i særdeleshed, samt at redegøre for den pågældendes habituelle psykiske egenart (præmorbid psyke) og aktuelle psykiske og somatiske tilstand (status præsens). Undersøgelsen har principielt karakter af en samtale mellem undersøgeren og den undersøgte, eventuelt suppleret med somatiske undersøgelser og psykologiske tests. Hertil kommer oplysninger indhentet på undersøgerens egen foranledning, herunder eventuelle oplysninger fra pårørende. Undersøgelsen omfatter en anamneseoptagelse og den såkaldte objektive undersøgelse. Resultatet nedfældes i den psykiatriske journal. Af oversigtsmæssige grunde og for fuldstændighedens skyld er denne opbygget i overensstemmelse med et vedtægtsmæssigt mønster. Det må imidlertid betones,

at denne skabelon alene tjener praktiske, redaktionelle formål og ikke må opfattes som retningsgivende for selve journaloptagelsen. Det er nemlig en forudsætning, at samtalen hviler på den bedst mulige intellektuelle og emotionelle kontakt mellem læge og patient, samtidig med at flest mulige relevante emner søges belyst gennem dette såkaldte »semistrukturerede« interview. Dette forudsætter igen, at samtalen føres på patientens betingelser og ikke lukkes af styrende spørgsmål. Ved at lytte frem for at styre vil man vinde indsigt i, hvad der for patienten er af størst vigtighed.

7.2.1. Anamnesen

Anamnesen, dvs. sygehistorien, vil i journalen fremtræde som et produkt af patientens egne tilkendegivelser og udefra indhentede oplysninger. Specielt hvad angår patientens habitualpsyke, eventuelle tidligere psykiske lidelser og det aktuelle sygdomsforløb, bør det klart fremgå, fra hvilke kilder de supplerende oplysninger er indhentet (hospitalsjournaler, pårørende m.fl.). Vedrørende indhentning af oplysninger ved mentalundersøgelser henvises til kap. 5.

Den psykiatriske journal omfatter traditionelt følgende punkter:

1. Social anamnese: Forældres erhverv, søskende, opvækstforhold, skolegang, uddannelses- og beskæftigelsesforhold, økonomi og boligforhold, familiære forhold (ægteskab/parforhold, børn m.m.). Eventuel tidligere kriminalitet.
2. Disposition: Forekomst i slægten specielt af psykiatriske/neurologiske lidelser (psykoser, epilepsi, suicidal adfærd m.m.), alkoholisme.
3. Somatisk anamnese: Specielt hovedtraumer, krampetilfælde, betændelsestilstande i centralnervesystemet, længerevarende febrile lidelser, tidligere hospitalsindlæggelser. Aktuelle legemlige helbreds-tilstand.
4. Eventuelt misbrug af alkohol og/eller euforiserende stoffer/medicin (art, omfang, varighed).
5. Præmorbid psyke: Intellekt, emotionalitet (grundstemning, affektiv stabilitet/labilitet). Karakterologisk egenart. Seksualitet. Interes-
seområder.

6. Tidligere psykiske lidelser: Tidspunkt, behandling, hospitalsindlæggelser. Eventuel diagnose.

7. Nuværende psykisk lidelse: Årsager til og omstændigheder vedrørende aktuelle indlæggelse, symptomatologi, varighed, forløb, behandling, status præsens. Diagnose.

7.2.2. Den objektive undersøgelse

Gennemgangen af sygehistorien afsluttes med en klinisk somatisk undersøgelse og en »objektiv« psykiatrisk vurdering. Den klinisk-somatiske undersøgelse omfatter en rutinemæssig gennemgang af de store organsystemer, dvs. bl.a. hjerte og lunger, organerne i bughulen, f.eks. med henblik på at vurdere, om leveren er forstørret. Hertil foretages ofte en mere grundig neurologisk undersøgelse. Den klinisk-psykiatriske vurdering, benævnt »objektivt psykisk«, tilsigter at give en beskrivelse af patientens aktuelle psykiske tilstand i dens totalitet.

Denne vurdering bygger såvel på den psykiatriske anamnese som på undersøgerens observationer og skøn. Yderligere vil »objektivt psykisk« ofte indeholde terminologi og begreber fra forskellige referensrammer, f.eks. såvel den deskriptive, klassiske psykopatologi som psykoanalysen og måske også fra adfærdspsykologien. En sådan sammenblanding af observationer og skøn kan umiddelbart forekomme uoverskuelig og uegnet til at give en blot nogenlunde dækkende beskrivelse af en patients aktuelle tilstand. Denne form bygger imidlertid på en fast forankret tradition, som har vist sig klinisk anvendelig.

Den objektive psykiske vurdering indeholder følgende elementer:

- Patientens aktuelle bevidsthedstilstand, dvs. om patienten er bevidsthedsklar eller præget af bevidsthedssvækkelse. Endvidere beskrives patientens opfattelsesevne, opmærksomhed, almene orientering og det skønsmæssige intellektuelle niveau, herunder om patienten frembyder tegn på demens.
- Tankegangens formelle karakter, dvs. om der er tegn på tankeforstyrrelser.

7.2. Den psykiatriske undersøgelse

- Patientens kontaktform, som, afhængig af tilstandens karakter, kan spænde fra det indyndende og insisterende til den totale følelsesmæssige kontaktaflukkethed (autisme).
- Patientens stemningsleje, om patienten er affektlabil, og om der er ændringer af det psykomotoriske tempo.
- Man søger også at vurdere patientens mere fremtrædende karakterologiske træk.
- Det anføres, om der kan påvises produktive psykotiske symptomer f.eks. i form af hallucinationer eller vrangforestillinger, eller om
- patienten eventuelt frembyder mere udtalte neurotiske symptomer som f.eks. tvangsfænomener eller såkaldt hysteriske manifestationer. Sluttelig redegøres for
- patientens selvoplevelse, specielt sygdomsfølelse og sygdomserkendelse.

På basis af sygehistorien (anamnesen), den kliniske somatiske undersøgelse og den objektive psykiske vurdering stilles en måske foreløbig diagnose, og der tages beslutning om yderligere undersøgelser. Mange psykiatriske patienter har også behandlingskrævende legemlige lidelser, hvorfor der ofte vil være behov for almindelige såkaldte parakliniske undersøgelser som røntgen af hjerte og lunger, blodprøver mv. Undertiden kan der også være indikation for registrering af hjernens elektriske aktivitet (EEG), hjerne-scanning, undersøgelse af rygmarvsvæsken (spinalvæskeundersøgelse) mv. Endelig kan der være indikation for, at der foretages en psykologisk undersøgelse af patienten.

Der er inden for de senere år udviklet en række højteknologiske undersøgelsesmetoder, som åbner mulighed for en hidtil uset beskrivelse og vurdering af hjernens struktur og funktion. Det drejer sig bl.a. om CT-scanning (computertomografi) og MR-scanning (Magnetisk Resonans), som begge afbilder hjernens struktur, PET (Position Emissions Tomografi), som måler hjernens stofskifte, og SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography), som måler hjernens gennemblødning. CT-scanning anvendes nu rutinemæssigt, medens de øvrige – ofte kostbare – undersøgelsesmetoder fortrinsvis anvendes forskningsmæssigt, også inden for psykiatrien.

7.2.3. *Standardiserede vurderinger*

Den rutinemæssige klinisk-psykiatriske undersøgelse vil ofte koncentrere sig om, hvad der umiddelbart opfattes som væsentligst for vurderingen af en patients aktuelle tilstand. Dette betyder, at en række forhold vedrørende patienten kan blive ufuldstændigt belyst. Videre er der et subjektivt element i den måde, hvorpå forskellige undersøgere udvælger data fra sygehistorien og udvælger og beskriver symptomer. Disse – og en række andre – forhold medfører, at det er vanskeligt at foretage en punkt-til-punkt sammenligning af forskellige sygehistorier og undersøgelser, baseret på rutinemæssigt indsamlede journaloplysninger.

I et forsøg på at løse disse problemer er der igennem de senere år udviklet en lang række spørgeskemaer, gradueringsskalaer mv. til brug ved vurderingen af forskellige psykopatologiske tilstande. Disse forskellige »instrumenter« blev oprindeligt udviklet til videnskabelig brug, men finder nu i tiltagende grad anvendelse i den almindelige klinik. Indførelse af de nye diagnostiske klassifikationssystemer vil utvivlsomt medføre en øget anvendelse af disse undersøgelsesmetoder.

Groft sagt taler man om strukturerede psykiatriske interviews, om observationsskemaer (rating scales), som udfyldes af undersøgeren, og om spørgeskemaer, som patienten selv udfylder.

7.2.3.1. De *strukturerede psykiatriske interviews* kan spænde fra enkle checklister, som blot sikrer, at alle relevante data indsamles, til omfattende interviewskemaer med ledsagende scoringsystemer beregnet til egentlig diagnostisk klassifikation. Som eksempel på sidstnævnte kan nævnes »Present State Examination« (PSE), hvor undersøgeren registrerer en lang række data – ofte kaldet »items« – på særlige scoringsark, som eventuelt kan EDB-behandles med henblik på diagnostisk klassifikation.

7.2.3.2. *Rating scales* anvendes typisk til vurdering af sværhedsgraden af en given psykopatologisk tilstand. Et af de mest kendte eksempler herpå er »*Hamilton's rating scale for depression*« (HDS).

Hamiltonskalaen består af 17 spørgsmål (»items«). Hvert item omhandler et typisk symptom ved depressive tilstande, f.eks. »nedsat stemningsleje«, »skyldfølelse«, »selvbebrejdelser«, »selvmordsimpulser«, »afbrudt søvn« mv. Under-

7.2. Den psykiatriske undersøgelse

søgeren vurderer, hvorvidt et givet symptom er til stede og i bekræftende fald symptomets sværhedsgrad. Nogle symptomer gradueres fra 0-4, hvor 0 er »forekommer ikke«, »4« betyder, at symptomet er til stede i »alvorlig grad«. Andre symptomer gradueres fra 0-2 – »forekommer ikke« til »klart til stede«. På den måde fås et tal for hvert symptom; summen af disse tal – den »samlede score« – udtrykker herefter sværhedsgraden af depressionen. En samlet score på 15 eller derover er tegn på, at patienten har en moderat til svær (behandlingskrævende) depression.

Nogle rating scales anvendes til vurdering af sværhedsgraden af psykiske sygdomme, andre retter sig mod enkeltsymptomer. »Brief Psychiatric Rating Scale« (BPRS) registrerer sværhedsgraden af den skizofrene patients symptomer, Hamiltons angstskala (HAS) registrerer specifikt sværhedsgraden af angstsymptomer. Der findes rating scales til brug i børnepsykiatri, til vurdering af misbrug og abstinenssymptomer, til registrering af bivirkninger ved medikamentel behandling mv. Mange rating scales skal standardiseres, f.eks. til brug i Danmark, ligesom der ofte er en række betingelser for deres anvendelse.

7.2.3.3. Som eksempel på en *selvrapporteringsskala* skal nævnes »General Health Questionnaire« (GHQ), som består af 60 spørgsmål (men varianter med såvel færre som flere spørgsmål forekommer). Patienterne udfylder selv dette spørgeskema, som f.eks. indbefatter spørgsmål om almindelige stresssymptomer, forskellige psykiske symptomer såsom angst, samt nogle spørgsmål vedrørende den pågældendes almene befindende. GHQ anvendes f.eks. til screening for psykiatrisk symptomatologi i større befolkningsgrupper.

Alle disse forskellige »instrumenter« repræsenterer utvivlsomt et fremskridt, men brugen af dem kræver viden og træning. Skal man anvende Hamiltons depressions rating scale, starter man således med at undersøge (»rate«) depressive patienter sammen med erfarne klinikere, som er vant til at anvende depressionsskalaen. På den måde defineres f.eks. »søvnbesvær«, og der fastlægges fælles retningslinier for, hvad der skal forstås ved søvnbesvær i mild, moderat eller svær grad. Anvendes rating scales af ukyndige, som ikke er trænet i brugen af dem, eller overholder man ikke reglerne for deres anvendelsesområde, kan resultaterne meget vel blive mere vild- end vejledende.

Rating scales og andre standardiserede vurderinger kan sikre ensartethed i bedømmelsen af psykopatologiske tilstande, men principielt er de ikke mere »objektive« end den »almindelige« psykiatriske

undersøgelse. Alle rating scales er resultatet af en cirkelslutning. Erfarne klinikere har f.eks. udspecificeret 17 symptomer, som typisk ses ved svære depressioner, og yderligere graderet hvert af disse symptomer. Erfaringsmæssigt har man så fundet, at patienter, som man klinisk vurderer til at være svært deprimerede, har en samlet score på f.eks. 20. Ved den efterfølgende anvendelse af skalaen slutter man så, at såfremt en patient har en score på 20, betyder det, at patienten har en svær depression.

For en grundig indføring i og gennemgang af de i Skandinavien anvendte rating scales mv., se Otto Lingjærde m.fl. (1989) samt Per Bech (1993).

7.2.4. Psykologiske tests

Psykologiske tests omfatter en række psykologiske metoder til beskrivelse af visse sjælelige kvaliteter og reaktionsmåder. Det fælles princip i den testpsykologiske undersøgelse er, at patienterne stilles over for en påvirkningssituation, der i store træk søges holdt konstant fra patient til patient, medens de individuelt forskellige reaktioner registreres. En psykologisk testning er således principielt et øjeblikksbillede af patienten, men psykologen vil almindeligvis supplere dette med en samtale, hvor sygehistorien benyttes som supplement til de »rå« testresultater.

Der findes en lang række psykologiske tests, og overgangen til rating scales, spørgeskemaer mv. er glidende, ligesom i øvrigt overgangen til psyko-fysiske undersøgelser er det. De testmetoder, der mere rutinemæssigt bruges, er gennemundersøgte såvel eksperimentelt som klinisk og standardiseret til brug her i landet. Anvendelsen af psykologiske tests kræver specialviden og erfaring. Psykologiske prøver er omtalt i Anne-Lise Christensen m.fl. (1992). Om psykologiske tests i en retspsykiatrisk sammenhæng, se Villars Lunn (1957).

En psykologisk testning vil som udgangspunkt omfatte en række forskellige enkelttests, som dels belyser forskellige områder, dels supplerer hinanden, idet ingen enkelttest kan stå alene. Testpsykologen udvælger dette »testbatteri« blandt andet på basis af sygehistorien og den problemstilling, der ønskes belyst. Resultatet af testningen kan »tolkes« såvel deskriptivt psykopatologisk som psykodynamisk, og resultatet af en psykologisk undersøgelse er således ikke »objektivt« som f.eks. måling af strømstyrke. Den strukturerede undersøgelsessituation i kombination med patienternes aktive medvirken, f.eks. i

form af at løse opgaver eller fortolke et materiale, adskiller imidlertid de psykologiske prøver fra det almindelige kliniske interview incl. spørgeskemaer og rating scales. En psykologisk testning vil f.eks. på et tidligt tidspunkt kunne afsløre en grænsepsykose eller en begyndende skizofreni. Ved den klinisk-psykiatriske undersøgelse fremtræder patienten måske som præget af karakterneurotiske træk, eventuelt depressiv, hvor den psykologiske testning kan afsløre diskrete tankeforstyrrelser, glimtvis bristende realitetstestning mv. I andre tilfælde kan en testning komme til kort, f.eks. kan det ved en psykologisk testning være meget vanskeligt at skelne mellem en demenstilstand og en depressiv tilstand. Ved fortolkning af testresultaterne må man være opmærksom på patientens samlede tilstand. Er en patient f.eks. præget af et højt angstniveau – det være sig på grund af en psykotisk eller en neurotisk tilstand –, kan dette påvirke resultatet af intelligensvurderingen. Endelig er en psykologisk undersøgelse som anført et øjebliksbillede, og det vil normalt ikke være muligt at skelne mellem f.eks. en alkoholisk pseudodemens og egentlig permanent demens. Det følger heraf, at et samarbejde mellem kliniker og testpsykolog er nødvendigt.

De psykologiske testninger inddeles i to grupper, de kognitive prøver, der tester intellektuelle funktioner og færdigheder, og personlighedsprøver (»projektive tests«), som belyser personlighedsfunktioner og -elementer.

7.2.4.1. Den mest anvendte *kognitive test* (intelligenstest) er WAIS (Wechslers Adult Intelligence Scale). WAIS består af 11 delprøver, fordelt i to hovedgrupper, seks sproglige (verbale) og fem handleprøver (performance-prøver). De forskellige delprøver omhandler forskellige kognitive funktioner såsom opmærksomhed, omtanke, abstraktionsevne, regnefærdighed mv. Som eksempler på de sproglige tests kan nævnes »ordforrådsprøven«, hvor patienten skal forklare betydningen af en række ord af stigende sværhedsgrad. Ved »lighedsprøven« skal patienten finde et overbegreb for to emner, f.eks. »æbler« og »pærer«, hvor overbegrebet er »frugt«. Denne delprøve undersøger abstraktionsevne og begrebsdannelse. Af handleprøverne kan nævnes »blokmønsterprøven«, hvor prøvematerialet består af nogle ens klodser, der er hvide på to af siderne, røde på to andre og såvel røde som hvide (diagonalt opdelt) på de to sidste sider. Patienten skal inden for en given tidsramme lægge klodserne i tiltagende svære mønstre efter et afbildet forlæg. Denne delprøve

måler patientens evne til at opfatte og indordne rumlige sanseindtryk. Hver delprøve er standardiseret, og man kan således vurdere, hvorledes patienten klarer en given delprøve i forhold til den gennemsnitlige standard og i forhold til, hvorledes patienten klarer de øvrige delprøver.

Der findes en lang række andre prøver, som mere specifikt belyser kognitive funktioner, herunder ikke mindst en række demensprøver, som specifikt registrerer forskellige elementer af hukommelsesfunktionen. Dette område, *neuropsykologien*, omfatter yderligere en række højt specialiserede testmetoder, som bl.a. kan lokalisere hjerneska-der, f.eks. om en hjerneblødning, svulst eller lignende er placeret i højre eller venstre pandelap, tindingelap mv.

7.2.4.2. Princippet i *personlighedsprøver* er, at patienten præsenteres for et ustruktureret, flertydigt materiale. Der er ingen »rigtig« eller »korrekt« fortolkning af testmaterialet, men den måde, hvorpå patienten organiserer eller fortolker materialet, vil afspejle patientens opfattelse af sig selv og sin indstilling til omverdenen, hvorledes patienten tænker, føler og handler. Blandt de mest kendte personlighedstests – eller såkaldt »projektive tests« – er *Rorschach-testen*. Denne består af ti tavler, der oprindeligt er fremstillet ved, at man har slået en blækklat ud på et stykke papir, foldet det og atter foldet det ud. Figurerne er symmetriske omkring en midtlinie, men forestiller ingenting. Patienten anmodes nu om at forklare, hvad de enkelte figurer ligner, og senere at redegøre for, hvad der førte patienten frem til de enkelte svar. Figurerne kan ligne hvad som helst – dyr, mennesker, genstande, landskaber osv. – og patientens personlighedsstruktur eller psykopatologiske symptomer vil påvirke dennes opfattelse af det set. Efter svarenes art skelnes mellem populære – dvs. almene, hyppigt forekommende – og originale svar. Inden for disse skelnes igen mellem forskellige svarkategorier: bevægelsessvar, helhedssvar, detailsvar, formsvar, farvesvar mv. Bedømmelsen af testresultatet baseres bl.a. på den relative fordeling af de forskellige svar typer. Det hele udmønter sig i et »psykogram«. Rorschach-testen hører til de psykologiske undersøgelsesmetoder, som såvel teoretisk som klinisk har været undersøgt mest, og den erfarne testpsykolog vil ofte på basis af svarkonstellationerne kunne give en god personlighedsbeskrivelse eller eventuelt beskrivelse af en psykopatologisk tilstand.

T.A.T. (»Murray's Thematic Apperception Test«) består af 20 billeder; de fleste forestiller en eller to personer i en situation af et vist

7.3. Det psykiatriske sygdomsbegreb

dramatisk præg, men således at de også er noget vage, ubestemte uden klar pointe. Billederne forevises patienten et for et, idet denne opfordres til at fortælle en kort historie, der beskriver den afbildede situation, hvad der er gået forud, og hvad der vil følge efter. Fortolkningen af disse situationer, f.eks. hvilke af de afbildede personer patienten har identificeret sig med, hvorledes patienten forholder sig til de konflikter, billederne antyder mv., danner så grundlag for en beskrivelse af patientens personlighedsstruktur, herunder eventuelle psykopatologiske træk.

Det viser sig, at har en patient f.eks. gennemført en Rorschach-test, vil der ved en retestning inden for et års tid være tendens til, at patienten gentager sine svar ved en fornyet testning, også selv om andre svarmuligheder aktuelt kunne være bedre, i betydningen mere dækkende for så vidt angår patientens aktuelle tilstand. Det samme fænomen gør sig også i en vis grad gældende ved de kognitive prøver. Denne retestningseffekt kan imødegås ved at anvende en anden testmetode.

7.3. Det psykiatriske sygdomsbegreb

Faget psykiatri kan som nævnt defineres som læren om de abnormtilstande, hvis objektive og subjektive tilkendegivelser er af overvejende sjælelig art, selv om der også kan indgå somatiske symptomer i tilstandsbilledet. Grænsen mellem psykiatrien og andre lægelige specialer kan således være flydende, men fastlægges ved, at psykiatrien omfatter tilstande, hvor de fysiske symptomer alene eller overvejende kan forstås ved brug af psykologiske/psykopatologiske begreber.

7.3.1. Afgrænsning af de psykiske lidelser

Psykisk normalitet og psykisk afvigelse kan ses som et kontinuum, fra en uomtvistelig normaltilstand, hvor individet selv og andre oplever, at summen af sjælelige træk frembyder en vis harmoni, social funktionsdygtighed og overensstemmelse med omgivelsernes forventning. Der er herfra glidende overgange til forbigående psykiske reaktioner, f.eks. en sorgreaktion, uden at der er tale om psykisk sygdom, og videre til udvikling af egentlige psykiske forstyrrelser, som kan kræve behandling, men som ikke påvirker det sociale funktionsni-

veau. Herfra er der igen en glidende overgang til de egentlige psykiske sygdomme, som ud over lidelse for patienten selv medfører sociale og adfærdsmæssige forstyrrelser, forbigående eller af livslang karakter.

Det er individet, der oplever psykisk ubehag eller lidelse, men det er psykiateren, der definerer de psykiske symptomer og eventuelt kategoriserer dem til psykiatriske diagnoser. De to indfaldsvinkler vil ofte være sammenfaldende, men ikke altid – den paranoide patient opfatter sig ikke som »syg« og drømmer ikke om at gå til læge. Der er en forskel imellem det »folkelige« og det »faglige« sygdomsbegreb. Der er situationer eller tilstande, hvor en lægmandsbetragtning vil være, at en person er »sindssyg«, f.eks. fordi vedkommende har foretaget en bizar kriminell handling, men hvor de faglige kriterier for psykosen ikke er tilstede. Nok så væsentlige for spørgsmålet om afgrænsning af de psykiske sygdomme er imidlertid samfundsmæssige forhold – muligheden for overhovedet at komme i kontakt med psykiater, spørgsmålet om hvilke tilstande der opfattes som »sygelige«, dvs. at det offentlige anerkender, at der er et behandlingsbehov osv. Disse forhold vil i nogen grad bestemme, hvilke patienter der behandles, og dermed i praksis være med til at fastlægge sygdomsbegrebet.

Der er normalt ingen vanskelighed ved at adskille den fuldstændig raske fra den utvivlsomt syge, vanskeligheden ligger i den midterste gråzone. Psykiatrien adskiller sig ikke her fra andre lægelige specialer – der er en glidende overgang fra de sporadisk optrædende gigtsmerter, som måske er generende, men ikke hæmmer funktionen, til de sværeste tilfælde af totalt invaliderende leddegigt. Og der er en glidende overgang fra det forbigående let forhøjede blodtryk til den livstruende blodtryksforhøjelse, fra den let irriterede maveslimhinde til det blødende mavesår.

7.3.2. Sygdomsmodeller

Psykiatri er et lægeligt speciale. Som for andre klinisk-lægevidenskabelige specialer er fagets basis en nøje registrering og beskrivelse af de symptomer, patienten frembyder. Disse symptomer kan imidlertid ses i to forskellige referencerammer – to forskellige sygdomsmodeller – : den biologisk-naturvidenskabelige og den psykologisk-psykodynamiske.

Den naturvidenskabelige sygdomsmodel opfatter de psykiske abnormtilstande som sygdomme i dette ords almindelige betydning. Ud fra denne opfattelse vil man derfor opstille hypoteser om syg-

dommens årsag og udvikling på basis af neurobiologisk viden og teoridannelse. Udvikling og afprøvning af fysisk-kemiske behandlingsmetoder – det vil hovedsagelig sige psykofarmaka – ligger i forlængelse heraf. Denne sygdomsmodel bygger på et positivistisk videnskabssyn og beskæftiger sig således principielt med fænomenernes årsagsforhold, ikke med en mulig bagvedliggende mening eller hensigt med de iagttagne fænomener.

Over for den positivistiske, medicinske sygdomsmodel står den psykologiske (psykodynamiske) model, baseret på et såkaldt hermeneutisk videnskabssyn. Ved hermeneutik forstår man læren om tolkning og tydning af tekster. Den er således i sit væsen en teori om forståelse, primært af teksters betydning, men derudover også af betydningen af menneskelige bevidsthedstilkendegivelser, som blandt andet ytrer sig i form af symptomer. I relation til lægevidenskaben beskæftiger hermeneutikken sig således med symptomers betydning eller mening. Behandlingsmæssigt er tolkning da også det centrale i psykoterapi, den behandlingsform der knytter sig til denne sygdomsmodel.

Kort fortalt sigter den medicinske model på en forklaring af fænomenernes årsag: kausalitet, mens den psykologiske model stiler mod en forståelse af fænomenernes »hensigt« eller mening: finalitet.

Man kan også tale om en tredje sygdomsmodel, den socialpsykiatriske, som ser på sociale faktorerers indflydelse på de psykiske sygdommes årsagsforhold og forløb og følgelig behandlingsmæssigt beskæftiger sig med social støtte til psykiatriske patienter: bolig, beskæftigelse osv.

De forskellige sygdomsmodeller bliver undertiden sat skarpt op over for hinanden – især den naturvidenskabelige kontra den psykodynamiske. Det er imidlertid vigtigt at holde sig for øje, at der er tale om komplementære – ikke om alternative – anskuelsesmåder, hvoraf den ene ikke på forhånd kan bedømmes som mere rigtig end den anden. Deres erkendelsesmæssige værdi som sygdomsmodeller kan alene måles ud fra deres egnethed til diagnostik og behandling af de psykiske sygdomme.

Psykiske lidelser kan manifestere sig i form af legemlige symptomer, f.eks. psykisk betingede (»hysteriske«) smerter; omvendt vil legemlige sygdomme kunne fremstå som primært psykiske lidelser, f.eks. vil forstyrrelser i skjoldbruskkirtlens funktion kunne medføre såvel træthed, apati og »depression« som rastløshed, uro og »opstemthed«. Yderligere kan psykiske sygdomme være ledsaget af somatiske symptomer – den skizofrene patient, der udvikler

Kap. 7. Klinisk psykiatri

svær blodmangel på grund af bizarre kostvaner – ,og legemlige sygdomme, som f.eks. en tarmsygdom med hyppige blodige diarréer, kan påvirke patientens psyke. Endelig vil omgivelserne, dvs. de sociale forhold, jævnlig spille en rolle for mange somatiske og psykiske sygdommes opståen og forløb: tuberkelbacillen er nok »årsag« til tuberkulose og alkoholmisbrug »årsag« til delirium tremens, men dårlige sociale forhold øger risikoen for at blive smittet med tuberkulose og for at udvikle et helbredstruende alkoholmisbrug. Erkendelsen af disse sammenhænge har ført til at opstille en »bio-psyko-social« sygdomsmodel som udtryk for et helhedssyn (»holistisk«), hvor krop, sjæl og omgivelser ansues i et vekslende samspil.

7.3.3. Psykosebegrebet

Inden for det psykiatriske sygdomsbegreb indtager psykoserne (sindssygdommene) en særstilling. Psykosebegrebet har været omdiskuteret, og da det i dansk retspsykiatri tillægges afgørende betydning, kan der være grund til at underkaste det en nøjere analyse.

Såvel den ukyndige som den kyndige vil umiddelbart opleve et menneske i en psykotisk tilstand som værende hinsides gældende normer for tænken, følen og handlen, en fornemmelse af at stå over for en fremmedgørende sjælelig afvigelse. De psykotiske tilstande omfatter forstyrrelser såvel af erkendelses- og følelsesmæssig art som forstyrrelser inden for området af bevidsthedsklarheden og viljes- (handlings-)livet. Betegnelsen psykose bliver derved et overbegreb, omfattende de separate sygdomskategorier, som omtales i de følgende afsnit.

Psykosebegrebets definition hviler dels på objektive, kvalitative og/eller kvantitative kriterier, dels på subjektive, såkaldt fænomenologiske kriterier.

En psykisk abnormtilstand er fra et kvalitativt synspunkt psykotisk, såfremt den indebærer en fortegning eller forvrængning af det pågældende menneskes virkelighedsoplevelse, når denne sammenholdes med omgivelsernes eller den pågældendes egen tidligere oplevelse af de samme emner. »Realitetstabet« er således vedtægtsmæssigt psykosebegrebets centrale kriterium. Den melankolske eller maniske patient vil fortegne sin egen vurdering i overensstemmelse med den tilgrundliggende utilstrækkelighedsfølelse, henholdsvis abnormt øgede selvfølelse, og det abnormt forskudte stemningsleje. Den demente vil miskende sine omgivelser og konfunderes i tid som følge af den svigtende hukommelse, måske i forbindelse med sanseforstyrrelser. Den paranoide patients vrangforestillinger såvel som

den hallucineredes fiktive »sansninger« er udtryk for en forrykket omverdensoplevelse, på samme måde som den bevidsthedssvækkede eller -plumrede patients desorientering i sig selv er udtryk for hans virkelighedsfortegning.

Enhver sådan tilstand, hvor den ændrede virkelighedsoplevelse eller svigtende realitetstestning er evident, vil med høj grad af overensstemmelse blive betegnet som psykotisk. For andre psykopatologiske tilstande gælder imidlertid, at der er tale om grader: fra den begyndende hukommelsessvækkelse og associationstræghed til den psykotiske demens; fra den lette reaktive forstemning til den psykotiske depression; fra den habituelle mistænksomhed, selvusikkerhed og selvhenføringstilbøjelighed til den floride paranoia. Om den velbehandlede skizofrene patient, der ikke umiddelbart frembyder åbenbare psykotiske symptomer, se nærmere kap. 7.6. Man kan tale om »det psykotiske omslagspunkt«, hvor tilstanden går fra at være ikke-psykotisk til at være psykotisk. I den klassiske – og med ICD-10 igen aktuelle – psykopatologi er det et uafklaret spørgsmål, om der, specielt hvad angår de paranoide tilstande, er tale om en gradvis overgang fra det ikke-psykotiske til det psykotiske, eller om der er tale om et »spring«, om to kategorialt forskellige tilstande (Karl Jaspers (1959)).

Afgørende for den kliniske definition af, om en tilstand er psykotisk, vil være oplevelsen af at stå over for en indgribende eller »total« personlighedsændring hos den pågældende, en fornemmelse af, at kontakt på et vanligt, fortroligt plan er uopnåelig. Dette beror formentlig på, at patienten ikke (længere) formår at forholde sig til, endsige bekæmpe sin tilstand, men er inddraget i den på en måde, der måske bedst karakteriseres ved sin modsætning til den neurotiske patients forholden sig til sine symptomer som noget personlighedsfremmed.

Ralf Hemmingsen (1988) fremhæver (s. 9 ff og s. 74 ff), at bristende kommunikation er kernen i det psykopatologiske sygdomsbegreb. Med dette som et af flere ledetemaer gennemgås en række klassiske psykopatologiske begreber og tilstande med inddragelse af såvel psykoanalytisk teori som moderne neurofysiologisk forskning. Det konkluderes bl.a., at psykosebegræbetets kerne er »det psykotiske omslagspunkt«, og at psykosebegræbet er anvendeligt til at inddele enkelttilfælde i grupper efter arten af deres kommunikationssvigt: hallucinationer, vrangforestillinger, organiske forstyrrelser mv.

Det gælder for de indtil nu omtalte psykosekriterier, at de er »objektive«, dvs. udefra iagttagelige fænomener. Det er imidlertid nødven-

digt herudover også at inddrage såkaldte »private« eller fænomenologiske elementer. Det væsentligste træk er her disse patienters manglende sygdomserkendelse.

I visse tilfælde vil patienternes manglende oplevelse af at befinde sig i en abnorm tilstand eksplicit fremgå af deres udtalelser og adfærd. Det gælder f.eks. manikeren, der erklærer »aldrig før at have været så rask«, eller den paranoide patient, der oplever sig selv som den eneste rettænkende i en verden af gale.

I andre tilfælde – f.eks. af dyb melankoli – hvor patienterne umiskendeligt er forpinte af deres tilstand og altså i udtalt grad giver udtryk for sygdomsfølelse, vil det af deres ytringer og måske også af deres adfærd fremgå, at de oplever deres melankoli som en for dem selv helt rimelig fortvivelse over ikke at slå til, over at have begået en utilgivelig synd.

Endelig giver patienternes oplevelse af deres objektivt set abnorme tilstand sig udtryk i, at de lever i eller med deres abnormtilstand uden tilsyneladende at tage stilling til den. Det oplevende subjekt og oplevelsens objekt eller emne, altså hans tilstand, er inddraget i samme abnorme »proces« på en måde, som virker uindfølelig på iagttageren.

Det følger af denne gennemgang af psykosebegrebet, at der i afgrænsningen psykotisk/ikke-psykotisk indgår et subjektivt element, men al erfaring viser, at der blandt psykiatere er en høj grad af konsensus om klassifikationen af en given tilstand, ikke mindst fordi man i sin diagnostik vil inddrage alle de her omtalte diagnostiske kriterier.

Bet. nr. 1068/1986, s. 187 ff. diskuterer også psykosebegrebet og anfører bl.a.: »Det, som psykosebegrebet savner i eksakthed, skarp afgrænsning og indre klarhed, kompenseres af den kliniske erfaring, som psykiatere får gennem deres uddannelse og praktik, hvorimod det, der er diffust, komplekst og tvivlsomt ved begrebet, tenderer til at bevare denne karakter hos ikke-psykiatere«. Udvalget konkluderer da også om psykosebegrebet, at »der findes ikke noget brugbart alternativ, som kan give tilsvarende vejledning«.

Ud fra en psykoanalytisk synsvinkel er den psykotiske tilstands nøglefænomen en svigtende evne til emotionelt at knytte sig til eller føle interesse for andre personer eller ting i omgivelserne. Der tales om en »tilbagedragning af kathexis« – den sjælelige energi – fra de ydre objekter til selvet, blandt andet med en abnorm – hypokonder – interesse i egne legemlige funktioner til følge. På samme måde tolkes

de specifikke psykotiske symptomer, såsom hallucinationer og paranoide ideer, som udtryk for forsøg på at genetablere den virkelighed, som er mistet ved den narcissistiske tilbagetrækning af den psykiske energi fra repræsentanter for den reale verden til selvet. Videre peges der på den psykotiske, specielt den skizofrene patients manglende evne til fortrængning og dermed til at opnå den afsvækkelse af angsten og skyldfølelsen, som hos neurotikeren repræsenterer den neurotiske »primærgevinst«. Og endelig fremhæves den psykotiske patients manglende evne til gennem sine symptomer at opnå den følelsesmæssige opmærksomhed (»sekundærgevinst«), som er symptomneurosernes centrale kendetegn.

Det bærende princip i denne patogenetiske teori er, i analogi med den psykoanalytiske neuroseteori, forestillingen om symptomernes formålsskarakter. De psykotiske symptomer – eller visse af dem – er tegn på eller udtryk, ikke for lidelsen som sådan, men for det forsvar, som hos den psykotiske patient, modsat hos neurotikeren, betjener sig af projektion og benægtelse som de foretrukne mekanismer.

Sammenfattende er en psykotisk tilstand således karakteriseret ved:

at patienten giver udtryk for en evident ændret virkelighedsoplevelse, altså udtryk for en oplevelse af sin omverden, sig selv eller sin tilstand som forvrænget eller fortegnet sammenholdt med hans omgivelser, eller hans egen tidligere oplevelse af de samme emner (realitetstabt),

at patienten for en udefra-iagttagelse fremtræder som indgribende personlighedsændret med et element af »fremmedhed«, som medfører, at normal kommunikation ikke er mulig,

at patienten gennem sine udtalelser direkte benægter at befinde sig i en abnormtilstand eller indirekte gennem sin adfærd udviser en negligerende holdning dertil; patienten lever i eller med sin tilstand uden at tage stilling til den – dette i kontrast til neurotikerens »objektive« forholden sig til og præsentation af sine symptomer,

at patienten – udtrykt i analytisk terminologi – mangler evnen til fortrængning og dermed til at opnå den svækkelse af angst- og skyldfølelse, som hos neurotikeren repræsenterer den neurotiske »primærgevinst«, ligesom patienten mangler evne til gennem sine symptomer at opnå den »sekundærgevinst«, som er symptomneurosernes centrale kendetegn.

Betegnelsen »ligestillet med sindssygdom« er uden eksakt psykiatrisk mening og falder uden for de almindeligt anvendte diagnoseka-

Kap. 7. Klinisk psykiatri

tegorier. De ligestillede tilstande har imidlertid retspsykiatrisk betydning, se kap. 2.2 og 3.3.

Om psykosebegrebet henvises i dansk litteratur til Helweg (1949), Strömngren (1979), Lunn (1979 b), Hemmingsen (1988), Klinisk psykiatri (1994) samt Bet. nr. 1068/1986. Om de enkelte psykosegrupper, se henvisninger i det følgende.

7.3.4. Psykiatriske diagnoser

De psykiske abnormtilstande navngives ved diagnoser. En diagnose er et arbejdsredskab, som har flere funktioner. For det første vil diagnosen være retningsgivende for behandlingen. Drejer det sig f.eks. om et delirium tremens, hvor hurtigt indsættende adækvat behandling (med specifikke medikamenter) kan være livsreddende, eller om en akut manisk tilstand, hvor helt andre behandlingsformer er nødvendige?. På samme måde vil den psykoterapeutiske behandling være forskellig ved en neurotisk og en grænsepsykotisk tilstand. For det andet er diagnoser et kommunikationsredskab, såvel i den kliniske dagligdag som i national og international forskning. Anvendelse af fælles diagnosekriterier medfører f.eks., at forskellige former for behandling af veldefinerede tilstande kan sammenlignes, fordi der findes et fælles sprog. Det er ligeledes muligt at sammenligne sygdomsmønstret i forskellige lande og følge udviklingen over tid – forhold af væsentlig betydning for såvel den videnskabelige undersøgelse af de psykiske abnormtilstandes årsagsforhold og udvikling som for planlægning af behandlingssystemet. Diagnosen siger også noget om prognosen, dvs. sygdommens forventede forløb. En akut, svær organisk psykose vil ofte, under rigtig behandling, være kortvarig og godartet. Omvendt kan en måske lidt ejendommelig og bizar, men i øvrigt harmløs, adfærd være det første tegn på en skizofren udvikling, altså en ofte livslang psykotisk tilstand.

Diagnoser kan skifte. *Tentative diagnoser* betyder foreløbige diagnoser, altså diagnostiske forslag som bl.a. kan have betydning for, hvilke undersøgelser der iværksættes for at komme en mere eksakt diagnose nærmere. Et »obs pro« (eller eventuelt blot »o.p.«) efter en diagnose betyder, at der er mistanke om, at det drejer sig om denne tilstand, men at der også er andre muligheder. F.eks. kan det ses, at der ved en patients indlæggelse er stillet diagnosen »Schizophrenia o.p., stofpsykose o.p.«, hvilket betyder, at patienten antages at lide enten af

skizofreni eller af en psykotisk tilstand udløst af stofmisbrug, men at en nærmere diagnostisk klassifikation på nuværende tidspunkt ikke er mulig. Under forløbet vil tilstandens karakter måske afklares. Betegnelsen *differentialdiagnose* anvendes om de alternative diagnostiske muligheder, et givet tilstandsbillede kan frembyde. Eksempelvis kan differentialdiagnosen til skizofreni undertiden være en epileptisk psykose, i andre tilfælde en atypisk mani. Udskrivningsdiagnosen vil normalt være afdelingens endelige.

Det fremgår af ovenstående, at det ud fra en lægelig synsvinkel er uhensigtsmæssigt at slå de forskellige psykiske abnormtilstande sammen og f.eks. blot tale om »de sindslidende«. Behandling og efterbehandling, behovet for social støtte og bistand, konsekvenser for pårørende og for samfundet osv. er vidt forskellige, efter som det f.eks. drejer sig om en skizofren tilstand, alkoholmisbrug, en grænsetilstand, en (kortvarig) organisk eller en reaktiv psykose.

7.3.5. Diagnosesystemer

Der har i mange år været udfoldet ihærdige bestræbelser på at definere og udforme fælles internationale diagnosesystemer omfattende såvel somatiske som psykiske lidelser for herved at fremme bl.a. forskning. Det første forslag, som kun omhandlede dødsårsager, så dagens lys i 1893. Siden er disse klassifikationssystemer med mellemrum blevet reviderede. Psykiatrien kom med efter 2. verdenskrig, hvor systemet yderligere blev ændret fra et dødsårsags- til et sygdoms-klassifikationssystem. Det nyeste skud på stammen er WHO's »*International Classification of Diseases, 10. Revision*«, *ICD-10*, som officielt blev indført i Danmark 1. januar 1994. ICD-10 forventes inden for få år at være gældende i alle FN's medlemslande. ICD-10 er ateoretisk, dvs. at de enkelte sygdomme, adfærdsforstyrrelser mv. defineres ved deres symptomer uden stillingtagen til, hvorledes disse symptomer er opstået. ICD-10 repræsenterer herved på mange måder en renæssance for den klassiske, deskriptive psykopatologi. Danmark har siden 1971 anvendt ICD-8 (og altså sprunget ICD-9 over), og ICD-10 adskiller sig på flere punkter fra, hvad vi er vant til. Eksempelvis skal den tilstand, der har ført til indlæggelse og behandling, anføres som hoveddiagnose, ledsagende eller komplicerende tilstande anføres som bidiagnose(r). Dette indebærer f.eks., at en misbrugende skizofren patient kan blive registreret med hoveddiagnosen »stofmisbrug« eller »stofpsykose« og bidiagnosen »skizofreni«, såfremt det er

stofmisbruget, som umiddelbart medførte indlæggelse. En anden væsentlig ændring er, at de reaktive psykoser ikke er opretholdt som en selvstændig diagnosegruppe (se kap. 7.7). Endelig medinddrager ICD-10 en række adfærdsforstyrrelser, som efter dansk tradition ikke umiddelbart henhører under psykiatrien; det gælder f.eks. patologisk spillelidenskab («aleamania»).

I det hele taget gælder, at ICD-10 omfatter et meget bredt spektrum af tilstandsbilleder og adfærdsmønstre. Og kun de færreste af ICD-10's ikke-psykotiske tilstande vil kunne give anledning til at anbefale en psykiatrisk særforanstaltning.

ICD-10 er helt ateoretisk og deskriptiv, hvorfor det overordnede psykosebegreb er nedtonet; en tilstand betegnes kun som »psykotisk«, såfremt patienten frembyder åbenbare sindssygdomssymptomer som f.eks. hallucinationer og vrangforestillinger. Dette kan føre til en diagnose som »mani uden psykotiske symptomer«, hvad der efter dansk tradition forekommer selvmodsigende. Som anført er begrebet »reaktive psykoser« opgivet, idet selve betegnelsen angiver en årsag til sindssygdommen. De traditionelle, velkendte psykotiske tilstande lader sig imidlertid nogenlunde genfinde, og umiddelbart skønnes overgangen til ICD-10 ikke at medføre større vanskeligheder inden for dansk retspsykiatrisk praksis.

ICD-10 er udarbejdet på flere niveauer. Der er således på et plan detaljerede forskningskriterier med grundige operationelle definitioner og et sæt mere enkle kriterier til brug i almindelig klinisk-psykiatrisk praksis; men der er også kriterier til brug for alment praktiserende læger og endelig kriterier til brug for sundhedsarbejdere i U-lande. Grundstammen er den samme hele vejen igennem, blot bliver detaljeringsgraden stadig større.

ICD-10 omhandler alle lægelige diagnoser. De psykiatriske er samlet i kapitel V »Psykkiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser«, omfattende kategorierne F00- F99.

F00-F09	Organiske (incl. symptomatiske) psykiske lidelser.
F10-F19	Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af alkohol og andre psykoaktive stoffer.
F20-F29	Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser.
F30-F39	Affektive sindslidelser.

7.3. *Det psykiatriske sygdomsbegreb*

F40-F49	Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer.
F50-F59	Adfærdssændringer forbundet med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer.
F60-F69	Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd.
F70-F79	Mental retardering (åndssvaghed).
F80-F89	Psyriske udviklingsforstyrrelser.
F90-F98	Adfærd- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens.
F99	Psyriske lidelse eller forstyrrelse, ikke på anden måde specificeret.

De enkelte diagnosekategorier – med danske og latinske betegnelser – ledsages af en kort beskrivelse, hvor karakteristiske træk og symptomer nævnes uden sygdomsteoretisk rangordning.

Som eksempel skal anføres afsnittet om skizofreni:

F20 *Skizofreni*
Schizophrenia

Skizofrene sindslidelser er i almindelighed kendetegnet ved fundamentale og karakteristiske forstyrrelser af tænkning og perception og ved inadækvat eller affladet affekt. Klar bevidsthed og intellektuel kapacitet er sædvanligvis bevaret, om end visse kognitive defekter kan udvikle sig i tidens løb. De vigtigste psykopatologiske fænomener omfatter tankepåføring eller tanketyveri, tankeudspredelse og tankehørighed, vrangoplevelse af at blive styret udefra, influensoplevelser, hallucinatoriske stemmer, som kommenterer eller diskuterer patienten i 3. person, formelle tankeforstyrrelser og forskellige såkaldt negative symptomer.

Forløbet af de skizofrene sindslidelser kan være kontinuerligt, episodisk med fremadskridende eller stabil defekttilstand, eller episodisk med fuld eller delvis remission.

Diagnosen skizofreni bør ikke stilles ved tilstedeværelsen af udtalte depressive eller maniske symptomer, medmindre de skizofrene symptomer var til stede forud for den affektive lidelse. Diagnosen bør heller ikke stilles ved åbenbar cerebral lidelse eller ved tilstande med psykoaktivt stofbetinget intoksikation eller -abstinens. Skizofreniliggende lidelser, som udvikler sig ved epilepsi eller anden cerebral sygdom, bør kodes under F0.2; hvis induceret af psykoaktive medikamenter eller stoffer under F1X.5.

Kap. 7. Klinisk psykiatri

Så følger en kort gennemgang af de vigtigste skizofrenisymptomer, bl.a. Schneiders førsterangssymptomer (se kap. 7.6). Herefter fortættes:

F20.0 *Paranoid skizofreni* Schizophrenia paranoides

Paranoid skizofreni er domineret af konstante vrangforestillinger, ofte af forfølgelseskarakter, sædvanligvis ledsaget af hallucinationer, særlig for hørelsen, og af perceptionsforstyrrelser. Forstyrrelser af affekt og sprog og katatone symptomer er enten fraværende eller forholdsvis lidet fremtrædende.

Inkluderer: Parafren skizofreni
Ekskluderer: Involutiv paranoid tilstand (F22.8).
 Paranoia (F22.0).

F20.1 *Hebefren skizofreni* Schizophrenia hebephrenica

En form for skizofreni, hvor affektive forandringer er fremtrædende, vrangforestillinger og hallucinationer flygtige og fragmentariske, adfærden uansvarlig og uberegnelig, ofte med aparte manerer. Stemningen er overfladisk og inadaekvat. Tankegangen desorganiseret og talen usammenhængende. Der er en tilbøjelighed til social tilbagetrækning. Sædvanligvis er prognosen dårlig på grund af den hurtige udvikling af såkaldt negative symptomer, især affektaffladning og viljessvækkelse. Hebefreni bør normalt kun diagnosticeres i adolescens og ung voksenalder.

Inkluderer: Disorganiseret skizofreni.
 Hebefreni.

F20.2 *Katatton skizofreni* Schizophrenia catatonica

Katatton skizofreni er domineret af udtalte psykomotoriske forstyrrelser, der kan variere mellem ekstremer som hyperkinesi og stupor, automatisk adlyden og negativisme. Tvungne legemsstillinger kan oprettholdes i lange perioder. Episoder med voldsom uro kan være slående træk ved tilstanden. Katatone fænomener kan være forbundet med en drømmeagtig (oneiroid) tilstand med livlige sceniske hallucinationer.

Inkluderer: Kataton stupor.
 Skizofren katalepsi.
 Skizofren katatoni.
 Skizofren fleksibilitas cerea.

7.3. Det psykiatriske sygdomsbegreb

F20.3 *Udifferenteret (blandet) skizofreni* Schizophrenia non differentiat

Psykotiske tilstande, som opfylder de generelle diagnostiske kriterier for skizofreni, men som ikke svarer til nogen af de ovenfor anførte undertyper, eller som udviser træk fra mere end én af disse uden klar dominans af noget bestemt sæt af diagnostiske karakteristika.

Inkluderer: Atypisk skizofreni.

Ekskluderer: Akut skizofrenilignende psykose (F23.2).

Post-skizofren depression (F20.4).

Skizofren residualtilstand (F20.5).

F20.4 *Post-skizofren depression* Depressio mentis post-schizophrenica

En depressiv tilstand, som opstår i efterforløbet af en skizofren sindslidelse, og som kan være længerevarende. Nogle skizofrene symptomer, enten positive eller negative, skal stadig være til stede, men de dominerer ikke længere det kliniske billede. Disse depressive tilstande er forbundet med en øget suicidal risiko.

Hvis patienten ikke længere har noget skizofrent symptom, bør i stedet diagnosticeres en depressiv episode (F32.-). Hvis skizofrene symptomer fremdeles er floride og fremtrædende, bør diagnosen fortsat være den tilsvarende skizofrene undertype (F20.0, .1, .2 eller .3).

F20.5 *Skizofren residual-tilstand* Schizophrenia residualis

En kronisk tilstand i forløbet af en skizofren sindslidelse, hvor der har været en tydelig udvikling fra et tidligere aktivt stadium til et senere stadium, karakteriseret af vedvarende, om end ikke nødvendigvis irreversible »negative« symptomer, såsom sløvhed, underaktivitet, affektfladning, apati og initiativløshed, ordfattig eller indholdsfattig tale, forringet non-verbal kommunikation, svigtende øjenkontakt, flad stemmemodulation og slap holdning, mangelfuld pleje af egen person, svigtende evne til at tage sig af egne forhold og defekt social adfærd.

Inkluderer: Kronisk udifferenteret skizofreni.

Skizofren resttilstand.

Skizofren residualtilstand.

Kap. 7. Klinisk psykiatri

F20.6 *Simpel skizofreni* Schizophrenia simplex

En tilstand med snigende gradvis udvikling af adfærdsejendommeligheder, svigtende evne til at klare samfundets krav og nedsat total funktionsformåen. Negative symptomer karakteristiske for skizofren residualtilstand (f.eks. affektaffladning eller viljessvækkelse) udvikler sig uden forudgående psykotiske symptomer.

F20.8 *Skizofreni, anden type* Schizophrenia, typus alius

Inkluderer: Coenæstetopatisk skizofreni.
Ekskluderer: Akut skizofrenilignende psykose (F23.2)

F20.9 *Skizofreni, uspecificeret* Schizophrenia, non specificata

Herefter følger kriterierne for skizotypisk sindslidelse (F21).

USA har udviklet sit eget diagnosesystem. Det nugældende er »*American Psychiatric Association's Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. ed.: DSM IV*«. DSM III fra 1980 betød et afgørende brud på amerikansk psykiatrisk tradition og en tilnærmelse til europæisk systematik – om end f.eks. de neurotiske tilstande, som de traditionelt har været defineret, forsvandt til fordel for en anden kategorisering, hvilket i øvrigt også er tilfældet i ICD-10. DSM IV er en videreførelse og justering af DSM III. ICD-10 og DSM IV minder på mange – men ikke på alle – måder om hinanden. En afgørende forskel er, at det amerikanske system er »multiaksialt«, hvilket indebærer, at det enkelte tilfælde vurderes på flere akser, som hver især indeholder forskellige typer af information. Hensigten hermed er – sideløbende med den psykiatriske symptomkarakteristik (akse I) – at give et billede af eventuelle personlighedsforstyrrelser og specifikke udviklingsforstyrrelser (akse II); af eventuelle legemlige sygdomme og tilstande (akse III), samt af graden af psykosocial belastning (akse IV) og af det højeste sociale funktionsniveau inden for det sidste år (akse V).

DSM III og DSM IV – og specielt de tilknyttede forskningskriterier – har fundet udbredt anvendelse i videnskabelig sammenhæng, bl.a. fordi flere af de store internationale tidsskrifter kræver »research-criteria« anvendt ved videnskabelige undersøgelser, men systemet har kun i begrænset omfang været rutinemæssigt anvendt i Danmark.

Denne fremstilling tager sit udgangspunkt i de velkendte ICD-8 kategorier, idet dansk retspsykiatrisk praksis, såvel strafferetligt som civilretligt, efter en årelang psykiatrisk og juridisk tradition bygger på de psykopatologiske tilstande, dette diagnosesystem definerer og afgrænser. I den danske udgave af ICD-10 (WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Klassifikation og diagnostiske kriterier, 1994) anbefales det da også indtil videre at anvende ICD-8 sammen med ICD-10 i retspsykiatrisk sammenhæng. I det omfang, der inden for de enkelte sygdomsgrupper er væsentlige forskelle mellem de to systemer, er ICD-10 diagnoserne kort omtalt; for en enkelt sygdomsgruppe, grænsetilstandene, er ICD-10 anvendt, idet dette diagnosesystem tager højde for de mange overvejelser, der har været om denne diagnosegruppe, siden indførelsen af ICD-8 i 1971. Begrebet reaktive psykoser er delvis bevaret, idet de paranoide psykoser dog er behandlet som en selvstændig sygdomsgruppe.

Speciel psykopatologi

Den specielle psykopatologi omhandler de enkelte sygdomme. Almindeligvis skelnes mellem følgende hovedgrupper: psykoser, neuroser, personligheds- eller karakterafvigelser samt intelligensdefekttilstande, hvortil kommer en mere heterogent sammensat gruppe af normafvigelser såsom diverse misbrugsformer, seksuelle afvigelser mm.

7.4. Organiske psykoser

Organiske psykoser (psykosyndromer) omfatter sjælelige abnormtilstande, hvis årsag er fysisk-kemisk (»organisk«) betingede forstyrrelser af hjernens funktion. De organiske psykoser deles i akutte og kroniske organiske psykosyndromer. De akutte organiske psykosyndromer skyldes biokemiske eller fysiologiske, men ikke strukturelle, ændringer af hjernens funktion og er derfor principielt helbredelege, medens det kroniske organiske psykosyndrom, demenssyndromet, skyldes blivende strukturelle forandringer af hjernen.

Kap. 7. Klinisk psykiatri

7.4.1. Akutte organiske psykoser

Klinisk debuterer de akutte organiske psykoser akut i form af bevidsthedsforstyrrelser. Det kan dreje sig om en simpel bevidsthedssvækkelse, f.eks. ved sovemiddelforgiftning, om bevidsthedsplumring, som det f.eks. ses ved et feberdelir eller et medikamentelt abstinensdelir, samt om tilstandsbilleder domineret af hukommelsesmæssige («mnestiske») forstyrrelser, f.eks. epileptisk betingede tågetilstande og patologisk rus. Den kliniske tilstand kan i øvrigt afhænge af den grundliggende somatiske sygdom.

Den vigtigste differentialdiagnose er de reaktive bevidsthedsforstyrrelser, og de to tilstande kan være vanskelige at skelne fra hinanden. Patienter med akut organisk psykosyndrom vil typisk være orienteret i egne data, men ikke i tid og sted, i modsætning til de reaktive tilstande, hvor patienterne er præget af en mere universel desorientering. Endelig vil en grundig somatisk undersøgelse, eventuelt incl. EEG, afsløre tilstandens karakter.

Det akutte organiske psykosyndrom kan optræde ved en lang række somatiske sygdomme, f.eks. sukkersyge med forstyrrelser i blodsukkeret, sygdomme i skjoldbruskkirtlen, leverlidelser mv. Andre årsagsfaktorer kan være hovedtraumer og akutte betændelsestilstande i hjernen eller hjernebinderne, blødninger inde i hjernen eller mellem hjernen og kranievæggen og forgiftnings- og abstinens-tilstande. De akutte organiske psykosyndromer er relativt hyppige; 10-30 % af patienterne på en medicinsk afdeling udvikler en sådan forbigående psykose under forløbet af indlæggelsen. For patienter indlagt på f.eks. brandsårsklinikker eller hjertetransplantationsafdelinger er tallet endnu højere.

Behandlingen retter sig primært mod den tilgrundliggende legemlige sygdom, eventuelt suppleret med et neuroleptikum. Abstinens-tilstande behandles med beroligende medicin (se nærmere kap. 7.15 og 7.16). Prognosen er ligeledes afhængig af den somatiske lidelse. Kan den behandles, er prognosen som hovedregel god, men enkelte specifikke typer af organiske psykosyndromer kræver hurtig og adækvat behandling, såfremt tilstanden ikke skal udvikle sig til et kronisk organisk psykosyndrom (f.eks. Wernicke's encephalopathi, se kap. 7.15).

7.4.2. Kroniske organiske psykoser

De kroniske organiske psykoser – *demenstilstandene* – omfatter en række psykiske abnormtilstande, hvis årsag er diffuse strukturelle forandringer i hjernevævet. Er kun dele af hjernen beskadiget, taler man om et fokalt hjernesyndrom. Læren om psykiske sygdomme hos ældre, inklusive hele demensområdet, sammenfattes under betegnelsen gerontopsykiatri.

Området behandles af Nils Christian Gulmann (1990). Dementes retsstilling er behandlet af E. Ersbøll m.fl. (1990), se også Bet. nr. 1247/1993, s. 98 ff.

7.4.3. Klinik

7.4.3.1. Klinisk er demenssyndromet kendetegnet ved en universel sjælelig reduktion, omfattende såvel de intellektuelle («kognitive») funktioner som følelsesmæssige og personlighedsmæssige kvaliteter. Det er ofte hukommelsesforstyrrelser, der indledningsvis – og længe som enkeltstående symptom – præger billedet: vanskeligheder ved at huske person- og genstandsnavne og nye indtryk eller begivenheder, hvorimod evnen til at huske hændelser tilbage i tiden bevares længere. Efterhånden som hukommelsesforstyrrelserne bliver mere udtalte, kan der optræde orienteringsvanskeligheder, først hvad angår tid og sted, senere også i egne data, og undertiden ses, at den demente oplever sig selv i sin barndomsverden.

Samtidig iagttages en svækkelse af opmærksomheden, af koncentrationsevnen og, særlig markant, en nedsættelse af det generelle psykiske tempo. Dette viser sig ved en langsommere opfattelse og stigende vanskeligheder ved at omstille tænkningen fra et område til et andet, således at den demente vil være tilbøjelig til at klæbe til det samme emne og gentage de samme ytringer (er »persevererende«). Endelig ses også en svigtende evne til abstrakt, begrebsmæssig tænkning.

Parallelt med disse kognitive forstyrrelser ses ændringer i følelseslivet, først og fremmest visende sig ved følelsesmæssig labilitet i form af let rørthed og øget gråtdens eller i form af pirrelighed og letvakt irritabilitet. Modsat ses undertiden en følelsesmæssig afblegning og ufriskhed, som ikke sjældent vil afløses af en egentlig depressiv tilstand. Øget træthed ses ofte, også i de tidlige stadier af en dementiell udvikling. Endelig vil demensen kunne vise sig i form af en

personlighedsmæssig og adfærdsmæssig primitivisering med initiativløshed, kritikløshed over for egen adfærd, svigtende personlig hygiejne og en dårlig situationsfornemmelse. Åbenlyse psykotiske symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger eller udtalt psykomotorisk uro ses hos omkring en trediedel af de middelsvært og svært demente patienter. I sin mest udtalte form fremtræder den demente som nærmest sjæleligt udslukket.

Demenstilstandene kan inddeles i undergrupper på grundlag af forskellige årsagsforhold til demensens udvikling.

Alzheimer's sygdom er kendetegnet ved en jævnt fremadskridende intellektuel og emotionel reduktion uden ledsagende neurologiske symptomer såsom lammelser og lignende. Disse patienters selvurdering og selvkritik rammes tidligt af den sjælelige nedbrydningsproces, således at deres stemningsleje hyppigt er præget af en ukritisk opstemthed, eventuelt – især hos relativt yngre patienter – af en letvakt irritabilitet.

Der findes en række neurologiske sygdomme med degeneration af hjernevævet og en heraf følgende demensudvikling, eksempelvis *parkinsonisme* og *dissemineret sklerose*. Mere sjældne former er *Huntingtons chorea* samt *Wilson's* og *Gilles de la Tourettes sygdom*. Demensudviklingen hos patienter med disse sygdomme er i høj grad afhængig af forløbet af grundlidelsen og kan således adskille sig fra det ovenfor beskrevne mere generelle forløb.

Multiinfarktdemensen skyldes tilstopning af hjernens »endearterier«. Det karakteristiske forløb ved denne demensform er en ret akut debut og et videre forløb præget af rykvis fremadskriden i takt med nytilkomne blodkarforandringer. En akut forværring af tilstanden vil ofte være ledsaget af forbigående neurologiske symptomer såsom lammelser, synsforstyrrelser mv. Patienternes totalpersonlighed, herunder erkendelsen af egen insufficiens, er relativt længe velbevaret, hvorfor disse patienter ofte er præget af depression og følelsesmæssig uligevægtighed. Debutalderen er ofte allerede i 50- eller 60-års alderen.

Endelig kan en række *kroniske forgiftningstilstande* medføre udvikling af demenstilstande. Væsentligst er det kroniske alkoholmisbrug, endvidere kronisk kulilte- og blyforgiftning samt langvarig udsættelse for organiske opløsningsmidler (»malersyndrom«).

Som en sidste kategori af organiske psykosyndromer skal nævnes demenstilstande forårsaget af traumatisk hjernebeskadigelse, hjernesvulster og forskellige former for hjernebetændelse.

7.4. Organiske psykoser

En *lokaliseret hjernelæsion*, f.eks. på grund af blødning, svulster eller metastaser i hjernen, vil almindeligvis primært ytre sig i form af neurologiske symptomer. Afhængig af hvor læsionen er lokaliseret, vil det kunne dreje sig om forstyrrelser i bevægeapparatet, eventuelt lammelser, forstyrrelser i følesansen samt forstyrrelser i sprogopfattelsen, herunder f.eks. tale- eller læseforstyrrelser, samt om forstyrrelser i stedsansen. Den uspecifikke »primitivisering« eller konkretisering af den sjælelige funktionsmåde, som kendetegner det universelle demenssyndrom, kan – eventuelt ved anvendelse af specielle psykologiske demenstests – også påvises ved flertallet af de fokale hjernelæsioner.

Den sensyfilistiske hjernebetændelse – *dementia paralytica* – var indtil indførelsen af malariabehandlingen den altdominerende lidelse på datidens sinds-sygehospitaler og årsag til de sværeste tilfælde af sjælelig opløsning og forfald. Sygdommen har nu, efter introduktionen af penicillinbehandling, overvejende historisk interesse. Det samme gælder den kroniske hjernebetændelse (*encephalitis epidemica chronica* (Economo)), som under et Parkinson-lignende billede udviklede sig på grundlag af en verdensomspændende epidemi af en særlig virus-betinget hjernebetændelse i årene efter 1. Verdenskrig (»den spanske syge«). Derimod er organiske cerebrale følgetilstande efter den såkaldte herpes simplex-encephalitis ingen sjældenhed nu om dage.

Efter svære kranietraumer fulgt af længerevarende bevidsthedstab vil der i visse tilfælde udvikle sig et såkaldt *postcommotionelt syndrom*. Ved siden af hovedpine og svimmelhed er billedet især præget af træthed, søvnforstyrrelser, støjoverfølsomhed, irritabilitet, dysforisk farvede depressive stemningsudsving samt endelig tegn til intellektuel reduktion i form af koncentrations-svækkelse og hukommelsesforstyrrelser.

Symptomatologisk nært beslægtet med det postcommotionelle syndrom er det såkaldte *KZ-syndrom*. Det optræder fortrinsvis hos koncentrationslejr-fanger, som har lidt et ekstremt vægttab; tilstanden manifesterer sig ikke sjældent efter en latenstid på op til en snes år og ytrer sig især ved tidlig ældning.

7.4.3.2. Hos ældre mennesker vil *differentialdiagnosen* over for et kronisk organisk psykosyndrom ikke sjældent være en endogen depression. En ældre, endogent deprimeret patient kan være præget af forstemthed, inaktivitet, svigtende koncentration, hukommelsessvækkelse og hypokondre klager – alt sammen symptomer, som også kan ses under forløbet af en dementiell udvikling. Differentialdiagnosen er vigtig, idet den »pseudodemens«, den endogent deprimerede patient frembyder, vil svinde, når depressionen behandles. Differentialdiagnosen baserer sig på en nøje anamnese og klinisk vurdering, hvor der specielt lægges vægt på depressionens typiske døgnrytme og søvnforstyrrelser samt de fremherskende selvforringende forestillinger.

Kronisk alkoholmisbrug kan fremkalde tilsyneladende typiske dementielle tilstandsbilleder, men også her kan der være tale om »pseu-

dodemens«, hvor tilstanden normaliseres i løbet af måneder, såfremt misbruget ophører. Forskellige legemlige sygdomme, f.eks. for lavt stofskifte, samt – ikke mindst – overdosering med psykofarmaka kan hos ældre mennesker ligeledes fremkalde forbigående pseudodementielle tilstande.

7.4.4. Årsagsforhold og behandling

Aldersfordelingen i den danske befolkning har i løbet af 1900-tallet været kendetegnet ved en jævn stigning af den procentvise andel af de højere aldersklasser.

Den psykiatriske sygelighed er stigende med stigende alder. Det gælder specielt depressive tilstande og selvsagt de lettere og sværere demensformer. Der har imidlertid inden for de sidste 20-30 år ikke været nogen udtalt stigning i forekomsten (prævalensen) af demens-tilstande inden for de højere og højeste aldersgrupper.

Der findes undersøgelser (Magnussen (1985)), hvor man endog har påvist et fald – for de lettere demens-tilstande således en halvering (fra ca. 40% til ca. 20%) blandt de mere end 85-årige. Denne udvikling kan tilskrives en generel bedring af de ældres økonomiske og boligmæssige vilkår og en udvikling af sociale og social-psykologiske foranstaltninger. Som følge af den dementes konkrete, genstandsbundne oplevelsesmåde og tænkning vil følelsen af tryk-
hed og indre harmoni i særlig grad være knyttet til oplevelsen af de nære og vante ting og personer i omgivelserne. Indgreb i dagliglivet i form af flytning, indlæggelse, overflytning til plejehjem indebærer således risiko for udvikling af forbigående angst- og forvirringstilstande og af en tilsyneladende forvær-
ring af de dementielle symptomer.

Årsagsfaktorerne bag de kroniske organiske psykosyndromer er mangeartede. Som anført kan demensudvikling ses som følge af kroniske forgiftningstilstande, svære hovedtraumer, hjernebetændelse mv., dvs. eksogent udløste tilstande. Endvidere kan en række primært neurologiske sygdomme føre til demens. På grænsen mellem neurologi og psykiatri er en række såkaldt »primært degenerativt« betingede demens-tilstande, i første række Alzheimers sygdom, som kvantitativt spiller den største rolle som årsag til demens. Årsagen til Alzheimers sygdom er ukendt, men det er muligt at skelne mellem en arveligt betinget forløbsform, som typisk sætter ind i 60-65-års alderen og er kendetegnet ved hurtig progression, og en 10-15 år senere indtrædende langsommere fremadskridende dementia senilis.

7.4. Organiske psykoser

Nogle vil kun henregne den første form til Alzheimers sygdom. Prævalensen af lidelsen er i befolkningen ca. 5%.

Til grund for Alzheimers sygdom ligger en primær tilgrundegåen (degeneration) af hjernecellernes marvskeder og udløbere (neurofibriller), især lokaliseret til hjernebarken og visse centralt beliggende hjerneafsnit (hippocampus). Disse Alzheimerlæsioner fremtræder mikroskopisk i form af en opsplitning og »oprulning« af neurofibrillerne, dannelsen af såkaldte »senile, amyloide plaques« samt sekundær vækst af hjernens støttevæv (glia).

En egentlig helbredende behandling af de organiske demenstilstande er selvsagt ikke mulig. For de lettere demenstilstande, specielt når disse skyldes fokale hjerneskader, er det imidlertid muligt at genoptræne en række funktioner ved anvendelse af neuropsykologiske behandlingsmetoder.

Behandlingen af de egentlige senilt demente vil helt overvejende være af social-psykologisk karakter. Det drejer sig bl.a. om differentierede boligforhold, hjælpemidler i hjemmet, beskyttede boliger, plejehjem, men ikke mindst etablering af en regelmæssig kontakt med familiemedlemmer og/eller kvalificeret plejepersonale; vigtigt er også regelmæssige måltider og specielt rigelig vædsketilførsel.

Psykofarmakologisk behandling bør indskrænkes mest muligt. Akutte angst- eller urofaser kan dog gøre medikamentel beroligende behandling (sederung) påkrævet, eventuelt med anvendelse af angstdæmpende midler (anxiolytica såsom benzodiazepiner af typen nitrazepam) eller antipsykotisk virkende midler (neuroleptika), eksempelvis haloperidol (Serenase). Den medikamentelle behandling bør institueres med anvendelse af væsentligt lavere doser end hos yngre personer. Overdosering kan udløse delirøse faser eller medføre accentuering af de dementielle træk.

7.4.5. Retspsykiatriske aspekter

De akutte organiske psykosyndromer spiller en underordnet rolle inden for retspsykiatrien bortset fra enkelte specifikke tilstande som f.eks. epileptiske tågetilstande, der vil blive omtalt senere. De kroniske organiske psykosyndromer spiller derimod en vis rolle inden for strafferetspsykiatrien og en stor rolle inden for civilretspsykiatrien.

Strafferetspsykiatrisk er spørgsmålet ofte at vurdere graden af en dementiell tilstand. De letteste grader af demens vil normalt ikke med-

føre, at tilstanden henføres til straffelovens § 69, hvorimod dette er tilfældet for den moderate til middelsvære svækkelse af åndsevnerne. I nogle af disse tilfælde anbefales en psykiatrisk særforanstaltning, f.eks. hvis der skønnes at være behandlingsmuligheder i form af neuropsykologisk optræning. Den (psykotiske) sløvelse af åndsevnerne, tidligere benævnt »dementia senilis« (for patienter over 65 år) og »dementia præsenilis« (for patienter under 65 år) er en utvetydig § 16-tilstand. Det må bero på en konkret vurdering, om patienter, der befinder sig på grænsen mellem en svækkelse og en (psykotisk) sløvelse, henføres til § 69 eller til § 16. Af væsentlig betydning for vurderingen vil være patientens dømmekraft og evne til socialt at klare sig, eventuelle ledsagende handicaps som kan nedsætte patientens funktionsniveau mv. Uanset placering under § 16 eller § 69 vil man imidlertid normalt i disse tilfælde pege på en psykiatrisk særforanstaltning.

Utrykt sag, 1993.

64-årig tidligere ustraffet mand, A, var sigtet for og havde erkendt forsøg på bankrøveri. Han var gået ind i en bank med en elefanthue og en plasticpistol, havde truet for at få penge, men var blevet overmandet af to kunder. A havde i 37 år arbejdet som typograf, havde været fagligt aktiv, socialt veltilpasset, udadvendt med mange interesser. For ca. fire år siden var han blevet indlagt på grund af svimmelhed. Der påvistes et svært forhøjet blodtryk, og ved CT-scanning af hjernen fandtes talrige områder med arvæv (infarkter) som følge af blodpropper i hjernens kar. Efterfølgende var A gået på efterløn. Hans børn havde sørget for kommunal madudbringning, de gjorde rent mv. De fandt, at han var mere dement, end han umiddelbart virkede. A selv angav, at han ikke kunne »huske fra næse til mund«. Han skrev alt ned i form af stikord, som han dog ikke altid forstod betydningen af. Han kunne huske navnene på sine klassekammerater i underskolen, men ikke telefonnumrene til sine børn. A benægtede at være irriteret eller særlig følsom. Han oplevede kun sit hukommelsesbesvær som et irritationsmoment. Klinisk fandtes A udtalt hukommelsessvækket, især hvad angik nye begivenheder, samt følelsesmæssigt unuanceret. Hans habituelle gode begavelse viste sig i form af, at han kunne opretholde en facade, hvor han fortalte historier (om fortiden) på en småsludrende og jovial måde. Han var vedholdende af tankegang, men hans fremstilling var præget af talrige digressioner. Mentalundersøgelsen konkluderede, at A befandt sig på grænsen til § 16, stk. 1, og at han under alle omstændigheder var omfattet af § 69, stk. 1. Han havde et betydeligt – og udækket – behov for pleje og støtte, og erklæringen anbefalede dom til ambulant psykiatrisk behandling med tilsyn af kriminalforsorgen, således at der af kriminalforsorgen i forbindelse med overlægen kunne træffes bestemmelse om indlæggelse, hvilket også blev resultatet.

Der kan ikke peges på særlige kriminalitetsformer som karakteristiske for denne patientkategori ud over seksuelle surrogathandlinger (se senere).

Civilretspsykiatrisk er det helt dominerende problem de demente, som ikke længere kan klare sig i eget hjem, men som modsætter sig at modtage hjælpeforanstaltninger. De svære demenstilstande henhører utvivlsomt under psykoserne, men i »ukomplicerede« tilfælde vil de formelle kriterier for tvangsindlæggelse undertiden kunne siges ikke at være opfyldt, idet en tvangsindlæggelse skal ske med henblik på behandling, og demensen som sådan kan ikke behandles. Demente med komplicerende lidelser som f.eks. konfusionelle psykoser eller dehydrering bør om nødvendigt tvangsindlægges. Der vil også være tilfælde, hvor den demente er til fare for sig selv eller andre, f.eks. på grund af uforvarlig omgang med ild, hvor tvangsindlæggelse kan blive aktuel. Om demens henvises i øvrigt til Retslægerådets Årsberetning 1991, s. 32 ff, jf. ovf. kap. 2.2.1.4.

Et andet civilretspsykiatrisk område er umyndiggørelse af demente (se kap.4.2). Et særligt og indtil videre uløst problem er især de tilfælde, hvor en svært dement nægter at komme på plejehjem, se herom Bet. nr. 1247/1993 s. 98 ff.

7.5. Manio-depressiv psykose

Denne traditionelt bestemte betegnelse er lidt misvisende, da sygdommen almindeligvis kun i perioder antager manifest psykotisk karakter i form af svigtende realitetstestning. Den manio-depressive sygdom ville derfor være en mere rigtig betegnelse.

ICD-10 anvender ikke betegnelsen manio-depressiv psykose men samlebetegnelsen »Affektive sindslidelser«. Patienter med såvel manier som depressioner klassificeres som lidende af en »bipolær affektiv sindslidelse (psychosis affectiva bipolaris)«, hvorefter arten af den aktuelle fase nærmere karakteriseres, f.eks.: »p.t. depressiv af lettere eller moderat grad« eller »p.t. mani med psykotiske symptomer«. Har patienten ikke tidligere haft maniske eller depressive faser, klassificeres den aktuelle (første) fase som henholdsvis en »manisk enkeltepisode« eller »depressiv enkeltepisode«, igen med en tilføjelse, der beskriver tilstandens sværhedsgrad. I ICD-10 omfatter disse enkeltepisoder også de reaktive depressioner (se kap. 7.7), men det er muligt at karakterisere en depression som (mulig) »endogen« ved at føje »melankoliform« til diagnosen, idet denne betegnelse dækker de »klassiske« endogene symptomer som tidlig morgenopvågning, døgnvariation, hæmning mv.

Kap. 7. Klinisk psykiatri

Gentagne depressive faser, som er den hyppigste forløbsform, betegnes som »tilbagevendende (periodisk) depression (depressio mentis recurrens)«, igen med en tilføjelse, der nøjere beskriver den aktuelle fase (»let«, »moderat«, »svær«) og med mulighed for at betegne sygdommen som »melankoli-form«.

7.5.1. Klinik

Lidelsen er karakteriseret ved periodisk optrædende ændringer af stemningslejet, af tankens og talens hastighed samt bevægelsesmønster (det psykomotoriske tempo) og af oplevelsen af egen generelle formåen og personligheds kvalitet. Der ses i almindelighed ingen ændringer af bevidsthedsklarheden, og lidelsen medfører ikke intellektuel reduktion, ligesom patienterne oftest er symptomfrie – dvs. raske – imellem de enkelte sygdomsanfald, uanset disses hyppighed eller antal.

7.5.1.1. *Den endogene depression* er kendetegnet ved den såkaldte depressive triade: det forsænkede stemningsleje, det depressivt melankolske forestillingsindhold og det nedsatte psykomotoriske tempo. I emotionel henseende er tilstanden, især ved de længerevarende depressioner, præget af generel ulystfølelse og svigtende vitalfølelse og af en pinefuld oplevelse af følelsestomhed, selv over for de nærmeste. Den farveløst-triste ugladhed vil især dominere stemningslejet i døgnets første timer (»morgenvåde«) for typisk at lette hen mod aften, et forhold der ikke sjældent bevirker, at patientens omgivelser underkender tilstandens alvor. Denne karakteristiske døgnvariation ses især i depressionens lette til middelsvære grader og forsvinder i de sværere tilfælde, hvor depressionen gradvis antager karakter af utrøstelig sorgfuldhed, håbløshedsfølelse, fortvivlelse.

Samstemmende med det forsænkede stemningsleje – og formentlig sekundært i forhold dertil – er patientens tankeliv præget af selvforringende og selvanklagende forestillinger. Hertil kommer en urealistisk skyldfølelse og en ofte religiøst farvet syndsfølelse samt overbevisning om egen strafskyldighed med suicidale tanker og tilskyndelser som den uundgåelige konsekvens. Ikke sjældent vil selvanklagene antage grotesk proportionsforvrængende karakter, som når f.eks. den aldrende patient ideligt kredser om dengang, han som 8-10-årig dreng sladrede til klasselæreren om sin sidekammerat, hvorfra overgangen er glidende til egentlige depressive vrangideer såsom forestillingen om at være skyld i landets finansielle ufare, hungerka-

tastrofer i u-lande etc. I andre tilfælde vil vrangideerne være af overvejende hypokonder natur, f.eks. at de indvendige organer ikke fungerer eller rent ud er svundet bort – såkaldt nihilistiske vrangforestillinger.

Endelig gælder det, at den »rene« melankolske fase er præget af hæmning eller træghed såvel af motorikken og handlingslivet som af associationsforløbet. Patienten virker ubeslutsom, handlingslammet, forpint, fåmælt indtil det ordløse og i de sværeste tilfælde totalt stillestående og utilgængelig for udefra kommende stimuli, – dette uanset fuldt bevaret bevidsthedsklarhed. Denne *depressive stupor* er en livstruende tilstand på grund af væskeunderskud og truende kredsløbskollaps.

Den psykomotoriske hæmning vil ofte lette spontant eller under indflydelse af antidepressiv behandling, før den emotionelle forstemning og det melankolske tankeindhold er klinget af. På dette tidspunkt, hvor handlingslammelsen er hævet, vil patienten kunne frembyde overhængende suicidalfare. Patienternes skyldbelastede ønske om »den retfærdige straf« vil afspejle sig i selvbeskadigelser, hængnings- eller drukningsforsøg, pulsåreoverskæring mm.

Betegnelsen *atypisk depression* dækker over depressive faser, som mere er kendetegnet ved bl.a. ulystfølelse, dysforisk stemningsforsænkning, et højt angstniveau, eventuelt med angstanfald, og veksellende somatisk prægede klager, end ved ovennævnte klassiske symptomer på en endogen depression.

7.5.1.2. *De maniske (ekspansive) faser* repræsenterer i deres symptomatologi depressionens modpol: stemningslejet er løftet, det psykiske og psykomotoriske tempo er øget og tankeindholdet præget af selvovervurdering og ukritisk optimisme.

Især i den moderat maniske (»*hypomane*«) fase vil patienten virke glad, smittende munter, kvik, slagfærdig, veltilpas. Alt efter som tilstanden udvikler sig og i stigende grad vækker anstød og findes uacceptabel af omgivelserne, vil der i patientens overstadighed iblandes elementer af fortørnelse, utålmodighed og vrede (eretisk mani), navnlig såfremt tilstanden nødvendiggør anvendelse af tvangsforanstaltninger. Som i melankolien er patienternes forestillingsliv også i den maniske fase konformt med det abnorme stemningsleje: tankegangen vil være præget af urealistisk overvurdering af egne evner og muligheder, myldrende idérigdom og ideligt skiftende, hovedløs planlægning, i de sværere tilfælde med en så vidtgående bagatellise-

ring og negligerer af realiteterne, at storhedsforestillingerne vil kunne antage karakter af egentlige ekspansive vrangideer.

Samtidig hermed vil den maniske patients adfærd og motorik såvel som associationsforløbet være præget af den manglende hæmning og svigtende målrettethed. Patienten forekommer utrættelig i sin foretagsomhed, snakker i ét væk, taler i telefon dagen lang, er dumdristig i sine dispositioner og indlader sig i sin seksuelle opstemthed i ubesindige erotiske forhold. Føler patienten sig uretmæssigt hæmmet i sin maniske udfoldelse, vil dette, selv på ringe foranledning og hos habituel fredssommelige personer, kunne udløse truende, undertiden voldelig adfærd.

7.5.1.3. *Blandingstilstande* karakteriseres ved, at der i sygdomsforløbs melankolske faser indgår manifforme elementer eller depressive elementer i de maniske faser. Hyppigst af disse blandingstilstande er den såkaldte anxiøst-agiterede depression, hvor ikke hæmning, men en angstfuld rastløshed og jamrende grådblandet, trøstsøgende attitude, ofte med hypokondre overtoner, kendetegner patientens adfærd. Specielt hos kvinder i og efter klimakteriet og hos ældre, begyndende dementielt prægede patienter vil tilstanden, såfremt den ikke behandles, kunne antage et særligt langvarigt forløb (den såkaldte »*involutionmelankoli*«, som nogle, formentlig med urette, opfatter som en selvstændig sygdomsenhed).

7.5.1.4. Det endogent depressive eller melankolske tilstandsbillede kan, især hos ældre patienter, være vanskeligt at skelne fra en depressivt farvet demenstilstand. Over for en længerevarende reaktiv depression beror *differentialdiagnosen* i første række på melankoliens fasiske forløb, den karakteristiske døgnrytme og den subjektive utilstrækkelighedsfølelse.

Moderat udtalte maniske faser kan i visse tilfælde frembyde lighedstræk med den demente patients kritikløse eufori og svigtende selvindsigt, eller med den hypertyme karakterafvigere selvfrejhævelse og undertiden kritikløse adfærd. Manikerens karakteristiske anamnese vil dog i reglen gøre differentialdiagnosen let. Svære maniske tilstande kan i den akutte fase minde om en skizofren urotilstand, men også her vil anamnesen ofte afklare spørgsmålet. Endelig bør det have in mente, at helt barokke storhedsforestillinger kan være de første symptomer ved den syfilitiske dementia paralytica.

7.5.2. Årsagsforhold og behandling

Sygdomsrisikoen er for kvinder 2-2,5%, for mænd 1-1,5%. Den skæve kønsfordeling kendetegner især de unipolære forløbsformer, dvs. tilfælde, hvor sygdommen alene manifesterer sig i form af depressive faser eller – væsentligt sjældnere – alene som maniske faser. Den unipolære depressive form er noget hyppigere end den bipolære form, hvor sygdommen viser sig ved såvel depressive som maniske faser. 0,5% til 0,8% af befolkningen lider af den manio-depressive sygdom, ca. 25.000 mennesker.

Såvel slægtsundersøgelser som tvilling- og adoptionsundersøgelser dokumenterer eksistensen af en arvelig faktor i den manio-depressive sygdoms genese. Er den ene af et par enæggede tvillinger syg, er der en sandsynlighed på helt op mod 70% for, at også den anden er det (»konkordansen« er 70%). For tveæggede tvillinger er konkordansen på ca. 15%, ligesom sygdomsrisikoen blandt den manio-depressive patients forældre, søskende og søskendebørn er 15%.

I det store flertal af tilfælde vil den enkelte psykotiske fase manifestere sig uden påviselig ydre årsag (endogenese), i nogle tilfælde snigende, i andre tilfælde akut. Mulige udløsende faktorer er formentlig overvejende af hormonal natur. Omkring halvdelen af de såkaldte fødselspsykoser (puerperalpsykoser) må således henregnes til den manio-depressive sygdom, jævnfør også ophobningen af depressive faser i tilslutning til klimakteriet.

Spørgsmålet om mulige psykologiske (eller psykoprovokerende) faktorerets ætiologiske betydning er vanskeligt at besvare. Dette beror på, at mange patienter – ud fra et behov for at finde en forklaring på deres depressive tilstand – søger efter oplevelser, der kan gøre den begribelig. Ikke sjældent vil de pege på begivenheder, der vitterligt er indtruffet efter depressionens indsætten. Det er dog uomtvisteligt, at en anxiøst-agiteret depression påfaldende hyppigt hos ældre mennesker ses udløst i tilslutning til psykisk belastning, f.eks. en flytning til fremmede omgivelser.

Hvad angår sygdommens udvikling (patogenese), har de såkaldte aminteorier hidtil tiltrukket sig størst opmærksomhed. De beskæftiger sig specielt med aminreceptorerne og med koncentrationen i de cerebrale neuro-synapser af hjernens signalstoffer (de såkaldte transmitterstoffer) inden for gruppen af katekolaminer: noradrenalin og dopamin, samt indolaminen serotonin. Teoriene har deres udgangspunkt i studiet af de terapeutisk aktive psykofarmakas virkningsmekanismer.

Sygdomsforløbet er, hos den enkelte patient, uforudsigeligt, men de patienter, der debuterer med en mani, vil dog have stor risiko for flere maniske og depressive episoder i årene efter sygdommens debut (den bipolære type). Nogle patienter har kun depressive episoder (den unipolære type), og blandt dem vil kun ca. halvdelen udvikle flere end fire depressive episoder. I det hele taget ses, at de depressive faser er 5-10 gange så hyppige som de maniske. Som hovedregel debuterer de bipolære tilfælde i en yngre alder end de unipolære. I meget sjældne tilfælde antager sygdommen et næsten cirkulært forløb med kun kort intervallær symptomfrihed.

Også varigheden af de psykotiske faser varierer hos den enkelte patient og fra patient til patient. Ubehandlet vil de depressive fasers gennemsnitlige varighed være 6-8 måneder, de maniske 2-3 måneder. Anfaldenes hyppighed aftager kun sjældent med årene, hvorimod deres sværhedsgrad i en del tilfælde vil mindskes.

I 1958 indledtes den medikamentelle antidepressive behandling med anvendelsen af Imipramin over for endogene depressioner. I mellem 50% og 75% af tilfældene vil den medikamentelle behandling medføre helbredelse (»remission«) i løbet af tre til fire uger. For at imødegå recidiv bør en vedligeholdelsesbehandling dog opretholdes de følgende fire til seks måneder.

Elektrostimulationsbehandlingen (ECT = Electroconvulsive Therapy eller NCE = Narko Curare Elektrostimulation) er fortsat – især i form af såkaldt unilateral behandling, dvs. stimulation alene af den ikke-dominante hjernehalvdel – den mest effektive og skånsomme behandling, specielt af de melankolske faser hos ældre personer. To ugentlige behandlinger i 3-4 uger vil i ca. 80% af tilfældene føre til helbredelse af den depressive fase.

Over for maniske urotilstande vil man indledningsvis anvende et lavdosis-neuroleptikum (eksempelvis haloperidol (Serenase)); senere eventuelt et middeldosis-neuroleptikum (eksempelvis zuklophenitoxol (Cisordinol)).

Skelsættende i behandlingen af den manio-depressive sygdom var introduktionen af lithiumsalte, først som anti-manisk, siden fortrinsvis som recidivforebyggende middel. Lithium har især en recidivforebyggende virkning ved de bipolære forløbsformer; kan patienten acceptere behandlingen, vil de psykotiske faser i et flertal af tilfælde elimineres eller afsvækkes i kendelig grad. Den fulde virkning viser sig ofte først efter et års tid.

Generelt er prognosen således god. Det er i mange tilfælde muligt

at forebygge nye psykotiske faser med lithium, og de enkelte faser, såvel depressioner som manier, vil ofte kunne behandles til fuld helbredelse inden for uger.

7.5.3. Retspsykiatriske aspekter

Den manio-depressive psykose er »godartet« også i den forstand, at sygdommen kun relativt sjældent giver anledning til retlige foranstaltninger.

Strafferetspsykiatrisk henføres de utvetydige depressive eller maniske faser til straffelovens § 16. Vanskeligheder kan opstå ved de lettere tilfælde, hvor den kliniske tilstand endnu ikke er så alvorlig, at patienten kan siges at være psykotisk, men hvor det på den anden side vides, at tilstanden hurtigt kan forværres til en psykotisk mani eller depression. ICD-10 anvender ikke betegnelsen »endogen« depression, men blot »depressiv episode«, som kan være ledsaget af nogle nærmere beskrevne psykotiske symptomer: vrangforestillinger, hallucinationer og svær psykomotorisk hæmning. Disse tilstande henhører utvivlsomt under § 16; der vil imidlertid også være tilstande inden for det affektive spektrum, der er omfattet af § 16, selvom de nævnte psykosesymptomer ikke utvetydigt kan beskrives, f.eks. den selvbebrejdende, selvanklagende, moderat hæmmede depressive patient, der dog ikke huser egentlige depressive vrangforestillinger. Kan en let til moderat manisk eller depressiv fase ikke henføres til § 16, er tilstanden under alle omstændigheder omfattet af § 69, og i medfør af denne bestemmelse anbefales så en psykiatrisk særforanstaltning.

Et særligt problem er den manio-depressive patient, der i en helt neutral fase begår en kriminel handling. Patienten kan f.eks. være i en vellykket profylaktisk behandling med lithium. Den lægelige vurdering må her være, at personen ikke er omfattet af straffelovens § 16. Patienten kan på undersøgelsestidspunktet fremtræde personlighedsmæssigt upåfaldende, men oftest vil den pågældende – f.eks. med henvisning til »beredskabet« for at udvikle psykotiske faser samt nødvendigheden af behandling – kunne henføres til § 69 og en særforanstaltning anbefales.

Endelig bør det have in mente, at omend spørgsmålet om psykiske traumer kan udløse en psykotisk – oftest depressiv – fase er omdiskuteret, kan et fængselsophold undertiden provokere en depression.

Kap. 7. Klinisk psykiatri

Utrykt sag, 1992.

55-årig mand, R, var sigtet for økonomisk kriminalitet og havde erkendt sig skyldig. R havde altid været socialt veltilpasset og udadvendt med mange interesser. Ved mentalundersøgelsen fandtes han personlighedsmæssigt upåfaldende. Da R var ca. 22 år gammel, gik han i stå, blev depressiv og var uarbejdsdygtig i ca. 1/2 år. Tilstanden blev opfattet som en neurose, men det må antages, at han da havde sin første endogene depression, idet han siden havde haft depressive faser præget af bl.a. døgnvariation, selvmordstanker, initiativsvækkelse mv. Et par af disse faser var muligvis psykoprovokerede. Behandling med antidepressivt virkende medicin havde været effektiv. R havde i forbindelse med en af de depressive faser udviklet et vist alkoholmisbrug, som han imidlertid selv havde bragt til ophør. Der var ingen holdepunkter for at antage, at han havde været depressiv i den periode, hvor de påsigtede forhold fandt sted. Mentalerklæringen konkluderede bl.a., at R aktuelt var psykisk rask og upåfaldende, hvorefter det hedder: »Under hensyn til, at observanden periodisk livet igennem har frembudt depressioner som led i en stemningssindssygdom, og at der til stadighed eksisterer en risiko for, at han udvikler nye depressive faser, vil man imidlertid finde, at han er præget af en sådan »forstyrrelse af de psykiske funktioner«, at han bør henføres til straffelovens § 69, stk. 1«. I overensstemmelse med erklæringen og Retslægerådets udtalelse blev R dømt til ambulant psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse. Længstetiden blev fastsat til et år.

Den klassiske kriminalitetsform, relateret til den endogene depression, er »det udvidede selvmord«, hvor – typisk – en moder dræber sine børn begrundet i svære depressive vrangforestillinger om, at hun har skadet børnene for livet. Moderen foretager efterfølgende et selvmordsforsøg, som kan mislykkes. Hyppigheden af disse tilfælde er aftaget, formentlig på grund af en bedre diagnostik og hurtigere behandling af de endogene depressioner.

Manikere kan som følge af den aggressive komponent, der undertiden indgår i tilstanden, begå vold eller – som følge af den urealistiske selvovervurdering – foretage vidtløftige kriminelle økonomiske dispositioner, men generelt gælder, at maniske patienter relativt sjældent foretager mere alvorlige kriminelle handlinger.

Civilretspsykiatrisk gælder, at manio-depressive patienter kan tvangsindlægges efter de sædvanlige kriterier. Det har været fremført, at såvel de maniske som de depressive faser spontant helbredes, hvorfor helbredelseskriteriet ikke er opfyldt. Heroverfor står imidlertid, at varigheden af disse tilstande ubehandlet er måneder med den hertil knyttede risiko for, at den maniske patient forstyrrer sin familie, sit sociale liv, økonomi mv., eller at en depressiv tilstand fører til selvmord. Praksis er da også, at manio-depressive patienter tvangsind-

lægges og -tilbageholdes på såvel fare- som behandlingskriteriet.

I enkelte tilfælde ses, at patienter med hyppige maniske faser umyndiggøres eller sættes under lavværgemål for på den måde at undgå økonomisk ruin.

7.6. Skizofreni

Skizofreni, eller gruppen af skizofrenier, omfatter sygdomme af broget symptomatologi med kontaktforstyrrelser og tankeforstyrrelser som de centrale symptomer. Patienterne er bevidsthedsklare og frembyder ikke dementielle træk. Sygdommen debuterer typisk i de unge år og antager oftest et kronisk forløb.

Traditionelt har skizofrenibegrebet været væsentlig mere snævert i kontinental og skandinavisk end i angelsaksisk psykiatri, men med fremkomsten af de nye diagnostiske klassifikationssystemer (bl.a. ICD-10) er der skabt ensartede kriterier for definition og afgrænsning af denne sygdomsgruppe.

Emil Kraepelin afgrænsede på grundlag af indgående forløbsstudier i den berømte 6. udgave (1899) af sin lærebog sygdommen, specielt over for den manio-depressive psykose. Han anvendte betegnelsen *dementia præcox* (»ungdomssløvsind«). Sygdommen medfører imidlertid ikke intellektuel reduktion, og ikke alle tilfælde debuterer i ungdommen, hvorfor Eugen Bleuler (1911) foreslog betegnelsen skizofreni (»sjælespaltning«). Han ville dermed understrege visse fremherskende træk, nemlig den manglende samstemthed mellem tankegang og følelsesreaktion (»spaltning«) og den karakteristiske opsplitning af personligheden i forskellige roller, som patienten selv ikke oplever som modsætningsfyldte, uanset at de objektivt må forekomme uforenelige.

Skizofreni er ikke blot psykiatriens store gåde og udfordring, men er også den sindssygdom, der har givet anledning til mest debat om det psykiatriske sygdomsbegreb. En lettilgængelig up-to-date oversigt findes i Konsensus-rapporten om skizofreni (1992).

7.6.1. Klinik

7.6.1.1. Den mangfoldighed af symptomer, skizofrene patienter frembyder, inddeles ofte i primær- og sekundærsymptomer, hvor det antages, at sekundærsymptomerne er afledt af primærsymptomerne. Der hersker ikke ganske enighed om grænsen mellem de to symptomkategorier, men primærsymptomerne afgrænses undertiden som

»Bleulers fire A'er«: autisme, ambivalens, associationsforstyrrelser og affektive forstyrrelser.

Autisme (»følelsesmæssig kontaktaflukkethed«) anses normalt for at være skizofreniens grundsymptom. Autisme optræder i alle sværhedsgrader, fra en let følelsesmæssig distance, hvor det kan være svært at afgøre, om det nærmere drejer sig om en personlighedsforstyrrelse (»skizoide« træk), til den totale følelsesmæssige kontaktaflukkethed, hvor patienten er helt opslugt af sin indre forestillingsverden, som tillægges større virkelighedspræg og betydning end udefra kommende indtryk. Nært beslægtet med, eller måske en del af, autismen er den inadækvate emotionalitet.

Følelsesmæssige ændringer henføres ligeledes til primærsymptomerne. Det kan dreje sig om passivitet, initiativsvækkelse samt følelsesmæssig afblegning og tomhed, nærmest indolens, som imidlertid kan afløses af pludselige svære affektreaktioner (skizofrene »impulsioner«). Den følelsesmæssige ambivalens, dvs. den samtidige forekomst af modsatrettede følelser over for personer eller genstande, kan i sine mere udtalte former medføre en næsten total handlingslammelse, ligesom ambivalensen jævnlgt viser sig ved, at skizofrene patienter har svært ved at tage beslutning eller hele tiden skifter standpunkt. Den »ambivalente« holdning, skizofrene patienter kan have til f.eks. indlæggelse eller medikamentel behandling, er således ikke altid udtryk for en rationelt begrundet tvivl, men derimod udtryk for et af sygdommens grundsymptomer.

Forstyrrelser i tankegangen viser sig i form af afvigelser af såvel formel som indholdsmæssig karakter, sidstnævnte visende sig ved vrangforestillinger. De formelle tankeforstyrrelser kan med deres usammenhængende associationsforløb, spærringer, private sprogbrug og neologismer samt brud på normal logik og kronologi være så udtalte, at almindelig kommunikation ikke er mulig. Ikke sjældent ses, at en skizofren patient indledningsvis kan fremtræde nogenlunde samlet af tankegang, men under forløbet af samtalen bliver de formelle tankeforstyrrelser stadig mere udtalte.

De skizofrene sekundærsymptomer kan opfattes som en forståelig psykologisk reaktion på primærsymptomerne. Nogle patienter kan f.eks. i begyndelsesfasen opleve, at tingene er anderledes, end de umiddelbart giver sig ud for at være, hvilket kan medføre en intens uhyggefølelse og eventuelt en oplevelse af altets undergang (»Weltuntergangerlebnis«). De paranoide forestillinger, som er så karakteristiske for skizofreni, ses herefter som et restitutionsfænomen, som

– hvor skræmmende vrangforestillingerne end måtte være – dog bringer orden i kaos. Vrangforestillingerne er ofte tæt sammenkædet med livlige hørleshallucinationer; der hviskes og tales om patienten, som kan føle sig aflyttet, forfulgt eller udsat for påvirkning af stråler. Ud over af forfølgelsesforestillinger præges mange skizofrene patienter også af storhedsforestillinger om egen personlighed, som tillægges kongelig byrd, enestående evner og lignende. Ikke mindst her vil de skizofrene spaltningfænomener kunne give sig sælsomme udtryk; patienten oplever sig på én gang som den ophøjede fyrstinde og som den forhutlede posedame, hun vitterlig er.

Nogle patienter føler sig styret eller dirigeret af stemmerne, nogle oplever, at deres tanker berøves dem, eller at de påtvinges andres tanker (*transitivisme*). Videre kan patienter opleve, at mennesker eller genstande i deres omgivelser ændrer sig på ubestemmelig vis (*de-realisation*), eller de føler sig usikre på deres egen identitet (*depersonalisation*). Endelig kan skizofrene også være præget af symptomer fra bevægelsesystemet, såkaldt *katatone symptomer*. Det drejer sig om en tilsyneladende formålsløs, stereotyp aktivitet: omkringvandren, hamren i bordet og lignende, eller om et manieret bevægelsesmønster undertiden med indtagelse af sære attituder eller stivnede stillinger. Før den medikamentelle æra kunne man se patienter, som opretholdt disse stillinger i årevis (kataton stupor).

Der findes andre inddelingssystemer af de skizofrene symptomer, f.eks. taler man om »produktive symptomer«, hvorved forstås hallucinationer, vrangforestillinger, uro mv. En anden inddeling er i positive og negative symptomer, hvor de første omfatter den abnorme adfærd, psykosen betinger – patienten snakker med stemmerne, er urolig, foretager sig bizarre ting mv. – ,medens de negative symptomer omfatter de adfærdsindskrænkninger, skizofrenien medfører: initiativsvækkelse, passivitet, ubeslutsomhed mv.

Det er ikke muligt at udpege et enkelt symptom, som entydigt er specifikt (patognomonisk) for sygdommen. Diagnosen bygger på den samtidige tilstedeværelse af flere karakteristiske – men ikke specifikke – symptomer. Her har de såkaldte »first rank symptoms« fundet anvendelse som værende de væsentligste: symptomer såsom at høre sine egne tanker (tankehørighed), stemmer, der kommenterer patientens adfærd, tanketyveri, influensfænomener.

Kurt Schneider (1957) har defineret og beskrevet disse førsterangssymptomer, som indtager en central plads i ICD-10's skizofrenikriterier.

7.6.1.2. Skizofrenierne inddeles ofte i undergrupper – schizofrenia simplex, hebefrenica, catatonica og paranoides – efter de mest fremtrædende kliniske symptomer. Denne inddeling er imidlertid rent deskriptiv, og afgrænsningen mellem de enkelte undergrupper er flydende, ligesom den samme patient på forskellige tidspunkter kan være præget af symptomer, der er karakteristiske for de forskellige undergrupper. Se også kap. 7.3.5 om diagnosesystemer.

Schizofrenia simplex karakteriseres helt overvejende af primærsymptomer, medens produktive symptomer er fraværende eller lidet udtalte. Hertil kommer tidlig debutalder, dvs. først i tyverne, og et snigende, progredierende forløb.

Schizofrenia hebefrenica debuterer ligeledes tidligt og kendetegnes ved de ofte blomstrende produktive symptomer, inadækvate følelsesreaktioner og undertiden en barnlig (»regressiv«) adfærd. Grænsen til schizofrenia simplex kan være flydende.

Schizofrenia catatonica kendetegnes i første række af de udtalte forstyrrelser fra bevægeapparatet. Patienterne er hertil livligt hallucinerede, især på hørelsen men undertiden også på de andre sanser. Debutalderen er lidt senere end for de tidligere nævnte former. Tilstanden sætter ofte akut ind, og prognosen er bedre, i den forstand at patienterne responderer bedre på medikamentel behandling, end de to foran nævnte grupper. Den katatone skizofreni er – i hvert fald i vor del af verden – af ukendte grunde mindre hyppig nu end tidligere.

Schizofrenia paranoides debuterer senere, ofte først i 35-40-års alderen. Her dominerer vrangforestillingerne tilstandsbilledet, og undertiden er primærsymptomerne nærmest fraværende, således at denne skizofreniform kan være svær at skelne fra de kroniske paranoide psykoser. Nogle undersøgelser tyder da også på, at gruppen af skizofrenier med fordel kan opdeles i de paranoide og de ikke-paranoide former.

Endelig skal nævnes de såkaldte *skizo-afektive psykoser*, som undertiden henføres til skizofrenierne. Karakteristisk for disse tilstande er en skizofren symptomatologi iblandet et periodisk optrædende stærkt affektivt præg. Nogle vil henhøre disse tilstande til de affektive psykoser.

7.6.1.3. Skizofreniernes brogede symptomatologi medfører, at mange *differentialdiagnoser* kan komme på tale. Den autistiske, ordfattige, tilsyneladende hæmmede hebefrene patient kan undertiden frembyde lighed med en endogent deprimeret patient. Differentialdiagnosen beror på forløbet og eventuelt på den i reglen markant forskellige præmorbide personlighedstype. Omvendt kan en manisk urotilstand undertiden minde om en skizofren urotilstand. De akutte reaktive psykoser, specielt de paranoide former, kan ligeledes udgøre et differentialdiagnostisk problem, hvor forløbet ofte vil af-

klare den diagnostiske placering. De kronisk paranoide psykoser (»paranoia«) og de paranoide skizofrene tilstande kan være vanskelige at skelne fra hinanden.

Misbrug af euforiserende stoffer kan føre til skizofrenilignende tilstande; det gælder ikke mindst kronisk amfetaminmisbrug, som kan afstedkomme tilstandsbilleder, som ikke lader sig skelne fra »genuin« skizofreni. En patient med debuterende skizofreni kan umiddelbart fremtræde som helt overvejende præget af neurotiske eller karakterafvigende symptomer eller – hvilket ofte ses – af en depressiv tilstand. Ikke få patienter suiciderer i denne fase, hvilket understreger vigtigheden af en grundig observation under indlæggelse af disse patienter.

7.6.2. Årsagsforhold og behandling

Risikoen for at udvikle skizofreni, såfremt en person gennemlever sygdommens seneste manifestationsalder (som for skizofreni er fastsat til 60 år), er omkring én procent, hvilket gælder for en række lande. Det antages, at tre promille af befolkningen på et givet tidspunkt lider af skizofreni, svarende til at der i Danmark er 15 – 16.000 patienter, lidt flere mænd end kvinder, med erkendt skizofreni.

Sygdommens årsag er fortsat ukendt, men det må nu anses for givet, at biologiske forhold er af væsentlig betydning. Der er en arvelig disposition, idet tvillingeundersøgelser har vist, at hvis den ene af et enægget tvillingepar er syg, er der 40-50 procent sandsynlighed for, at også den anden udvikler skizofreni. Blandt tveæggede tvillinger er risikoen kun 10-15 procent, hvilket stort set svarer til risikoen for, at søskende til skizofrene patienter selv får sygdommen. Adoptivbarnsundersøgelser har vist væsentlig større overensstemmelse, for så vidt angår skizofreni, mellem de bortadopteret børn og de biologiske forældre end mellem adoptivbørn og adoptivforældre. Det, der nedarves, er formentlig en særlig »følsomhed« eller »reaktionsmåde«, der medfører, at hvis individet udsættes for skadevoldende påvirkninger, kan dette udløse den »skizofrene proces«. Eksempelvis er det påvist, at såfremt gravide kvinder har influenza i midterste trediedel af graviditeten, eller hvis der er fødselskomplikationer, medfører dette en øget risiko for, at fosteret senere i livet udvikler skizofreni.

Ved avancerede undersøgelser af hjernen er gennem de seneste år påvist såvel strukturelle ændringer som funktionelle forstyrrelser hos store grupper af skizofrene, f.eks. forstyrrelser i hjernens signalstof-

fer («neurotransmittorer») og i de tilsvarende receptorerers fordeling og aktivitet i forskellige hjerneafsnit. Der foreligger endnu ingen alment accepteret hypotese, der samler undersøgelsesresultaterne – eventuelt med inddragelse af psykologiske og/eller sociale faktorer – til en teori om skizofreniens årsag og udvikling.

Blandt de mange psykologiske og sociale faktorer, som har været nævnt som årsager til skizofreni, kan nævnes disharmonisk rollefordeling og kommunikation mellem familiens medlemmer, »den skizofrenogene (emotionelt frustrerende) moder« og den skizofrene patient som »ofret« for familiens (samfundets) konflikter, hvor sygdommen ses som en overlevelsesmanøvre, »en sund reaktion på et sygt samfund«. Psykologiske forhold spiller utvivlsomt en rolle for skizofreniernes forløb, hvor f.eks. emotionel stabilitet i den nære familie kan påvirke forløbet gunstigt, hvilket bl.a. er baggrunden for den støtte, der i dag ofte tilbydes forældre til skizofrene patienter. I storbyer findes en ophobning af skizofrene i slumkvarterer, på banegårde mv. Dette har været taget som udtryk for, at »socialt stress« kunne være en årsagsfaktor til sygdommen, men baggrunden kan i lige så høj grad bero på social selektion («nedglidning«).

Behandlingen af skizofreni omfatter samtlige terapeutiske grundkategorier, men i de fleste tilfælde vil neuroleptika være den basisbehandling, som er nødvendig for, at patienten kan drage nytte af andre behandlingsformer, sociale tilbud mv. Den neuroleptiske behandling må ofte vare i årevis, idet ophør efter uger til måneder jævnligt medfører recidiv af de psykotiske symptomer. Sygdommens spontane svingninger medfører, at dosis undertiden må justeres, og nogle patienter vil i perioder ikke have behov for medikamentel behandling. Neuroleptika virker i første række over for skizofreniens sekundære symptomer, hvorimod f.eks. autisme og ambivalens normalt ikke bedres. Behandlingen af disse mindre åbenlyse, men ofte invaliderende symptomer varetages bedst under indlæggelse og vil bl.a. være af miljøterapeutisk karakter. Nogle skizofrene patienter kan have gavn af en støttende psykoterapi, men generelt har resultaterne af psykoterapeutisk behandling været magre, bl.a. måske fordi indikationsområdet, behandlingsteknik mv. langt fra er klarlagt.

Skizofreni er en kronisk sygdom, men forløbet er ikke altid så ondartet og svært socialt invaliderende, som det undertiden antages. Afgrænsningen af sygdommen er af betydning for vurderingen af prognosen. I Danmark har der traditionelt været anvendt et snævert skizofrenikriterium, hvilket giver en dårlig prognose, medens man

f.eks. i USA har haft et væsentligt bredere skizofrenikriterium, hvilket naturligvis giver en bedre prognose. Skizofreni findes i alle sværhedsgrader, og der er enkelte med kun lidet eller moderat udtalte sygdomssymptomer, som slet ikke kommer i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Langt hovedparten bliver imidlertid indlagt på et eller andet tidspunkt, og blandt dem kan man regne med, at 15-20 procent har en god prognose, dvs. at sygdomssymptomerne aftager i en sådan grad, at de kan leve en nogenlunde normal tilværelse. For omkring 30 procent har sygdommen et fasisk forløb med lange gode perioder. Samlet har således omkring halvdelen af patienter med skizofreni en god eller nogenlunde god prognose, den anden halvdel er i lange perioder præget af udtalte symptomer, som kræver aktiv behandling. Generelt ses, at sygdommen »brænder ud« med alderen.

I de perioder, hvor symptomerne forværres – f.eks. på grund af spontane svingninger i sygdommen eller på grund af medicinsvigt – bør patienten indlægges, eventuelt tvangsindlægges, dels for at beskytte patienten mod sig selv og mod omgivelserne, dels fordi det under en indlæggelse er muligt at iværksætte en intensiv behandling, hvilket vil forkorte den dårlige fase. Jo længere tid en patient har været dårlig, desto vanskeligere er det at bringe sygdommen under kontrol igen. Dette forhold er af ikke uvæsentlig betydning ved vurderingen af, hvor lang tid man bør vente, før patienten tvangsindlægges eller tvangsbehandling med neuroleptika iværksættes.

Indtil begyndelsen af 1950'erne var hovedparten af de skizofrene patienter hospitalsindlagt på de store psykiatriske institutioner. Fremkomsten af neuroleptika i begyndelsen af 1950'erne medførte, at mange skizofrene patienter kunne udskrives og behandles ambulant. De seneste 10-15 års voldsomme deinstitutionalisering synes imidlertid i høj grad at have ramt gruppen af skizofrene, hvis overdødelighed ved selvmord er fordoblet gennem de sidste ca. 15 år, således at den nu er 16 gange selvmordshyppigheden i befolkningen. Der er kommet hjemløse skizofrene på gaderne, halvdelen af yngre skizofrene mænd er stofmisbrugere, og antallet af skizofrene, der begår kriminalitet, stiger kraftigt.

7.6.3. Retspsykiatriske aspekter

Skizofreni er også fra en retspsykiatrisk synsvinkel den mest alvorlige sindssygdom. Over halvdelen af de domfældte og omkring en trediedel af de tvangsindlagte patienter er skizofrene.

Strafferetspsykiatrisk er de skizofrene tilstande utvetydigt omfattet af straffelovens § 16. Dette gælder også patienter, som under en vellykket neuroleptisk behandling ikke frembyder »produktive« psykotiske symptomer. En grundig psykopatologisk vurdering vil imidlertid jævnligt vise, at patienten fortsat f.eks. huser vrangforestillinger, men blot ikke omtaler dem, måske fordi patienten har erfaret, at omgivelserne reagerer negativt på disse forestillinger. Yderligere vil sygdommens primærsymptomer som hovedregel også kunne påvises. Disse patienter er altså ikke »raske«, som f.eks. en manio-depressiv patient er det uden for de manisk-melankolske episoder.

Et stigende antal unge skizofrene patienter misbruger euforiserende stoffer, og det kan undertiden være vanskeligt at skelne en skizofreni fra forbigående psykotiske episoder udløst af et stofmisbrug.

Retslægerådets Årsberetning 1991, s. 45 ff.

To sygehistorier belyser dette problem. Den første sag drejer sig om en 30-årig mand, F, der var sigtet for røveri. Han havde i flere år haft et blandet misbrug af hash, amfetamin og heroin. F var første gang indlagt på psykiatrisk afdeling 23 år gammel og havde siden været indlagt adskillige gange, herunder tvangsindlagt, i psykotisk tilstand, bl.a. hallucineret. Han fik 26 år gammel pension på psykiatrisk indikation, diagnosen var da skizofreni. F var uregelmæssigt i behandling med neuroleptika. Han blev anholdt i forbindelse med røveriet og blev ved indsættelsen i arresthus beskrevet som præget af »nervøs uro og tvangstanker, tidvis i form af ubehagelige stemmer og vage selvmordsimpulser.« Han blev sat i abstinensbehandling og i behandling med depotneuroleptika (Trilafon dekanat, 108 mg hver 14. dag), hvorefter han i løbet af kort tid fik det væsentligt bedre. Ved mentalobservationen fandtes F uden manifesterede psykotiske symptomer, og erklæringen konkluderede, at han ikke var sindssyg og ikke havde været det på tidspunktet for det påsigtede forhold, idet speciallægen angav, at F led af stofprovokerede psykotiske episoder. Retslægerådet fandt det helt overvejende sandsynligt, at F havde været sindssyg, men rådet kunne ikke afgøre, om han led af skizofreni eller af stofudløste psykotiske episoder. Retslægerådet anbefalede en behandlingsdom, hvad retten fulgte.

Den anden sag omhandler en nu 36-årig mand, G, der siden sin tidligste ungdom havde udvist massive adfærdsforstyrrelser med omfattende berigelseskriminalitet og undertiden vold, ligesom han havde haft et svært blandet misbrug. G var 15 år gammel første gang indlagt på psykiatrisk afdeling, som dog hurtigt anmodede de sociale myndigheder om at finde et passende anbringelsessted, idet patienten var til stor gene for medpatienter og omgivelser. Siden havde han næsten permanent været institutionsanbragt i psykiatriske afdelinger, fængsler og arresthuse. G var jævnligt beskrevet som svært sindssyg,

hallucineret, optaget af vrangforestillinger, urolig mv. Han var flere gange blevet mentalundersøgt og fundet skizofren, men den behandlende afdeling havde ligeså hyppigt afgivet udtalelser om, at han ikke var skizofren, men udtalt karakterafvigende med et omfattende stofmisbrug og deraf udløste psykotiske episoder, og at der ikke kunne peges på særforanstaltninger. I 1986 blev G faktisk idømt en almindelig straf, som han delvis afsonede som indlagt på en psykiatrisk afdeling, idet han under afsoningen var blevet svært forpint af oplevelsen af tanketyveri, vrangforestillinger om, at der var indopereret en mikrofon i ham mv. Aktuelt var G igen sigtet for bl.a. berigelseskriminalitet, og han blev nu indlagt til mentalobservation på en psykiatrisk afdeling, som han ikke tidligere havde haft kontakt med. Afdelingen gennemførte en grundig observation, inclusive samtaler med pårørende osv. G's svært afvigende og forstyrrende adfærd blev igen observeret, men undersøgelsen resulterede bl.a. i følgende konklusion: »Siden 1978 har han i lange perioder været klart psykotisk med hallucinatoriske oplevelser, forfølgelsesforestillinger, fornemmelse af organforandringer, religiøse og seksuelle vrangforestillinger, hentydningsfornemmelser, påvirkningsfornemmelser, følelse af tanketyveri, katatonilignende tilfælde (dvs. abnorm stivhed i bevægelser) og storhedsforestillinger.« Afdelingen fandt uden forbehold, at G led af skizofreni, og anbefalede en dom til behandling med bl.a. den begrundelse, at han i sine dårlige faser havde tendens til aggressiv adfærd, og denne tendens blev afdæmpet af passende psykiatrisk behandling. Retslægerådet tilsluttede sig i det hele erklæringens konklusion, som retten fulgte.

Nogle skizofrene retspsykiatriske patienter kan udvise en meget forstyrrende adfærd, og de kan derfor være vanskelige at have indlagt på de psykiatriske afdelinger, ikke mindst i en tid, hvor antallet af sengepladser falder, medens antallet af skizofrene idømt psykiatriske særforanstaltninger stiger. Dette forhold bør imidlertid ikke føre til overfladiske vurderinger af de »besværlige« patienter med det resultat, at alvorlig psykopatologi overses.

Undersøgelser fra de senere år viser, at skizofrene nu hyppigt – og hyppigere end ikke-psykotiske kriminelle – dømmes for personfarlig kriminalitet. Dette i modsætning til ældre undersøgelser, der ikke fandt skizofrene »farligere« end andre mennesker. Denne alvorlige udvikling må ses som et resultat af omsorgs- og behandlingssvigt, hvad angår de mest syge psykiatriske patienter. Udviklingen pålægger også psykiatere et betydeligt ansvar for at diagnosticere og behandle denne gruppe patienter.

Retslægerådets Årsberetning 1992, s. 39 ff.

Retslægerådet anfører at have set enkelte sager, hvor det anbefales, at sindsyge idømmes almindelige frihedsstraffe, og omtaler to tilfælde, hvor de men-

Kap. 7. Klinisk psykiatri

talobserverende psykiatere anbefalede, at skizofrene blev idømt en almindelig straf, dog med afsoning i anstalten ved Herstedvester, idet de pågældende havde behov for neuroleptisk behandling. Begge patienter havde lidt af skizofreni i mange år og havde en dom til behandling, og begge var i behandling med neuroleptika. Begge er beskrevet som »svært udtalt karakterafvigende«, »meget følelseskolde« mv. Retslægerådet bemærker, at selvom en skizofren patient er præget af karakterafvigende adfærd, vil en bagvedliggende sindssygdom altid få »første prioritet« (§ 16). Rådet tog klart afstand fra forslagene om anvendelse af almindelig straf og anbefalede i begge tilfælde dom til anbringelse, som også blev resultatet.

Den klassiske undersøgelse af skizofrenes farlighed er foretaget af H. Häfner & W. Böker (1973); et nyt oversigtsarbejde er Sheilagh Hodgins (1992). Om forholdene her i landet, se Peter Kramp (1994).

Skizofreni er også *civilretspsykiatrisk* den mest betydningsfulde sygdomsgruppe. Stort set alle patienter indlagt på sikringsafdelingen i medfør af et farlighedsdekret er skizofrene; nogle skizofrene umyndiggøres, får tvangsfjernet børn osv.

Den skizofrene patient, hvis tilstand er i aktiv fase, vil normalt opfylde psykiatrilovens tvangsindlæggelseskriterier og vil også kunne tilbageholdes. I disse tilfælde bør tvangsforanstaltning iværksættes. Det er vigtigt at holde sig for øje, at psykotiske symptomer hos en skizofren patient ikke kun omfatter hallucinationer, vrangforestillinger mv. Mindre dramatiske psykotiske symptomer som f.eks. autisme og tankeforstyrrelser, eventuelt svær ambivalens, vil efter omstændighederne også kunne motivere, at en patient tvangsindlægges, hvis de øvrige kriterier er opfyldte.

Det stigende antal skizofrene, der begår personfarlig kriminalitet, er hjemløse osv., kan tages til indtægt for det synspunkt, at der faktisk tvangsindlægges og -tilbageholdes for få skizofrene patienter, jf. her ved Retslægerådets Årsberetning 1992, s. 50. Selv om behandling er iværksat ved tvang, vil den i mange tilfælde kunne bedre patientens tilstand og således forhindre de alvorlige sociale og adfærdsmæssige problemer, som sygdommen mere eller mindre ubehandlet fører med sig. Beslægtet med dette spørgsmål er varigheden af en tvangstilbageholdelse. Praktiserende læger har anført, at de kan være tilbageholdende med at tvangsindlægge, fordi patienterne (alt for) hurtigt udskrives uden at have fået det væsentligt bedre.

Retslægerådets Årsberetning 1992, s. 67 ff.

Patienten var en mange gange tidligere indlagt kronisk skizofren mand, der blev tvangsindlagt og senere tilbageholdt. Patienten var efter beskrivelsen

7.7. Paranoide psykoser

mest præget af negative symptomer: autisme, ambivalens, social isolation, angst, dårlig personlig hygiejne mv. Han afviste behandling. Retslægerrådet tiltrådte tvangsindlæggelsen, men ikke tilbageholdelsen, fordi det var uklart, om patienten efter en måneds indlæggelse, hvor han ikke havde modtaget medikamentel behandling, frembød produktive symptomer, som kunne bedres ved medikamentel behandling, og anden form for behandling, f.eks. målrettet miljøbehandling, var ikke nævnt. I en kommentar bemærker rådet, at overlægen burde have truffet beslutning om medikamentel behandling på et tidligere tidspunkt eller have ophævet tvangstilbageholdelsen.

Varigheden af en tilbageholdelse må bero på en konkret vurdering. Under medikamentel behandling vil en skizofren patients produktive symptomer ofte svinde inden for få uger. Det er imidlertid langt fra sikkert, at patienten så også bør udskrives; dette må afhænge af sværhedsgraden af de negative symptomer, patientens sociale forhold, behandlingsmotivation mv., og det vil efter omstændighederne kunne være en fejl for tidligt at ophæve en tvangstilbageholdelse af en skizofren patient. (Se også kap. 2.2).

Vedrørende umyndiggørelse henvises til Bet. nr. 1247/1993, s. 103 ff og ovf. kap. 4.2. om nye lovregler om værgemål fra 1. januar 1997.

7.7. Paranoide psykoser

De paranoide psykoser blev efter ICD-8 henført til de reaktive psykoser. Det har igennem mange år været et diskussionspunkt, hvorvidt denne opfattelse helt eller delvis var korrekt, idet især klassifikationen af de kroniske paranoide psykoser har været omdiskuteret. I overensstemmelse med ICD-10 vil denne gruppe her blive behandlet som en selvstændig sygdomsenhed.

7.7.1. Klinik

De paranoide syndromer karakteriseres ved udviklingen af vrangforestillinger. Det drejer sig dels om mere eller mindre akut indsættende forbigående paranoide reaktioner, dels om kronisk forløbende psykoser med en snigende udvikling.

De *akutte paranoide reaktioner* udvikler sig ofte over uger, måske over dage. Patienten bliver mistydende, selvhenførende og får måske en oplevelse af, at der sker »mystiske ting«, for så til sidst at udvikle egentlige vrangforestillinger. Under hele forløbet er patienten ængstelig og urolig, der vil kunne optræde illusionære mistydninger, tidlige hørelseshallucinationer og måske faser med bevidsthedsforstyr-

relser og desorientering. Symptomerne kan være mere uindfølelige og bizarre, f.eks. i form af påvirkningsfølelser og mere udtalte og vedvarende hallucinatoriske oplevelser. På grund af deres lighed med akutte skizofrene urotilstande benævnes disse forløbsformer ofte *skizofreniforme psykoser* eller akutte skizofrenilignende psykoser og henføres af nogle til »den skizofrene formkreds«.

De *kroniske paranoide psykoser* – under samlebetegnelsen »paranoia« – kendetegnes ved en snigende udvikling af primære vrangforestillinger uden andre psykopatologiske fænomener. De synes ofte indirekte at afspejle patientens præmorbide personlighedspræg og kan derved fremtræde som et vrangbillede af den pågældendes personlighedsmæssige egenart. Disse psykoser rammer fortrinsvis midaldrende eller ældre mennesker. De kroniske paranoide psykoser kan klinisk inddeles i undergrupper afhængigt af vrangforestillingernes karakter, f.eks. kværlantforrykthed, jalousiforrykthed, den hypokondre paranoia, ekspansive forrykthedsformer samt – måske som en særlig sygdomsgruppe – parafrenierne.

Kværlantforrykthed (paranoia querulatoria) udvikles typisk hos mennesker, som præmorbide er sensitive og sårbare, men også stive og ubøjelige med et rethaverisk temperament. En oplevelse, som med rette eller urette opleves som uretfærdig eller krænkende, igangsætter en udvikling, hvor patienten klager, fører retssager, anker fra instans til instans. På et tidspunkt vil patienten fremtræde klart psykotisk med svigtende realitetstestning. En voldsom forurettethedsfølelse dominerer patientens forestillingsverden, og hver gang der gives et afslag, eller patienten taber en sag, ses dette som et nyt bevis på samfundets raddenskab – den retfærdiges kamp mod »systemet«, som er gennemkorrupt og sammenspist.

Jalousiforrykthed (paranoia zelotypica) karakteriseres ved ét sæt dominerende vrangforestillinger – forvisningen om ægtefællens eller samleverens utroskab. Alt, hvad samleveren foretager sig, ser patienten som et nyt bevis på påstandens rigtighed, og enhver ytring fortolkes eller mistydes i overensstemmelse med jalousiforestillingerne og tjener derved som endnu en bekræftelse på patientens vrang oplevelsesholdning.

Den *hypokondre paranoia* (paranoia hypochondrica) karakteriseres ved, at patienten har vrangideer om sin legemlige helbredstilstand og generelle kropsbevidsthed. Det kan være forestillinger om at være fejlbehandlet, overbevisning om at lide af særlige sygdomme – f.eks. er det ikke ualmindeligt, at patienter mener sig befængt med parasitter; de opsøger den ene hudlæge efter den anden, henvender sig på skadedyrslaboratorier mv. En anden variant er, at patienterne har vrangforestillinger vedrørende deres udseende, hyppigt næsen, som opleves som skæmmende vanskelig og misfarvet, med hyppige kosmetiske operationer til følge.

7.7. Paranoide psykoser

E. Bjerg Hansen har i monografien *Paranoia hypochondrica* (1976) indgående beskrevet disse tilstande med en gennemgang af paranoiabegrebet såvel fra en klassisk psykopatologisk som fra en psykoanalytisk indfaldsvinkel.

I de fleste former for kroniske paranoide psykoser indgår et element af forfølgelse, men samtidig en urealistisk overvurdering af egen betydning. Størhedsforestillingerne kan undertiden være så udtalte, at man taler om en ekspansiv paranoid psykose (*psychosis paranoides expansiva*).

7.7.1.2. *Parafreni* er en kronisk psykotisk tilstand, som udvikles hos ældre enligt boende mennesker, oftest kvinder. Patienten føler sig bagtalt og chikaneret af naboerne, bliver holdt vågen af bankelyde, mener sig efterstræbt på livet eller forgiftet og påstår hårdnakket at være genstand for natlige voldtægtsforsøg. Parafrenien karakteriseres altså ikke blot af vrangforestillinger, men også af hørelses- og synshallucinationer. Symptomatologien er forbløffende ensartet fra patient til patient, uafhængig af den præmorbid psyke. Dette sammenholdt med det brogede og bizarre kliniske tilstandsbillede har medført, at parafrenien af nogle opfattes som en sent debuterende skizofreni, medens andre tager social isolation i forbindelse med f.eks. en aldersbetinget tunghørhed og synssvækkelse til indtægt for forekomsten af psykologiske årsagsfaktorer.

7.7.1.3. Såvel de akutte som de kroniske paranoide psykoser har stor symptomatisk lighed med forskellige skizofrene tilstandsbilleder, og *differentialdiagnosen* kan være vanskelig. I sine typiske former vil den kronisk paranoide patient være »kampberedt«, argumenterende for sin sag, aktiv for at overbevise omverdenen om sine synspunkters rigtighed, medens den paranoide skizofrene patient nok huser et omfattende system af vrangforestillinger, men er ganske uinteressert i omverdenens reaktion og holdning dertil.

Patienter med akutte reaktive paranoide psykoser er ikke præget af skizofreniens grundsymptomer, dvs. autisme, følelsesmæssig afblegning, ambivalens og formelle tankeforstyrrelser, men specielt hos yngre kan differentialdiagnosen være overordentlig vanskelig, og kun forløbet vil kunne afklare tilstandens karakter.

7.7.2. Årsagsforhold og behandling

De nye klassifikationsprincipper medfører, at det endnu ikke er muligt at angive sygdomsrisikoen. Baseret på tidligere undersøgelser af de reaktive psykoser kan risikoen for, at en person udvikler en para-

noid psykose, skønsmæssigt antages at være under en halv procent.

En del af de akutte paranoide psykoser må fortsat opfattes som »reaktive« (se nærmere kap. 7.8), andre er de første symptomer på en debuterende skizofreni. Den kroniske paranoia har ofte karakter af en udvikling, begrundet i patientens personlighedsmæssige egenart, f.eks. kværlantforryktheden, som udvikles hos personer, der habituelt er rethaveriske, vedholdende og ubøjelige (»steniske«). Denne iagttagelse siger imidlertid intet om årsagen til, at nogle patienter udvikler en kronisk paranoid tilstand, og årsagsforholdene må alt i alt betegnes som ukendte.

Patienter med akutte paranoide psykoser er oftest så syge, at indlæggelse er nødvendig. Men også patienter med mindre dramatiske sygdomsbilleder bør indlægges, dels fordi tilstanden pludselig kan forværres, således at patienten f.eks. kan blive selvmordsfarlig, dels med henblik på nærmere diagnostisk udredning.

Der findes ingen specifik behandling, hvad angår de akutte paranoide psykoser, men behandling med antipsykotisk virkende midler, højdosis eller lavdosis efter tilstandens karakter, vil oftest bedre patientens tilstand i løbet af dage til uger. Prognosen for den enkelte episode er god med fuld remission i løbet af nogle uger, men som anført kan disse psykoseformer være forløbere for skizofreni eller manio-depressiv psykose.

De kroniske paranoide psykoser er sværere at behandle. Neuroleptika er ofte virkningsløse over for de paranoide symptomer, men kan eventuelt dæmpe den angst og uro, som undertiden ledsager dem. Specielt hvad angår kværlantforrykthed ses ofte, at de mere udadrettede reaktioner i form af trusler, klagesager osv. dæmpes, såfremt omgivelserne evner at bevare tålmodigheden.

7.7.3. Retspsykiatriske aspekter

Blandt de paranoide psykoser påkalder især de kroniske former sig retspsykiatrisk interesse.

Strafferetspsykiatrisk henføres de akutte paranoide psykoser til § 16, men de ses sjældent i den retspsykiatriske klinik (se dog kap. 7.8 om benådning). Derimod vil de kroniske paranoide psykoters symptomatologi medføre, at ikke få af disse patienter kommer i kontakt med retssystemet, eventuelt som følge af konflikter med andre offentlige myndigheder eller privatpersoner.

7.7. Paranoide psykoser

Utrykt sag, 1993.

En 46-årig, ugift kvinde, S, med en højere uddannelse blev henvist til mentalundersøgelse, sigtet for overtrædelse af tilhold, husfredskrænkelser mv. Undersøgelsen var yderst vanskelig at gennemføre på grund af hendes udtalte mistillid til »systemet«, men med bistand af hendes forsvarer, som hun havde en vis tillid til på det tidspunkt (den svandt senere), lykkedes det at foretage en ufuldstændig, men tilstrækkelig undersøgelse. S ønskede ikke nærmere at redegøre for sine opvækst- og arbejdsforhold, men hun forklarede dog flere stillingsskift med, at hun – efter i en periode at have været en betroet medarbejder – var blevet kørt ud på et sidespor. Hendes ansættelsesforhold var med årene blevet stadig mere spredte, og hun havde haft kontakt med bl.a. arbejdsformidling, A-kasse og socialkontor. Det var indtrykket, at hun i lange perioder faktisk havde været uden eksistensgrundlag, fordi hun ikke ville udfylde de mest enkle blanketter vedrørende f.eks. arbejdsløshedsunderstøttelse. På et tidspunkt fik hun et arbejde, som hun angav at have været god til; en række ydre omstændigheder skabte imidlertid vanskeligheder for hende. Hun blev afskediget, hvilket var starten på den aktuelle sag. Hun opsøgte ideelig den af lederne, der havde afskediget hende, fik tilhold, som hun overtrådte, og blev henvist til mentalundersøgelse. S var dækkende og antydende, således at anamnesen kun blev sparsomt belyst. Hendes fremstilling var præget af cirkelslutninger og omvendt logik, og hun husede et omfattende system af vrangforestillinger, overvejende af forfølgelseskarakter, men også med elementer af storhedsforestillinger og måske hypokondre ideer – hun antydede nogle ret uindfølelige legemlige symptomer. S fandtes omfattet af § 16, stk. 1, og erklæringen anbefalede en dom til ambulant psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse, hvilket også blev resultatet. Det efterfølgende ambulante forløb var præget af alle de forudsigelige vanskeligheder, behandlingen af en sådan patient fører med sig. S blev sluttelig indlagt i medfør af dommen, da hun var ved at blive sat ud af sin lejlighed, efter at hun havde generet ejendommens beboere, som hun følte sig forfulgt af.

Civilretspsykiatrisk er tvangsindlæggelse p.g.a akut paranoid psykose sjældent nødvendig, men nogle kan være så urolige og aggressive, at både bæltefiksering og tvangsmedicinering kan være nødvendig.

De kroniske paranoide psykoser derimod kan give anledning til overvejelser. Mange opfylder de formelle kriterier for tvangsanvendelse, på den anden side vil tvang kunne forstærke patientens paranoide symptomer. Som anført er disse tilstande ofte svære at behandle, hvilket kan tale mod tvangsanvendelse; nogle patienter responderer imidlertid forbavsende godt på psykofarmakologisk eller psykoterapeutisk behandling, og det antages derfor almindeligvis, at disse patienter i hvert fald én gang bør indlægges, eventuelt tvangsindlægges med henblik på et behandlingsforsøg. Tvangsindlæggelse

kan ligeledes være nødvendig i forbindelse med mere alvorlige trusler, hvor man kan befrygte, at patienten vil gå til håndgribeligheder.

7.8. Reaktive psykoser

Reaktive psykoser er psykotiske tilstande, som formodes at være udløst af oplevelsen af en akut sjæleligt traumatiserende begivenhed eller af en længerevarende sjælelig konflikt. Den tidligere betegnelse for disse tilstande, de *psykogene psykoser*, udtrykker netop det sjælelige årsagsforhold.

De reaktive psykoser er som tidligere anført ikke opretholdt som selvstændigt begreb i ICD-10. Her anvendes betegnelsen »*akutte og forbigående psykoser (psychosis acutae et transitoriae)*«, som i det væsentlige omfatter de reaktive psykoser med bevidsthedsforstyrrelser og nogle af de akutte paranoide psykoser. Disse psykoser underinddeles efter deres kliniske tilstandsbillede i f.eks. »akut polymorf psykose« eller »akut skizofrenilignende psykose«, såfremt tilstanden minder om en skizofreni, men symptomerne har været mindre end en måned. De rene paranoide psykoser klassificeres som selvstændige sygdomsenheder og deles i kroniske og akutte. Såvel de akutte og forbigående som de kroniske paranoide psykoser er placeret i samme kapitel som bl.a. skizofreni. De reaktive depressioner er som tidligere anført ikke opretholdt som en selvstændig sygdomsenhed, men slået sammen med de manio-depressive tilstande til gruppen »affektive sindslidelser«. Hermed er den klassiske diagnosegruppe »de reaktive psykoser« tømt for indhold, hvilket i relation til traditionel dansk opfattelse nok er den største og mest radikale ændring, som indførelsen af ICD-10 har medført. Se også kap. 7.3.

Man taler om en »komplet« psykogen reaktion, når der er en tidsmæssig, indholdsmæssig og forløbsmæssig sammenhæng mellem det udløsende sjælelige traume og den psykotiske reaktion, dvs. at psykosen opstår i relation til det sjælelige traume, at psykosens symptomatologi relaterer sig til traumet, og at psykosen forsvinder, når den konflikt, der ligger til grund for psykosens opståen, er løst. I praksis ses imidlertid ofte »inkomplette« psykogene reaktioner. Den psykotiske reaktion kan klinge af, uanset at den udløsende konflikt på ingen måde har fundet sin løsning, eller omvendt: den psykotiske tilstand svinder ikke, på trods af at den til grund liggende konflikt er bragt til ophør.

Psykogenibegrebet har sin rod i centraleuropæisk psykiatri, Karl Jaspers (1959), men har især vundet udbredelse i Skandinavien, her i landet ved kli-

niske og teoretiske arbejder af bl.a. August Wimmer (1916), Poul M. Færgeman (1945) og Erik Strömberg (1972). I de angelsaksiske lande betegnes (nogle af) de reaktive psykoser som »schizofrenic episodes«, og psykogenibegrebet, som det anvendes her, bruges ikke eller i modificeret form. Også herhjemme har der været rejst kritik af denne sygdomsafgrænsning og -opfattelse, Ralf Hemmingsen (1988).

7.8.1. Klinik

Efter de dominerende symptomer kan de reaktive psykoser inddeles i tre hovedgrupper: 1. De emotionelle syndromer, som helt overvejende omfatter de reaktive depressioner, udgør mere end halvdelen af de reaktive psykoser. 2. De konfusionelle syndromer, hvor hovedsymptomet er bevidsthedsforstyrrelser, udgør ca. 10 % af de reaktive psykoser. 3. De paranoide syndromer udgør en trediedel af den samlede gruppe. De falder i to undergrupper, de akutte paranoide reaktioner og de mere kroniske, skizofrenilignende paranoide psykoser (»paranoia«), se kap. 7.7.

7.8.1.1. En psykotisk reaktiv depressiv tilstand, *depressio mentis reactiva*, karakteriseres af, at den depressive stemning i udtalt grad behersker patientens forestillingsliv, og at patienten på urealistisk vis er optaget af det sjælelige traume, som ganske dominerer den pågældendes tankegang. Patienten fremtræder således fjern, adspredt, og i sine mere udtalte former er tilstanden kendetegnet ved lette bevidsthedsforstyrrelser. Det er imidlertid karakteristisk, at lykkes det kortvarigt at aflede patienten, således at samtalen drejer sig om neutrale emner, vil den pågældende umiddelbart kunne fremtræde i neutralt stemningsleje med bevaret realitetssans for så kort efter igen at blive opslugt af de depressive forestillinger. Hos nogle patienter ses undertiden en rastløs uro og ophidselse med et præg af angstfuld rådvildhed. Disse patienters sorgfølelse er utvivlsomt ægte og oprigtig, men de vil alligevel kunne virke appellerende og selvnydende i deres given sig hen i sorgen.

I andre tilfælde kan depressionen antage en stille, tåreløs form med et præg af anspændthed og fjernhed. Denne tilstand kan i sjældne tilfælde udvikle sig til en livstruende *depressiv stupor*.

Fælles for de reaktive depressionstilstande er de ofte svære søvnforstyrrelser med hårdnakket indsovningsbesvær, der sammen med appetitløshed og madlede kan medføre en svækkelse af almentilstanden.

Især ved de stille depressionsformer er suicidalfarens både nærliggende og alvorlig, blandt andet fordi omgivelserne måske ikke fuldt ud har erkendt tilstandens alvor.

I sjældne tilfælde ses *reaktive eksaltationstilstande*, hvor et sjæleligt traume i stedet for en depression udløser en opstemthedstilstand. Tilstanden er karakteriseret ved uro, foretagsomhed, ofte en fornægtelse af de faktiske omstændigheder, der har medført tilstanden, sammenblandet med en urealistisk opstemthedsfølelse. Disse tilstande er ofte kortvarige og godartede, om end de, når de f.eks. optræder i forbindelse med et dødsfald, kan være både forstyrrende og belastende (»begravelsesmani«).

7.8.1.2. *De konfusionelle reaktive psykoser* falder i to hovedgrupper. Ved *bevidsthedsplumring* kan billedet ofte være dramatisk; patienten er periodisk uklar, tankegangen er usammenhængende og skiftende, og der kan optræde livlige synshallucinationer. Der er ofte et udtalt affektivt præg over tilstanden, hvor patienten kan veksle imellem at være ængstelig og rådvild, stille henført eller opstemt og ophidset. I de sværeste tilfælde vil tilstanden kunne udvikle sig til et livstruende *delirium acutum*, præget af stereotyp, formålsløs aktivitet, hårdnakket søvnløshed, spisevægring og efterhånden temperaturstigning.

De reaktive bevidsthedsspaltninger i form af tågetilstande, ambulatorisk automatisme og de sjældne tilfælde af »alternerende personlighed« kendetegnes ofte ved, at disse tilstande udløses af et klart sjæleligt traume, og at den glemsel, der er så karakteristisk for disse tilstandsbilleder, primært rammer den udløsende begivenhed.

7.8.1.3. *Differentialdiagnostisk* kan det være vanskeligt at skelne mellem en reaktiv psykotisk depression og en depression som led i en manio-depressiv psykose. I de nye diagnosesystemer er denne opdeling som anført også bortfaldet. Man vil hæfte sig ved sygehistorien og den reaktive psykoses mere labile præg, herunder at det undertiden er muligt at »aflede« en patient med en reaktiv depression, medens dette ikke er muligt ved en endogen depression. Videre er de reaktive depressioner ofte præget af selvmedlidenhed og udadrettet aggressivitet samt undertiden et melodramatisk adfærdspræg. Den endogent deprimerede patient er derimod anhedon, og den fundamentale utilstrækkeligheds- og skyldfølelse, der ligger bag den manio-depressive patients selvbebrejdende udtalelser, mangler oftest hos den reaktivt deprimerede.

En fødselspsykose (*puerperalpsykose*) defineres som en psykose, der optræder i tilslutning til eller i op til tre måneder (seks uger efter ICD-10) efter en fødsel.

Disse psykoser har tidligere været betragtet som en selvstændig sygdomsgruppe blandt de reaktive depressioner, men forløbsundersøgelser har vist, at denne opfattelse er forkert, idet de fleste puerperalpsykoser er andre psykoseformer, først og fremmest den manio-depressive psykose, som debuterer i relation til en fødsel (i puerperiet). Se bl.a. Kaj Arentsen (1966).

Den vigtigste differentialdiagnose til den reaktive konfusionelle psykose er de akutte organiske psykoser. Bevidsthedsplumring, synshallucinationer mv. kan ses såvel ved abstinenspsykoser som ved toksiske psykoser, og tågetilstande kan være epileptisk betinget. Patienter med sådanne tilstandsbilleder bør derfor undersøges grundigt somatisk med henblik på at udelukke en eventuel organisk årsag til tilstanden. En akut konfusionel psykotisk tilstand kan undertiden minde om en akut forværring i en skizofren tilstand, men bevidsthedsforstyrrelserne, som er så karakteristiske for de reaktive psykoser, ses normalt ikke ved skizofreni.

7.8.2. Årsagsforhold og behandling

Sygdomsrisikoen for at udvikle en reaktiv psykose, inklusive de paranoide psykoser, skønnes her i landet at være omkring 1 %. Der findes ingen sikre opgørelser af, hvor mange der på et givet tidspunkt lider af en reaktiv psykose (»prævalensen«), men antallet er utvivlsomt væsentligt mindre end 1 %, idet mange af disse psykoser, uafhængig af nomenklaturen, er godartede og kortvarige.

Som anført ligger det i selve betegnelsen reaktiv psykose, at disse tilstande formodes at være udløst af et sjæleligt traume, det være sig enkeltbegivenheder eller mere vedvarende belastning. Almindeligvis vil man se, at en reaktiv psykotisk tilstand udløses hos en i forvejen disponeret person. Dette individuelle reaktionsberedskab kan være særlige personlighedstræk, hvor f.eks. selvusikkerhed og nærtagenhed disponerer til udvikling af depressive tilstande. Det ses imidlertid også, at personer, der fremtræder som sjæleligt robuste, reagerer psykotisk på, hvad der måske umiddelbart må opfattes som en lidet traumatiserende begivenhed. I så fald må den traumatiserende oplevelse antages at have ramt et særligt følelsesladet – katatymt – be-

vidsthedsområde, hvis eksistens er ukendt for patienten selv og for andre.

Endelig vil de ydre livsomstændigheder i visse tilfælde kunne danne grobund for en psykotisk reaktion, f.eks. social, eventuelt sproglig isolation og påtvungen ensomhed, som hos den pågældende medfører og opretholder en følelse af utryghed og usikkerhed.

ICD-10 opretholder muligheden for at klassificere en akut, forbigående psykotisk episode som »reaktiv« ved at registrere, at patienten har været udsat for »stress«, f.eks. et dødsfald i den nærmeste familie, inden for de sidste 14 dage før sygdommens debut.

Patienter med akutte reaktive psykotiske tilstande skal indlægges bl.a. på grund af selvmordsrisikoen. Den initiale behandling er i øvrigt uspecifik, men det er vigtigt at påse, at patienten spiser og drikker, således at almentilstanden ikke forværres. Det er ofte nødvendigt at behandle med beroligende medicin, eventuelt af typen benzodiazepin, eller med beroligende, antipsykotisk virkende medicin, f.eks. højdosis neuroleptika. Skulle patienten udvikle symptomer på et akut delir, vil rettidigt institueret NCE-behandling kunne standse denne udvikling i løbet af få timer. Tågetilstandene er ofte blot af timers varighed og kræver ikke specifik behandling. I ukomplicerede tilfælde er prognosen for den enkelte psykotiske episode god med en gradvis afklingen af de psykotiske symptomer i løbet af dage eller få uger, også selv om den formodede udløsende begivenhed eller konflikt fortsat består. Undertiden viser disse psykotiske tilstande sig at være forløbere for mere alvorlige sygdomme, skizofreni og manio-depressiv psykose.

7.8.3. Retspsykiatriske aspekter

Retspsykiatrisk set er de reaktive depressioner langt den vigtigste gruppe.

Strafferetspsykiatrisk er de utvetydige reaktive depressioner omfattet af § 16, stk. 1. Som for de endogene depressioner vil der imidlertid være overgangsformer, hvor depressionen (endnu) ikke har udviklet sig til en sikker psykotisk tilstand. Disse tilfælde må henføres til § 69 og en særforanstaltning anbefales. Blandt de konfusionelle psykoser skal specielt nævnes den »alternerende personlighed«. Så vidt vides er der ikke i nyere dansk retspraksis tilfælde af denne kategori, der

er blevet henført til § 16. Noget andet er, at nogle med rette kan opfatte en (alvorlig) kriminel handling som ganske personlighedsfremmed. Som nærmere omtalt i afsnittet om de neurotiske tilstande drejer det sig typisk om karakterneurotikere, hvis forsvarsmekanismer under indtryk af en længerevarende eller aktuel svær belastning bryder sammen, med aggressiv adfærd til følge. Disse tilfælde kan kræve en nøje retspsykiatrisk vurdering med henblik på at afgøre, om den sigtede under forløbet udviklede en måske kortvarig reaktiv psykose, eller om der har været tale om en ikke-sindssygelig abnormtilstand.

Undertiden ses et benådningsandragende motiveret med, at afsoning vil kunne medføre, at den dømte udvikler en reaktiv depressiv eller paranoid psykose, idet det antages, at selve afsoningen vil være det udløsende traume. Det kan f.eks. dreje sig om en person, der habituelt antages at være selvusikker og nærtagende, og som efter dommen har udviklet en tristhedstilstand, hvor det anføres, at afsoning kan medføre, at tilstanden forværres til en psykotisk depression. Eller om den habituelt rethaveriske og selvhenførende, der angiver sig uskyldig dømt, og hvor det så antages, at afsoning kan føre til udvikling af en paranoid tilstand. Det er her vigtigt at holde sig for øje, at omend de beskrevne karaktertræk disponerer til reaktive depressive eller paranoide psykoser, kan man ikke slutte omvendt, at den psykiske belastning, en afsoning kan være, nødvendigvis – eller blot sandsynligvis – vil medføre udvikling af en psykotisk tilstand. Det ligger inden for det normale at være tristhedspræget – måske med lidt søvn- og koncentrationsbesvær – over at skulle afsone, eller at føle sig krænket, vred og optaget af sagen, hvis man mener sig uskyldig dømt. Benådning kommer først på tale, såfremt det mere konkret kan sandsynliggøres, at selve sagen, eller de hermed forbundne belastende livsomstændigheder, har medført »et skred« i den dømtes tilstand med udvikling af psykosenære symptomer, og at afsoning med en nærmere angivet sandsynlighed vil føre til, at tilstanden yderligere forværres til en manifest psykose. (Se i øvrigt kap. 3.10.).

Civilretspsykiatrisk er de akutte reaktive psykoser oftest ukomplicerede. Tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse kan finde sted om nødvendigt, men disse patienter har ofte sygdomserkendelse, således at tvang ikke kommer på tale. Det kan undertiden være vanskeligt at vurdere, om en selvmordstruende patient vitterligt er psykotisk depressiv. Men er der mistanke om en psykotisk eller dermed ganske lignestillet tilstand, bør tvangsindlæggelse om nødvendigt finde sted.

7.9. Epilepsi

Epilepsi er samlebetegnelsen for en række anfaldsvis optrædende bevidsthedsforstyrrelser eller forstyrrelser i bevægeapparatet og følelsens. Status epilepticus defineres som en tilstand med gentagne epileptiske anfald, der optræder med så korte intervaller, at patienten ikke når at komme til fuld bevidsthed mellem anfaldene. Status epilepticus kan ses ved både motoriske og sensoriske anfaldstyper.

Årsagen til anfaldsfænomenerne er forbigående forstyrrelser af hjernens elektriske aktivitet i form af en kraftig udladning: hypersynkronisering. Den registreres ved hjælp af elektroencefalografi (EEG), hvormed man måler de elektriske spændingsvariationers (bølgers) frekvens, amplitude (udslag fra hvilestillingen) og form. Abnorm frekvens og/eller amplitude optræder hos epileptiske patienter også uden for anfaldene, ligesom de kan ses også ved andre organiske hjernelidelser end den »genuine« epilepsi. Men visse ændringer af de elektriske bølgers konfiguration, de såkaldte »spir-kuppel-komplekser«, anses for at være specifikke for epilepsi; de optræder helt overvejende i forbindelse med absencer. Om epilepsi og epilepsibehandling, se Olaf Paulson og Flemming Gjerris (1986).

7.9.1. Klinik

Epileptiske anfald inddeles ofte i centrencefale (eller generaliserede) og kortikale (eller fokale) anfald, afhængig af hvor i hjernen anfaldene udløses.

7.9.1.1. *De centrencefale anfald* udløses fra dybtliggende strukturer i hjernen (diencephalon og den øvre del af hjernestammen), som ved anfaldets start øjeblikkelig påvirker hele hjernen.

Det universelle krampeanfald (*grand mal*) viser sig således ved akut indsættende totalt bevidsthedstab (coma) af få minutters varighed, ledsaget af symmetriske såkaldt tonisk-kloniske kramper, dvs. maksimal sammentrækning af samtlige kroppens muskler, også omfattende åndedrætsmuskulaturen – afløst af rytmiske, rykvisse trækninger, som gradvis ebber ud. Under anfaldet vil patienten ofte bide sig i tungen eller i kinden, og der kan være ufrivillig urinafgang. Anfaldet efterfølges af en i almindelighed kortvarig tilstand af desorientering og bevidsthedsplumring. Grand mal-status epilepticus kan være livstruende på grund af iltmangel i hjernen. Især efter ophobede krampeanfald ses denne forvirringstilstand – i sjældne tilfælde – at kunne udvikle sig

til et egentligt delir. Patienten bliver tiltagende urolig og synshallucineret og vil – eventuelt under indtryk af skræmmende paranoide ideer – kunne udvise en aggressiv, voldelig adfærd. Den efterfølgende amnesi er i visse tilfælde partiel med delvis erindring om og fastholden af de delirøse, paranoide ideer (reminiscens-delir).

En anden generaliseret epileptisk anfaldstype er de såkaldte *petit mal* (absencer), som især optræder hos børn og unge. Absencerne ytrer sig i form af brøkdele af sekunder til sekunder varende bevidsthedstab, i svære tilfælde i et antal af flere hundrede i løbet af døgnnet. Petit mal hos børn ophører normalt spontant ved puberteten, men halvdelen af disse børn udvikler siden grand mal. Objektivt manifesterer absencerne sig oftest ganske diskret: patienten virker et øjeblik fraværende eller fjern, går pludselig i stå, taber tråden.

7.9.1.2. *De kortikale (fokale) anfald* udløses fra et lokaliseret område i hjernebarken, og symptomerne vil være afhængig af dette områdes placering. Den elektriske udladning kan imidlertid brede sig til hele hjernen og således udløse et grand mal. Denne type grand mal vil imidlertid – i modsætning til de centrencefale anfald – være forudgået af en »aura«, karakteriseret ved en irritabel, dysforisk farvet stemningsforskydning og eventuelle kortvarige synshallucinationer.

Hyppigst blandt de fokale former er anfald udløst fra tindingelappen: temporallapsepilepsi. De abnorme (»hypersynkroniserede«) elektriske udladninger – og dermed de abnorme EEG-fund – udløses her fra et begrænset område (fokus) fortil i tindingelappen (specielt i amygdala-hippocampus-uncusregionen).

Klinisk fremtræder de fokale anfald under en mangfoldighed af tilstandsbilleder, såvel med som uden ændringer af bevidsthedsklarheden.

Psykomotoriske anfald er karakteriseret ved, at patienten, i tilslutning til en akut indsættende bevidsthedssvækkelse, frembyder en ejendommelig automatiseret, stereotyp adfærd uden indfølelig sammenhæng med den aktuelle situation. Patienten kan f.eks. umotiveret begynde at klæde sig af midt på åben gade eller give sig til at grimassere eller snøfte lydeligt uden at lade sig afficere af omgivelserne. Ofte optræder disse fokale anfald jævnsides med generaliserede krampeanfald. Psykomotorisk status epilepticus karakteriseres af længerevarende konfusionsperioder ledsaget af – undertiden aggressive – automatiske adfærdsudslag (»automatisme«).

De såkaldte »komplekse partielle anfald« (i et flertal af tilfælde udløst

fra temporallappen) fremtræder alene i form af psykiske symptomer.

Almindelige er således anfaldsvis optrædende hallucinatoriske oplevelser, herunder såvel syns- og hørelses- som specielt lugthallucinationer. I tilslutning til denne anfaldstype vil patienterne ikke sjældent kunne beskrive såkaldte »*déjà-vu*«-oplevelser, hvor noget, for første gang set eller oplevet, opleves, som var det set eller oplevet tidligere. »*Jamais-vu*« er modsat betegnelsen for, at det velkendte opleves som fuldstændigt fremmed.

Beslægtet hermed er abnorme sanseoplevelser (perceptoriske forstyrrelser), specielt oplevelsen af, at personer eller genstande i omgivelserne ændrer størrelse, eller at de vante lyde ændrer intensitet. Hertil kan slutte sig oplevelser, hvorunder patienten føler sig selv eller omgivelserne ændret på ubestemmelig, uhygge- og angstindgivende måde (depersonalisations- henholdsvis derealisationsoplevelser). Også synshallucinationer, der ofte har form af pludselige skærende lysglimt eller hørelsesshallucinationer i form af truende stemmer, vil kunne indgive patienterne svær, akut indsættende angst.

I andre tilfælde vil de affektive forstyrrelser kunne have form af anfaldsvis optrædende genstandsløs angst, eller forstyrrelserne kan ytre sig som dysforiske eller depressive stemningsændringer førende til pludselige suicidale tilskyndelser. Modsætningsvis kan nogle patienter, under få minutter varende anfald, opleve en følelse af ophøjet afklaring og kosmisk indsigt.

Særlig retspsykiatrisk interesse knytter der sig til de *epileptiske tågetilstande* (»*twilight states*«), som dels kan optræde i tilslutning til et krampeanfald, dels som isolerede anfaldsfænomener af timers til få dages varighed. Den diskrete bevidsthedsændring bevirker, at patienten nok på omgivelserne kan gøre et fjernt, adspredt indtryk, men hindrer ikke den pågældende i – uden at være sig det bevidst – at foretage relativt komplicerede handlinger såsom at gøre indkøb, foretage togrejser m.m. (*ambulatorisk automatisme*).

Nogle få patienter udvikler længerevarende psykotiske tilstandsbilleder. Indholdsmæssigt forekommer disse ofte relateret til de omtalte hallucinatoriske anfaldsfænomener, men den psykotiske tilstand antager her et længerevarende, kronisk forløb. Jævnligt ses også selvhenførende, paranoide forestillinger – ofte af mystisk religiøs indhold. Hos en gruppe af disse patienter, fortrinsvis hos dem med fokus i tindingelappen, kan det psykotiske billede antage et udtalt skizofrenilignende præg (de såkaldte *Slater-psykoser*).

Under et epileptisk anfald bruger hjernen store mængder ilt. Be-

sværliggjort åndedræt under et anfald kan føre til forbigående iltmangel. Nogle epileptikere med hyppige anfald vil derfor kunne udvikle et kronisk organisk psykosyndrom præget af affektlabilitet, intellektuel og emotionel afstumpning og svigtende dømmekraft. Medvirkende hertil kan også være hjernetraumer i forbindelse med de motoriske anfald.

7.9.1.3. Differentialdiagnostisk findes der andre former for anfaldsfænomener, som kan forveksles med epilepsi, først og fremmest hysteriske (psykisk betingede) anfald og almindelig besvimelse (»lipothymi«). De hysteriske anfald er ofte længerevarende og mere dramatiske end ægte epilepsi, samtidig med at de neurologiske symptomer, der ses ved grand mal (lysstive pupiller, refleksforandringer mv.), mangler. Endvidere kan EEG være vejledende. Såvel egentlig epileptiske som hysteriske anfald kan optræde hos samme patient. En i retspsykiatrisk henseende vigtig differentialdiagnose til de epileptiske tågetilstande er den sjældne »søvndrukkenhedstilstand« (*somnambulistisk tilstand*), se kap. 3.3. En somnambulistisk tilstand karakteriseres ved en dissociativ bevidsthedstilstand, hvor elementer fra en sovende og en vågen tilstand er tilstede samtidigt. Patienterne kan foretage ganske komplicerede bevægelser (søvngænger), undertiden endog tale med andre, men også foretage undertiden aggressive handlinger under indtryk af drømme. Se Peter Gottlieb m.fl. (1986).

7.9.2. Årsagsforhold og behandling

I Danmark lider ca. 35.000 mennesker af epilepsi, dvs. knap 0,7% af befolkningen. Man inddeler ofte epilepsi i to hovedgrupper – kryptogen (eller genuin) epilepsi, hvor årsagen er ukendt, men hvor bl.a. arvelige forhold spiller en rolle, og symptomatisk epilepsi, hvor epilepsien er et symptom på en bagvedliggende sygdom. Det kan dreje sig om f.eks. svulster og følger efter hovedtraumer eller hjerneblødning, om degenerative sygdomme i hjernen, f.eks. Alzheimers sygdom, og endelig om stofskifteforstyrrelser i hjernen, hvortil henregnes f.eks. alkohol- og medicinforgiftning samt abstinensstilstande, forstyrrelser i sukkerstofskiftet (som det ses ved sukkersyge), forstyrrelser i hjernens saltbalance (»elektrolyt-forstyrrelser«) mv.

Behandlingen af epilepsi er en neurologisk specialopgave. Afhængig af de enkelte anfaldstyper anvendes en lang række anti-

epileptisk virkende midler (såsom: valproat, karbamazepin, clonazepam, fenytoin, fenobarbital). Behandlingen er symptomatisk, dvs. man kan nedsætte anfaldshyppigheden, eventuelt helt få anfaldene til at forsvinde. Skyldes epilepsien en specifik hjernelæsion eller eventuelt et alkoholmisbrug, vil behandling af disse tilstande undertiden bringe de epileptiske anfald til ophør. Over for visse partielle anfaldsformer kan kirurgiske indgreb i sjældne tilfælde komme på tale. De psykotiske faser, herunder specielt de skizofreniforme tilstandsbilleder, behandles med neuroleptika, og medikamentel antidepressiv behandling kan komme på tale over for depressivt-dysforisk farvede episoder. Generelt er prognosen god. Hovedparten af patienter med epilepsi kan under passende medikamentel behandling leve et stort set normalt liv.

7.9.3. Retspsykiatriske aspekter

Epilepsi og de epileptiske abnormtilstande har traditionelt været tilagt en ikke ubetydelig retspsykiatrisk interesse, måske begrundet i litteraturens beskrivelser af epileptikeres mystiske oplevelser og undertiden bizarre adfærd. Den faktiske hyppighed er imidlertid såre begrænset.

Epilepsi som sådan er *strafferetspsykiatrisk* en somatisk sygdom, der ikke omfattes af § 16, men evt. af § 69, hvis den pågældende er personlighedsmæssigt afvigende, lettere dement mv. De epileptiske psykoser hører til § 16-tilstandene. Auratilstande, urolig og eventuelt voldelig adfærd efter et grand mal og andre af epilepsi betingede psykiske abnormtilstande kan føre til kriminelle handlinger, og disse tilfælde vil oftest blive henført til tilstande ligestillet med sindssygdom. Det hænder, at en sigtet kan berette om ukarakteristiske anfaldslignende fænomener, såvel i relation til den påsigtede kriminalitet som mere generelt. Dette bør medføre et EEG og efter omstændighederne neurologisk undersøgelse, hjernescanning mv. Uforklarlig, pludselig vold samt – især – ildspåsættelse er blandt de kriminalitetsformer, som har været forbundet med epilepsi, men mere generelt er der næppe belæg for denne antagelse. Disse tilfældegrupper bør dog også foranledige EEG; det må herefter bero på en konkret klinisk vurdering, i hvilket omfang der skal foretages yderligere undersøgelser.

Retslægerådets Årsberetning 1988, s. 100 ff.

En 20-årig ung mand, A, var sigtet for fire tilfælde af brandstiftelse, begået inden for ca. 3 uger. A havde haft faglige problemer fra skolestart. Efter 10 års skolegang var han på en socialpædagogisk institution, som beskrev ham som arbejdsmotiveret, hjælpsom og mødestabil. A holdt selv op, da han fik et job som arbejdsmand, som han passede bl.a. med hjælp fra arbejdsgiveren. A havde siden 16-års alderen nok haft et vist overforbrug af alkohol, men han benægtede dagligt alkoholforbrug. 18 år gammel fik A med nogle måneders mellemrum uprovokerede flere minutter varende grand mal. En neurologisk afdeling stillede diagnosen »epilepsi uden kendt årsag«, og A blev sat i behandling med antiepileptisk virkende medicin.

A var sigtet for i tre tilfælde at have sat ild til en affaldssæk, i et tilfælde til et kælderrum. Han havde forud for hvert af de fire tilfælde indtaget nogle få genstande. Forud for den første ildspåsættelse oplevede han pludselig, at »det sagde bang«, han følte sig lidt mærkelig tilpas og havde en ukarakteristisk flimren for øjnene. Samtidig havde han en oplevelse af, at noget skulle ske. Han satte så ild til en affaldssæk og fortalte faderen om sin adfærd, hvorefter faderen slukkede ilden med en spand vand. A gik i seng og var i sin habitualtilstand om morgenen. De to følgende ildspåsættelser beskrives på samme måde, men ved den sidste bredte ilden sig, og brandvæsenet blev tilkaldt. Ved mentalundersøgelsen fandtes, at A var sinke, og at han var noget barnlig og umoden, men ikke sindssyg. Ved neuromedicinsk undersøgelse fandtes det usandsynligt, at A havde handlet i en abnormtilstand af epileptisk natur. Overlægen konkluderede, at A var omfattet af § 69, og anbefalede tilsyn af kriminalforsorgen med henblik på socialpædagogiske støtteforanstaltninger. Retslægerådet ville imidlertid ikke udelukke, at A på tidspunkterne for de påsigtede forhold »befandt sig i en, som led i et epileptisk anfald opstået, forbligende tilstand, der må ligestilles med sindssygdom«. Det var mindre sandsynligt, at A havde haft psykomotoriske anfald. Samlet konkluderede Retslægerådet, at A »muligt« var omfattet af § 16 og i hvert fald af § 69. Rådet anbefalede dom til psykiatrisk behandling med tilsyn af kriminalforsorgen, idet det specielt nævntes, at kriminalforsorgen burde iværksætte sociale og pædagogiske støtteforanstaltninger. Retten fandt A omfattet af § 69, og A blev idømt en særforanstaltning som foreslået, længstetiden blev fastsat til et år. I en kommentar diskuterer rådet epilepsidiagnosen, og sanktionsforslaget begrundes bl.a. med, at en §16-tilstand ikke ganske kunne udelukkes, at A havde behov for social støtte, alkoholistbehandling og behandling af sin epilepsi, og at epilepsi kan føre til udvikling af behandlingskrævende psykopatologiske symptomer.

Civilretspsykiatrisk behandles de epileptiske psykoser efter de almindelige regler, men epileptikere kan derudover ikke undergives tvangsforanstaltninger.

7.10. Neuroser

Neuroser kan defineres som psykiske abnormtilstande, hvor en forstyrrelse af samspillet mellem de sjælelige funktioner bevirker en indskrænkning eller hæmning af patientens udfoldelsesmuligheder, uden at det skyldes ringe begavelse, psykopatisk karakterafvigelse eller psykotiske symptomer. De egentlige neuroser omfatter en række karakteristiske, såkaldte symptomneurotiske tilstandsbilleder, som udvikles på grundlag af ret specifikke bagvedliggende karakterneurotiske personlighedstyper. Hertil kommer psykosomatiske eller stressbetingede lidelser mv., som ikke hører til de »klassiske« neuroser. ICD-10 anvender ikke betegnelsen »neurose«, men kategoriserer neuroserne, karakterafvigelserne og i øvrigt også grænsetilstandene under ét som »personlighedsforstyrrelser«. De enkelte tilstande klassificeres efter de dominerende symptomer.

En mere eksakt afgrænsning af neurosebegrebet er vanskelig. Hos langt de fleste såkaldt normale mennesker kan man finde spredte neurotiske træk, eventuelt i form af episodiske oplevelser af neurotisk karakter, hvorved grænsen mellem normalitet og abnormitet her bliver flydende. Til grund for de specifikke neuroseformer synes endvidere at ligge specielle karakterstrukturer (»karakterneuroser«), hvorved den neurotiske tilstand i højere grad får præg af et udviklingsforløb eller en livsform end af en sygdom. Sådanne karaktertræk kan beskrives hos mange psykisk raske mennesker, og man taler først om en karakterneurotisk personlighedsstruktur, som meget vel kan være til stede uden ledsagende neurotiske symptomer, når disse personlighedstræk klart hæmmer individets udfoldelsesmuligheder. De neurotiske symptomer opfattes af patienten som personlighedsfremmede eller »sygelige«, hvorimod de karakterneurotiske træk ses som en integreret, måske lidt særegen, men ikke sygelig, del af personligheden. Erling Jacobsen (1965) har givet en dybtgående analyse og beskrivelse af de neurotiske tilstande i en psykoanalytisk referenceramme.

7.10.1. Klinik

7.10.1.1. Hyppigst forekommende er *angstneuroserne*, der oftest optræder hos yngre mennesker, oftere hos kvinder end hos mænd. Angstneurotikerer oplever enten en genstandsløs, »frit flatterende«, angstfølelse eller veritable, ofte natlige, angstanfald – ikke sjældent i form af dødsangst. Angstanfaldene ved denne såkaldte panikangst er især præget af legemlige ledsagesymptomer i form af rødmen og svedudbrud, hjertebanken, brystmerter og åndenød med kvæl-

ningsfornemmelse. Det karakterneurotiske grundlag viser sig i form af en abnorm følsomhed for kritik og ængstelse for at komme i konflikt med omgivelserne, vanskeligheder ved på naturlig måde at give udtryk for egne følelser og behov, udtalt skyhed over for alle emner eller indtryk af aggressiv karakter, f.eks. avisartikler om vold, TV-reportager om katastrofer, men også blot »banale« skænderier eller heftige diskussioner mennesker imellem.

7.10.1.2. *De fobiske neuroser* er ligeledes kendetegnet ved oplevelsen af manifest, irrationel angst, som imidlertid her er knyttet til bestemte situationer eller genstande i omgivelserne. Eksempelvis kan nævnes højdeangst, mørkeangst, plads- eller gadeangst, angst for indespærring (*klaustrofobi*), for kryb, spidse genstande og lignende. Netop fobiske symptomer er et eksempel på, at mange mennesker kender til »neurotiske symptomer«, uden at dette, hverken af den pågældende selv eller af omgivelserne, opfattes som »sygeligt«.

7.10.1.3. *Tvangsneuroserne* er mere sjældne, men til gengæld ulige mere behandlingsresistente og invaliderende. Der kan her alene være tale om tvangstanker (*obsessioner*), hvor patienten føler sig påtvunget visse stereotype, ideligt gentagne forestillingsforløb. Modsat paranoikeren, som ikke tvivler på sine vrangforestillingers realitet, er tvangsneurotikerens fuldt ud på det rene med, og forpint af, sine tvangstankers fornuftsstridighed. I de fleste tilfælde vil tvangstanker være ledsaget af tvangshandlinger (*kompulsioner*). Patienterne føler sig her tvunget til at foretage og ustandseligt gentage visse, ofte rituelt prægede, handlinger (tællemani, vasketvang), der ligesom tvivlesygen kan antage groteske grader og beslaglægge patientens tid fra morgen til aften. Den bag tvangsfænomenerne liggende karakterneurose er kendetegnet ved udpræget ordenssans og pertentlighed, tit også påholdenhed og stædighed og, i emotionel henseende, en følelsesmæssig stivhed og ufrodighed.

7.10.1.4. Den *hysteriske neurose* (konversionshysterien), som for hundrede år siden (på Charcot's og Sigmund Freud's tid) var neurosen par excellence, er i dag, i sin klassiske form, relativt sjælden. En formodet intrapsykisk spænding afledes eller finder udløsning via legemlige symptomer inden for det somatiske (bevidste) nervesystems område. I overensstemmelse hermed foretrækkes nu ofte betegnelsen *somatisering* frem for hysteri. Som eksempler kan nævnes hyste-

riske lammelser, kramper, føleforstyrrelser, hæshed eller blindhed. Symptomerne fremtræder i overensstemmelse med patientens forestillinger om de pågældende organers funktion og vil derved ofte være i strid med de anatomiske realiteter. Nu til dags ytrer konversionshysterien sig oftere i form af diffuse organklager såsom vekslende muskelsmerter, hovedpine, træthedsfølelse mm.

Den hysteriske karakterneurose vil typisk være præget af en livlig, ofte teatralisk dramatiserende emotionalitet og rollespillende attitude uden ægte følelsesmæssigt engagement, sammen med en idylliserende fremstilling af egen situation og en tilsyneladende uberørtthed f.eks. af den angiveligt uudholdelige smertetilstand («belle indifférence»). Der kan være en glidende overgang fra den hysteriske tilstand til bevidst simulation og videre til »*Münchhausens syndrom*«, hvor patienten lyver for at fremprovokere en hospitalsindlæggelse. »*Münchhausen by proxy*« betegner en situation, hvor – typisk – en moder påfører sit barn sygdom eller fremkalder sygdomssymptomer for herved at skabe interesse om sig selv.

7.10.1.5. *Psykosomatiske lidelser* i snæver forstand defineres som legemlige sygdomme, hvor intrapsykiske konflikter er en nødvendig, men ikke tilstrækkelig årsagsmæssig faktor. Afgrænsningen af de psykosomatiske sygdomme er omdiskuteret; nogle vil f.eks. medtage visse former for allergi, forhøjet blodtryk og mavesår, hvad andre betvivler. Afgrænsningen over for de hysteriske tilstande er ligeledes vanskelig, men i modsætning til den hysteriske symptomdannelse er der ved de psykosomatiske tilstande tale om forstyrrelser af de vegetativt (ubevidst) innerverede organers funktion, eksempelvis blodkarrene, maveslimhinden eller hjertemuskulaturen. Der antages at være en glidende overgang fra ganske lette, normale reaktioner som f.eks. rødmen eller hjertebanken til mere varige kropslige reaktioner, eventuelt resulterende i strukturelle forandringer f.eks. mavesår.

7.10.1.6. Medens de ovenfor omtalte (psyko)neuroser må formodes at være betinget af intrapsykiske konflikter, er den såkaldte *asteniske* eller *neurasteniforme neurose* en mere uspecifik reaktion på ydre fysisk eller psykisk belastning («stress»). Tilstandsbilledet betegnes derfor ofte som »det kroniske belastningssyndrom«. Ved siden af mangeårig legemlig eller sjælelig overanstrengelse eller anspændelse (den udslidte husmoder, den stressede forretningsmand) er hovedtraumer og langvarige infektiøse lidelser blandt de hyppigste årsager. Det helt

dominerende symptom er træthed. Hertil kommer hovedpine, støj- overfølsomhed, koncentrationssvækkelse, irritabilitet, indsovnings- besvær og afbrudt søvn samt ofte en depressiv forstemning, der – modsat den endogene depression – oftest tiltager hen mod aften.

7.10.1.7. Den *posttraumatiske belastningsreaktion* opstår som en forsin- ket reaktion på en exceptionelt svær belastning af katastrofekarak- ter (ICD-10). Tilstanden karakteriseres bl.a. ved tilbagevendende genoplevelser af traumet («flashbacks»), forsøg på at undgå alt, der minder om de traumatiske hændelser, undertiden amnesi for begi- venhederne samt symptomer som irritabilitet, søvnbesvær og kon- centrationsbesvær. Tilstanden ses bl.a. hos flygtninge, der har været underkastet tortur.

7.10.1.8. *Differentialdiagnostisk* kan neuroselignende symptomer ses ved en række forskellige såvel psykiske som legemlige sygdomme, og neurosediagnosen bør derfor bygge på »positive« kriterier, dvs. de karakterneurotiske træk og den hertil hørende symptomneu- rose med den karakteristiske neurotiske sekundærgevinst-stræben. Mange psykopatologiske tilstande kan især i begyndelsesfasen være domineret af, hvad der umiddelbart fremtræder som neurotiske symptomer, men vil mangle den ægte neuroses øvrige karakteristika. Eksempelvis kan tvangssymptomer være det første tegn på en debu- terende skizofreni og angstsymptomer på en optrækkende depres- sion. En grundig undersøgelse vil imidlertid vise, at disse patienter ikke præges af specielle karakterneurotiske træk, patienterne ople- ver ikke symptomerne som personlighedsfremmede, hvad neuroti- keren gør.

Det kan ofte være nødvendigt at udelukke en organisk årsag til hysterikerens somatiske symptomer, men man bør så vidt muligt undgå et mere omfattende somatisk undersøgelsesprogram, idet dette vil kunne cementere patientens forestilling om at lide af en le- gemlig sygdom. Behandlingskrævende legemlig sygdom bør ligele- des udelukkes ved de neurasteniforme tilstande.

7.10.2. Årsagsforhold og behandling

Som anført er der et kontinuum fra de ganske lette, betydningsløse karakterneurotiske tilstande til svært invaliderende symptomneu- ser. Det er derfor vanskeligt at fastlægge hyppigheden af neurotiske

tilstande. Ved anvendelse af snævre kriterier, hvorved forstås behandlingskrævende tilstande, kan hyppigheden skønnes at ligge på omkring 3% i befolkningen.

De neurotiske tilstande opfattes almindeligvis som psykologisk betingede, idet de neurotiske symptomer ses som forsvarsmekanismer rettet mod en ubevidst, intrapsykisk, angstvoldende konflikt. Fortrængningen ses som den dominerende forsvarsmekanisme og den deraf følgende energibinding som årsag til neurotikerens indskrænkede livsførelse. Til gengæld opnår neurotikerens en såkaldt »sekundærgevinst«, dvs. den medfølelse eller hensyntagen, som neurotikerens gennem sine symptomer aftvinger sine omgivelser. Ud fra en adfærdspsykologisk synsvinkel ses det neurotiske symptom derimod som en reaktion på udefra kommende stimuli, dvs. som resultatet af en indlærings- eller tilvænningsproces.

Også biologiske forhold er af betydning for udviklingen af neuroser. Der ligger således en vis genetisk disposition til grund for visse neurotiske tilstande, og der er påvist ændringer af hjernens gennemblødning hos tvangsneurotiske patienter.

Da neuroserne i det væsentlige er psykogene lidelser, bør behandlingen principielt være af psykologisk karakter: psykoterapi, adfærdsterapi eller eventuelt kognitiv terapi. Fobierne er blandt de neuroseformer, der er lettest at behandle, og angstneurotiske symptomer vil ligeledes kunne afdæmpes eller fjernes helt i løbet af et relativt kortvarigt behandlingsforløb, fra nogle måneder til et halvt år. Hysteriske symptomer og især tvangssymptomer kan derimod være fuldstændig behandlingsresistente. Blandt andet svære tvangsneurotiske tilstande er da også – i England – et af indikationsområderne for psykokirurgiske indgreb. Traditionelt frarådes psykofarmakologisk behandling, men f.eks. benzodiazepiner kan bl.a. ved svær panikangst være indiceret for overhovedet at kunne etablere et læge/patient-forhold. Nogle vil hævde, at der er et bredere indikationsområde for psykofarmakologisk behandling, ikke blot med benzodiazepiner, af de neurotiske tilstande. Visse patienter med psykosomatiske lidelser vil have gavn af en eller anden form for psykoterapi. Det samme kan gælde patienter med neurasteniforme tilstande, men her vil aflastning og eventuelt sociale støtteforanstaltninger være af central betydning.

7.10.3. Retspsykiatriske aspekter

De neurotiske, herunder karakterneurotiske tilstande påkalder sig kun sjældent retspsykiatrisk interesse. Neurotikernes hæmmede, indskrænkede livsførelse medfører, at de almindeligvis ikke begår kriminalitet, i hvert fald ikke i en form, der medfører mentalundersøgelse, og foranstaltninger i medfør af psykiatriloven, umyndiggørelse mv. kommer ikke på tale. Svære karakterneurotiske og manifest symptomneurotiske tilstande henføres til § 69, men det vil normalt ikke være muligt at pege på en særforanstaltning. Undertiden kan neurotiske tilstande, herunder den posttraumatiske belastningsreaktion, begrunde en benådningsansøgning. I enkelte tilfælde ses hæmmede, antiaggressive karakterneurotikere foretage voldsom personfarlig kriminalitet, herunder drab. Neurotikerens stive, uflexible forsvar er her brudt sammen. Nogle af disse tilfælde har karakter af en »*abnorm enkeltreaktion*«.

Begrebet abnorm enkeltreaktion blev indført og defineret af Hjalmar Helweg i den første udgave af hans lærebog i retspsykiatri (1939); en mere uddybende gennemgang findes i to stadig læseværdige artikler fra Helwegs hånd (1942).

Den abnorme enkeltreaktion defineres som »en isoleret abnorm handling hos en i øvrigt normal person«. Helweg betoner, at »normal« skal forstås på den måde, at personen »ikke lider af nogen af de sindssygdomsformer eller af nogen af de sjælelige defekttilstande, hvis tilstedeværelse efter gældende lovgivning og retspraksis henregnes til abnormtilstandene«. Helweg definerer således inden for retspsykiatrien begrebet »normal« ved sin modsætning, nemlig de psykiske abnormtilstande der giver anledning til en særforanstaltning. Begrebet abnorm enkeltreaktion har været anvendt om personlighedsfremmede kortslutnings- eller panikreaktioner, en »psykisk indespærring« får afløb i panik med meningsløs handling. En antiaggressiv karakterneurose vil kunne disponere for en sådan reaktion. Begrebet »abnorm enkeltreaktion« anvendes kun yderst sjældent, bl.a. fordi det kan være svært at afgrænse tilstanden fra (andre) affektreaktioner, f.eks. foretaget af karakterafvigere, ligesom selve betegnelsen kan ses som en slags »forklaring« på og undskyldning for, at en upåfaldende og ustraffet person foretager en alvorlig kriminell handling. Den abnorme enkeltreaktion vil normalt ikke kunne be-

tragtes som en sindssygdom eller en hermed ligestillet tilstand. Mere almindeligt i dag er at anvende betegnelsen »handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse«, se herved kap. 3.2.2. Typisk vil der her være tale om en kortere- eller længerevarende kæde af begivenheder, som kulminerer med en affektreaktion. Eksempelvis den karakterneurotiske ægtemand, der ikke kan forholde sig til, at ægteskabet er ved at gå i stykker, og derfor fortrænger ægtefællens utroskab, men med en tiltagende (ubevidst) affektspændthed til følge. En måske lidt tilfældig begivenhed, f.eks. en oplevelse af svigt, får de rigide, stive psykologiske forsvarsmekanismer til kortvarigt at bryde sammen med en ledsagende voldsom affektreaktion. Differentialdiagnosen over for en kortvarig reaktiv psykose kan undertiden være vanskelig.

Retslægerådets Årsberetning 1989, s. 106 ff (Ugeskrift for Retsvæsen 1990, s. 56 ff).

En 19-årig ung mand, S, var sigtet for at have dræbt en 57-årig intimmassøse. S havde fra barndommen været lille og svagelig, undselig og umoden. Blev han moppet, græd han eller bed sig i læberne, så blodet flød. Uoverensstemmelser i hjemmet klarede han ved at isolere sig på sit værelse eller gå sin vej. Efter skolegangen gik S ubeskæftiget i hjemmet, hvor han af moderen blev beskrevet som blød, tillidsfuld, hjælpsom og kærlig. Seksuelt var han uudviklet og uerfaren. Efter flere tilløb opsøgte han en prostitueret. Ved mentalobservationen oplyste S, at han blev panikslagen, da han så den 57-årige kvinde, som talte pænt til ham og låste døren. Han følte sig indelukket og kunne ikke få luft. I panik dræbte han kvinden med flere knivstik. S fandtes umoden, antiaggressiv og uselvstændig, afhængig af andre. Han havde ikke udvist aggressiv adfærd siden sin tidligste barndom. Hans tilstand på gerningstidspunktet blev karakteriseret som en »abnorm enkeltreaktion«, og hans personlighedsmæssige egenart henførte ham til § 69. Der anbefaledes dom til behandling samt ophold på socialpædagogisk institution, hvad Retslægerådet tilrådede. S blev fundet skyldig i manddrab, og S blev dømt til psykiatrisk behandling mv. som lægeligt anbefalet. Afgørelsen blev stadfæstet ved Højesteret med følgende bemærkning: »Sager om forsætligt manddrab kan i reglen ikke afgøres ved foranstaltninger efter straffelovens § 69, jf. § 68, 2. pkt. Af de grunde, der er anført af landsretten, tiltræder Højesteret imidlertid, at der i denne sag foreligger sådanne helt ekstraordinære omstændigheder, at reaktionen kan fastsættes som sket ved dommen«.

Efter Højesterets dom var S indlagt ca. ét år på en ungdomspsykiatrisk afdeling. Herefter opholdt han sig i godt halvandet år i en lille socialpædagogisk institution, hvorefter han blev etableret i egen bolig. Han var ikke senere indlagt eller institutionsanbragt, og den samlede frihedsberøvelse var således godt 2 1/2 år. Et par år senere flyttede han sammen med en lidt yngre kvinde. Under hele dette forløb var han i psykoterapeutisk behandling, varetaget af den ungdomspsykiatriske afdeling. I de første år havde han hertil støttepæda-

gog, senere havde han tæt kontakt til kriminalforsorgen, som varetog den sociale støtte. Under den langvarige, intensive og konsekvent gennemførte behandling var S's tilstand svingende, men han fik efterhånden normaliseret sine følelser over for moderen, som han havde haft et sygeligt tæt («symbiotisk») forhold til; han blev endvidere væsentlig mere moden, blev i stand til at håndtere konfliktsituationer og til at give udtryk for egne meninger, herunder også vrede. Små seks år efter dommen indstillede den behandlende overlæge, at foranstaltningen blev ophævet. Sagen blev forelagt Retslægerådet, der bl.a. udtalte, at S efter opholdet på den socialpædagogiske institution havde »boet i egen lejlighed, det sidste 1 1/2 år sammen med en veninde, med hvem han venter barn. Han har i hele det ambulante forløb haft tæt kontakt med kriminalforsorgen og ungdomspsykiatrisk ambulatorium, hvor han har modtaget psykoterapeutisk behandling. I dette behandlingsmæssige forløb har S gennemgået en betydelig personlighedsmæssig modning, og selv om han fortsat er præget af en udtalt konfliktskyhed, er han nu i stand til konstruktivt at klare konfliktsituationer, ligesom han har udviklet sin selv værdsættelse. Han er indstillet på at starte en uddannelse (og at...) søge støtte hos sine nuværende behandlere og rådgivere... Han har på intet tidspunkt udvist voldelig adfærd, tværtimod tager han afstand fra enhver tanke om vold mod personer. Han betragter den begåede forbrydelse som en personlighedsfremmed handling«. Retslægerådet anbefalede herefter, at foranstaltningen blev ophævet, hvilket også blev resultatet.

Det skitserede behandlingsforløb illustrerer bl.a., at psykiatrisk behandling af visse § 69-tilstande kan føre til et vellykket resultat, at varigheden af behandlingen ikke på forhånd, f.eks. på domstidspunktet, kan fastsættes, og at psykoterapeutisk behandling er mulig, selv om behandlingen gives under den »tvang«, der ligger i en behandlingsforanstaltning.

Retslægerådets Årsberetning 1993, s. 79 ff.

En 37-årig tidligere psykisk og fysisk rask kvinde A havde dræbt sin ægtefælle. Ægteskabet havde været dårligt i mange år, ægtefællen drak, han var ondskabsfuld, når han var beruset; han var endvidere affektlabil, voldsom jaloux og undertiden voldelig. A følte sig efterhånden helt tyranniseret af manden. Ca. 14 dage før drabet havde A indgivet separationspapirer. På drabsdagen havde parret spist hos bekendte og drukket en del. Hjemme begyndte ægtefællen at hidse sig op og sagde bl.a., at A ikke fremover skulle føle sig tryk, når hun gik på gaden. A undgik enhver diskussion, hun tog et indsovningsmiddel (en Serepax) og gik i seng. Et par timer senere opdagede hun, at ægtefællen sov på en sofa i stuen. Han vågnede og sagde bl.a., at han nu havde fundet ud af, hvorledes han kunne straffe hende, nemlig ved at slå parrets 15-16-årige datter ihjel. A blev panisk angst, bl.a. fordi ægtefællen tidligere havde udtalt sig i samme retning, når han havde læst om den slags sager i avisen. Hun blev tiltagende urolig, hun travede rundt i lejligheden og havde en følelse af, at hun gik i stykker indvendig. Det var, som om hendes tanker og handlinger var noget, hun ikke selv valgte. Hun gik så ud i køkkenet, tog en kniv og dræbte ægtefællen. Hun havde efterfølgende en følelse af, at hendes tanker var løbet

fuldstændig løbsk. Ved mentalundersøgelsen fandtes hun psykisk i det væsentlige upåfaldende, hun var hverken omfattet af straffelovens § 16 eller § 69. Videre er anført, at hun på gerningstidspunktet befandt sig i en tilstand af følelsesmæssig lammelse, og at hun havde handlet under indflydelse af stærk sindsbevægelse. Retslægerådet tiltrådte erklæringens konklusion. Hun blev fundet skyldig i manddrab, men nævningene svarede bekræftende på et tilægsspørgsmål om strafnedsættelse og strafbortfald (§ 85). Herefter bortfaldt A's forskyldte straf.

7.11. Karakterafvigelser

Karakter- eller personlighedsafvigelse har tidligere været betegnet som psykopati. Som følge af denne benævnelses negative ladning er den nu oftest erstattet med den mere neutrale betegnelse karakterafvigelse eller – i ICD-10 – »personlighedsforstyrrelse«. En eksakt begrebsfastlæggelse er vanskelig i kraft af den flydende grænse til normalitet.

Rent deskriptivt kan de karakterafvigende tilstande defineres som tilstande, der i personlighedsmæssig henseende klart afviger fra en adfærdsmæssig gennemsnitsnorm, hvor denne afvigelse ikke beror på anden kendt sjælelig abnormitet, og hvor afvigelsen er af en sådan sværhedsgrad, at den er til lidelse eller gene for den pågældende selv og/eller omgivelserne. Karakterafvigeren er således typisk præget af en udadrettet, impulspræget adfærd i modsætning til neurotikerens hæmmede eller indskrænkede livsstil og iøjnefaldende sekundærgævnststræben.

Der har undertiden været en tendens til også at benævne denne gruppe som »karakterneurotikere«. Denne sammenblanding af begreberne er uhensigtsmæssig. I deres karakteristiske former er karakterneuroserne – med eller uden ledsagende symptomneurotiske træk – såvel hvad angår behandling som forløb, forskellige fra karakterafvigelserne, men overgangsformer og blandede tilstande ses.

7.11.1. Klinik

7.11.1.1. Blandt de talrige forsøg, der er gjort på at opstille rent deskriptive typeinddelinger inden for karakterafvigelsesområdet, har Kurt Schneiders inddeling spillet den mest fremtrædende rolle; hans terminologi finder fremdeles anvendelse. Schneider skelner

mellem ti typer: hypertyme (permanent opstemte, hyperaktive) – selvhævdende – affektlabile – eksplosive – følelseskold – holdningsløse – depressive – selvusikre – fanatiske – asteniske (hurtigt udtrættede). Det er ikke alle Schneiders ti typer, man i dag umiddelbart vil opfatte som hørende til karakterafvigelserne; det gælder i første række de depressive, selvusikre og asteniske. Der er imidlertid det rigtige i at medinddrage disse »typer« under de karakterafvigende tilstande, at de ofte ses som ét blandt flere karakteristiske personlighedstræk. Det gælder i det hele taget generelt, at Schneiders »typer« må opfattes som karaktertræk, som i vekslende kombinationer ses hos karakterafvigere, og hvor et enkelt kan præge billedet.

Kurt Schneider (1923) har grundigt beskrevet sin typologi i en af de klassiske psykiatriske tekster. ICD-10 anvender betegnelser som f.eks. skizoid (følelseskold), dyssocial (afstumpet, aggressiv, manglende hensyntagen til sociale forpligtelser) og paranoid (mistroisk, selvhøfrende, overdreven følelse af eget værd).

Over for den Schneider'ske statiske typologi står de psykodynamiske, psykoanalytisk orienterede modeller. Her lægger man i beskrivelsen af den psykopatiske personlighed vægten på den lave frustrationstærskel og tilbøjeligheden til uforarbejdede impulsgennembrud rettet mod omgivelserne, i klar modsætning til neurotikerens indadrettede energiforvaltning og hæmmede livsstil. I psykiatrisk sprogbrug tales om karakterafvigerens »alloplastiske«, neurotikerens »autoplastiske« energiforvaltning. Som karakteristisk fremhæves endvidere den svigtende evne til at fastholde en langsigtet målsætning i forbindelse med umiddelbar behovstilfredsstillelse – karakterafvigerens typiske tendens til »at handle før han tænker«. Altsammen, ifølge den psykoanalytiske teoridannelse, udtryk for en svigtende eller mangelfuld over-jeg's-dannelse.

7.11.1.2. En særlig rolle i *differentialdiagnostisk* henseende spiller sondringen mellem de karakterneurotiske tilstandsbilleder og de psykopatiske karakterafvigelser. Denne vurdering kan vanskeliggøres af, at karakterafvigere ikke sjældent samtidig frembyder neurotiske eller neuroselignende symptomer som f.eks. et højt angstniveau, fobiske symptomer mv.

Visse karakterafvigere kan fremtræde følelsesmæssigt så tilbagetrunkne og lidet engageret i andre mennesker (»skizoide«), at tilstan-

den kan minde om en symptomfattig skizofrenia simplex. I den anden ende af skalaen ses den ekspansive og idérige karakterafviger, som umiddelbart kan være svær at skelne fra en lettere manisk patient. Den hypertyme, selvhævdende og måske fanatiske karakterafviger kan undertiden fremtræde som paranoid. Differentialdiagnosen stilles ved, at karakterafvigeren nok fastholder sine synspunkter, men dog kan bringes til at erkende, at der er andre synsvinkler; paranoi-keren derimod vil fastholde sin opfattelse og yderligere være præget af den karakteristiske »omvendte logik«. Men differentialdiagnosen kan være vanskelig, ikke mindst fordi de nævnte karakterafvigende træk kan være grobund for udvikling af en kronisk paranoid psykose.

Retslægerådets Årsberetning 1989, s. 68 ff.

Sagen omhandler en 44-årig kvinde K, der var sigtet for at have sat ild på sin lejlighed, hvorved hendes 6-årige søn, som hun havde givet et sovemiddel, indebrændte. Retpsykiatrisk set var det væsentlige spørgsmål, om hun var en svær karakterafviger, som med overbevisningens kraft kunne fortælle de mest fantastiske historier, ofte med sig selv som centrum (»pseudologia phantastica«), eller om hun led af en kronisk paranoid psykose. Der forelå i sagen flere psykiatriske udtalelser, der bl.a. indeholdt en beskrivelse af K's angivelse af at være incestoffer, hvad faderen kraftigt tog afstand fra, af hendes ægteskaber med flere Sikh'er og af hendes mystiske oplevelser i fangenskab i Indien. Hendes seneste ægtefælle – mente hun – var terrorist og medlem af en terroristorganisation af Sikh'er, selvom han var konverteret til kristendommen. Den første og meget grundige erklæring lod spørgsmålet sindssyg/ikke sindssyg stå åbent. Retslægerådet fandt sagen så kompleks, at rådet anbefalede reobservation hos et af rådets medlemmer (forretningsordenens §5). Ved denne undersøgelse fandtes K sindssyg, og Retslægerådet fandt det overvejende sandsynligt, at hun led af en paranoid psykose.

I en kommentar til sagen nævnes, at den illustrerer de tilfælde, hvor der psykiatrisk kan være tvivl om psykosediagnosen. Blandt lægfolk var der næppe tvivl – stort set alle i hendes omgivelser mente, hun var psykisk syg.

Ikke få karakterafvigere er yderligere misbrugere, hvilket i sig selv kan fremme de karakterafvigende træk. Et bestående misbrug med heraf følgende forbigående psykotiske eller psykoselignende symptomer, f.eks. vage forfølgelsesforestillinger hos en amfetaminmisbruger, kan i høj grad vanskeliggøre differentialdiagnosen.

Nogle unge vil som led i deres (normale) opgør med autoritetsfigurer kunne udvise, hvad der umiddelbart kan opfattes som »karakterafvigende adfærd«, hvilket især i retspsykiatrisk sammenhæng måner til diagnostisk forsigtighed med denne gruppe. På den anden

side ses også, at karakterafvigende træk og adfærd kan være de første symptomer på en debuterende skizofreni. Karakteristisk her vil ofte være diskrete tankeforstyrrelser, flygtige psykotiske symptomer og en subjektiv forpinthed, som ikke ses hos karakterafvigere.

Et særligt problem udgør afgrænsningen af de karakterafvigende tilstande fra grænsepsykoserne, væsentligst fordi der ikke er enighed om definitionen af de to kategorier.

Endelig gælder det, at visse organisk dementes hæmningsbortfald vil kunne forveksles med de hypertyme eller affektlabile karakterafvigeres adfærdsforstyrrelser.

7.11.2. Årsagsforhold og behandling

Som for neuroserne gælder det også for karakterafvigelserne, at en bestemmelse af hyppigheden er forbundet med stor usikkerhed. Ifølge de fleste epidemiologiske undersøgelser ligger hyppigheden (prævalensen) mellem 3% og 5% af befolkningen. Diagnosen stilles væsentligt hyppigere hos mænd end hos kvinder.

Mange undersøgelser sandsynliggør, at disharmoniske opvækstvilkår, svigtende forældre-barn-kontakt, brudte hjem og et belastet miljø må tillægges årsagsmæssig betydning. Det er mere usikkert, hvorfor disse faktorer giver anledning til udvikling af en karakterafvigelse; mange børn vokser op under lignende dårlige forhold uden at blive personlighedsmæssigt afvigende. Såvel tvillingeundersøgelser som adoptionsundersøgelser taler da også for, at der i visse tilfælde foreligger et arveligt beredskab.

Væsentlige behandlingsmæssige og forebyggende foranstaltninger vil være af socialpædagogisk karakter med rådgivning og støtte, eventuelt miljøskift mv. Psykiatrisk behandling vil oftest være af begrænset – eller slet ingen – værdi. Karakterafvigernes ofte lave frustrations-tærskel og begrænsede evne til selvindsigt og selvrefleksion medfører, at egentlig psykoterapi i de fleste tilfælde er udsigtsløs. Nogle vil dog kunne profitere af en støttende og rådgivende psykologisk behandling.

Medikamentel behandling med vanedannende præparater, f.eks. benzodiazepiner, vil normalt være kontraindiceret på grund af misbrugsrisikoen. Undertiden ses, at en mindre dosis neurolepticum, f.eks. perphenazin eller zuclopenthixol, kan dæmpe den anspændthed og rastløshed, som ofte ses hos karakterafvigere, og som kan afstedkomme et betydeligt subjektivt ubehag hos de pågældende.

Som en almindelig erfaring gælder, at de karakterologisk betingede adfærdsforstyrrelser fremtræder med størst gennemslagskraft i 15-30 års alderen for derefter i et flertal af tilfælde at afsvækkes – man taler undertiden om en senmodning.

7.11.3. Retspsykiatriske aspekter

Karakterafvigelserne spiller kun en beskeden rolle inden for det psykiatriske behandlingssystem. På den anden side er karakterafvigelse af denne eller hin type den diagnose, der hyppigst stilles ved mentalundersøgelser.

Karakterafvigelse og kriminel adfærd – vold såvel som berigelses-kriminalitet – er ofte knyttet sammen, og undersøgelser af fængselspopulationer har da også påvist mange karakterafvigere. Især de ældre undersøgelser er imidlertid ofte metodemæssigt utilfredsstillende, hvortil kommer den indlysende risiko for fejlslutning, der ligger i at undersøge en fængselspopulation – at den af samfundet definerede afvigende adfærd, nemlig den måske recidiverende kriminelle adfærd, i sig selv bliver et kriterium for diagnosen: kriminelle er karakterafvigere, fordi de er kriminelle. Hertil kommer, at selve det at afsone en fængselsstraf, at leve i det specielle miljø et fængsel er, vil kunne fremme eller måske ligefrem konstituere en adfærd og nogle karaktertræk, som bidrager til diagnosen. Mange kriminelle er også misbrugere, hvilket yderligere vil kunne fremme en karakterafvigende adfærd. Endelig skal nævnes, at den gruppe, der henvises til mentalundersøgelse, i høj grad er selekteret. Der bør derfor ikke, hvad angår kliniske tilstandsbilleder, generaliseres fra mentalobservander til f.eks. kriminelle som sådanne eller til karakterafvigere i al almindelighed. På trods af disse reservationer må det imidlertid anses for godtgjort, at der er en kraftig overrepræsentation af karakterafvigere blandt kriminelle.

Strafferetspsykiatrisk vil de mere udtalte former for karakterafvigelse blive henført til § 69, men det vil kun yderst sjældent være muligt at pege på en særforanstaltning. Årsagen er, at psykiatrisk behandling, det være sig psykoterapi eller medikamentel behandling, som regel er nytteløs eller ligefrem kontraindiceret. Dette betyder imidlertid ikke, at al behandling skal opgives. Vi har her i landet en lang tradition for behandling af karakterafvigere under afsoning, navnlig i anstalten ved Herstedvester, tidligere også i Horsens. Begrebet »be-

handling« skal i denne sammenhæng forstås bredt. Det indeholder både psykologiske, pædagogiske og psykiatriske aspekter.

Som nærmere omtalt i kapitel 3.2. indeholdt straffeloven fra 1933 til 1973 en række behandlingsorienterede foranstaltninger over for forskellige kriminelle særgrupper, herunder den tidsubestemte psykopatforvaring, som anvendtes over for karakterafvigere. Af den psykiatriske litteratur fra den tid kan nævnes Georg K. Stürup (1959 og 1968), Jan Sachs (1963) og Thorkil Vanggaard (1968). Karl O. Christiansen m.fl. undersøgte forud for lovændringen af 1973 »Effektiviteten af forvaring og særfængsel mv.«, Bet. nr. 644/1972, der indgik i overvejelserne i Bet. nr. 667/1972. Materialet omfattede 500 karakterafvigere med ca. 125 personer i hver af de fire »behandlingstyper«: statsfængsel, særfængsel, forvaring i Horsens og forvaring i Herstedvester. Der er tale om en kriminologisk recidivundersøgelse, men arbejdet indeholder en omfattende gennemgang af materialet, f.eks. hvad angår nogle sociale parametre, kriminalitet, herunder sædelighedskriminalitet og (kirurgisk) kastration, de retspsykiatriske beskrivelser og vurderinger, Retslægerådets praksis mv. Væsentlige bidrag giver også en gennemgang af de behandlingsformer, som blev anvendt af de forskellige institutionstyper.

Mere aktuelt har Henrik Steen Andersen m.fl. (1994) i et materiale af varetægtsarrestanter fundet, at ca. 25% kunne diagnostiseres som karakterafvigende efter ICD-10's forskningskriterier. Ikke sjældent kunne der stilles to diagnoser, f.eks. karakterafvigelse og misbrug, eller neurotiske symptomer sammen med en karakterafvigelse. Totalt kunne der hos så mange som 66% af samtlige undersøgte varetægtsarrestanter stilles en psykiatrisk diagnose.

Karakterafvigelseernes brogede billede og de hermed forbundne mange differentialdiagnostiske muligheder stiller særlige krav til de mentalobserverende psykiatere. En lang og tilsyneladende ganske traditionel kriminel karriere med berigelseskriminalitet og lidt vold sammen med en umiddelbart karakterafvigende adfærd kan specielt hos de lidt ældre, dvs. over 35-40 år, vise sig at dække over mere alvorlig psykopatologi, f.eks. en subparanoid tilstand ledsaget af udtalt isolationstendens og svær angst. Her kan en særforanstaltning komme på tale. Modsætningen er den charmerende og manipulerende psykopat, som i undersøgelsessituationen giver udtryk for et stort behov for behandling, hvad der som regel ikke kommer på tale. De unge med en karakterafvigende adfærd udgør et særligt problem såvel diagnostisk som sanktionsmæssigt (se kap. 6.9). Endelig skal mindes om, at nogle karakterafvigere har en lav psykosetærskel, og har en karakterafviger været sindssyg på gerningstidspunktet, er den pågældende omfattet af § 16.

Inden for *civilretspsykiatrien* ses karakterafvigerne næsten ikke. Svære affekttilstande, måske ledsaget af selvmordstrusler, kan i den akutte fase være svære at skelne fra en psykotisk – eller ligestillet – tilstand og føre til en tvangsindlæggelse. Der vil i disse tilfælde være tale om et skøn, som efterfølgende kan vise sig at være forkert, men uden at dette kan bebrejdes den indlæggende læge. Tilsvarende kan patienter i en sådan svær affekttilstand tilbageholdes.

Retslægerådets Årsberetning 1992, s. 70ff.

En yngre misbrugende og karakterafvigende mand blev to dage efter en frivillig indlæggelse overflyttet til lukket afdeling og tilbageholdt. Han var da i en tilstand af meget stærk affekt, angst og måske noget abstinenspræget. Han gav udtryk for selvmordsforestillinger. Tilstanden blev vurderet som ligestillet med sindssygdom, og patienten blev tilbageholdt i 24 timer på et blandet fare- og behandlingskriterium, til affekten var afklinget. Retslægerådet tiltrådte, at patienten havde været i en »ganske ligestillet« tilstand, og at han var blevet tilbageholdt, hvad retten også godkendte. Se også Årsberetning 1993 s. 95 ff.

7.12. Grænsetilstande

Grænsetilstandene hører, som neuroserne og karakterafvigelserne, til personlighedsforstyrrelserne. Det er en diagnosegruppe, som siden 1960'erne har tiltrukket sig stigende interesse, men deres afgrænsning er fortsat omdiskuteret. Nogle af disse tilstande »grænser op« til skizofreni, andre til neuroserne og karakterafvigelserne. Især de to sidstnævnte tilstandsgrupper er vanskelige at karakterisere såvel klinisk som teoretisk. Nogle psykiatere vil da også betvivle, at der er tale om selvstændige sygdomsenheder.

Den uklare begrebsdannelse afspejler sig i den mangfoldighed af betegnelser, der anvendes, eksempelvis skizotypiske eller skizotypale tilstande; pseudoneuroser; ambulatorisk eller abortiv skizofreni; pseudoneurotiske eller pseudopsykopatiske skizofreniforme tilstande eller grænsepsykoser; borderline-tilstande; narcissistiske personlighedsforstyrrelser mv. ICD-10 anvender ikke betegnelsen grænsetilstande og har i det hele taget nedtonet begrebet. Således er f.eks. den narcissistiske personlighedsforstyrrelse ikke opretholdt som en selvstændig diagnose. Til gengæld er den »klassiske« grænsepsykose, den skizotypiske, placeret efter skizofrenierne, omend det betones, at der ikke er tale om en psykotisk tilstand, men heller ikke

om en personlighedsforstyrrelse; tilstanden betegnes neutralt som en »sindslidelse« (»disordo schizotypicus«). Grænsedragningen i denne gråzone er således langt fra entydig.

7.12.1. Klinik

Det vil være naturligt at inddele grænsetilstandene i den klassiske grænsepsykose, nu benævnt den skizotypiske sindslidelse, og de ustabile personlighedsstrukturer.

7.12.1.1. Den skizotypiske sindslidelse karakteriseres af en række symptomer, som minder om, hvad der kan ses ved skizofreni, men uden at disse symptomer har en psykotisk dimension. Patienterne er præget af skyhed og isolationstilbøjelighed og af en overfladisk og distance-rende kontaktform. Mange er præget af en næsten permanent forstemthed eller ugladhed (anhedoni). Deres tankegang er ofte noget forskruet og omstændelig, og patienterne kan på næsten tvangsmæssig måde være optaget af excentriske og sære ideer (»magisk tænkning«, f.eks. overtro). Også adfærden kan være påfaldende og excentrisk. Nogle vil endvidere frembyde vekslende neuroselignende symptomer med en sammenblanding af angstsymptomer, tvangssymptomer og hysteriske symptomer (»panneurose«). Seksuelt er en del af disse patienter kendetegnet ved en usikker seksuel identifikation og undertiden perverse fantasiforestillinger. Normalt vil patienterne ikke realisere disse forestillinger. Karakteristiske er endelig de såkaldt mikropsykotiske episoder, som er uprovoerede, kortvarige, dvs. minutter varende, psykotiske tilstande, hvor patienterne kan være hallucinerede, huse vrangforestillinger, have derealisations- eller depersonalisationsoplevelser mv. Disse episoder kan forblive skjult for omgivelserne, men kan også medføre en uhæmmet vredes-afekt og aggressive impulsgennembrud.

Thorkil Vanggaard (1979) har givet en grundig beskrivelse af denne tilstand sammen med en beskrivelse af andre atypiske psykopatologiske tilstande.

7.12.1.2. Den anden hovedgruppe af grænsetilstandene er de »jeg-svage«, *emotionelt ustabile personlighedsstrukturer*, som ofte fremtræder med et karakterafvigende billede – følelsesmæssigt labile med tendens til affektreaktioner og lignende. »Jeg-svag« betyder usikker identitetsfølelse og selvopfattelse med heraf følgende usikkerhed i

valg af indre normer og ydre livsomstændigheder. En undergruppe er »borderline typen«, der bl.a. er karakteriseret ved en tendens til intensive, men ustabile forhold til andre mennesker. De har således en tendens til at idealisere og »dyrke« udvalgte personer, men kontakten er uden dybde. En oplevelse af svigt medfører, at kontakten afbrydes, og patienten kan dreje rundt og ganske overse den pågældende, som måske i stedet tillægges alle mulige negative egenskaber. Den narcissistiske personlighedsforstyrrelse karakteriseres i første række af det selvcentrerede og selvfræmhævende, typisk på andres bekostning, samt en svigtende evne til indføling i andre.

7.12.1.3. Den væsentligste *differentialdiagnose* for de skizotypiske tilstande er en egentlig, symptomfattig skizofreni. Væsentligst er her, at den skizotypiske patient ikke er autistisk og – bortset fra de mikropsykotiske episoder – ikke frembyder psykotiske symptomer som f.eks. hallucinationer eller vrangforestillinger. Specielt hos unge kan differentialdiagnosen være vanskelig, idet en skizotypisk tilstand kan være forløberen for en skizofren udvikling. De emotionelt ustabile personlighedsforstyrrelser er præget af en adfærd og symptomatologi, der umiddelbart minder om, hvad der ses hos karakterafvigere.

Afgrænsningen af disse »pseudopsykopatiske grænsetilstande« fra de almindelige karakterafvigelser bygger i høj grad på en psykodynamisk indfaldsvinkel i form af en vurdering af de psykologiske forsvarsmekanismer, patienterne anvender. Grænsetilstandene er således karakteriseret ved såkaldt »primitive« forsvarsmekanismer som f.eks. »splitting«, dvs. en tendens til at dele andre mennesker op i »onde« og »gode« (gråtoner eksisterer ikke), »benægten«, dvs. en tendens til at se bort fra faktiske begivenheder eller forhold. Yderligere antages disse grænsetilstande at være kendetegnet ved, at visse basale psykologiske mekanismer minder om, hvad der ses hos skizofrene.

7.12.2. Årsagsforhold og behandling

Der findes ingen sikre opgørelser over hyppigheden af grænsetilstandene som en selvstændig sygdoms enhed. De bliver ofte slået sammen med karakterafvigelserne, de skizotypiske tilstande eventuelt med skizofrenierne. Det hævdes undertiden, at den moderne samfundsstruktur medfører, at den narcissistiske personlighedsforstyrrelse ses hos et stigende antal personer. Empirisk belæg herfor findes dog ikke.

De skizotypiske tilstande henføres som anført undertiden til de

skizofrene tilstande, bl.a. baseret på genetiske undersøgelser. Skizotypiens årsag og udviklingsmekanismer vil efter denne opfattelse svare til, hvad der ses – eller antages – hos skizofrene. Om de øvrige grænsetilstande – som for karakterafvigelserne – gælder det, at årsagsforholdene er uafklarede, men det formodes, at der foreligger en tidlig og dybtgående psykologisk fejludvikling.

Grænsetilstandene omfatter en særdeles heterogen gruppe, og behandlingen vil afhænge af tilstandens karakter. Skizotypiske patienter behandles ofte med støttende psykoterapi, undertiden suppleret med et lavdosis neuroleptikum givet i en mindre dosis. I andre perioder kan behandling med et antidepressivum være indiceret. Visse patienter kan drage nytte af en mere indsigtsgivende psykoterapi, som imidlertid er en udpræget specialisstopgave, bl.a. fordi forkert udført behandling kan føre til udvikling af psykotiske episoder.

Om de øvrige grænsetilstande gælder, at støttende psykoterapi hos nogle kan være af en vis værdi, men ofte er disse patienter ikke motiveret for længerevarende behandling.

De skizotypiske tilstande kan være forløberen for udvikling af en egentlig skizofreni. I andre tilfælde ses et mere godartet forløb. Nogle af disse mennesker vil aldrig søge læge på grund af deres psykiske tilstand, som de ikke selv opfatter som afvigende, fremmedartet eller »sygelig«, og mange vil være socialt veltilpassede f.eks. i stillinger, der ikke kræver megen social kontakt.

Om de øvrige grænsetilstande gælder, at der for nogle grupper kan være en forøget selvmordsrisiko og, som det ses hos karakterafvigerne, en tendens til misbrug. Prognosen er i øvrigt som for karakterafvigere.

7.12.3. Retspsykiatriske aspekter

Grænsetilstandenes retspsykiatriske placering har givet anledning til nogen usikkerhed. Alene betegnelsen »grænsepsykose« lægger næsten op til en særforanstaltning eller en benådning – grænsen kunne jo overskrides – men næppe til en tvangsindlæggelse. Igen er det naturligt at skelne mellem den skizotypiske sindslidelse og de ustabile personlighedsforstyrrelser. De sidstnævnte tilstande behandles retspsykiatrisk på linie med karakterafvigerne og vil ikke blive nærmere omtalt her.

Strafferetspsykiatrisk vil de skizotypiske tilstande som udgangspunkt være omfattet af § 69. En svært skizotypisk patient vil dog efter om-

stændighederne kunne henføres til § 16, formentlig som »ligestillet«, men praksis er særdeles restriktiv. Teoretisk vil en skizotypisk patient, der har begået en kriminel handling i en mikropsykotisk episode, være omfattet af § 16, men klinisk vil dette være vanskeligt at sandsynliggøre. Uanset de diagnostiske vanskeligheder er praksis, at skizotypiske ofte anbefales idømt en psykiatrisk særforanstaltning.

Retslægerådets Årsberetning 1989, s. 111 ff.

33-årig mand, R, var bl.a. sigtet for anden kønslig omgang end samleje med en pige under 12 år. Af mentalerklæringens konklusion fremgår bl.a., at R fra barndommen havde været kontaktsvag og ustabil. Han fandtes umoden, selvcentreret og selvhenhørende, ambivalent og kontaktsvag, hans tankegang var vag, realitetstestningen usikker. Han havde aldrig frembudt psykotiske symptomer. Overlægen diagnosticerede tilstanden som »grænsepsykotisk af den skizofreniforme type« og henførte tilstanden til § 16 samt anbefalede en dom til anbringelse. Retslægerådet udtalte bl.a., at rådet kunne tilslutte sig, at R måtte »opfattes som grænsepsykotisk med visse skizofrenilignende personlighedstræk og symptomer. Imidlertid finder rådet ikke, at hans psykiske abnormtilstand er af en sådan karakter, at den sikkert kan ligestilles med sindssygdom, hvorved især bemærkes, at han aldrig har frembudt blot kortvarige sindssygdomssymptomer eller –episoder («mikropsykotiske episoder»), ligesom han ikke har været præget af den periodiske voldsomme angst («pan-angst») eller har frembudt mere udtalte, men vekslende psykiske insufficienssymptomer, som typisk ses hos den gruppe af grænsepsykotiske, hvis tilstand er af en sådan sværhedsgrad, at den må ligestilles med sindssygdom. R må således efter Retslægerådets opfattelse snarere henføres til straffelovens § 69, stk. 1, men uanset den diagnostiske tvivl skal rådet, hvis han findes skyldig, anbefale dom til anbringelse i hospital for sindslidende«. Dette blev også resultatet; længstetiden blev fastsat til 1 år. – I en kommentar nævner rådet grænseadragningsproblemerne til skizofreni og til karakterafvigelserne samt til »atypisk manio-depressiv sygdom«. Om en restriktiv praksis se også rådets udtalelse i Bet. nr. 667/1972, s.173.

Civilretspsykiatrisk svarer grænsetilstandene, inklusive skizotyperne, ganske til karakterafvigelserne og behandles på samme måde.

7.13. Seksuelle forstyrrelser og afvigelser

Seksuelle forstyrrelser omfatter funktionelle vanskeligheder i forbindelse med normal seksuel aktivitet, medens seksuel afvigelse, eller perversion, kendetegnes ved abnorm seksuel driftsretning, abnormt seksualobjekt eller abnorm seksuel tilfredsstillelsesmåde. De egent-

7.13. Seksuelle forstyrrelser og afvigelser

lige perversioner kendetegnes endvidere ved, at personen kun kan opnå seksuel tilfredsstillelse ved den abnorme seksuelle praksis. Der kan være en glidende overgang mellem de to former for seksuelle problemer. Homoseksualitet har tidligere været opfattet som en seksuel afvigelse, men homoseksuelle ses i dag som en minoritetsgruppe inden for det normale spektrum.

Det normale har vide grænser. De seksuelle adfærdsnormer afhænger i høj grad af etnisk, kulturelt og religiøst bestemte livsformer og traditioner, og inden for samme kulturkreds sker der stadige ændringer i synet på, hvad der er normalt eller unormalt. Endelig er den normale seksuelle adfærd kendetegnet ved en stor variationsbredde. Straffelovens bestemmelser om sædelighedskriminalitet kan siges at afgrænse, hvad der fra samfundets side opfattes som uacceptabel seksuel adfærd, men mange af disse handlinger, f.eks. prostitution og alfonseri, karakteriseres først og fremmest ved, at de støder an mod en social moralitet og intet har med seksuelle afvigelser at gøre. Det samme gælder den 19-årige unge mand, der har samleje med en veludviklet 14-årig pige; i andre tilfælde af samleje med mindreårige kan gerningsmanden være seksuelt afvigende. Se i øvrigt Waaben (1994), s. 45 ff.

Seksologi omhandler det psykiatriske ekspertområde, der beskæftiger sig med seksuelle forstyrrelser og afvigelser i videste betydning, se f.eks. Preben Hertoft (1987).

7.13.1. Klinik

7.13.1.1. Almindeligst blandt de *funktionelle forstyrrelser* er den mandlige impotens, dvs. vanskelighed ved at få rejsning af penis (*erektiv dysfunktion*). Tæt forbundet hermed er for tidlig sædafgang (*ejaculatio præcox*) samt forsinket sædafgang (*ejaculatio tarda*). For kvinders vedkommende drejer det sig om svigtende evne til at opnå orgasme (*frigiditet*) samt skedekrampe (*vaginisme*). Disse forstyrrelser er oftest psykogent betingede, dvs. der findes ingen organisk årsag, men somatiske undersøgelser kan være nødvendige for at udelukke organiske faktorer.

7.13.1.2. De *seksuelle afvigelser* er mangeartede. *Transseksuelle* oplever en ændret kønsidentitet, idet de er fast forankrede i oplevelsen af at tilhøre det modsatte køn. De er følgelig intenst optaget af ønsket om ved operative indgreb at blive bragt kropsligt i overensstemmelse med deres oplevede sjælelige og kønslige habitus. De såkaldt »køns-korrigerende« indgreb omfatter – efter forudgående hormonal be-

handling – kastration (se kap. 4.6) samt, hos mænd, amputation af penis og pungen og etablering af en kunstig vagina.

Langt mindre indgribende er *transvestilisme*, hvor de pågældende oplever en seksuel tilfredsstillelse eller seksuel afspænding ved at iføre sig det modsatte køns klædedragt.

Fetichisme betegner det fænomen, at lystfølelsen knytter sig til enkelte genstande, specielt beklædningsgenstande, der ofte relaterer sig til eller symboliserer en bestemt repræsentant for det andet køn.

Blandt andre afvigende seksuelle adfærdsformer skal nævnes *ekshibitionisme*, hvor den seksuelle tilfredsstillelse opnås ved at blotte sig, samt *voyeurisme*, hvor tilfredsstillelsen opnås ved at belure andre.

Pyromani, trang til ildspåsættelse, og kleptomani, trang til tilsyneladende formålsløse tyverier, har af nogle været henført til de seksuelle afvigelser ud fra den opfattelse, at der var knyttet en seksuel lystfølelse eller afspænding til disse handlinger. Dette kan vel ses, men er i hvert fald på det bevidste plan så sjældent, at denne generelle opfattelse ikke kan opretholdes.

Sadomasochisme betyder stimulering af den seksuelle lystfølelse ved at ydmyge eller pine partneren, eller ved selv at blive pint eller ydmyget. Grænsen mellem normal variation og abnorm afvigelse er her i særlig grad flydende. En række perversioner er kendetegnet ved et fra normen afvigende seksualobjekt. Det kan eksempelvis dreje sig om børn: *pædoфи*; om gamle: *gerontofili*; om dyr: *zoofili* (crimen bestialitatis); eller om lig: *nekroфи*. Bizarre *autoerotiske* praktikker, der kan påføre personen skade eller ligefrem medføre dennes død, kan ligeledes være udtryk for en perversion.

Incest (tidligere blodskam) defineres i dansk lovgivning som seksuelt forhold mellem nært beslægtede personer. Der forekommer dog også en løsere sprogbrug, der f.eks. medtager kønsligt forhold mellem besvogrede, som tidligere var en del af det danske incestbegreb, og mellem stedfader og stedmoder. Af nogle anvendes betegnelsen »incest« mere generelt om seksuelle overgreb mod børn begået af f.eks. plejeforældre, institutionspersonale mv. Incest har tiltrukket sig betydelig interesse gennem de senere år, bl.a. som formodet årsag til psykiske vanskeligheder både i barndommen og senere i livet. Der er næppe tvivl om, at der nu registreres flere tilfælde af incest, men det vides ikke, om dette skyldes øget rapportering eller et reelt stigende antal tilfælde. Den uhensigtsmæssige anvendelse af udtrykket incest om en række andre overgreb mod børn medfører yderligere en betydelig usikkerhed om problemets faktiske omfang. Klinisk erfaring viser, at utvetydig incest mellem fader

7.13. *Seksuelle forstyrrelser og afvigelser*

og børn »runs in families«, men betydningen heraf er uafklaret. I det hele taget savnes der empirisk forskning inden for området. For en nærmere juridisk gennemgang af incest set specielt fra et offerperspektiv, se Beth Grothe Nielsen (1991).

7.13.1.3. Den væsentligste *differentialdiagnose* ved de seksuelle forstyrrelser og afvigelser vil være, om det seksuelle problem er et symptom på en bagvedliggende psykiatrisk – i sjældne tilfælde somatisk – lidelse eller er et selvstændigt, afgrænset problem hos et i øvrigt raskt menneske. Eksempelvis kan en oplevelse af at være transseksuel, og et hermed forbundet ønske om kønsskifteoperation, ses hos personlighedsmæssigt dårligt integrerede, grænsepsykotiske patienter, hvor operation må frarådes på grund af disse menneskers undertiden helt urealistiske opfattelse af, hvad et sådant indgreb indebærer, hvortil kommer deres lave belastningstærskel med risiko for udvikling af psykotiske episoder. Der kræves derfor langvarig og grundig observation før stillingtagen til operation, inklusive kastration.

7.13.2. *Årsagsforhold og behandling*

Det ovenfor anførte om det normale seksuallivs store variationsbredde gør en vurdering af hyppigheden af seksuelle vanskeligheder overordentlig usikker. Det antages imidlertid, at omkring 15 % mænd og 25 % kvinder periodisk eller mere permanent oplever seksuelle funktionsforstyrrelser, men væsentlig færre søger læge for disse problemer. Der foreligger ingen undersøgelse af hyppigheden af seksuelle afvigelser, men eksempelvis er antallet af transseksuelle såre beskedent, idet antallet af sager om kønsskifteoperation begrænser sig til nogle få pr. år.

Domme for sædelighedskriminalitet afspejler til en vis grad omfanget af »uacceptabel« seksuel adfærd, men da denne adfærd som anført ikke nødvendigvis er udtryk for en egentlig seksuel afvigelse, kan en domsstatistik ikke bruges som målestok for forekomsten af seksuelle forstyrrelser og afvigelser.

Sammenhængen mellem afkriminalisering af pornografi og fald i visse typer af sædelighedskriminalitet er beskrevet af Berl Kutchinsky i en række arbejder, se f.eks. *Pornography and its Effects in Denmark and the United States; i: Comparative Social Research* (1985).

De seksuelle forstyrrelser antages at være psykogent betinget. I ganske få tilfælde kan en somatisk årsag, dvs. misdannelse eller lignende, påvises. For nogle tilfælde af seksuelt afvigende handlinger gælder det, at de foretages af personer, som af en eller anden grund er afskåret fra at opnå normal seksuel kontakt, således at der er tale om seksuelle surrogathandlinger. Det gælder f.eks. den småtbegavede, måske lettere alkoholiserede mand, der har seksuel omgang med dyr eller mere eller mindre tilfældigt har et forhold til en mindreårig. Endvidere ses ikke helt sjældent seksuelle surrogathandlinger foretaget af ældre, begyndende demente mænd, som har vanskeligt ved at etablere og måske gennemføre et normalt seksuelt forhold. Yderligere kan den intellektuelle reduktion have medført et vist bortfald af hæmninger. Det drejer sig oftest om gensidig beføling og eventuelt masturbation med store piger – ofte fra socialt og følelsesmæssigt belastede hjem – som takkes med smågaver og lignende.

Nogle mennesker er imidlertid præget af en genuin seksuel driftsanomali, en perversion, f.eks. i form af en specifik seksuel dragning mod præpubertetspiger eller store drenge. Der er ikke hos denne gruppe påvist somatiske forstyrrelser, f.eks. i form af hormonale ændringer, og disse tilstande må således antages at være psykogent betingede. Enkelte skizofrene er præget af vekslende, ofte bizarre seksuelle adfærdsmønstre, »polymorft perverse«.

Seksuelle forstyrrelser, dvs. impotens, vaginisme osv., kan meget vel ses hos i øvrigt psykisk raske mennesker, og behandlingen vil derfor rette sig specifikt mod de seksuelle vanskeligheder i form af såkaldt samlivsterapi. Da perversionerne er psykogent betingede, vil behandlingen principielt være en form for psykoterapi, men ofte er de pågældende ikke reelt motiveret for nogen behandling. De vil måske vedgå, at de i et enkelt tilfælde er »gået over stregen«, men opfatter i øvrigt ikke sig selv som afvigende og ønsker ikke at få modificeret deres seksuelle identitet eller adfærd.

I sjældne tilfælde kommer »kønsdriftdæmpende«, medikamentel behandling på tale. Den omfatter dels Cyproteron (Androcur), som er et antiandrogen, dvs. det nedsætter koncentrationen af mandlige kønshormoner, dels et præparat som blokerer for dannelsen af et hypofysehormon af betydning for kønshormondannelsen (en såkaldt LH-RH-agonist). Begge præparater kan gives som depotinjektion, Androcur hver 14. dag, det andet hver måned. Ved denne behandling er det muligt helt at undertrykke dannelsen af mandlige kønshormoner, dvs. seksualdriften er fuldstændig ophævet. Den medika-

7.13. Seksuelle forstyrrelser og afvigelser

mentelle behandling har den afgørende fordel, at ophører man med behandlingen, normaliseres dannelsen af kønshormoner, og hermed vender kønsdriften tilbage. Såvel behandlingsindikation som terapistyring er en udpræget specialistopgave. Behandlingen, der kræver patientens accept og medvirken, anvendes over for personer dømt for grov voldtægt, som skønnes recidivtruede, og i sjældne tilfælde over for personer, der oplever deres seksuelle drift, måske i form af en mere »uskyldig« perversion som f.eks. ekshibitionisme, som en psykisk og social belastning. (Se også kap. 4.6.).

Heidi Hansen (1991) har beskrevet denne behandling samt resultatet af kirurgisk kastration anvendt over for en lignende gruppe af personer dømt for grov voldtægt.

7.13.3. Retspsykiatriske aspekter

De seksuelle forstyrrelser spiller i praksis ingen rolle inden for retspsykiatrien. Seksuelle afvigelser ses derimod relativt hyppigt i mentalobservationspraksis, mere sjældent som en retspsykiatrisk behandlingsopgave.

De seksuelle afvigelsers *strafferetspsykiatriske* placering kan undertiden volde vanskeligheder. Disse tilstande karakteriseres alene ved en normafvigende adfærd, hvor grænserne for den »normale« adfærd arbitrært er fastsat af samfundet. Mennesker med en seksuelt afvigende adfærd kan således være psykisk raske i den forstand, at de kun frembyder den normafvigende seksuelle adfærd. Praksis viser imidlertid, at denne gruppe kun yderst sjældent ses i retspsykiatrien, hvilket kan bero på, at disse mennesker indretter deres tilværelse på en sådan måde, at de ikke kommer i konflikt med lovgivningen.

Den gruppe af sædelighedskriminelle, der ses inden for retspsykiatrien, er overordentlig heterogent sammensat, og det er næppe muligt at karakterisere de seksuelle afvigelser ved særlige psykopatologiske tilstandsbilleder bortset fra den ovenfor nævnte gruppe af ældre, demente mænd. Det vil her være demensens og ikke de seksuelle handlingers grad og karakter, der bestemmer den retspsykiatriske placering i § 16 eller § 69 samt bestemmer, om en særforanstaltning kan anbefales.

Den i 1975 ophævede § 17 i straffeloven, der afløstes af den nugældende § 69, indeholdt ordene »herunder seksuel abnormitet«.

Voldtægt er ikke en seksuel afvigelse i den her anvendte betydning, men har ofte mere karakter af en aggressiv adfærd. I nogle tilfælde kan voldtægt endvidere være udtryk for hyperseksualitet. Voldtægt og forsøg herpå er den form for sædelighedskriminalitet, der hyppigst ses i forbindelse med mentalundersøgelse. Også denne gruppe er heterogent sammensat; den omfatter både åndssvage og skizofrene, enkelte med grænsetilstande, men hovedparten er karakterafvigere. Det vil være den grundliggende psykopatologiske tilstand, der bestemmer den retspsykiatriske placering, men omfanget og karakteren af den påsigtede kriminalitet vil i høj grad kunne påvirke sanktionsforslaget, f.eks. er en del af de forvaringsanbragte dømt for voldtægt.

Henning Beier (1988) har på basis af omfattende litteraturstudier givet en oversigt over teorier om voldtægt, personer dømt for voldtægt mv. Voldtægts ofre er beskrevet af Emma Vestergaard (1974).

Civilretspsykiatrisk er det eneste område, der i praksis kommer på tale, spørgsmålet om kastration i forbindelse med ansøgning om kønsskifteoperation (se kap. 4.6.). Disse vurderinger er en udpræget specialistopgave, hvor der lægges vægt på personlighedsstruktur og -stabilitet, patientens psykoseksuelle udvikling og seksuelle adfærd, forestillinger om og forventninger til resultatet af et eventuelt kønsmodificerende indgreb mv.

Afgrænsning og behandling af transseksuelle er beskrevet af Thorkil Sørensen (1984). Monografien omhandler såvel mandlige som kvindelige transseksuelle og indeholder bl.a. en efterundersøgelse af kønsskifteopererede patienter.

7.14. Åndssvaghed

Åndssvaghed (eller mental retardering) kan defineres som »en tilstand af forsinket eller mangelfuld udvikling af evner og funktionsniveau, som normalt viser sig i løbet af barndommen, og som bidrager til det samlede intelligensniveau, dvs. de kognitive, sproglige, motoriske og sociale evner og færdigheder« (ICD-10). Den psykiatriske betegnelse for tilstanden er *oligofreni*.

7.14.1. Klinik

7.14.1.1. En definition af åndssvaghed forudsætter en klarlæggelse af intelligensbegrebet. Talløse forsøg herpå har kun ført til almindelig enighed om at lægge vægten på individets evne til at indstille sin tænkning og almindelige åndelige tilpasning til nye opgaver og livsbetingelser, herunder specielt barnets evne til tilegnelse af skolekundskaber, og evnen til »social tilpasning«. Yderligere tillægges evnen til abstrakt tænkning central betydning, altså evnen til at tænke begrebsmæssigt, til at anvende tegn og symboler som ord og tal, og til at gøre brug af tidligere indvundne erfaringer.

Som hovedregel gælder, at den standsede udvikling rammer samtlige intellektuelle funktioner, omend ikke nødvendigvis i samme grad. Den oligofrene er således kendetegnet ved svigtende koncentrationsevne og opmærksomhed, mangelfuld opfattelsesevne, nedsat psykisk tempo, defekt indprentnings- og kombinationsevne og en begrænset sum af almenviden. Intelligensen kan vurderes på flere måder, men et vigtigt instrument er de psykologiske prøver, der omfatter den kognitive funktion. Resultatet udtrykkes i et tal, den såkaldte intelligenskvotient (I.Q.).

Prototypen er Binet og Simon's intelligenstag for børn fra begyndelsen af dette århundrede. Den består af gruppesæt af verbale og non-verbale opgaver, således gradueret, at et flertal af børn i en aldersklasse kunne klare opgaverne, medens kun få børn i den et år yngre aldersklasse var i stand dertil. Det var på denne måde muligt at bestemme det enkelte barns intelligensalder og – ved at udtrykke denne i procent af barnets levealder – at udregne I.Q. Kvotienterne viste sig – med et enkelt markant forbehold – at aftegne en normal fordelingskurve. Dette betyder, at der er tale om kvantitative minus- eller plusafvigelser fra en middelværdi. »Binet og Simon« må i dag anses for forældet. I stedet anvendes »WAIS« (Wechsler Adult Intelligence Scale), se 7.2.4.

Med et middeltal sat til 100 og en standardafvigelse på ca. 15 defineres åndssvaghed herefter som gruppen af personer, hvis I.Q. ligger mere end to standardafvigelser under middeltallet, dvs. under ca. 70. Sinker (inferiøre) omfatter personer med en I.Q. mellem 90 og 70. Åndssvage i lettere grad (debile): I.Q. mellem ca. 70 og 50. Åndssvage i middelsvær grad (imbecile): I.Q. mellem ca. 50 og ca. 35. Åndssvage i sværere grad: I.Q. mellem ca. 35 og ca. 20. Dybt åndssvage (idioter): I.Q. under ca. 20.

Intelligenstests kan ikke stå alene i vurderingen af åndssvaghed.

Dette skyldes dels, at årsagsmæssigt (ætiologisk) forskellige intelligensdefektiltillstande frembyder kvalitativt forskellige træk, dels at oligofreni – og specielt de lettere former – ikke er stationære tilstande. De kvantitative målinger suppleres derfor med færdighedsbetonede adfærdsbeskrivelser, specielt vedrørende evnen til social tilpasning.

Ikke sjældent vil den mentale retardering, og især de mere udtalte former, være kompliceret af epilepsi, somatiske (ofte motoriske) handicap og diverse sansedefekter. Nogle vil, ud over den svage begavelse, være præget af karakterologiske afvigelser. Oligofrene har endvidere et øget beredskab for psykotiske reaktioner. Disse episodiske psykoser kan optræde spontant, men udløses især når de pågældende konfronteres med komplicerede eller uvante situationer. Tilstandsbillederne er især kendetegnet ved ukontrollerede affektreaktioner med eventuel voldelig adfærd, delirøst præget desorientering og usystematiske, skizofrenilignende vrangideer og hallucinatoriske oplevelser. I øvrigt kan alle de psykiske sygdomme også ses hos åndssvage.

7.14.1.2. De sværere tilfælde af oligofreni volder kun sjældent *differentialdiagnostiske* vanskeligheder. I de lettere tilfælde af mental retardering må muligheden af ordblindhed og læsesvaghed (dysleksi), en bagved liggende epileptisk lidelse samt endelig social understimulation have in mente.

Infantil autisme (Kanner-psykose) og *Aspergers syndrom* er gennemgribende udviklingsforstyrrelser, som allerede viser sig i den tidlige barndom. I sine svære former er autisten helt indelukket i sig selv uden nogen kontakt til omverdenen samt præget af stereotype, rutinemæssige aktiviteter. Op mod halvdelen af disse patienter er sprogløse. Aspergers syndrom minder på nogle områder om infantil autisme, og det er uafklaret, om der er tale om to selvstændige sygdomsenheder eller om variationer i sværhedsgrad eller klinisk manifestation inden for samme sygdomsspektrum. Årsagen til disse tilstande antages at være neurobiologiske forstyrrelser. Disse patienter er ikke nødvendigvis åndssvage i traditionel betydning, men deres tilstand og adfærd er således, at de dårligste bedst plejes og behandles inden for særforsorgen. Andre kan som unge og voksne fremtræde begavet inden for normalområdet, men så aparte i adfærd, tænkning og social forståelse, at de må opfattes som sindssyge eller i en hermed ligestillet tilstand.

7.14.2. Årsagsforhold og behandling

Prævalensen af mental retardering, forstået som den procentvise forekomst af indberettede tilfælde på et givet tidspunkt, er afhængig af

alderen, idet et stort antal først vil blive registreret ved skolegangens begyndelse. Den totale prævalens ligger omkring 1 %, hvortil kommer ca. 2 % i sinkegruppen. Den før nævnte afvigelse fra den normale I.Q.-fordeling i befolkningen fremtræder på fordelingskurven som en relativ forøgelse af antallet af de sværest retarderede. Årsagen hertil er en ophobning af patologiske tilfælde af specifik ætiologi til forskel fra de »normale« minusvarianter. En mindre gruppe af disse »patologiske« oligofreniformer er arveligt betinget, mens flertallet er forårsaget af hjerneskader, pådraget før, under eller umiddelbart efter fødslen.

En ætiologisk relativt klart afgrænset gruppe udgøres af specifikke kromosomanomalier. Hyppigst blandt disse er *Down's syndrom* (mongolisme), som beror på en abnormitet (»trisomi«) af kromosom 21, og som i nogen grad har sammenhæng med høj mødrealder. Diagnosen stilles på det karakteristiske ansigtsudtryk: flad profil, skrå øjenspalte, deformede øren mm. Denne gruppe responderer i almindelighed gunstigt på intellektuel og færdighedsmæssig stimulation og vil oftest være at finde i gruppen af debile.

Blandt de kønskromosomale anomalier skal nævnes *Klinefelters syndrom* (47,xxy), kendetegnet ved mangelfuld udvikling af testes og de sekundære kønskarakterer, hvortil kommer lettere mental retardering. Det samme gælder personer med kromosombesætning 47,xyy, som derudover i almindelighed er karakteriseret ved øget længdevækst (> 180 cm).

De tidligt erhvervede hjerneskader kan være forårsaget af betændelsestilstande eller traumatiske påvirkninger, af stofskifteforstyrrelser eller forstyrrelser af den indre (hormonale) sekretion. Eksempelvis kan nævnes infektion med røde hunde inden for de første svangerskabsmåneder; kighoste- eller mæslingesmitte tidligt efter fødslen; kompliceret eller for tidlig fødsel, eventuelt med svigtende ilttilførsel til hjernen (asfyksi); samt nedsat funktion af skjoldbruskkirtlen (myxødem).

Af særlig terapeutisk interesse er den (recessivt) arveligt betingede stofskifteanomali: fenylketonuri (Føllings sygdom), hvis progredierende forløb lader sig standse ved en diæt, som ikke indeholder aminosyren fenylalanin, gennem de første 10-12 leveår. Denne sygdom er stort set udryddet her i landet, hvor alle børn ved fødslen screenes for fenylketonuri.

De væsentligste behandlingsprincipper er af miljøterapeutisk og pædagogisk beskaffenhed. Ved at tilpasse og graduere den oligofrenes sociale situation til den pågældendes intellektuelle formåen og emo-

tionelle behov tilstræbes det at strukturere tilværelsen og indgive tryghed. De direkte pædagogiske bestræbelser tilsigter at stimulere latente udfoldelsesmuligheder og at opøve praktiske færdigheder frem for at koncentrere sig om de evidente defekter.

Epilepsi, psykotiske episoder og andre ledsagesygdomme til oligofreni behandles efter de sædvanlige retningslinier for behandling af disse lidelser. I tilfælde med en specifik kendt årsag til den mentale retardering kan diætetisk eller medikamentel – f.eks. hormonal – behandling komme på tale.

Hertil kommer specielle hjælpeforanstaltninger over for de multihandikappede patienter. Det vil dreje sig om sansekorrektioner, ortopædiske indgreb og fysiurgiske behandlingsformer som gangøvelser, muskeltræning mm.

7.14.3. Retspsykiatriske aspekter

Tilfælde af åndssvaghed i højere grad er *strafferetspsykiatrisk* omfattet af § 16, stk. 1. I praksis drejer det sig om de middelsvært åndssvage og eventuelt enkelte placeret i den nederste del af debilområdet. Personer med en mere udtalt intelligensdefekt vil hyppigt være institutionsanbragte og i øvrigt så dårligt fungerende, at de normalt heller ikke kan foretage kriminelle handlinger. Den gruppe, der kan volde diagnostiske problemer, er de lettere åndssvage og personer, der befinder sig i overgangszonen mellem debilområdet og sinkestadiet (§ 16, stk. 2, se kap. 3.3). I vurderingen af denne persongruppe er det specielt vigtigt at inddrage de pågældendes evne til social tilpasning, personlighedsforstyrrelser og eventuelle somatiske handicap. Nogle lettere åndssvage kan fremtræde med en facade, der dækker over deres handicap. Her vil en intelligenstag, som altid bør foretages, oftest fastslå diagnosen.

Praksis er, at tilstande lavt i sinkeområdet, på grænsen til åndssvaghed i lettere grad, som udgangspunkt »ligestilles«, i hvert tilfælde såfremt der tillige kan påvises personlighedsforstyrrelser. Andre sinker i den nedre halvdel af sinkeområdet kan undertiden ligestilles med åndssvage, såfremt der er alvorlige komplicerende lidelser af fysisk eller psykisk art, som påvirker den pågældendes samlede funktionsniveau i væsentlig grad. Denne gruppe er i øvrigt omfattet af § 69, og i disse tilfælde kan social støtte i form af tilsyn af kriminalforsorgen, eventuelt med vilkår om institutionsophold, komme på tale, eller i nogle tilfælde en psykiatrisk særforanstaltning. Sinker op mod græn-

sen til normalområdet er også omfattet af § 69, men i disse tilfælde vil der kun sjældent kunne peges på en særforanstaltning.

Både for gruppen af lettere åndssvage og for de tilstande, der ganske ligestilles med åndssvaghed, vil det lægelige udgangspunkt være at anbefale en særforanstaltning. Åndssvage, der også er sindssyge, er naturligvis omfattet af § 16; problemet vil være, om den optimale særforanstaltning ligger inden for særfor sorgen eller psykiatrien. Der kan næppe opstilles generelle retningslinier for, hvilken foranstaltningstype der må anbefales, men der er eksempler på, at Retslægerådet har anbefalet en psykiatrisk særforanstaltning.

Retslægerådets Årsberetning 1990, s. 75 ff.

A var en 32-årig enligboende kvinde, som blev sigtet for brandstiftelse. Hun var sammen med 5 søskende opvokset hos enlig fader, der havde drevet »smugkro« i A's barndom. Hun havde allerede dengang haft et alkoholforbrug. Hun blev otte år gammel optaget under åndssvageforsorgen og var i sin barndom og ungdom på forskellige institutioner, senere i familiepleje. A var begavelsesmæssigt placeret på overgangen mellem åndssvaghed i lettere grad og sinkestadiet. Da A var i begyndelsen af tyverne, kunne hun læse lette tekster, men f.eks. ikke følge underteksterne på TV. Hun var stort set selvhjulpent, men skulle dog støttes i personlig hygiejne. Hun kunne finde rundt i kendte omgivelser, og hun kendte pengene. A havde siden barndommen haft en ret svær talefejl, og hendes sprog kunne være næsten uforståeligt. Da A var ca. 25 år gammel, levede hun nogle år i et parforhold med en noget ældre mand. De fik et barn, som blev institutionsanbragt, da forholdet blev opløst. A havde efterfølgende kun sporadisk kontakt med barnet. A levede meget isoleret, og hendes økonomi blev i praksis administreret af socialkontoret. Hun havde gennem flere år misbrugt alkohol og var svært beruset, da hun foretog ildspåsættelsen. Ved mentalundersøgelsen fandtes hun omfattet af § 16, stk. 2. Socialforvaltningen var indstillet på at støtte hende, hvorfor overlægen fandt tilsyn af kriminalforsorgen med vilkår om alkoholistbehandling tilstrækkeligt. Retslægerådet udtalte bl.a., at A »...begavelsesmæssigt (er) fundet placeret på overgangen mellem åndssvaghed i lettere grad og sinkestadiet. Hun er hertil i betydelig grad hæmmet af en udtalt talededefekt. Personlighedsmæssigt er hun beskrevet som kortsynet, præget af manglende stabilitet og usikker social tilpasning samt af betydelige vanskeligheder ved at etablere og vedligeholde kontakt til andre mennesker. Retslægerådet vil herefter ved en samlet vurdering af hendes tilstand finde, at hun befinder sig i en tilstand af åndssvaghed i lettere grad eller i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed«. Rådet anbefalede inddragelse under åndssvageforsorg, hvilket også blev resultatet.

Retslægerådets Årsberetning 1992, s. 53 ff.

B var en 32-årig ugift mand, der var sigtet for brandstiftelse. Han var åndssvag og havde fra barndommen i lange perioder været anbragt på socialpædago-

Kap. 7. Klinisk psykiatri

giske institutioner. Fra puberteten havde han udvist adfærdsforstyrrelser i form af voldsomme raserianfald, manglende initiativ, tilbøjelighed til social isolation og angst, når han følte sig utryk ved sine omgivelser. Fra 19-års alderen havde B udvist tegn på egentlig psykisk sygdom med bl.a. hallucinationer og vrangforestillinger. Han havde i flere år vedvarende været i behandling med antipsykotisk virkende medicin. Ved mentalobservationen fandtes B åndssvag (debil) og sindssyg. Han blev henført til § 16, stk. 1, og overlægen anbefalede dom til ambulant psykiatrisk behandling med tilsyn af kriminalforsorgen og mulighed for indlæggelse. Retslægerådet tilsluttede sig erklæringens konklusion og udtalte bl.a., at B havde behov såvel for socialpædagogisk støtte og behandling som for psykiatrisk behandling med bl.a. antipsykotisk virkende medicin. I en kommentar bemærker rådet, at netop denne patientgruppe kan være vanskelig at placere, idet de socialpædagogiske institutioner ikke er indrettet til at varetage behandlingen af disse patienter, som der på den anden side ofte ikke er plads til på de psykiatriske afdelinger ud over akut og kortvarig behandling ved forværring af den psykotiske tilstand.

Om kriminelle åndssvage henvises navnlig til Bet. nr. 955/1982. – Jens Lund (1990) har bl.a. påvist, at det antal, der var undergivet en foranstaltning for åndssvage, faldt voldsomt i 1970-84, i det væsentlige fordi antallet af sinker på grænsen til åndssvaghed i lettere grad faldt. Den kriminelle aktivitet i denne gruppe af dårligt begavede faldt imidlertid ikke, men de blev i stedet idømt almindelige straffe, typisk for berigelseskriminalitet. Antallet af egentlige åndssvage, der blev idømt en særforanstaltning, steg imidlertid, ligesom kriminalitetsmønstret ændrede sig fra overvejende ejendoms kriminalitet først i undersøgelsesperioden til overvejende vold, ildspåsættelse og sædelighedskriminalitet i den sidste del. Der findes ikke nyere undersøgelser, der belyser kriminalitetsudviklingen blandt åndssvage

Åndssvaghed i sig selv hjemler ikke ret til tvangsanvendelse, herunder tvangsmæssig anbringelse på socialpædagogisk institution. Udvikler en åndssvag en psykotisk tilstand, kan tvangsindlæggelse og eventuelt tvangstilbageholdelse om nødvendigt finde sted. *Civilretspsykiatrisk* er det hyppigst forekommende spørgsmål umyndiggørelse.

I Bet.nr. 1247/1993, s. 107 f. oplyses, at knap 25 % af dem, der umyndiggøres, er åndssvage, og det kan med nogen usikkerhed beregnes, at der på landsplan er ca. 800 åndssvage, der er umyndiggjorte. I forbindelse med udvalgets forslag henvises til kap. 4.2 om ny lovgivning.

7.15. Alkoholisme

7.15.1. Begreb og inddeling

Alkoholisme i videste forstand er tilstande, som er karakteriseret ved, at indtagelse af alkohol medfører somatiske, psykiske og/eller sociale skader, og ved en fortsættelse af alkoholindtagelsen, konstant eller periodisk, som den pågældende ikke kan kontrollere. Ud fra de formodede årsagsforhold, de fremherskende drikkevaner og skadevirkningernes art kan alkoholisme inddeles i følgende undergrupper, som dog jævnligt griber ind over hinanden.

Et episodisk misbrug, *alcoholismus episodicus*, kendetegnes ved tidsbegrænsede, voldsomme drikketure, medens *alcoholismus habitualis* betegner tilfælde, hvor misbruget er permanent.

Symptomatisk alkoholmisbrug, *alcoholismus symptomaticus*, defineres som et alkoholmisbrug, der er sekundært i forhold til en til grundliggende sjælelig eller legemlig lidelse. Såfremt misbruget, uafhængigt af de oprindelige årsagsforhold, er kendetegnet ved, at den pågældende ikke evner at styre og kontrollere alkoholindtagelsens omfang og at standse et igangværende drikkeri, er der tale om *alcoholismus addictivus* (»loss of control« og »inability to stop«). Denne tilstand er videre kendetegnet ved, at alkoholmisbrugeren har udviklet afhængighed af alkohol og viser abstinenssymptomer ved ophør af alkoholindtagelsen. Tæt forbundet hermed er et behov for stadig øget dosis for at opnå samme rusvirkning (øget tolerans).

Betegnelsen kronisk alkoholisme, *alcoholismus chronicus*, anvendes såvel om det fænomen, at den pågældende drikker videre, endnu inden den forudgående drikketurs eftervirkninger har tabt sig (»morgendrikketrang«), som om alkoholmisbrug, der har medført varige sociale skadevirkninger og/eller somatiske eller psykiske komplikationer.

ICD-10 anvender betegnelserne akut intoksikation, skadeligt brug og afhængighedssyndrom for såvel alkohol som euforiserende stoffer. Inden for hver hovedgruppe anføres – i form af et tal – det stof, der misbruges; 10 er således alkohol, 11 er opioider (dvs. bl.a. heroin) – og 17 er tobak. Tilstanden kan yderligere konkretiseres, stadig ved anvendelse af et tal: F 10.23 betyder således, at personen misbruger alkohol (10), at der er tale om et afhængighedssyndrom (.2), og – det sidste 3-tal – at den pågældende er »afholdende under aversiv medikamentel behandling«, dvs. antabus.

Blandt de nyeste publikationer, der belyser udviklingen i alkoholmisbruget

Kap. 7. Klinisk psykiatri

(og i misbruget af euforiserende stoffer), skal nævnes rapporten Misbrug – behandlingsindsats og tilgrænsende foranstaltninger (1992) og Alkohol- og narkotikamisbruget 1992 (1993). Om alkohol som kriminogen faktor, se Stephan Hurwitz og Karl O. Christiansen (1968). Om en lægelig indfaldsvinkel henvises til Klinisk Psykiatri (1994), specielt hvad angår den mangfoldighed af psykiske abnormtilstande, et alkoholmisbrug kan føre med sig.

7.15.2. Akutte alkoholbetingede abnormtilstande

7.15.2.1. Den normale svære rus (ebrietas) opfylder teoretisk samtlige det akutte organiske psykosyndroms kriterier: hæmningsbortfald; svigtende selvkontrol og –kritik; affektiv labilitet; usikker motorik; nedsat bevidsthedsklarhed stigende til bevidsthedsplumring, sopor og, i de sværeste tilfælde, alkohol-coma. Når tilstanden alligevel ikke henregnes til psykosekategorien, beror det dels på tradition, dels på fænomenets hyppighed og den udbredte accept, hvormed det omfattes. Rusens fremtrædelsesformer er underkastet betydelige individuelle variationer, fra en lidt fjoget opstemthed til en vredladen, irriteret, undertiden aggressiv adfærd, ligesom den aktuelle drikkesituation vil farve billedet. Også den kliniske påvirkningsgrad ved samme alkoholpromille i blodet er individuelt varierende.

I intervallet 0-0,8 promille vil 25% af de undersøgte fremtræde som klinisk påvirkede. Ligger koncentrationen mellem 0,8 promille og 1,2 promille, vil mellem halvdelen og to trediedele være påvirkede. Ved en koncentration over 2 promille vil i realiteten alle vise tegn på påvirkethed.

Alkohol nedbrydes med nogenlunde konstant hastighed, dvs. til dels uafhængigt af blodkoncentrationen. Dette muliggør med ganske stor sikkerhed tilbageregning af koncentrationen fra undersøgelsestidspunktet til et nøjere bestemt forudgående tidspunkt (eventuelt «gerningstidspunktet»). Eliminationshastigheden ligger på omkring 0,15 promille i timen (svarende til ca. 7 g ethanol). Det betyder, at det vil tage ca. 1 1/2 time at eliminere de ca. 0,2 promille, som svarer til indtagelsen af en »genstand« (ca. 10 g ren alkohol). Hos visse mangeårige alkoholmisbrugere ses en øgning af eliminationshastigheden og/eller en forøget evne til at »bære« rusen (metabolisk, henholdsvis farmakologisk toleransøgning).

Ved en eventuel detentionsanbringelse er det vigtigt at kunne udelukke andre årsager til bevidsthedsuklarhed end alkoholintoksikationen, specielt hovedtraumer, stofskiftesygdomme (f.eks. sukkersyge), forgiftningstilstande mv., hvor adækvat behandling er absolut indiceret. Afrusning af den svære, akutte rustilstand kræver således obser-

vation med henblik på udelukkelse af somatiske komplikationer samt kontrol af begyndende abstinensfænomener. Indlæggelse i psykiatrisk skadestue eller afdeling kan være nødvendig.

Den i øvrigt ukomplicerede rustilstand kræver normalt ikke behandling. Ved udtalt uro kan der eventuelt gives et lavdosis neurolepticum, f.eks. haloperidol. En egentlig forgiftningstilstand kræver intensiv overvågning af bl. a. respirationen.

7.15.2.2. Ved den *patologiske rus* (den abnorme alkoholreaktion eller atypiske rus) foreligger der en kvalitativt ændret reaktion på alkoholindtagelse. Tilstanden er sjælden. Tilstandsbilledet er kendetegnet ved en pludseligt indsættende bevidsthedsændring, som, i reglen efter nogle timers forløb, og efter at den pågældende har sovet, hæves lige så akut, hvorefter patienten vil være uden erindring om handlingsforløbet inden for det relevante tidsrum.

Den patologiske reaktion på alkoholindtagelse vil i nogle tilfælde fremtræde under et delirøst billede, præget af uro, aggressivitet, måske ledsaget af hallucinatoriske oplevelser og voldelig adfærd, i andre tilfælde vise sig i form af en tågetilstand (»ambulatorisk automatisme«). Især om den delirøse tilstand gælder det, at patientens adfærd forekommer personlighedsfremmed. Endvidere er det karakteristisk, at den patologiske reaktion er fuldstændig afvigende fra patientens normale reaktion på alkoholindtagelse.

Den patologiske rus indtræder allerede efter indtagelsen af få genstande, men det hænder, at patienten fortsætter med at drikke, efter at den abnorme reaktion er indtrådt, hvad der naturligvis kan vanskeliggøre diagnosen. Amnesien er i nogle tilfælde total, i andre tilfælde kan der restere sparsomme fragmentariske, tidvis drømmeagtige og vage erindringer om det forefaldne, som billeder eller filmklip (uden lyd). Patienten vil normalt ikke kunne sætte disse vage erindringsfragmenter ind i nogen sammenhæng og ej heller genkalde sig følelser eller tanker forbundet hermed. Amnesien angives i visse tilfælde at kunne optræde med kortere eller længere tids forsinkelse, således at den pågældende initialt har erindring om enkelte episoder for senere at angive total glemsel for det passerede.

Retslægerådets Årsberetning 1992, s. 56 ff.

En 22-årig mand A, psykisk og legemlig rask, blev sigtet for vold mod tjenestemand i funktion. Han havde i løbet af en aften med nogle bekendte drukket ca. 5 øl og noget rom. Sammen forlod de en lejlighed, og fra det tidspunkt

Kap. 7. Klinisk psykiatri

huskede A intet, før han vågnede op i detentionen. Af sagen fremgik, at gruppen var taget ind på Rådhuspladsen, hvor A var »mærkelig« og grædende. Hans tilstand var så afvigende fra hans normale, at de venner, han var sammen med, tilkaldte politiet. A overfaldt pludselig en kvindelig betjent efter at have sagt, om han skulle »gå på hende?«. På stationen var han nærmest bevidstløs, hvorfor han blev bragt til skadestue, hvor han igen var voldelig. Ved mentalundersøgelsen fandtes A upåfaldende; han var socialt velfungerende. Der var ingen mistanke om organisk hjernelidelse, EEG var normalt. De påsigtede handlinger var ganske personlighedsfremmede. Retslægerådet tilsluttede sig mentalundersøgelsens konklusion, hvorefter A havde befundet sig i en patologisk rustilstand, og han fandtes således omfattet af straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt. Lægeligt kunne der ikke peges på nogen særforanstaltning som formålstjenlig. Sagen endte med tiltalefrafald.

Litteraturen om de patologiske rustilstande er sparsom, men der findes en dansk oversigtsartikel om emnet, B. Florian Sørensen (1965).

Formentligt disponerende for den abnorme alkoholreaktion er – ud over et kronisk misbrug – organiske, specielt traumatisk betingede, hjernelidelser, epilepsi, forudgående psykisk eller fysisk overbelastning og søvnmangel. Men ofte findes ingen af de nævnte disponerende faktorer. Der findes ingen specifik behandling af tilstanden. Væsentligst er at forsøge at hindre, at patienten skader sig selv eller andre. En eventuel urolig og aggressiv adfærd kan dæmpes med et lavdosis neurolepticum.

7.15.2.3. Det såkaldte alkoholiske »black out«, som holdes adskilt fra patologisk rus, er kendetegnet ved, at der hos en svært alkoholpåvirket person pludselig indtræder en tilstand, hvor patienten efterfølgende ikke – eller kun delvis – kan huske, hvad der er foregået. Patienten kan virke upåfaldende eller være præget af den for tågetilstandene karakteristiske lette adspredthed eller fjernhed. Ofte ses erindringer om hændelsesforløbet i »black-out«-perioden at vende tilbage den følgende dag, eventuelt når patienten af andre informeres om, hvad der er sket.

7.15.2.4. *Delirium tremens* er en akut indsættende organisk, delirøs psykose, der udvikles hos patienter efter et mangeårigt svært alkoholmisbrug, typisk 15-20 genstande dagligt i mere end 10 år. Tilstanden kan være livstruende. Efter en indledende fase præget af angst, uro, søvnløshed, pulsstigning og rysten på hænderne (tremor) melder sig livlige synshallucinationer, ofte i form af skræmmende syner af små

dyr eller genstande i livlig bevægelse (edderkopper, slanger osv.) og eventuelt følehallucinationer, hvor patienten mærker de små dyr krybe rundt på sig. Hertil følger sig tiltagende bevidsthedsplumring med (allopsykisk) desorientering i tid og sted, medens den autopsy-kiske orientering om egen identitet længe vil kunne bevares intakt. Ubehandlet vil temperaturregulationen kunne svigte og tilstanden føre til døden på grund af kredsløbssvigt. Under hele forløbet, som typisk er af svingende intensitet, vil patienterne være præget af udtalt suggestibilitet. I 10-15% af tilfældene forudgås deliret af et universelt krampeanfald.

Differentialdiagnostisk skelnes et delirium tremens fra andre delirøse tilstande bl.a. på de visuelle hallucinationers livagtighed og særlige indhold, den svære tremor (deraf navnet), suggestibiliteten og desorienteringens særpræg.

Ofte har det alkoholiske delir været forudgået af en særlig svær drikketur. Det er således ikke sjældent at finde alkohol i blodet såvel under det eventuelle initiale krampeanfald som i delirets tidlige stadier. Alligevel taler meget for, at der i begge tilfælde er tale om abstinensfænomener, således at forstå, at det er et fald i blodalkoholkoncentrationen, som er den udløsende faktor (relativ abstinens).

Delirium tremens behandles her i landet oftest med et barbitursyrepræparat, enten barbital (Diemal, synonymt med det tidligere anvendte Veronal) eller Fenemal. Der gives Diemal i tabletform, 500 mg per dosis (2 tabletter), indtil patienten falder i søvn, hvilket jævnligh kræver op til 4-5 g Diemal. Subsidiært anvendes et benzodiazepin-præparat, ofte diazepam (Stesolid) i doser på 10-20 mg intravenøst. Ved rettidigt institueret behandling suppleret med B-vitamin (thiamin) i store doser ligger dødeligheden på under 1%, medens den i ubehandlede tilfælde er ca. 15%.

7.15.2.5. *Wernickes syndrom* (polioencephalitis hæmorrhagica superior) er betegnelsen for et andet akut indsættende organisk psykosyndrom, der ikke sjældent udvikles på grundlag af et alkoholisk delir og som dette er præget af bevidsthedsplumring og desorientering. Tilstanden er herudover kendetegnet ved neurologiske symptomer i form af usikker gang, øjenmuskellammelser og rykvisse øjenbevægelser fra side til side (nystagmus).

Wernickes syndrom skyldes B-vitaminmangel, som alkoholikere kan udvikle på grund af insufficient ernæring i kombination med, at

forbrænding af alkohol beslaglægger organismens B-vitaminer. Behandlingen er følgerlig tilførsel af store mængder B-vitamin (især thiamin). Det er vigtigt, at tilstanden erkendes og behandles inden for 24 timer, idet der da er mulighed for fuldstændig helbredelse. I modsat fald kan patienten udvikle en svær demenstilstand (Korsakoff-psykose).

7.15.3. *Kroniske alkoholbetingede abnormtilstande*

7.15.3.1. Den alkoholiske *Korsakoff-psykose* er, ligesom Wernickes syndrom, betinget af B-vitaminmangel (thiaminmangel). Det fælles patologisk-anatomiske substrat er punktformede blødninger i hjernens basale afsnit. Klinisk fremtræder tilstanden som et kronisk, organisk psykosyndrom. Tilstandsbilledet får sit specifikke præg i kraft af ekstremt udtalte hukommelsesforstyrrelser, hvor især indprentningsevnen er svært kompromitteret, medens opmærksomheden er relativt velbevaret. Patienten kan således gentage ord eller sætninger, men glemmer så alt. Patienternes tankegang præges derved af idelige »erindringslakuner«, som de søger at udfylde ved hjælp af frie fantasier om opdigtede hændelser (konfabulationer). Til det komplette sygdomsbillede hører en markant suggestibilitet og symptomer på »nervebetændelse« (polyneuropati).

7.15.3.2. Ved den *alkoholiske hallucinose* vil patienten opleve, at han hånes og bagtales af stemmer, om hvis realitet han i oplevelsesøjeblikket ikke nærer tvivl. Stemmernes livagtighed kan være så stor, at patienten går til angreb på sagesløse forbipasserende. Hallucinosen indtræder akut og vil oftest klinge af efter længere tids afholdenhed. Tilstanden skyldes selve alkoholmisbruget, og den kausale behandling vil derfor være total afholdenhed. I nogle tilfælde, og specielt hvis patienten recidiverer til sit alkoholmisbrug, vil tilstanden dog kunne antage et kronisk, skizofrenilignende forløb.

7.15.3.3. *Alkoholforryktheden* (paranoia alcoholica) har i de fleste tilfælde karakter af en jalousiforrykthed (paranoia zelotypica): patientens tankeliv og adfærd er totalt behersket af forvisningen om ægtefællens eller kærestens (påståede) utroskab. Selv den uskyldigste detalje mistydes og fortolkes for derved at tjene som præmis for denne forudfattede konklusion. Bag patientens ikke sjældent brutale, voldelige fremfærd synes i mange tilfælde at ligge en abnorm

selvsikkerhed og sårbarhed samt en erkendelse af egen menneskelige og sociale deroute og eventuelle seksuelle utilstrækkelighed.

Modsat hallucinosen vil alkoholparanoiaen ofte antage et kronisk forløb, selv om det skulle lykkes at holde patienten alkoholfri gennem længere tid, og tilstanden kan være vanskelig at skelne fra den karakterogene jalousiforrykthed.

7.15.3.4. Et mangeårigt alkoholmisbrug kan føre til udviklingen af et kronisk, organisk psykosyndrom, en *alkoholbetinget demenstilstand*, som typisk fremtræder som en sjælelig og personlighedsmæssig primitivisering. Patienten virker i tiltagende grad selvcentreret, følelsesmæssigt affladet, irriteret og vredladet, undertiden selvopgivende, forsømmelig og glemsom. Tilstanden fører ofte til social deroute. Der kan imidlertid længe være tale om en »pseudodemens«, hvor patienten vil kunne restitueres, såfremt han bliver totalt afholdende gennem en længere periode.

Kronisk alkoholmisbrug kan også medføre en række somatiske lidelser, f.eks. fedtlever (steatosis hepatis), der kan gå over i skrumpelever (cirrhosis hepatis), som er en livstruende tilstand. Andre legemlige komplikationer er mavesår (ulcus), betændelse i bugspytkirtlen (pancreatitis) og »nervebetændelse« (polyneuropati) specielt i benene, med styringsbesvær og en fornemmelse af, at benene »sover«. Om mange af de somatiske og psykiske komplikationer gælder, at total afholdenhed kan føre til fuld restitution. Der er ikke nødvendigvis nogen sammenhæng mellem sværhedsgraden af de somatiske og de psykiatriske komplikationer, og nogle mennesker kan have et årelangt overforbrug af alkohol, uden at det medfører psykiske eller legemlige skader.

7.15.3.5. Den væsentligste *differentialdiagnose* ved et alkoholmisbrug er at vurdere, om der er tale om et symptomatisk misbrug – altså om det er en bagvedliggende somatisk eller psykisk lidelse, der er årsag til misbruget. Specielt skal nævnes muligheden af en depressiv tilstand. Det har været påpeget, at det højere antal mandlige end kvindelige alkoholikere modsvares af et tilsvarende højere antal kvinder med depressive lidelser. Pointen er, at nogle mænd skulle forsøge at selvbehandle en depressiv tilstand med alkohol.

7.15.4. Årsagsforhold og behandling

Medens den almindeligt foretrukne form for alkohol før første verdenskrig her i landet var brændevin (snaps), har øl været helt domi-

nerende indtil de senere år, hvor vin er blevet mere og mere almindelig. Det årlige forbrug siden anden verdenskrig er fordoblet, men har de senere år ligget ret stabilt på mellem 11,5 og 12 liter ren alkohol pr. person over 14 år. Kun mindre end 10% af befolkningen nyder slet ikke alkohol. Gennemsnitligt ligger kvindernes konsum på en trediedel af mændenes, ligesom kvindernes misbrug gennemsnitligt indledes 10-15 år senere end mændenes, nemlig i 30-35 års alderen. Men kvindernes andel af de alkoholskadede er stigende.

Det samlede antal alkoholister her i landet skønnes at ligge omkring 200.000. Omfanget af alkoholens skadevirkninger giver sig bl.a. udtryk i, at omkring en trediedel af samtlige indlæggelser i landets psykiatriske afdelinger har deres baggrund i alkoholmisbrug.

Det er normalt ikke muligt at pege på en enkelt årsag til, at en person udvikler et alkoholmisbrug. Tvillingundersøgelser og de senere års adoptionsundersøgelser viser, at en arvelig faktor i visse tilfælde indgår i årsagskæden, specielt ved addiktivt alkoholmisbrug. Personlighedsmæssige faktorer kan disponere til misbrug, det gælder f.eks. de selvusikkert-sensitive, dysforiske eller holdningsløse karaktertyper. Samtidig vil belastende livsbegivenheder ofte kunne igangsætte og vedligeholde et alkoholmisbrug. Endelig er miljøfaktorer, i form af de i tiden og på stedet herskende drikkevaner, og ganske særligt drikkevanerne i familien og på arbejdspladsen, væsentlige årsagsfaktorer, såvel hvad angår alkoholismens hyppighed i totalbefolkningen, som hvad angår misbrugets udvikling hos den enkelte.

Det følger af alkoholismens sammensatte årsagsforhold, at behandling og forebyggelse vil være af såvel medicinsk som psykologisk og social karakter.

Et væsentligt element i behandlingen vil ofte være antabus. En vellykket antabusbehandling kræver ikke blot accept, men også patientens eksplicitte ønske om at blive afvænnet. Indtager en person i antabusbehandling alkohol, udvikler den pågældende nogle ubehagelige legemlige symptomer, og behandlingen kan således understøtte et ønske om at ophøre med misbruget. Patienten vil så restitueres i fysisk og psykisk henseende, men det afgørende for behandlingsresultatet er samtidigt i videst mulig udstrækning at sanere patientens sociale, familiære og økonomiske situation samt at yde en individuelt tilpasset støtte og behandling. Dette sidste kan ske enten ved individuel samtaleterapi eller ved gruppepsykoterapi. Behandlingen kan effektueres på psykiatriske hospitalsafdelinger, på amtskommunale alkoholambulatorier eller på ambulatorier i privat regi

(»Lænken«, »Ring i Ring«). Hertil kommer nogle få behandlingshjem, forsorgshjem, herberger mv.

Det har været en almindelig erfaring fra de traditionelle alkoholambulatorier, at omkring en trediedel af et uselekteret patientmateriale ophørte med alkoholmisbruget ved behandling, en trediedel recidiverede periodisk, men fik det alt i alt bedre, og en trediedel fortsatte med misbruget. Gennem de senere år har nogle amter radikalt omlagt organisationen af alkoholistbehandlingen; der er f.eks. amter, hvor antabus ikke anvendes ved amtets behandlingsinstitutioner. Er antabus indiceret, henvises patienten til sin praktiserende læge. Behandlingsresultaterne ved denne nye struktur kendes endnu ikke.

Antabus (disulfiram) blokerer nedbrydningen af alkoholmetabolitten acetaldehyd. Alkohol-antabus-reaktionen må således (i det væsentlige) opfattes som en akut acetaldehydforgiftning. Den ytrer sig i form af hjertebanken, ansigtsblussen, hovedpine, kvalme og opkastninger. Derved får antabusindgift præventiv virkning mod alkoholindtagelse. Behandlingen indledes med en dosis på 800 mg disulfiram (2 tabletter) i 2 dage og derefter 400 mg (eventuelt 600 mg) 2 gange ugentlig. Behandlingen bør varetages af en neutral instans (f.eks. egen læge eller alkoholambulatorium) og ikke af ægtefælle eller andre pårørende.

Alkohol-antabus-reaktionen er ubehagelig, men normalt ufarlig. Forsigtighed må dog tilrådes hos patienter med hjertesygdomme. En alkohol-antabusreaktion kan behandles med gængse antihistaminvirkende præparater, hvilket nogle alkoholikere udmærket ved.

Den traditionelle behandling af alkoholister bl.a. med antabus, behandlingsresultater mv. er beskrevet af Kaj Arentsen (1960), C.J. Hansen (1973) og Malthé Jacobsen (1973).

7.15.5. Retspsykiatriske aspekter

Strafferetspsykiatrisk er beruselse i sig selv af underordnet betydning, idet selv svær alkoholpåvirkning ikke medfører strafferetlig særbehandling. Beruselse er derimod et meget hyppigt differentialdiagnostisk problem, idet mange mentalobservander har været alkoholpåvirket på gerningstidspunktet, og i disse tilfælde skal der tages stilling til, om den sigtede kan have befundet sig i en patologisk rustilstand. Differentialdiagnosen over for det alkoholiske »black-out« kan i sjældne tilfælde volde vanskeligheder, men den er vigtig, idet heller ikke et »black-out« fører til straffrihed og særforanstaltninger.

Et kronisk alkoholmisbrug vil undertiden medføre, at en obser-

vand bliver henført til § 69. Hyppigt må det imidlertid konkluderes, at behandling har været forsøgt adskillige gange uden varig bedring af tilstanden, hvorfor der heller ikke kan forventes resultater af behandling som led i en særforanstaltning. Undertiden kan en særforanstaltning dog anbefales over for unge med et omfattende misbrug – typisk et blandingsmisbrug –, som aldrig har modtaget en mere konsekvent behandling med sanering af de sociale forhold. Det vil normalt være en forudsætning, at den pågældende har en vis behandlingsmotivation. I de mange tilfælde, hvor en særforanstaltning ikke kan anbefales, vil der kunne anbefales tilsyn af kriminalforsorgen med behandlingsvilkår.

Kriminalitet og alkoholmisbrug er ofte tæt forbundet. Undersøgelser (Peter Kramp m.fl. (1990)) viser således, at 33 % af kriminalforsorgens samlede klientel havde behov for alkoholistbehandling. Som tidligere anført regner man med, at ca. 4 % af befolkningen har et alkoholproblem, og mindre end 1 % af befolkningen modtager i løbet af et år alkoholistbehandling. Der er således tale om en meget massiv overrepræsentation blandt kriminelle. Man kan imidlertid ikke slutte heraf, at alkoholmisbrug er »årsag« til kriminalitet. Kriminalitet må ses i et vekslende samspil, hvor det ofte er svært at afgøre, hvad der er primært eller sekundært. Undersøgelsen belyser i øvrigt også sammenhæng mellem alkoholmisbrug (og -påvirkning) og kriminalitetstype. Ikke overraskende fandtes, at 66 % af spritbilisterne var alkoholikere. Endvidere fandtes f.eks., at voldsdømte hyppigt havde været alkoholpåvirkede på gerningstidspunktet, og der var en tendens til, at personer dømt for personfarlig kriminalitet hyppigere end gennemsnittet var svære alkoholmisbrugere, som på den anden side var lidet motiverede for behandling.

Blandt alkoholpsykoserne indtager den patologiske rus en særstilling, se kap. 3.3. om § 16. Hvis konklusionen tyder på patologisk rus, vil den lægelige synsvinkel normalt være at anbefale en særforanstaltning; det er domstolene, der afgør, om udgangspunktet om straffrihed skal fraviges.

De øvrige alkoholpsykosers henføres til § 16, stk. 1, 1. pkt. Dette gælder f.eks. også i de situationer, hvor en patient med en alkoholhallucinoser begår kriminalitet efter at være recidiveret til sit misbrug med ledsagende recidiv af stemmerne. Denne patient er sindssyg; der er altså ikke grundlag for mere moralsk prægede betragtninger i retning af, at tilstanden kan være selvforskyldt, idet patienten blot kunne have passet sin behandling. Alkoholhallucinosen ses undertiden i strafferetspsykiatrisk praksis, men i øvrigt er alkoholpsykoserne sjældne bortset fra den alkoholiske demens, som behandles på linie

med andre demenstilstande. Der er dog beskrevet tilfælde af drab begået af en patient med delirium tremens; patienten handlede under indflydelse af livagtige, skræmmende synshallucinationer.

Civilretspsykiatrisk er det største problem at vurdere, om en selvmordstruende eller voldelig alkoholpåvirket person også er sindssyg, således at tvangsindlæggelse bør finde sted. Alternativet vil oftest være detentionsanbringelse, idet omstændighederne normalt er således, at noget må ske – man kan ikke blot overlade en affektspændt, beruset person til sig selv. Som i andre tilfælde, hvor der kan være tvivl om psykosediagnosen, er praksis, at er der begrundet mistanke om en psykotisk eller en hermed lignet tilstand, bør tvangsindlæggelse finde sted.

7.16. Stofmisbrug

Stofmisbrug kan defineres som et kortere- eller længerevarende forbrug af psyko-aktive stoffer, indtaget med det formål at opnå en lystbetonet, euforisk sindstilstand, forudsat at forbruget er af et sådant omfang, at det har helbredsmæssige og/eller sociale skadevirkninger. De fleste af de almindeligt anvendte stoffer medfører udvikling af fysisk og/eller psykisk afhængighed, dvs. der optræder abstinenssymptomer ved pludseligt ophør af stofindtagelsen med deraf følgende trang til fortsat stofindtagelse. Endelig ses ofte toleransudvikling eller tilvænning, som indebærer et krav om stadig større doser for at opnå samme virkning.

De euforiserende stoffer omfatter i første række gruppen af opia-ter, en række centralstimulerende stoffer, kokain og hallucinogener samt cannabis. Endelig misbruges en række lægemidler, først og fremmest beroligende og angstdæpende midler.

I det følgende beskrives de enkelte misbrugsstoffer. Mange misbrugere vil da også foretrække et bestemt stof, men blandingsmisbrug, hvor misbrugeren stort set anvender, hvad der er at få, inklusive alkohol, ses med tiltagende hyppighed. En »speed-ball« er en blanding af heroin og amfetamin til injektion. Mange misbrugere vil anvende »vikarierende« stoffer, såfremt det foretrukne misbrugsstof ikke kan fremskaffes.

Indtil slutningen af 1960'erne var stofmisbruget her i landet en relativt sjælden foreteelse, der, specielt hvad morfinmisbruget angik, var overrepræsente-

Kap. 7. Klinisk psykiatri

ret inden for erhverv med let adgang til stoffet: læger, farmaceuter, sygeplejersker m.fl. Fra midten af 60'erne ændredes dette mønster, idet yngre aldersklasser, ofte knyttet til forskellige subkulturer, begyndte at eksperimentere med forskellige stoffer såsom hash og LSD. Misbruget fik i stigende grad indpas i socialt belastede samfundslag, og stofmisbrug er i dag i høj grad knyttet til socialt dårligt stillede grupper, herunder mange skizofrene. Problemets aktuelle omfang, behandlingsideologi mv. fremgår bl.a. af: Danskernes brug af rusmidler (1991), Misbrug – behandlingsindsats og tilgrænsende foranstaltninger (1992) samt Alkohol- og narkotikamisbruget 1992 (1993). Isolationsundersøgelsen (1994) indeholder en beskrivelse af stofmisbrug i et vare-tægtsklientel. I en oversigtsartikel har Elisabet Kaa (1991) inddelt stofferne i henhold til lovbestemmelser.

7.16.1. Klinik

7.16.1.1. Opiatmisbrug er den hyppigste form for stofmisbrug, og inden for gruppen af opiat er heroin (»junk«, »dope«) det hyppigst anvendte; tidligere var det morfinbase. Ud over heroin misbruges medikamenter med morfinvirkning, dels egentlig morfin, dels syntetiske morfinpræparater som f.eks. ketogan, men også metadon. Når heroin er det foretrukne misbrugsstof, skyldes det formentlig, at det meget hurtigt optages i hjernen (passerer blod-hjerne barrieren) og derfor giver en udtalt rusvirkning. Intravenøst heroinmisbrug, men også »rygeheroin«, er blandt de almindeligste og alvorligste misbrugsformer.

Den akutte rus, som indtræder i umiddelbar tilslutning til intravenøs injektion, omfatter typisk en kortvarig, kraftig vellystfølelse og en følelse af »bevidsthedsudvidelse«, som efterfølges af en få timer varende følelse af velvære. Efter en halv snes timer indtræder hos stofafhængige abstinensfasen med såvel fysiske som psykiske abstinenssymptomer: koldsved, kvalme, eventuelt opkastninger, diarré, gaben og nysen, søvnløshed samt uro- og angstfølelse og en trang til fornyet stofindtagelse. Det antages, at heroin er stærkt afhængighedsskabende. Det er imidlertid uvist, hvor meget heroin man skal tage og hvor længe, før man udvikler afhængighed af stoffet, men det må formodes, at individuelle faktorer spiller en stor rolle. Heroin har faktisk engang været brugt af en landlæge i hostesaft, uden at patienterne blev afhængige, og der er mennesker, der kun tager »et fix« i ny og næ. Den almindelige erfaring er imidlertid, at blot en nogenlunde regelmæssig indtagelse i en eller nogle få uger medfører fysisk og psykisk afhængighed.

Den kroniske misbruger kommer hurtigt til at leve en tilværelse, hvis hele indhold er centreret om fremskaffelse af stof, ofte med en egocentrisk krævende livsform til følge. Hertil kommer en generel psykisk deroute præget af energiløshed, karakterafvigende adfærd, hukommelsessvækkelse og emotionel labilitet, samt en fysisk svækkelsestilstand med afmagring, nedsat infektionsresistens og eventuelt pådragelse af AIDS, hepatitis mm. Kriminalitet for at skaffe penge til stoffer er et næsten obligatorisk »symptom« hos den kroniske stofmisbruger på samfundets bund.

7.16.1.2. *Kokain* (»coke«), som udvindes af kokaplantens blade, indtages almindeligst som »snus« eller som intravenøs injektion. Den akutte kokainrus ytrer sig som eksalteret hyperaktivitet og taletrang, euforisk opstemthed og øget selvfølelse. Rusens ophør ledsages ikke af fysiske abstinenssymptomer, dvs. der foreligger ikke fysisk afhængighed, ej heller tilvænning. Derimod udvikles meget tidligt en så svær psykisk afhængighed med intenst ønske om genoplevelse af den euforiske rustilstand, at behandlingen af kokainmisbrugere om muligt er endnu vanskeligere end af heroinmisbrugere.

Det kroniske kokainmisbrug kan ikke sjældent føre til udvikling af en paranoid-hallucinatorisk psykotisk tilstand, hvor især følehallucinationer – fornemmelsen af småkryb i huden og lignende – er fremtrædende.

7.16.1.3. *Amfetamin* (»speed«) har en centralstimulerende virkning. Indtagelse af stoffet – specielt intravenøst – fjerner således for en tid træthedsfølelse og søvntrang, øger den psykiske og fysiske aktivitet og afstedkommer en attråværdig lysning af stemningslejet og styrkelse af selvfølelsen. Abstinensfasen viser sig i form af træthed, dysfori og ekstremt øget søvnbehov. Der er i udtalt grad tale om toleransøgning med hastig stigning af døgndosis op til adskillige gram dagligt. Ved kronisk amfetaminmisbrug udvikles ikke sjældent psykotiske tilstandsbilleder præget af forfølgelsesforestillinger, som det kan være umuligt at skelne fra »genuin« skizofreni.

Blandt andre (psykisk) afhængighedsskabende, centralstimulerende midler skal nævnes nogle appetitnedsættende midler, eksempelvis Dobesin og Mirapront. Ecstasy (MDMA) er et nyt og med amfetamin beslægtet syntetisk hallucinogen. Det er udbredt i USA og kan befrygtes sammen med andre såkaldte »designer- drugs«, f.eks. »crack«, at vinde indpas også på det illegale stofmarked her i landet.

7.16.1.4. Blandt de såkaldte *hallucinogener* (psykotomimetika, psykedeliske stoffer) har specielt *LSD* (lysergysyrediethylamid, »syre«) givet anledning til misbrug. Af andre kan nævnes mescaline og psilocybin.

Når *LSD* – gennem munden – indtages i doser på brøkdele af et milligram, udfolder stoffet en særpræget »bevidsthedsudvidende« virkning præget af en nydelsesfuld skærpelse af sanseindtrykkene, ofte ledsaget af visuelt-illusionære oplevelser, en intens lystbetonet, følelsesladet oplevelse af meningsfuld livsindsigt samt ændringer af tidsoplevelsen og ikke sjældent hypermnesi, dvs. genoplevelse i erindringen af begivenheder fra de tidligste leveår. Der udvikles hurtigt toleransøgning, men ikke fysisk eller psykisk afhængighed, hvorfor kronisk misbrug er relativt sjældent.

Undertiden antager den akutte rus karakter af en skræmmende, panikpræget, psykotisk tilstand, som modsat den »normale« rus efterlader amnesi (»*bad trips*«). Kortvarige, spontane recidiver af de psykotiske oplevelser kan optræde uger til måneder efter ophør af stofindtagelsen (»*flash-backs*«).

7.16.1.5. Misbrug af beroligende, angstdæmpende og søvnbefordrende *lægemidler* domineres af benzodiazepinerne. Det drejer sig om præparater som diazepam (Stesolid, Valium m.fl.), nitrazepam (Mogadon m.fl.) og en lang række hermed beslægtede medikamenter. Specielt flunitrazepam (Rohypnol m.fl.) er et efterspurgt misbrugsstof. Det optages hurtigt i hjernen og medfører derfor en kraftig rusvirkning. Mange misbrugere oplever også et bortfald af hæmninger, med en udtalt tendens til impulsiv, eventuelt aggressivt præget adfærd. Der findes ingen undersøgelser, der belyser dette spørgsmål, men stofmisbrugere kan selv berette, at flunitrazepam gør dem »skæve« på en helt speciel måde, hvor de kan foretage sig de besynderligste ting, inklusive voldsom aggressiv adfærd.

Benzodiazepiner har en angstdæmpende og søvnbefordrende virkning, men misbrug kan medføre en modsat effekt i form af en moderat euforiserende virkning. Efter længere tids misbrug udvikles fysisk afhængighed. Abstinenssymptomerne er søvnløshed, uro og angst, i sværere tilfælde abstinenskrampe og udvikling af en psykotisk (delirøs) tilstand, domineret af bevidsthedssvækkelse og uro. Specielt benzodiazepinerne indgår ofte i et blandet stof- og alkoholmisbrug.

7.16.1.6. Af hampplantens (*cannabis sativa*'s) harpiks, henholdsvis topskud, udvindes de såkaldte cannabinoler, hashis fra harpiksen, marihuana fra topskuddene. Indtaget ved rygning eller gennem munden har de en lystbetonet, bevidsthedsudvidende (psykedelisk) virkning.

Den akutte rus er i sin fremtrædelsesform i udpræget grad afhængig af de ydre omstændigheder, om man er alene eller sammen med andre, om stemningen er afslappet eller oppisket mv. Det kan dreje sig om en afslappet, bekymringsløs, drømmelignende sindstilstand, eller om en euforisk følelsesintensivering ledsaget af skærpe af sanseindtrykkene, illusionære mistydninger, fantasiprægede forestillinger, livligt associationsforløb og eventuelt svigtende selvkritik. Blandt følgetilstandene efter længerevarende misbrug skal nævnes dels det såkaldte »amotivational syndrome«, kendetegnet ved adspredthed, passivitet og apati, dels »bad trips« i form af kortvarige paranoidt farvede angsttilstande.

Misbruget medfører i almindelighed ikke tilvænning eller fysisk afhængighed, men nok i nogen grad psykisk afhængighed. Når cannabismisbruget meget ofte ses som det første skridt i overgangen til brug af »hårde« stoffer, skyldes dette formentlig i første række en afsmittende virkning af det omgivende narkomiljøs adfærdsmønster. Hashindtagelse kan imidlertid være særdeles skadelig for psykotiske, især skizofrene. Nogle angiver, at hashrygning dæmper de psykotiske symptomer, men ofte ses på lidt længere sigt, at tilstanden forværres.

7.16.1.7. Et kronisk stofmisbrug frembyder normalt ikke *differentialdiagnostiske* vanskeligheder. Derimod kan det være vanskeligt at afgøre, om stofmisbrugerens også fejler noget andet. Den bevidstløse misbruger kan have taget – eller fået – en overdosis, men kan også have pådraget sig et hovedtraume ved et fald. Krampeanfald kan være et abstinenssymptom, men kan også være et symptom på en blødning i hjernen, en svulst o.lign. Misbrug af stort set alle kendte stoffer kan medføre udvikling af psykotiske eller psykoselignende symptomer, som kan minde om forskelligartede psykopatologiske tilstande. Billedet kompliceres yderligere af, at ca. halvdelen af yngre skizofrene mænd har et misbrug, og i den akutte fase kan det være umuligt at afgøre, om patienten er skizofren med et ledsagende misbrug eller primært er misbruger med forbigående psykotiske symp-

toimer. Forløbet vil definitivt afklare spørgsmålet, hvis det lykkes at holde patienten stoffri.

7.16.2. Årsagsforhold og behandling

Der findes ingen sikker viden om omfanget af stofmisbrug eller antallet af stofmisbrugere her i landet, bl.a. fordi der ikke er fastlagt klare kriterier for fænomenet. Skønsmæssigt antages det, at antallet af »egentlige« behandlingskrævende misbrugere er omkring 10.000 personer, med en overvægt af heroinmisbrugere, men med et stigende antal blandingsmisbrugere. Kun knap 4.000 modtager en form for behandling.

Stofmisbruget er, ligesom alkoholmisbruget, betinget af såvel biologiske som psykologiske og sociale momenter. Opiatafhængighed må således ses i lyset dels af forekomsten af specifikke receptorer (for opiater) og såkaldte ligander (bindingsstoffer) i centralnervesystemet, hvor stoffet udøver sin virkning; dels i lyset af muligt disponerende personlighedstræk såsom selvusikkerhed, sårbarhed, affektabilitet o.l., endelig i lyset af generelt belastende opvækstvilkår og livsbetingelser. Vor nuværende viden tillader ikke nogen sikker relativ vægtning af disse årsagskategorier, hverken individuelt for den enkelte misbruger, eller mere generelt som en hypotese om årsagsforhold til misbrug.

I overensstemmelse med dets multifaktorielle årsagsforhold bør behandling af stofmisbruget baseres på såvel medicinske som psykologisk-pædagogiske og sociale principper.

Første led i behandlingen vil være den akutte afrusning og den efterfølgende behandling af abstinenssymptomerne. Denne behandling foregår bedst under indlæggelse og vil være afhængig af karakteren af det primære misbrugsstof. Ophør med amfetaminmisbrug medfører ikke fysiske abstinenssymptomer, men misbruget kan have ført til udvikling af en psykotisk tilstand, som kræver behandling med neuroleptika. Abstinenssymptomer efter benzodiazepinmisbrug behandles med Fenemal, som er »krydstolerant« med benzodiazepiner, men som udskilles væsentligt langsommere. På samme måde anvendes metadon ved behandling af abstinenssymptomer efter misbrug af heroin eller andre morfinpræparater, idet metadon ligeledes karakteriseres ved en meget langsom udskillelse. Samtidig med abstinensbehandlingen vil patienten ofte have behov for en somatisk udredning og behandling.

Med en initial dosis på omkring 50 mg metadon dagligt, givet som tabletter eller saft, vil det oftest være muligt af fjerne abstinenssymptomerne, hvorefter en aftrapning af stoffet i almindelighed vil kunne gennemføres i løbet af mindre end to uger. Det må imidlertid konstateres, at et flertal af patienter omgående ønsker sig udskrevet efter endt nedtrapning, og at antallet af sådanne forgæves behandlingsforsøg hos den enkelte patient oftest er legio.

Den videre behandling, hvis primære formål er at motivere misbrugerens til stoffrihed, vil helt overvejende finde sted i social-pædagogisk eller psykologisk regi. Det drejer sig dels om etablering af længerevarende ophold i stoffrit miljø, såsom familieplejebringelse og lignende; dels om tilvejebringelse af kontakt med dagcentre med henblik på individual- eller gruppeterapi, undervisning, arbejdsstræning mm.

Samtidig må det erkendes, at nogle stofmisbrugere er så afhængige og belastede, at en stoffri resocialiseringsfase er illusorisk. Her kommer metadonbehandling på tale. Indtagelse af metadon i doser fra 40-50 mg op til 100 mg dgl. fjerner stofhungeren og blokerer for den euforiske virkning af indtagelse af f.eks. heroin. Metadonvedligeholdelse kan således i heldige tilfælde skabe ro i en misbrusers tilværelse og føre til ophør med kriminalitet for at skaffe penge til stoffer. Men prisen er bl.a., at der kan ske en »udsivning« af metadon som misbrugsstof, at resocialiserende initiativer – generelt og individuelt – forsømmes til fordel for den lette og billige metadon, og at misbrugerens fastholdes i et livslangt metadonmisbrug (»metadonbabies«) osv.

Behandlingen af stofmisbrugere bygger i Danmark på frivillighedens princip. Undtagelser herfra gælder i medfør af psykiatriloven, bistandslovens bestemmelser om fjernelse fra hjemmet af børn under 18 år samt regler om straffetlige retsfølger. En yderligere undtagelse – formentlig af begrænset praktisk betydning – er indført ved lov nr. 349 af 14. maj 1992 om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling. En amtskommune, der slutter sig til lovens ordning (hvilket den ikke er nødt til), kan i forbindelse med behandling af en stofmisbruger på offentlig eller privat døgninstitution (jfr. bistandslovens § 96) beslutte, at stofmisbrugerens skal have tilbud om at indgå en kontrakt om behandling for stofmisbrug med en deraf følgende mulighed for tilbageholdelse. En kontrakt herom har gyldighed for højst 6 måneder og forudsættes at indeholde en behandlingsplan for institutionsopholdet. Kontrakten kan opsiges af stofmisbrugerens. Den aftalte adgang til tilbageholdelse kan benyttes, »når der er en begrundet formodning om, at stofmisbrugerens vil afbryde den

Kap. 7. Klinisk psykiatri

aftalte behandling, og det vil være uforsvarligt ikke at tilbageholde den pågældende, fordi (1) udsigten til ophør af misbruget eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet, eller (2) stofmisbrugeren frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre« (§5). Den enkelte tilbageholdelse kan ikke vare over 14 dage, og den samlede tilbageholdelsesperiode i henhold til samme kontrakt kan ikke overstige 2 måneder. En beslutning om tilbageholdelse skal efter anmodning fra stofmisbrugeren indbringes for retten i medfør af reglerne om domstolsprøvelse af administrativ frihedsberøvelse. Til loven knytter sig nogle nærmere regler i bekendtgørelse nr. 603 af 1992.

Lovens mulighed for »frivillig tvang« har kun i yderst begrænset omfang været bragt i anvendelse. Dette kan også hænge sammen med, at stort set alle døgninstitutioner til behandling af misbrugere er blevet nedlagt.

Generelt er prognosen dårlig, og den synes at være blevet dårligere de senere år. Stofmisbrugere har en betydelig overdødelighed, især p.gr.a. forgiftninger (»overdosis«). Der er godt 200 narkodødsfald årligt, 80% skyldes forgiftning, de fleste med heroin og andre morfinpræparater.

7.16.3. Retspsykiatriske aspekter

Strafferetspsykiatrisk vil et regelmæssigt stofmisbrug – måske bortset fra hashrygning – ofte i sig selv medføre, at en sigtet henføres til § 69, men uden at der kan peges på nogen særforanstaltning. De psykiatriske afdelinger er ikke rustede til at varetage længerevarende behandling af stofmisbrugere, og der findes ikke noget system af socialpædagogiske institutioner, som kan løfte denne opgave.

Henrik Steen Andersen m.fl. (1994) fandt, at ca. 25 % af et københavnsk varetægtsklientel havde et dagligt hashmisbrug, ca. 20 % var afhængige af heroin, og samlet fandtes, at op mod halvdelen var afhængige af stoffer (hash ikke medregnet) eller af alkohol. De varetægtsarresterede var i øvrigt karakteriseret ved, at ca. to trediedele havde diagnostiserbare psykiske lidelser, og ca. 25 % havde tidligere været indlagt på psykiatrisk afdeling. Deres sociale baggrund var dårlig, og tidligere kriminalitet med varetægtsfængsling og afsøning af frihedsstraffe var mere reglen end undtagelsen. På den baggrund kan det ikke undre, at varetægtsarrestanternes generelle og psykiske helbredstilstand blev forbedret under fængselsopholdet (for de isolerede indtrådte denne bedring først efter, at isolationen var ophørt), og at specielt stofmisbrugere fik det væsentligt bedre. Årsagen er naturligvis, at misbrugere får regelmæssig mad, behandling af legemlige komplikationer til misbruget, en mere regelmæssig livsførelse mv. – »en ferie fra gaden« – under opholdet.

Om end disse fund ikke er overraskende, må de dog mane til social-, sundheds- og kriminalpolitisk eftertanke.

Som beskrevet kan et længerevarende misbrug af euforiserende stoffer medføre udvikling af psykotiske tilstande. Disse »stofpsykoser« henføres således til § 16, stk. 1. Principielt vil indtagelse af en mindre, enkeltstående dosis af et misbrugsstof, herunder et medikament, kunne udløse en patologisk rustilstand (§16, stk. 1, 2. pkt.), hvis kendetegn i det væsentlige vil være som for de alkoholbetingede patologiske rustilstande. I klinisk praksis ses patologiske rustilstande, udløst af et stofmisbrug, imidlertid uhyre sjældent. Indtagelse af et euforiserende stof kan føre til hæmningsbortfald og måske personlighedsfremmed adfærd, men uden at der derfor er tale om en patologisk rus, endsige om en »stofpsykose«. Dette gælder også, selv om en misbruger f.eks. under påvirkning af amfetamin udvikler nogle vage, paranoia-lignende forestillinger, typisk af forfølgelseskarakter. Sådanne oplevelser er en (uønsket) del af rusvirkningen og – hvilket er afgørende – erkendes som sådan af misbrugeren. Differentialdiagnosen mellem skizofreni og »stofpsykoser« kan undertiden være vanskelig. Har en stofmisbruger gentagne gange været indlagt med psykotiske episoder udløst af misbruget, bør en psykiatrisk særforanstaltning anbefales, også selv om den pågældende ikke med sikkerhed kan henføres til § 16, dette uafhængigt af alle de vanskeligheder, som behandling af denne type patienter kan frembyde.

Retslægerådets Årsberetning 1989, s. 100 ff.

K var en 19-årig mand, der var sigtet for forsøg på voldtægt og røveri mv. Han havde haft upåfaldende opvækstvilkår, havde gennemført en normal skolegang og var nu i gang med en uddannelse. Han boede hos forældrene. K, der var ustraffet, benægtede alkoholmisbrug, men han drak lidt rigeligt i week-end'erne. Han røg hash et par gange om ugen og havde enkelte gange »sniffet« lidt amfetamin, men K havde i øvrigt ikke misbrugt stoffer. Han var legemlig og psykisk rask. K havde i løbet af en aften og nat indtaget 15-20 øl og »syv breve speed« (formentlig ca. 300 mg amfetamin). Han følte sig angivelig kun moderat påvirket. Han huskede at have haft samleje med en pige på en trappegang. Hun forlod ham umiddelbart efter, og under sin søgen efter hende kom K ind i en grillbar, som blev passet af en 14-års pige. Pigen gik på et tidspunkt ind i baglokalet, hvorefter K tømte kassen men blev overrasket af pigen, som han derefter overfaldt. Han tvang hende til at tage tøjet af og forsøgte at gennemføre samleje, men måtte opgive på grund af manglende erektion. K blev anholdt nogle timer senere, hvor han gav udtryk for, at handlingerne, som han huskede, var »afskyvækkende«. 3-4 timer efter gerningstids-

Kap. 7. Klinisk psykiatri

punktet fandtes K påvirket i let grad, blodalkoholkoncentrationen var 1.64 o/oo. Ved mentalundersøgelsen fandtes K i det væsentlige upåfaldende, men den undersøgende læge henførte ham til § 16, stk. 1, 2. pkt. Retslægerådet udtalte bl.a., at K formentlig havde »... været i en tilstand præget af svigt af normalt hos ham aktive hæmningsmekanismer og dertil muligt irritabel og motorisk hyperaktiv. Han frembød imidlertid ikke tegn på nogen patologisk sjælelig tilstand... Hans tilstand adskiller sig således ikke fra en eventuel ganske svær alkoholrus i kombination med amfetaminpåvirkning, og efter rådets opfattelse kan han herefter ikke henføres til den i straffelovens § 16, stk. 1, 2. pkt., omhandlede personkreds, ligesom der ikke er holdepunkter for antagelsen af, at abnorm rustilstand har foreligget«. Rådet fandt heller ikke K omfattet af § 69; han blev idømt 2 års fængsel.

Civilretspsykiatrisk gør de ovenfor anførte overvejelser om psykosediagnosen sig naturligvis også gældende i forbindelse med eventuel tvangsindlæggelse og tilbageholdelse. En påvirket misbruger kan være særdeles forstyrrende, voldsom og afvigende i sin adfærd, hvilket kan vanskeliggøre nøjere psykopatologisk vurdering.

7.17. Psykiatrisk behandling

Psykiatrisk behandling inddeles i tre hovedgrupper: de somatiske, de psykiske og de sociale behandlingsmetoder.

Indtil midten af 1930'erne var psykiatriens specifikke behandlingsmuligheder sparsomme. Behandlingen, specielt af de psykotiske tilstande, var knyttet til de store sindssygehospitaller. Den bestod i almindelig pleje, herunder at tilgodese elementære sociale behov som bolig og mad, beroligelse og symptomdæmpning samt beskyttelse, ikke mindst mod selvbeskadigende adfærd. Der var en vifte af beskæftigelsesmuligheder: almindelig sysselsætning, »havehold« og landbrug, men også mulighed for optræning i industriværksteder og kontorterapi. Endelig – og ikke mindst – tilgodeså hospitalerne patienternes behov for socialt samvær i et beskyttet miljø. Den eneste undtagelse fra denne symptomlindrende behandling var indførelsen af feberbehandling af den sensyfilittiske hjernebetændelse, dementia paralytica (Wagner v. Jauregg (1946), den eneste psykiater der indtil nu har modtaget den medicinske Nobelpris).

De første psykofarmaka kom frem i 1950'erne, og disse behandlingsformer har siden gennemgået en rivende udvikling, se f.eks. Per Vestergaard og Jes Gerlach (1988). Veikko Tähkäs *Psykoanalytisk Psykoterapi* (1983) er en fremstilling af den mere klassiske psykoanalytiske psykoterapi. Det socialpsykiatriske område er omtalt af Povl Munk-Jørgensen m.fl. (1992).

7.17.1. Somatiske behandlingsformer

Inden for de somatiske behandlingsformer skelner man mellem de kemiske (medikamentelle) og de fysiske metoder. Blandt de førstnævnte spiller psykofarmaka hovedrollen. Herved forstås registrerede lægemidler, hvis virkning er rettet mod psykiske symptomer i videste forstand. De kan underinddeles i følgende grupper: antipsykotisk virkende stoffer (neuroleptika); midler mod depression (antidepressiva); angstdæmpende midler (anxiolytica) samt en heterogent sammensat gruppe omfattende lithium og en række relativt sjældent anvendte psykofarmakologisk aktive midler.

7.17.1.1. Neuroleptika er betegnelsen for en gruppe af medikamenter, hvis fælles virkning er en afsvækkelse, eventuelt en total eliminering af åbenlyst psykotiske symptomer i form af vrangforestillinger, hallucinationer, tankeforstyrrelser, psykotisk betinget angst, uro eller aggressivitet. Hovedindikationsområdet er følgelig gruppen af skizofrenier, maniske tilstande og paranoidt psykotiske tilstande.

Ved siden af den specifikke antipsykotiske effekt udøver en række af disse præparater yderligere en uspecifik beroligende (sederende) og søvnbefordrende virkning, som specielt over for maniske urotilstande kan være af terapeutisk værdi.

Størsteparten af det store antal markedsførte neuroleptika kan efter deres kemiske struktur inddeles i henholdsvis fentiaziner og butyrofenoner. De underinddeles vedtægtsmæssigt i såkaldte højdosisneuroleptika, eksempelvis klorpromazin (Largactil), klorprotixen (Truxal), levomepromazin (Nozinan); middeldosis neuroleptika, f.eks. zuclopenthixol (Cisordinol) og perphenazin (Trilafon), samt endelig lavdosisneuroleptika såsom haloperidol (Serenase), pimozid (Orap) og flupentixol (Fluanxol). Ved at knytte visse neuroleptika til fede syrer er det muligt at fremstille såkaldte depotpræparater, kendetegnet ved at det aktive stof kun frigøres langsomt. De kan indgives intramuskulært med op til fire ugers interval. Clozapin (Leponex) er et af de nyere neuroleptika, som kemisk er helt forskelligt fra ovennævnte præparater. Clozapin har undertiden vist sig særdeles virkningsfuldt i behandlingen af skizofrene tilstande, som de mere konventionelle præparater ikke har kunnet bedre.

Patientens kliniske tilstand er bestemmende for dosis størrelse, idet man tilstræber at holde patienten fri af de produktive symptomer ved anvendelse af den mindst mulige dosis. Denne kliniske »styring«

af behandlingen kan for enkelte præparaters vedkommende (bl.a. perphenazin) suppleres med gentagne bestemmelser af koncentrationen af præparatet i blodet (»monitorering«). Det har vist sig, at et bestemt koncentrationsområde hos en gruppe patienter giver det bedste behandlingsresultat, men disse blodkoncentrationsbestemmelser må fortsat alene opfattes som vejledende.

Behandling med neuroleptika medfører ofte bivirkninger, som specielt ses ved behandlingens start for så at aftage senere, eventuelt sammenhængende med at dosis justeres. De forskellige neuroleptika har stort set samme bivirkningsprofil, men den enkelte patient kan opleve færre bivirkninger under behandling med et givet præparat end under behandling med et andet. Psykiske bivirkninger viser sig i form af træthed, inaktivitet, koncentrationssvækkelse og måske depressive forstemninger. Disse klager kan også være symptomer på den grundliggende psykotiske tilstand, og det kan undertiden være vanskeligt at afgøre, hvad der skyldes det ene eller det andet. Især middel- og lavdosis neuroleptika kan videre medføre neurologiske bivirkninger, bl.a. akut indsættende muskelstivhed (*akut dystoni*), som typisk ses ved indledningen af neuroleptisk behandling. Endvidere ses undertiden et parkinson-lignende billede med muskelstivhed og let rysten af arme og ben samt undertiden abnorme bevægelsesmønstre (*dyskineser*). Langvarig behandling med lavdosis neuroleptika kan specielt hos ældre medføre udvikling af såkaldt *tardive dyskinesier*, dvs. stereotype grimasserende bevægelser af ansigts- og tungemuskulaturen. Disse tardive dyskinesier kan være irreversible. Endelig vil mange patienter, igen i behandlingens første fase, klage over uro og bevægetrang i underekstremiteterne (*akathisi*). Clozapin har ikke de nævnte neurologiske bivirkninger, men kan til gengæld påvirke de bloddannende organer, hvorfor regelmæssig blodprøvekontrol er nødvendig.

Ved enhver behandling såvel inden for psykiatrien som i somatikken må virkning afvejes mod bivirkninger. For hovedparten af de skizofrene patienter gælder det, at en tidligt indsættende, velgennemført neuroleptisk behandling på afgørende vis kan forbedre patientens tilstand ved at fjerne angstprovokerende produktive psykotiske symptomer og den hermed forbundne uro og eventuelle voldsomhed. Den neuroleptiske behandling er som oftest en forudsætning for, at patienten kan udnytte andre behandlingsformer og støtte-tilbud, således at sociale katastrofer som hjemløshed, kriminalitet, selvmord mv. forhindres. Disse forhold legitimerer, at man i akutte tilfælde griber til tvangsbehandling, og at man forsøger at motivere patienterne til at fortsætte en neuroleptikabehandling.

7.17.1.2. *Antidepressiva* er betegnelsen for psykofarmaka, hvis virkning specifikt er rettet mod endogene depressioner, altså den manio-depressive psykoses depressive faser. Disse midler falder i to grupper: cykliske antidepressiva og monoaminoxidasehæmmere.

De cykliske antidepressiva har navn efter deres kemiske struktur og kan igen inddeles i tricykliske og tetracykliske. Blandt de tricykliske antidepressiva har eksempelvis amitriptylin (Saroten), ud over den antidepressive effekt, også en uspecifik sederende virkning, hvorfor disse præparater især anvendes ved angstprægede depressioner. Andre, eksempelvis imipramin (Tofranil), besidder en – ligeledes uspecifik – centralstimulerende virkning og er derfor at foretrække ved hæmmede depressioner.

Bivirkninger ved behandling med tricykliske antidepressiva er bl.a. mundtørhed, hjertepåvirkning og eventuelt en tendens til forstyrrelser i blodtryksregulationen med svimmelhed ved stillingsændringer til følge. Disse præparater bør derfor anvendes med forsigtighed over for ældre patienter. Endelig skal fremhæves, at de tricykliske antidepressiva er ret »giftige« (toksiske), hvilket vil sige, at indtagelse af en overdosis i f.eks. selvmordsøjemed meget vel kan være livstruende. Dette forhold må nøje overvejes, såfremt man vil gennemføre en ambulant behandling af en udtalt depressiv patient.

Blandt de tetracykliske antidepressiva skal mianserin (Tolvon) nævnes på grund af dets svage påvirkning af hjerte og blodtryk. Det samme synes at gælde de senest udviklede antidepressiva, »Serotonin Re-Uptake-Hæmmere«, eksempelvis citalopram (Cipramil) og fluoxetin (Fontex).

Monoaminoxidasehæmmere (eksempelvis isokarboxazid (Marplan) og moclobemid (Aurorix)) anvendes fortrinsvis over for såkaldte »atypiske« endogene depressioner.

Den terapeutiske virkning ved behandling med både de cykliske antidepressiva og monoaminoxidasehæmmere indtræder typisk først efter 2-4 ugers behandling. Inden for 4-5 uger vil symptomerne være forsvundet hos 50-70 % af patienterne. Behandlingen bør opretholdes i hvert fald nogle måneder efter fuld symptomfrihed på grund af risikoen for tilbagefald.

Som for neuroleptika justeres dosis efter patientens kliniske tilstand. Det er imidlertid muligt at bestemme blodkoncentrationen for de fleste antidepressiva eller deres nedbrydningsprodukter, men som for neuroleptika er disse koncentrationsbestemmelser indtil videre kun et supplement til den kliniske vurdering.

7.17.1.3. *Lithium* er et grundstof. Det anvendes, fortrinsvis i form af lithiumkarbonat, som forebyggende middel over for den manio-depressive psykose, specielt tilfælde med såvel manier som depressioner. En velgennemført lithiumbehandling kan enten helt forebygge eller afsvække såvel depressive som maniske faser hos over halvdelen af de manio-depressive patienter. Lithiumbehandling kræver regelmæssig blodprøvekontrol – initialt ugentligt, så månedligt, senere kvartårligt – med henblik på at sikre, at blodkoncentrationen er tilstrækkelig (0.5-0.8 mmol/l) til at forhindre recidiv, men ikke så høj, at forgiftningssymptomer opstår.

Af lithiumbehandlingens bivirkninger er vægtøgning og grov håndtremor de hyppigste. Begge dele kan i sværere tilfælde nødvendiggøre ophør med behandlingen. En del patienter lider under en svigtende vitalfølelse, en stemningsmæssig gråhed eller ugladhed. Nogle få patienter udvikler nedsat funktion af skjoldbruskkirtlen (myxødem) og enkelte en permanent nyrepåvirkning. Disse bivirkninger er imidlertid såre sjældne, såfremt behandlingen, som er en specialistopgave, styres omhyggeligt med bl.a. regelmæssig blodprøvekontrol.

Lithiums anvendelse i psykiatrien skriver sig tilbage til fyrrerne (Cade, 1949); det er især danske forskergrupper, der har påvist den recidivforebyggende virkning ved de manio-depressive psykoser (Baastrup & Schou, 1967).

7.17.1.4. *Anxiolytica* er betegnelsen for en omfattende og i kemisk henseende forskelligartet gruppe af præparater, som til fælles har en uspecifik beroligende, angstdæmpende, muskelafslappende og søvnbefordrende virkning. I mange år var barbitursyrepræparater (såsom Pentymal og Allypropymal) de hyppigst anvendte. Nu er *benzodiazepinerne* den helt dominerende præparatgruppe. De er uden antipsykotisk virkning og bør også kun undtagelsesvis – bl.a. ved svær panikangst – anvendes over for angstneurotiske tilstande. Indikationsområdet er søvnforstyrrelser, situationsbestemte urotilstande ledsaget af ubestemt angstfølelse, psykotisk betinget angst og endelig – i kraft af stoffernes krampesvækkende virkning – truende abstinenskramper samt ophobede krampeanfald (status epilepticus). Som følge af benzodiazepinernes (moderate) vanedannende virkning bør de, både som beroligende midler og som sovemidler, administreres med indskudte medicinfrie pauser.

7.17. Psykiatrisk behandling

Præparaterne markedsføres af de forskellige medicinalfirmaer under forskellige navne. Diazepam (Stesolid, Valium, Hexalid, Apozepam, Valaxona) og nitrazepam (Apodorm, Mogadon, Dumolid, Pacisyn) kan nævnes som enkelte eksempler blandt mangfoldigheden af markedsførte benzodiazepinderivater. Flunitrazepam (Flunipam, Rohypnol, Ronal) er særligt efterspurgt af misbrugere, bl.a. fordi det optages hurtigt og derfor giver en kraftig rusvirkning.

7.17.1.5. En række *andre lægemidler* bruges også i et vist omfang inden for psykiatrien, eksempelvis antiepilepsimidlet carbamazepin (Tegretol), som bl.a. har fundet en vis anvendelse i behandlingen af abstinensstilstande og undertiden også anvendes i et forsøg på at dæmpe en tendens til affektreaktioner, herunder aggressiv adfærd hos patienter med såvel psykotiske som ikke-psykotiske lidelser. Tegretol anvendes undertiden som stemningsstabiliserende middel hos manio-depressive patienter. Disulfiram (antabus) er tidligere omtalt. En særlig gruppe udgør *antiparkinsonmidler* (»bivirkningsmedicin«). Indikationsområdet for disse præparater er parkinsonisme, og det drejer sig således ikke om psykofarmaka i gængs forstand. Antiparkinsonmidler, f.eks. biperiden (Akineton), kemadrin (Procyclidin) og orphenadin (Lysantin), kan imidlertid også dæmpe og eventuelt helt fjerne de fysiske bivirkninger, som fremkaldes af neuroleptika. Disse præparater er dog uden virkning på tardive dyskinesier.

7.17.1.6. Blandt de *fysiske* behandlingsmetoder indtager *elektrostimulationsbehandlingen* en særstilling. Det er selve krampeanfaldet, som har terapeutisk effekt. Krampeanfaldet fremkaldes ved hjælp af en svag strømstyrke, og behandlingen gives nu oftest som halvsidig elektrostimulation under fuld narkose, total muskelafslapning og kunstig ventilation efter indgift af et muskelafslappende middel: narco-curare-elektrostimulation (NCE), eller – som behandlingen ofte betegnes i dag – electroconvulsive therapy (ECT).

NCE-behandlingens hovedindikation er den endogene melankoli. Den kan her anses for den mest effektive behandlingsform – gennemsnitlig otte behandlinger medfører symptomfrihed eller afgørende bedring af tilstanden i ca. 90% af tilfældene. NCE-behandling medfører ikke hjertekomplikationer og er derfor især hos ældre patienter den mest skånsomme behandlingsform. Over for svære tilfælde af akut delir kan NCE-behandlingen være livsreddende. Bivirkninger er – ud over en eventuel let hovedpine og forvirring i forbindelse med de enkelte behandlingssessioner – forbigående, dvs. uger varende, forstyrrelser af korttidshukommelsen.

»Chokbehandlingen« blev introduceret i 1935 af von Meduna, som anvendte indsprøjtning af kamfer, senere cardiazol til udløsning af kramper (L.J. v. Meduna (1937)). Behandlingen modificeredes i 1938 (U. Cerletti & L. Bini (1938)), i form af elektrisk inducerede kramper. Disse tidlige behandlingsformer var ubehagelige for patienterne, og de ukontrollerede krampeanfald kunne medføre komplikationer, bl.a. ledscred og knoglebrud. Moniz (1936) introducerede lobotomien (»det hvide snit«) over for svært invaliderede skizofrene patienter. Indgrebet, som bestod i en overskæring af den hvide hjerne-substans i begge pandelapper, medførte symptomatisk bedring i mere end halvdelen af tilfældene, men efterfulgtes af alvorlige bivirkninger. Der er senere udviklet mindre indgribende, såkaldte stereotaktiske, indgreb med begrænset vævsbeskadigelse. Psykokirurgi over for psykotiske tilstande er i praksis indstillet her i landet.

7.17.2. Psykologiske behandlingsformer

Begrebet psykoterapi – eller »terapi«, som samtalebehandling undertiden (fejlagtigt) blot benævnes – er blevet udvidet til at omfatte alle mulige former for samtale mellem en patient og en behandler, eventuelt blot med en ikke fagkyndig, men »forstående« person. Sådanne samtaler vil naturligvis kunne lindre eller trøste, men i denne fremstilling vil psykoterapi i »egentlig« forstand blive defineret som en systematisk, psykologisk behandlingsmetode, hvor én eller flere kvalificerede personer etablerer et kontraktmæssigt forhold til en eller flere patienter med det formål at opnå symptomlindring og/eller forandringer af karaktertræk og/eller bedret følelsesmæssig og social funktion.

De fleste alment anerkendte psykoterapiformer er baseret på psykoanalysens psykodynamiske teoridannelse. Den nødvendige forudsætning for enhver form for psykoterapi er, at der etableres et tillidsforhold mellem patient og behandler. En analyse af dette forhold i videste forstand (»overføringen«) indtager en central rolle i behandlingen.

Det er muligt at inddele de forskellige former for psykoterapi i to hovedgrupper, de indsigtsgivende terapiformer og støttende psykoterapi – med glidende overgange.

Udformningen af de *indsigtsgivende terapiformer* beror i væsentlig grad på indholdet af den tilgrundliggende psykologiske teori. Specielt de psykoanalytisk orienterede psykoterapiformer har som behandlingsmål, at patienterne i større eller mindre omfang bliver sig deres ubevidste indre konflikter bevidst. Det tilstræbes, at patienten bibringes indsigt i og forståelse af baggrunden for måske plagsomme

symptomer eller får mulighed for at hæve den følelsesmæssige fortrængning, som indskrænker deres livsudfoldelse.

Disse former for psykoterapi kan under forløbet medføre en ganske svær følelsesmæssig belastning for patienten. En nødvendig forudsætning for behandlingen er derfor, at patientens frustrations-tærskel er høj, at den pågældende er intellektuelt nogenlunde veludrustet og i øvrigt motiveret for behandling. Det følger heraf, at hovedindikationsområdet er de neurotiske tilstande. Psykotiske patienter evner kun sjældent at indgå i den »terapeutiske alliance«, som er nødvendig for at gennemføre en egentlig indsigtsgivende psykoterapi. Patienter med en skrøbelig personlighed, f.eks. skizotypi-patienter, vil kunne reagere med længerevarende depressive reaktioner på den nævnte følelsesmæssige belastning. Heller ikke karakterafvigere vil som hovedregel profitere af denne form for behandling, idet de pågældende i almindelighed vil være præget af en lav frustrationstærskel og hurtigt vil ophøre med behandlingen, når denne føles for belastende.

Støttende psykoterapi omfatter en række forskellige former for psykoterapi, bl.a. anvendt over for de ovenfor nævnte patientgrupper, som ikke kan profitere af indsigtsgivende psykoterapi. Behandlingen kan have karakter af beroligelse, forklaring eller praktisk betonet rådgivning på det bevidste plan. En anden form er at give patienten mulighed for følelsesmæssig afspænding eller afreaktion ved gang på gang at lade ham fortælle enkelthederne i en forudgående, akut krisevoldende situation – typisk den form for kriseterapi, der tilbydes i øvrigt psykisk sunde mennesker, som har været udsat for voldsomme følelsesmæssige oplevelser, f.eks. i forbindelse med krigsbegivenheder, jernbanekatastrofer, skibsbrande og lignende.

Støttende psykoterapi kan være et vigtigt element i behandlingen af psykotiske lidelser, specielt skizofrenierne. Generelt vil behandlingen være af såkaldt »jeg-styrkende« karakter, hvor terapeuten søger at bibringe patienten en mere realistisk oplevelse af omverdenen for herved at modarbejde dennes autistiske isolation.

Psykoterapi af skizofrene er et uafklaret og undertiden heftigt debatteret område. Der findes enkeltstående beretninger om langvarige terapiforløb, hvor fuld helbredelse – uden anvendelse af neuroleptika – angivelig er set. Den overvejende holdning i dag er dog, at medikamentel behandling som udgangspunkt er et nødvendigt grundlæggende element i skizofrenibehandling. Når den akutte fase er overstået, kan nogle patienter profitere af, at den

Kap. 7. Klinisk psykiatri

medikamentelle behandling suppleres med den ene eller anden form for støttende psykoterapi.

Ud over den psykoanalytisk (Freudiansk) orienterede psykoterapi skal nævnes C.G.Jung's »analytiske terapi« og F. Perl's »gestaltterapi«, som tager sigte på en klarlæggelse af patientens aktuelle situation og en (kropslig) afreaktion af fortrængte aggressive emotioner. De her nævnte og en lang række dermed beslægtede psykoterapiformer praktiseres både som individualterapi og som gruppeterapi. Hovedindikationsområdet er symptom- og karakterneurotiske tilstande, men specielt gruppebehandling finder også anvendelse bl.a. som led i alkoholistbehandling.

Familieterapi kan betragtes som en speciel form for gruppeterapi, som navnlig har fundet anvendelse inden for børnepsykiatriens område. Den hviler på opfattelsen af familiesamspillet, specielt forældreforholdets, afgørende betydning for de enkelte familiemedlemmers personlighedsudvikling. Barnets »symptomer« anskues i overensstemmelse hermed i højere grad som tegn på problemer i den samlede familie end som udtryk for sygdom hos den symptom-bærende. Også *parterapi* tilsigter – under form af »trekantsamtaler« – at bibringe parterne indsigt i de aktuelle samlivskonflikters art og psykologiske årsagsforhold.

Størsteparten af de omtalte ikke-biologiske psykiatriske behandlingsformer har rod i en dynamisk-psykologisk begrebsverden. I modsætning hertil hviler *adfærdsterapien* på indlæringspsykologiske teorier og erfaringer. Ifølge disse er de neurotiske symptomer ikke udtryk for bagvedliggende »indre« konflikter, men for uhensigtsmæssig indlæring eller vanedannelse. Med udgangspunkt i en indgående adfærdsanalyse betjener terapeuten sig følgelig af pædagogisk orienterede teknikker med henblik på en afvænning eller afsvækkelse af den affekt, som formodes oprindeligt at have ligget til grund for symptomdannelsen.

Afledt af adfærdspsykologien er *kognitiv terapi*, som er en behandlingsform, der lægger hovedvægten på at fremme patientens intellektuelle, rationelle forståelse af sin situation og sine problemer med det sigte, at patienten så vil ændre både sin opfattelse af sig selv og andre samt sin adfærd. Denne behandlingsform synes bl.a. effektiv i behandlingen af (moderat) depressive patienter, eventuelt i kombination med medikamentel antidepressiv behandling.

7.17.3. Sociale behandlingsformer

Mange psykiske lidelser og sygdomme medfører tab af social kompetence. Socialpsykiatrisk behandling har som sit mål at søge at afbøde dette tab, at genoprette tabte færdigheder og at etablere særordninger og støtteforanstaltninger for de patienter, der p.g.a. deres sygdom ikke kan opfylde egne berettigede behov eller tilgodese samfundets krav. Det socialpsykiatriske behandlingsområde omfatter boligforhold, beskæftigelse, undervisning, revalidering, fritidsordninger mv., men området er uklart afgrænset. Betegnelsen socialpsykiatri anvendes i meget forskellig betydning af forskellige faggrupper, forvaltningsmyndigheder, interesseorganisationer mv. Distriktskykiatrien er f.eks. nogle steder defineret som en del af den socialpsykiatriske behandling, andre steder ikke. Der er endvidere glidende overgange fra en aktiv, individuelt planlagt socialpsykiatrisk behandling med et veldefineret mål, f.eks. optræning til at kunne bo i egen bolig, til det uforpligtende og måske tilfældige ophold i et »værested« for psykisk syge, som undertiden også benævnes som en socialpsykiatrisk foranstaltning.

Som tidligere nævnt tilgodeså de store psykiatriske hospitaler før i tiden de psykiatriske patienters basale behov som mad på bordet og tøj på kroppen samt i varierende grad også beskæftigelse, genoptræning, socialt samvær mv. Med sengereduktionen er disse opgaver flyttet ud i det almindelige sociale system, og behandlingen (i videste betydning) ydes nu i medfør af bistandslovens bestemmelser. Det er i første række primærkommunerne, som har ansvaret for det socialpsykiatriske område, men dog således at visse specialopgaver er henlagt til amtskommunerne, som også har ansvaret for sygehusdriften. Endvidere driver private organisationer som f.eks. Kirkens Korshær og patient- og pårørende foreningen »Sind« nogle – delvis statsstøttede – »væresteder«, cafe'er, herberger mv. for psykiatriske patienter. Det er blevet hævdet, at hele denne organisatoriske opbygning – eller mangel på samme – giver anledning til »kassetænkning«, uklare ansvarsområder med voksende bureaukratisering, afprofessionalisering mv.

Dårlige sociale forhold kan medvirke til udviklingen af visse psykiske forstyrrelser, bl.a. misbrug, og store sociale omvæltninger kan hos disponerede give anledning til udvikling af psykotiske episoder. Men de – ofte meget alvorlige – sociale problemer, mange svært syge, især skizofrene, patienter står overfor, er oftest en følge af sygdommen, ikke dens årsag. Sociale vanskeligheder kan imidlertid influere på forløbet, og da mange psykiske sygdommes symptomatologi yderli-

gere medfører, at patienterne isolerer sig, afbryder uddannelse, har svært ved at bemestre det moderne samfunds ofte komplicerede krav mv., vil mange patienter kunne drage nytte af en målrettet, individuelt tilrettelagt socialpsykiatrisk behandlingsindsats.

Som eksempel på de socialpsykiatriske støtte- og omsorgsforanstaltninger skal nævnes boligområdet. Flere psykiatriske hospitaler har (stadig) udslusningsafdelinger, hvor patienterne kan trænes i at bo for sig selv, lave mad, gøre rent osv. Nogle patienter kan udskrives til egen bolig, eventuelt med støtte af hjemmehjælp eller særlige kontaktpersoner, som regelmæssigt aflægger besøg. Andre udskrives til beskyttede boliger eller bofællesskaber med varierende grad af personalestøtte. Der er mulighed for såkaldt »opgangsfællesskab«, hvor hver patient har sin egen lejlighed, hvortil kommer visse fællesfaciliteter. Nogle af disse »opgangsfællesskaber« har tilknyttet personale. Videre er der psykiatriske plejehjem som en midlertidig eller permanent boligform; især ældre psykiatriske patienter kan have ophold på almindelige plejehjem. Endelig er der herberger, forsorgshjem mv. for de efterhånden ganske mange, som er for syge til at kunne honorere selv de mest beskedne sociale krav, som de øvrige boformer stiller.

På samme måde er der etableret en vifte af beskæftigelsesmuligheder fra almindeligt arbejde samt ansættelse med løntilskud over beskyttede værksteder til hobbyprægede aktiviteter. Inden for uddannelsesområdet er der etableret særlige »lilleskoler for voksne«, daghøjskoler mv.; men der er også mulighed for kompetencegivende undervisning enten på specielle hold eller inden for det almindelige uddannelsessystem.

Forudsætningen for socialpsykiatrisk behandling er et bredt samarbejde mellem flere faggrupper og administrative myndigheder, men området er ligefuldt et psykiatrisk specialområde. Som beskrevet under de enkelte sygdomme karakteriseres mange af disse ved stadige ændringer i sygdomsintensitet og dominerende symptomatologi, hvilket også gælder de kroniske psykoser som f.eks. skizofreni. Der er således ikke tale om et stationært, permanent handicap, som f.eks. åndssvaghed, hvor behandling og oplæring eventuelt langsomt kan bedre funktionsniveauet, men om aktive sygdomme med stadig skiftende sygdomsmanifestationer, som påvirker den sociale kompetence. Den socialpsykiatriske behandling må således til stadighed justeres i forhold til patientens aktuelle psykopatologiske tilstand, til den øvrige behandling mv. Som eksempel kan nævnes en skizofren

patient i egen bolig, hvis tilstand forværres; undertiden kan justering af den medikamentelle behandling være tilstrækkelig, undertiden er indlæggelse nødvendig. Efter en indlæggelse kan patienten have behov for ophold i en udslusningsafdeling, før patienten igen kan etableres i egen bolig, hvilken form den end måtte have.

Hele det socialpsykiatriske behandlingsområde er i disse år genstand for en omfattende debat. Deinstitutionaliseringen er i et vist omfang mere ideologisk end fagligt begrundet, idet den overordnede målsætning har været, at de psykiatriske patienter i videst muligt omfang skulle integreres i det almindelige samfund. Denne tanke er fundamentalt rigtig, men samtidig taler de åbenbare sociale katastrofer – hjemløshed, stigende selvmordshyppighed, øget stofmisbrug, voksende kriminalitet mv. – blandt psykiatriske patienter deres klare sprog om systemets mangler.

I Danmark er sengereduktionen gennemført mere radikalt end i de fleste lande, vi normalt sammenligner os med. Dette har medført en kraftig oprustning af det socialpsykiatriske behandlingssystem. Målsætningen er integration og selvbestemmelse, psykiatrisk behandling som »et tilbud«. Men mange patienter falder ud af systemet, og udviklingen rejser nogle væsentlige spørgsmål, som ikke kun er af psykiatrifaglig karakter: Er integration altid et gode, eller hviler denne målsætning på idealiserede forestillinger om såvel de psykiske sygdomme som det moderne samfunds evne til at integrere svært psykisk syge mennesker? Kan segregation være en mere human foranstaltning over for nogle patienter? Er en overbetoning af den svært syge patients selvbestemmelse reelt udtryk for omsorgssvigt?

En forudsætning for at gennemføre socialpsykiatrisk behandling er, at patienten er motiveret for og kan medvirke ved de forskelligartede initiativer. Dette rejser spørgsmålet om forholdet mellem hospitalsmæssig og ambulant behandling: har det psykiatriske hospitalsvæsen kapacitet til at varetage den undertiden længerevarende behandling under indlæggelse, som kan være nødvendig for at bedre en patients tilstand og sikre, at bedringen er stabil? I hvilket omfang bør tvang anvendes for at gennemføre denne behandling?

Socialpsykiatrisk behandling indgår på linie med somatisk og psykoterapeutisk behandling i det samlede psykiatriske behandlingsprogram. De forskellige behandlingsformer supplerer hinanden, og når der lægges en behandlingsplan, bør alle tre elementer overvejes. Nogle patienter kan have mere gavn af den ene behandlingsform end af de andre, eller – hvad nok så hyppigt ses blandt patienter med

langvarige eller kroniske lidelser – i nogle perioder har den enkelte patient mere behov for ét behandlingsprincip, i andre perioder for et andet. Opgaven må være at finde den rette balance mellem de forskellige behandlingsformer på grundlag af viden om de psykiatriske sygdommes karakter, optimale behandlingsmuligheder og forløb, herunder at nogle patienter kan være til fare for sig selv eller andre. Denne afvejning må ske med skyldig respekt for patienternes autonomi, men også for samfundets forpligtelser til at tage sig af de mennesker, som på grund af alvorlig sygdom ikke kan tage vare på sig selv.

Litteratur

Litteraturlisten er inddelt i Betænkninger og Anden litteratur. – De enkelte punkter indledes i almindelighed med den forkortede henvisning (forfatternavn og årstal), som er benyttet i bogens tekst. – Tre tidsskrifter anføres i forkortelse: Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab = NTfK, Ugeskrift for Læger = UfL og Ugeskrift for Retsvæsen afd. B = UfR.

Betænkninger:

Betænkning afgiven af Kommissionen nedsat til at foretage et Gennemsyn af den almindelige borgerlige Straffelovgivning. København, 1912.

Betænkning afgiven af Straffelovskommissionen af 9. November 1917. København, 1923.

Betænkning afgivet af den af Justitsministeriet den 7. November 1932 nedsatte Kommission angaaende Lovligheden af Svangerskabsafbrydelse m.v. København, 1936.

Betænkning om oprettelse af et kriminalasyl for psykisk abnorme lovovertrædere. København, 1949.

Bet. nr. 96: Betænkning angående ændring af svangerskabslovgivningen m.v. Afgivet af den af Justitsministeriet den 9. januar 1950 nedsatte kommission. København, 1954.

Bet. nr. 149: Betænkning om de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager. Afgivet af kommissionen til overvejelse af spørgsmål vedrørende de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager. København, 1956.

Bet. nr. 165: Betænkning afgivet af kommissionen af 29. marts 1952 vedrørende Statens sindssygevesen. København, 1956.

Bet. nr. 204: Betænkning om åndssvageforsorgen. Afgivet af det af Socialministeriet den 30. april 1954 nedsatte udvalg til behandling af åndssvageforsorgens problemer. København, 1958.

Bet. nr. 262: Betænkning vedrørende børneforsorgen og mødrehjælpen. København, 1960.

Bet. nr. 263: Betænkning om ændring af § 10 i lov nr. 276 af 30. juni 1922 om ægteskabs indgåelse og opløsning. København, 1960.

Bet. nr. 264: Alkoholkommissionens afsluttende betænkning. Den af kommissionen af 1947 angående alkoholspørgsmålet afgivne 4. betænkning. København, 1960.

Bet. nr. 291: Betænkning om arvelovgivningen. Afgivet af det af Justitsministeriet den 24. juni 1954 nedsatte udvalg. København, 1961.

Bet. nr. 353: Betænkning om sterilisation og kastration. Afgivet af det af Justitsministeriet den 30. december 1958 nedsatte udvalg. København, 1964.

Litteratur

- Bet. nr. 369:* Ægteskabs indgåelse og opløsning samt forældremyndighed og samkvemsret. Betænkning II fra Justitsministeriets ægteskabsudvalg af 1957. København, 1964.
- Bet. nr. 450:* Betænkning om oprettelse af en særlig behandlingsinstitution for en del af de psykisk abnorme lovovertrædere. København, 1967.
- Bet. nr. 519:* Betænkning om vilkår ved betingede domme og prøveløsladelse. Afgivet af Kriminalforsorgsudvalget. København, 1969.
- Bet. nr. 522:* Betænkning om adgang til svangerskabsafbrydelse. København, 1969.
- Bet. nr. 624:* Ændring af adoptionsloven. Betænkning I fra Justitsministeriets adoptionsudvalg. København, 1971.
- Bet. nr. 658:* Betænkning om ændring af § 5 i lov nr. 256 af 4. juni 1969 om ægteskabs indgåelse og opløsning. Afgivet af det af Justitsministeriet den 9. december 1968 nedsatte udvalg. København, 1972.
- Bet. nr. 667:* Betænkning om de strafferetlige særforanstaltninger. Afgivet af Straffelovrådet. København, 1972.
- Bet. nr. 691:* Ægteskab I: Ægteskabs indgåelse. Afgivet af ægteskabsudvalget af 1969. København, 1973.
- Bet. nr. 697:* Ægteskab II: Ægteskabs opløsning. Afgivet af ægteskabsudvalget af 1969. København, 1973.
- Bet. nr. 719:* Ægteskab IV: Vilkårene for separation og skilsmisse. Afgivet af ægteskabsudvalget af 1969. København, 1974.
- Bet. nr. 728:* Betænkning om anholdelse og varetægt. Afgivet af det af Justitsministeriet den 16. januar 1968 nedsatte udvalg. København, 1974.
- Bet. nr. 752:* Kriminalforsorg – Socialforsorg I-III. Betænkning afgivet af det af Justitsministeriet den 24. august 1973 nedsatte planlægningsudvalg vedrørende forsorgsarbejdet inden for kriminalforsorgen. København, 1975.
- Bet. nr. 775:* Godkendelse som adoptivforældre. Betænkning III fra Justitsministeriets adoptionsudvalg. København, 1976.
- Bet. nr. 796:* Ægteskab VII: Fremgangsmåden ved separation og skilsmisse. Afgivet af ægteskabsudvalget af 1969. København, 1977.
- Bet. nr. 806:* Alternativer til frihedsstraf, et debatoplæg. Afgivet af den af Justitsministeriet den 29. august 1975 nedsatte arbejdsgruppe. København, 1977.
- Bet. nr. 829:* Betænkning om lempelse af erstatningsansvar. Betænkning II afgivet af Justitsministeriets erstatningslovsudvalg. København, 1978.
- Bet. nr. 955:* Betænkning om foranstaltninger over for åndssvage og andre svagt begavede lovovertrædere. Afgivet af det af Justitsministeriet den 24. september 1970 nedsatte udvalg. København, 1982.
- Bet. nr. 985:* Forældremyndighed og samværsret. Afgivet af en arbejdsgruppe under Justitsministeriet. København, 1983.
- Bet. nr. 1015:* Embedslægevæsenet. Betænkning fra det af indenrigsministeren den 17. maj 1982 nedsatte udvalg vedrørende embedslægevæsenet. København, 1984.

- Bet. nr. 1068:* Principbetænkning om tvang i psykiatrien I-II. Afgivet af det af Justitsministeriet nedsatte udvalg vedrørende sindslidendes retsstilling. København, 1986. – Se også *Bet. nr. 1109*.
- Bet. nr. 1099:* Betænkning om strafferammer og prøveløsladelse. Delbetænkning I om sanktionsspørgsmål. Afgivet af Straffelovrådet. København, 1987.
- Bet. nr. 1109:* Afsluttende udtalelse vedrørende udformningen af en ny lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Afgivet af det af Justitsministeriet nedsatte udvalg vedrørende sindslidendes retsstilling. København, 1987. – Se også *Bet. nr. 1068*.
- Bet. nr. 1121:* Separations- og skilsmissebetingelser. Afgivet af en arbejdsgruppe under Justitsministeriet. København, 1987.
- Bet. nr. 1181:* Betænkning om en lov om fuldbyrdelse af straf mv. I-III. Afgivet af en arbejdsgruppe nedsat af Straffelovrådet. København, 1989-90.
- Bet. nr. 1184:* Betænkning om afkald på livsforlængende behandling (livstestamenter mv.). Afgivet af arbejdsgruppen om lægers og patienters retsstilling vedrørende behandling af patienter, som ikke ønsker udsigtsløs livsforlængende behandling. København, 1989.
- Bet. nr. 1196:* Betænkning om Retslægerådet. Afgivet af et af Justitsministeriet nedsat udvalg. København, 1990.
- Bet. nr. 1211:* Betænkning om samfundstjeneste. Delbetænkning II om sanktionsspørgsmål. Afgivet af Straffelovrådet. København, 1990.
- Bet. nr. 1247:* Værgemål. Afgivet af Justitsministeriets myndighedslovsudvalg. København, 1993.

Anden litteratur:

- Adserballe, Hans (1977):* Frihedsberøvelse og tvang i psykiatrien. Historiske og retspsykiatriske studier med særligt henblik på den danske sindssygelov af 1938, I-II. København, FADL's Forlag.
- Amtsrådsforeningen i Danmark (1992):* Misbrug. Behandlingsindsats og tilgrænsende foranstaltninger. København, Amtsrådsforeningen.
- Andersen, Daniel, Carl Erik Mabeck & Poul Riis (red.) (1991):* Medicinsk etik. København, FADL's Forlag.
- Andersen, Henrik Steen, Tommy Lillebæk & Dorte Sestoft med bidrag af Gorm Gabrielsen (1994):* Isolationsundersøgelsen. Varetægtsfængsling og psykisk helbred, I-II. København, Bispebjerg Hospital og Retspsykiatrisk Klinik.
- Arbejdsgruppen vedrørende retspsykiatri (1986):* Retspsykiatri. Beskrivelse – vurdering – løsningsforslag. Ribe, Ribe Amtsråd.
- Arentsen, Kaj (1960):* Alkoholister og deres behandling. Risskov, Århus Universitets Psykiatriske Institut.
- Arentsen, Kaj (1966):* Om psykosier opstået efter fødsler med særligt henblik på prognosen. Et katamnestisk studie, I-III. Odense, Andelsbogtrykkeriet.

Litteratur

- Arnholm, Poul & Ole Stigel (1988)*: Rigsadvokatens årlige møder med statsadvokaterne. Afsnit 3: Mentalundersøgelser, i Anklagemyndighedens årsberetning 1987, s. 70-74. København, Rigsadvokaten.
- Bech, Per (1993)*: Rating Scales for Psychopathology. Health Status and Quality of Life. Berlin, Springer Verlag.
- Beier, Henning (1988)*: Voldtægtsforbryderen – Voldtægtsforbrydelsen. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Beier, Mogens, Birgitte Thorning Hansen & Mogens A. Lund (1986)*: Rapport om en tværfaglig konference om børnesagkyndig bistand i retssager om forældremyndighed. UfR 1986, s. 380-384.
- Belfrage, Henrik (1994)*: Criminality and Mortality Among a Cohort of Former Mental Patients in Sweden. Nordic Journal of Psychiatry, vol. 48, s. 343-347.
- Belfrage, Henrik (1995)*: Brottsligheten, psykiatri och samhället. Introduktion till den medicinska kriminologin. Stockholm, Almqvist & Wiksell Medicin.
- Bjerg Hansen, Erik (1962)*: Begrebet partiel psykose i retspsykiatrisk belysning. NTfK vol. 50, s. 227-250.
- Bjerg Hansen, Erik (1976)*: Paranoia hypocondrica. København, Frederiksberg Bogtrykkeri.
- Bleuler, Emil (1911)*: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Leipzig/Wien, F. Deuticke. – Engelsk udgave: Dementia praecox or the Group of Schizophrenias, 8. printing. New York, International Universities Press, 1969.
- Bluglass, Robert & Paul Bowden (eds.) (1990)*: Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Edinburgh, Churchill Livingstone.
- Borberg, Steen (1981)*: Strafferetspsykiatri. København, Schultz.
- Borup Svendsen, B. (1976)*: Mentalobservationer II-V. UfL vol. 138, s. 1791-1844.
- Borup Svendsen, B. & Karin Garde (1974)*: 141 retspsykiatrisk undersøgte benådningsansøgere. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift vol. 28, s. 147-154.
- Borup Svendsen, B. & Jes Gerlach (1976)*: Mentalobservationer I. 100 mentalobservationer 1968-1970. UfL vol. 138, s. 445-449.
- Brun, Gudrun, K.J. Rump & Peter Teilmann (1978)*: Forældremyndigheds- og samkvemsretssager. UfR 1978, s. 17-26.
- Busck, Lars (1982)*: Frihedsberøvelse efter sindssygeloven af 13.4.1938. Juristen vol. 64, s. 75-95.
- Baastrup, Poul C. & Mogens Schou (1967)*: Kemisk psykoseprofylakse. Lithium mod manio-depressiv psykose. Nordisk Medicin vol. 77, s. 180-187.
- Cade, J.F.J. (1949)*: Lithium Salts in the Treatment of Psychotic Excitement. Medical Journal of Australia vol. 36, s. 349-352.
- Cerletti, U. & L. Bini (1938)*: L'elettrochock. Archivio di Psicologia, Neurologia et Psichiatria vol. 19, s. 266 ff.

- Christensen, Anne-Lise m.fl. (1992):* Undersøgelsesmetoder i klinisk psykologi, red. Lise Østergaard. København, Munksgaard.
- Christiansen, Karl O., Mogens Moe & Løf Senholt i samarbejde med Ken Schubell & Karin Zedeler (1972):* Effektiviteten af forvaring og særfængsel m.v. København, 1972 (Bet. nr. 644).
- Christensen, Otto m.fl. (1990):* Fjerndrab, et nyt fænomen. NTfK vol. 77, s. 1-12.
- Dahl Jensen, Poul & Jørgen Paulsen (1991):* Tvang i psykiatrien. Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien med kommentarer. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Dalfelt, Henning, Per Lindegaard & Birte Petersen (1973):* Foranstaltninger overfor sindssyge lovovertrædere. Anklagemyndighedens årsberetning 1973, s. 33-74.
- Danielsen, Svend (1985):* Børnesagkyndig bistand i retssager om forældremyndighed. UfR 1985, s. 173-179.
- Danielsen, Svend & Nils Black (1988):* Myndighedsloven I: Umyndighed og værgemål. 3. udg. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Danielsen, Svend & Dorrit Sylvest Nielsen (1989):* Myndighedsloven II: Forældremyndighed og samværsret. 2. udg. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Danvad, Ivan, Erik Andersen & Aage Kirkegaard (1968):* Om sikringsanstalten i Nykøbing Sjælland og dens klientel. NTfK vol. 56, s. 60-103.
- Dean, Malcolm (1992):* London Perspective. Bedlam lives on. The Lancet vol. 340, s. 1398-1399.
- Direktoratet for Kriminalforsorgen (1988):* Sundhedstjenesten i kriminalforsorgen. København, Kriminalforsorgen.
- Direktoratet for Kriminalforsorgen (1993):* Rapport vedrørende forsøgsordning for spritbilister. Status over de første tre år. København, Kriminalforsorgen.
- Egsgaard, J. (1961):* Om at skrive retspsykiatriske erklæringer. Nordisk Medicin vol. 65, s. 233-236.
- Eitinger, Leo & Nils Retterstøl (1990):* Rettspsykiatri. 4. utg. Oslo, Universitetsforlaget.
- Ersbøll, Eva m.fl. (1990):* Gamle dementes menneskerettigheder. Rapport fra en arbejdsgruppe. København, Det Danske Center for Menneskerettigheder.
- Florian Sørensen, Bent (1965):* Pathologisk rus. NTfK vol 53, s. 147-170.
- Folketingets ombudsmands beretning: Udtalelser om retspsykiatriske undersøgelser, 1967 s. 79-81, 1975 s. 645, jf. 1976 s. 69-72 og 1977 s. 56.*
- Folketingets ombudsmands beretning: Udtalelser om inspektion og besøg på psykiatriske afdelinger, 1988 s. 201-210, 1989 s. 224-234 og 234-240, 1990 s. 318-337, 1993 s. 407-412, 1994 s. 459-464.*

Litteratur

- Frees Christiansen, W. (1991):* Selvmord i danske fængsler og arresthuse. NTfK vol. 78, s. 164-179.
- Freud, Sigmund (1982):* Forelæsninger til indføring i psykoanalysen. København, Reitzel.
- Friedenreich, A. (1910):* Tilregnelighed fra Lægens Standpunkt. København, Gyldendal.
- Færgeman, Poul (1945):* De psykogene Psykoser. Belyst gennem katamnesticke Undersøgelser. København, Munksgaard.
- Geill, Christian (1906):* Kriminal-antropologiske Studier over danske Forbrydere. København, Jacob Lund.
- Gjerulff, Th. (1942):* Lov om sindssyge Personers Hospitalsophold af 13. April 1938. København, G.E.C. Gads Forlag.
- Goll, August (1933):* Straffelovens Repressionssystem og Lægerne. UfL vol. 95, s. 1098-1110.
- Gottlieb, Peter (1994):* Psykiatriske patienter og kriminalitet. UfL vol. 156, s. 4681.
- Gottlieb, Peter, Otto Christensen & Peter Kramp (1986):* On Serious Violence During Sleep-Walking. British Journal of Psychiatry vol. 149, s. 120-121.
- Gottlieb Peter, Gorm Gabrielsen & Peter Kramp (1987a):* Psychotic Homicides in Copenhagen from 1959-83. Acta Psychiatrica Scandinavica vol. 76, s. 285-292.
- Gottlieb Peter, Peter Kramp & Gorm Gabrielsen (1987b):* The Practice of Forensic Psychiatry in Cases of Homicide in Copenhagen 1959-83. Acta Psychiatrica Scandinavica vol. 76, s. 514-522.
- Gram Jensen, Sv. (1974):* Studier over lovens strengeste straf i Danmark 1858-1957. København, Chr. Ejlers Forlag.
- Gram Jensen, Sv. (1975):* Strafnedsættelse efter straffelovens § 85 i teori og praksis. NTfK vol. 63, s. 246-257.
- Graversen, Jørgen & Inger Margrete Pedersen (1988):* Afasi. Sprogforstyrrelser i juridisk belysning. UfR 1988 s. 345-353.
- Grøve, Vagn m.fl. (1993):* Kommenteret straffelov. Almindelig del. 5. udg. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Grøve, Vagn (1995):* Farlige kriminelle. Er uvidenhed tilstrækkeligt grundlag for indespærring og kastration? i Kriminalistisk Instituts årbog 1995 s. 93-104.
- Grothe Nielsen, Beth (1991):* Seksuelle overgreb mod børn i familien. Et offerperspektiv på straffesystemet. Århus, Århus Universitetsforlag.
- Gulmann, Nils Chr. (1990):* Praktisk gerontopsykiatri. København, Reitzel.
- Gunn, John & Pamela Taylor (eds.) (1993):* Forensic Psychiatry. Clinical, Legal and Ethical Issues. Oxford, Butterworth/Heinemann.
- Hansen, C.J. (1973):* Alkoholistforsorg og kriminalforsorg. NTfK vol. 61, s. 235-242.

- Hansen, Heidi (1991):* Treatment of Dangerous Sexual Offenders, i Seminar on Prison Health Services, s. 33-38. Tampere, Ministry of Justice.
- Haslund, Anne Birgitte & Per Lindegaard (1975):* Om forvaring. Anklagemyndighedens årsberetning 1975, s. 77-94.
- Helweg, Hjalmar (1915):* Sindssygeværnsnets Udvikling i Danmark. København, Jacob Lund.
- Helweg, Hjalmar (1942):* Abnorme enkeltreaktioner I-II. Nordisk Medicin vol. 15, s. 2340-2344 og 2388-2392.
- Helweg, Hjalmar (1949):* Den retslige psykiatri i kort omrids, 2. udg. København, H. Hagerup.
- Hemmingsen, Ralf (1988):* Bevidsthed og psykose. København, Welner og Rygaard.
- Hemmingsen, Ralf m.fl. (red.) (1994):* Klinisk psykiatri. København, Munksgaard.
- Hertoft, Preben (1987):* Klinisk sexologi. 3. udg. København, Munksgaard.
- Hjorth, Karsten (1991):* Om foranstaltninger overfor åndssvage kriminelle, i Anklagemyndighedens årsberetning 1990, s. 112-130.
- Hodgins, Sheilaigh (1992):* Mental Disorder, Intellectual Deficiency, and Crime. Evidence from a Birth Cohort. Archives of General Psychiatry vol. 49, s. 476-483.
- Hoffman, B.F. (1990):* The Criminalization of the Mentally Ill. Canadian Journal of Psychiatry vol. 35, s. 166-169.
- Hurwitz, Stephan & Karl O. Christiansen (1968-71):* Kriminologi, 3. udg., I-II. København, Gyldendal. Engelsk udgave: Criminology, 1983. London, Allen & Unwin.
- Häfner, H. & W. Böker (1973):* Gewalttaten Geistesgestörter. Eine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin, Springer Verlag. Engelsk udgave: Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders. Cambridge University Press, 1982.
- Høgelund, Jan (1993):* Ungdomskontrakter. En forsøgsordning. København, Socialforskningsinstituttet, Rapport 93:8.
- Jacobsen, Erling (1965):* Psykoneuroser I-II. København, Munksgaard.
- Jacobsen, Malthé (1973):* Ambulant behandling af kriminelle alkoholister. NTfK vol. 61, s. 243-250.
- Jaspers, Karl (1959):* Allgemeine Psychopathologie. 7. Aufl. Berlin, Springer Verlag. Engelsk udgave: General Psychopathology. Manchester University Press, 1963.
- Kallehauge, Holger (1989):* Strafferetlige reaktioner over for psykisk afvigende lovovertrædere, som ikke er utilregnelige. NTfK vol. 76, s. 17-31.
- Kirchheiner, Knud (1951):* Er der betænkeligheder ved udviklingen i den moderne kriminalitetsbekæmpelse? NTfK vol. 39, s. 195-202.
- Kirkegaard, Aage (1956):* De moderne behandlingsmetoder i psykiatrien og sikringsanstaltens fremtid. NTfK vol. 44, s. 243-250.

- Knudsen, Peder & Jørgen Remvig (1984)*: Dom til psykiatrisk behandling af ikke-utilregnelige lovovertrædere. Erfaringer fra en psykiatrisk afdeling. NTfK vol. 71, s. 300-323.
- Koch, Ida Elisabeth (1995)*: Behandling som alternativ til frihedsstraf. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Kraepelin, Emil (1899)*: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 6. Aufl. I-II. Leipzig, Johann Ambrosius Barth.
- Kramp, Peter (1987)*: Fra "speciallæge" til undersøgelsesklinik. Træk af retspsykiatriens udvikling i København, specielt fra 1935, i Politihistorisk Selskabs Årsskrift 1987, s. 141-167. København, Politihistorisk Selskab.
- Kramp, Peter m.fl. (1987)*: Unge, der har begået alvorlig kriminalitet. NTfK vol. 74, s. 382-395.
- Kramp, Peter m.fl. (1990)*: Alkoholvaner blandt kriminalforsorgens klientel. En undersøgelse af alkoholforbrug og -misbrug, behandlingsmotivation, behandlingsbehov mv. blandt indsatte i fængsler og klienter i den fri kriminalforsorg. København, Justitsministeriet, Kriminalpolitisk Forskningsgruppe nr. 31.
- Kramp, Peter (1993a)*: Farlighedskreter. UfL vol. 155, s. 939-946.
- Kramp, Peter (1993b)*: Psykotiske lovovertrædere. Kriminalitetsudvikling og behandlingsstruktur. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning vol. 71, s. 17-23.
- Kramp, Peter (1994)*: Kriminalitet og kriminalitetsudvikling blandt psykisk syge, i Kommunerne og de sindslidende. Konferencerapport, s. 81-85. København, Dansk Sygehus Institut.
- Kramp, Peter m.fl. (1994)*: Registerundersøgelsen. Nyt fra Kriminalforsorgen 1994, nr. 1, s. 18-19.
- Kramp, Peter & Gorm Gabrielsen (1994)*: Udviklingen i antallet af tilsynsklienter idømt psykiatriske særforanstaltninger fra 1977 til 1993. NTfK vol. 81, s. 375-383.
- Kriminalforsorgens årsberetninger 1973 ff.* Tidligere Fængselsvæsenets årsberetninger. København, Direktoratet for Kriminalforsorgen.
- Kringlen, Einar (1982)*: Psykiatri. 4. utg. Bergen, Universitetsforlaget .
- Kringsholm, Birgitte (1975)*: Benådning for frihedsstraf på grund af legemlig eller psykisk lidelse. NTfK vol. 59, s. 184-195.
- Kutchinsky, Berl (1985)*: Pornography and its Effects in Denmark and the United States. Comparative Social Research vol. 8, s. 301-330.
- Kyusgaard, Britta (1992)*: Ny ungdom? Om familie, skole, fritid, lovydighed og kriminalitet. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Kørner, Alex, Peter Kramp & Gorm Gabrielsen (1993)*: Ikke-sindssyge, psykisk afvigende lovovertrædere og psykiatriske særforanstaltninger. NTfK vol. 80, s. 284-305.
- Kaa, Elisabeth (1991)*: Narkotika. Inddeling af stofferne i henhold til juridiske bestemmelser. UfL vol. 153, s. 2287-2292.

- Langfeldt, Gabriel* (1959): Rettspsykiatri for jurister og leger. 2. utg. Oslo, H. Aschehoug.
- Lier, Lene m.fl. (red.)* (1993): Børnepsykiatri. 2. udg. København, Hans Reitzels Forlag.
- Lindegaard, Per* (1976): Udgang til forvarede. Anklagemyndighedens årsberetning 1976 s. 62-69.
- Lingjærde, Ove m.fl. (red.)* (1989): Skalaer for diagnostikk og sykdomsgradering ved psykiatriske tilstande. 1. Metodologiske aspekter. Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift vol. 43, suppl. nr. 19.
- Lund, Jens* (1987): Psykisk afvigende lovovertrædere. NTfK vol. 74, s. 46-49.
- Lund, Jens* (1988): Dom til åndssvageforsorg og institution i Danmark 1970-1983. NTfK vol. 75, s. 24-32.
- Lund, Jens* (1990): Mentally Retarded Criminal Offenders in Denmark. British Journal of Psychiatry vol. 156, s. 726-731.
- Lund-Andersen, Ingrid m.fl. (1994)*: Familieret. 3. udg. 3. opl. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Lunn, Villars* (1957): Psykologiske tests ved mentalundersøgelser. UfL vol. 119, s. 205-216.
- Lunn, Villars* (1979a): Psykiatri, i Københavns Universitet 1479-1979, bind 7: Det lægevidenskabelige fakultet, s. 389-405. København, G.E.C. Gads Forlag.
- Lunn, Villars* (1979b): Psykosebegrebet. UfL vol. 141, s. 1261-1266.
- Maire, Louis le* (1946): Legal Kastration i strafferetlig Belysning. København, Munksgaard.
- Maire, Louis le* (1960): Tilregnelser og tilregnelighed. Nordisk Medicin vol. 64, s. 1625-1631.
- Manna, A., R. Kurosawa & K. Hamai (eds.)* (1993): Pathways to the Management of Mentally Ill Offenders in the Criminal Justice System. Rome, UNICRI Publication No 48.
- Magnussen, Gudmund* (1985): Gerontopsykiatri, i Psykiatri, red. af Joseph Welner, 2. udg. s. 189-207. København, FADL's Forlag.
- Meduna, Ladislaus von* (1937): Die Konvulsionstherapie der Schizophrenie. Halle, Carl Marhold.
- Moniz, Egas* (1936): Tentatives operatoires dans le traitement de certaines psychoses. Paris, Mason.
- Munk-Jørgensen, Poul, Merete Mortensen & Preben Bo Mortensen (red.)* (1992): Socialpsykiatri. Hvorfra? Hvorhen? København, Reitzel.
- Nehm, Johs., Søren Thorning & Michael von Magnus* (1990): Lægeloven. Lov om udøvelse af lægegerning med kommentarer. 2. udg. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Nordskov Nielsen, Lars* (1986): Tavshedspligt og oplysningspligt i kriminalforsorgen. NTfK vol. 73, s. 1-29.
- Norges offentlige utredninger (NOU) 1974: 17*: Strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner. Oslo, 1974.

Litteratur

- Norges offentlige utredninger (NOU) 1990:5*: Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner. Straffelovkommisjonens delutredning IV. Oslo, 1990.
- Norges offentlige utredninger (NOU) 1992: 23*: Ny straffelov – alminnelige bestemmelser. Straffelovkommisjonens delutredning V. Oslo, 1992.
- Obrik, Eyvind (1897)*: Studier over Tilregnelighetsspørgsmålet i Strafferetten. København, G.E.C. Gads Forlag.
- Paulson, Olaf B. & Flemming Gjerris (1986)*: Epilepsi, i Klinisk neurologi og neurokirurgi, red. af Olaf B. Paulson & Flemming Gjerris, 2. udg. s. 279-302. København, FADL's Forlag.
- Petrunik, Michael (1982)*: The Politics of Dangerousness. International Journal of Law and Psychiatry vol. 5, s. 225-253.
- Pontoppidan, Knud (1892-96)*: Psykiatriske Forelæsninger og Studier I-III. København, Th. Lind. Genoptrykt 1982, Janssenpharma.
- Pontoppidan, Knud (1901)*: Retspsykiatriske Erklæringer. København, Hans Frandsen.
- Rasmussen, Jan (1991)*: Stil altid præcise spørgsmål til Retslægerådet. Advokaten vol. 70, s. 70-71.
- Ravn, Lene (1994)*: Brugen af strafferetlige særforanstaltninger aftager, i Kriminalistisk Instituts årbog 1994, s. 213-222.
- Rehof, Lars Adam & Klaus Trier (1985)*: Anbringelsesdømte. Varighed og lovovertrædelse. NTfK vol. 72, s. 58-67.
- Rentzmann, William (1975)*: Om alternativer til frihedsstraf. NTfK vol. 63, s. 163-183.
- Rentzmann, William (1985)*: Den skønneste juvel? Forskellige aspekter af benådningsinstituttet i Danmark. Juristen, vol. 67, s. 20-38.
- Rentzmann, William & Johan Reimann (1994)*: Samfundstjeneste og ungdomskontrakter og andre samfundssanktioner og -foranstaltninger. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Retslægerådets årsberetning. Ældre række: 1909/10-1968. Nye række: 1989 ff.*
- Rosner, Ricard (ed.) (1993)*: Forensic Psychiatry. New York, Van Nostrand Reinhold.
- Rosner, Ricard & Robert Weinstock (eds.) (1990)*: American Academy of Psychiatry and the Law, Ethical Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry, i Ethical Practice in Psychiatry and the Law, s. 327-331. New York, Plenum Press.
- Sachs, Jan (1963)*: Kan "psykopater" behandles? NTfK vol. 51, s. 193-201.
- Schneider, Kurt (1923)*: Die psychopathischen Persönlichkeiten, i Handbuch der Psychiatrie, red. G. Aschaffenburg. Wien, Franz Deuticke.
- Schneider, Kurt (1957)*: Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete, vol. 25, s. 487-490. – Oversat til engelsk i: Themes and Variations in European Psychiatry, S.R. Hirsch & M. Shepard (eds.), 1974. Bristol, John Wright.

- Schrøder, George E. (1913):* Fængselspsychoser og Psychoser i Fængslet. København, Jacob Lund.
- Schrøder, George E. (1917 og 1927):* Psykiatrisk Undersøgelse af Mandsfanger i Danmarks Straffeanstalter I-II. København, Jacob Lund.
- Schultz, Vilhelm (1990):* Paranoid skizofren patients sygehistorie, behandling og forløb i relation til den nye psykiatrilov. UfL vol. 152, s. 2596-2597.
- Schwartz, Rikke (1985):* Begrænsede børnesagkyndige undersøgelser i ægteskabssager ved Københavns byret. Advokaten vol. 64, s. 23-27.
- Schwarz, Finn (1990):* Domstolsprøvelse efter den nye lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. UfL vol. 152, s. 2593-2596.
- Scott, P.D. (1977):* Assessing Dangerousness in Criminals. British Journal of Psychiatry vol. 131, s. 127-142.
- Sestoft, Dorte & Peter Gottlieb (1994):* Retslige patienters status i sundhedsvæsenet. UfL vol. 155, s. 4224-28.
- Simonsen, Jørn (1994):* Retsmedicin og medicinallovgivning. 8. udg. København, FADL's Forlag.
- Skizofreni. Konsensus-rapport, 24.-26. februar 1992.* København, Statens sundhedsvidenskabelige Forskningsråd & Dansk Sygehus Institut.
- Stadslægen i København (1993):* Seminar om psykiatrilovgivningen den 13. januar 1993. Patienternes retssikkerhed og behandlingsbehov. København, Stadslægen.
- Steincke, Ina (1976):* Psykisk afvigende lovovertrædere, der er omfattet af straffelovens § 69. Anklagemyndighedens årsberetning 1976 s. 70-93.
- Strömgen, Erik (1972):* Atypische Psychosen. Reaktive (psychogene) Psychosen, i Psychiatrie der Gegenwart. Forschung und Praxis II:I: Klinische Psychiatrie I. 2. Aufl., s. 141-152. Berlin, Springer Verlag.
- Strömgen, Erik (1979):* Psykiatri. 13. udg. København, Munksgaard .
- Stürup, George K. (1952):* Lægelig, psykologisk og pædagogisk behandling af kriminelle. NTfK vol. 40, s. 3-37
- Stürup, George K. (1959):* Forvaringsanstalten i Herstedvester. Beretning om arbejdet 1935-1951. København, Direktoratet for Fængselsvæsenet.
- Stürup, George K. (1969):* Psykopatiproblemer fra behandlingssynspunkt. NTfK vol. 57, s. 190-206.
- Stürup, George K. (1968):* Treating the "Untreatable". Chronic Criminals at Herstedvester. Baltimore, Johns Hopkins Press.
- Sundhedsstyrelsen (1991):* Danskernes brug af rusmidler, ved Dorrit Schmidt. København, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1993):* Alkohol- og narkotikamisbruget 1992. København, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1995a):* Retspsykiatri. Redegørelse fra Sundhedsstyrelsens udvalg vedrørende Retspsykiatri. København, Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (1995b):* Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien. København, Sundhedsstyrelsen. -

Litteratur

- Svenné Schmidt m.fl. (1991)*: Arveret. 2. udg. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Sørensen, Thorkil (1984)*: Det transseksuelle syndrom. København, FADL's Forlag.
- Taksø-Jensen, Finn (1987)*: Person-, familie- og arveret. København, G.E.C. Gads Forlag.
- Taksø-Jensen, Finn (1992)*: Arveretten. 3. opl. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Taksø-Jensen, Finn & Jesper Vorstrup Rasmussen (1992)*: Familieretten, 2. opl. København, G.E.C. Gads Forlag.
- Teilmann, Peter m.fl. (1984)*: Forældremyndighed og samkvemsret. Samarbejde mellem jurister og børnesagkyndige i Frederiksborg amt. UfL vol. 146, s. 226-229.
- Torp, Carl (1905)*: Den danske Strafferets almindelige Del. København, G.E.C. Gads Forlag. Genoptrykt 1918.
- Torp, Carl (1906)*: Om den saakaldte formindskede Tilregnelighed. Festskrift udgivet af Københavns Universitet november 1906.
- Torp, Carl (1917)*: Betænkning angaaende de af den under 11. August 1905 nedsatte Straffelovskommission udarbejdede Forslag indeholdende Udkast til Love vedrørende den borgerlige Straffelovgivning med Motiver. København, 1917.
- Tryde, Chr. (1867)*: Om Tilregnelighed fra Retslægens Standpunkt. København, Vilhelm Trydes Boghandel.
- Tryde, Chr. (1901)*: Sindssygdом og Strafskyld for dansk Domstol. København, Vilhelm Trydes Boghandel.
- Tähhä, Veikko (1983)*: Psykoanalytisk psykoterapi. Teori og teknik. Viby J., Centrum.
- Utredning och omhändertagande av psykiskt störda lagöverträdare i Norden. Nordiskt straffrättspsykiatriskt symposium, Helsingør 1994. Stockholm, Rättshälsörelseverket, 1995.
- Vanggaard, Thorkil (1968)*: Psykopati og psykopatbehandling. NTfK vol. 56, s. 300-311.
- Vanggaard, Thorkil (1979)*: Borderlands of Sanity. København, Munksgaard.
- Vestergaard, Emma (1964)*: Om mentalundersøgelser i en 10-årig periode. NTfK vol. 52, s. 39-46.
- Vestergaard, Emma (1974)*: Om voldtægts ofre. NTfK vol. 62, s. 151-179.
- Vestergaard, Jørn (1989)*: Tiltalefrafald og mentalt påfaldende lovovertrædere. Juristen vol. 71, s. 311-330.
- Vestergaard, Jørn (1991)*: Psykiatriloven og tvangsbehandling, i Suum Cuique, red. Peter Blume m.fl., s. 355-371. København, Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Vestergaard, Jørn, Jytte Villadsen & Preben Wilhelm (1985)*: Sindslidendes retsstilling. Galskab, magt, afmagt. København, Gyldendal.

- Vestergaard, Per & Jes Gerlach (red.) (1988):* Behandling med psykofarmaka. Samspillet med andre behandlingsformer. København, Munksgaard.
- Videbech, Fritz (1985):* Om de påsigtede gerninger oplyser observanden -. Nogle kritiske bemærkninger til mentalobservationserklæringer. UfR 1985 s. 160-164.
- Wagner von Jauregg, Julius (1946):* The History of the Malaria Treatment of General Paralysis. American Journal of Psychiatry vol. 102, s. 577-582.
- Walker, Nigel & Sarah McCabe (1968-73):* Crime and Insanity in England I-II. Edinburgh, University Press.
- Walker, Nigel (1991):* Dangerous Mistakes. British Journal of Psychiatry vol. 158, s. 752-757.
- Welner, Joseph (red.) (1985):* Psykiatri. En tekstbog. 2. udg. København, FADL's Forlag.
- West, Donald J. & Alexander Walk (eds.) (1977):* Daniel McNaughton. His Trial and the Aftermath. London, Gaskell Books.
- Williams, Glanville L. (1983):* Textbook of Criminal Law. 2. ed. London, Stevens.
- Wilsbech Andersen, Inge (1989):* Dom i Hafnia-branden og Fanø-mordet. Dansk Politi 1989, nr. 6, s. 176-179.
- Wimmer, August (1916):* Psykogene Sindssygdomsformer, i Sankt Hans Hospital 1816-1916, s. 85-216. København, G.E.C. Gads Forlag. Optrykt 1981, Janssenpharma.
- Wimmer, August (1926):* Vore retspsykiatriske Opgaver under den nye Straffelov I. UfL vol. 88, s. 91-96.
- Wimmer, August (1933):* Vore retspsykiatriske Opgaver under den nye Straffelov II. UfL vol. 95, s. 1129-1134.
- Wimmer, August (1936):* Speciel klinisk Psykiatri for Studerende og Læger. København, Levin & Munksgaard. Genoptrykt I-II, 1994-95, Janssenpharma.
- Waaben, Knud (1962):* Den strafferetlige reaktion overfor truende personer. NTfK vol. 49, s. 193-226.
- Waaben, Knud (1967):* Utilregnelighed på sindssygdommens grænseområder. Lov og Rett 1967, s. 422-431.
- Waaben, Knud (1968):* Utilregnelighed og særbehandling. Problemer i den strafferetlige lære om ansvar og sanktioner. Festskrift udg. af Københavns Universitet november 1968; også som særtryk.
- Waaben, Knud (1993):* Strafferettens almindelige del. 3. udg. I. Ansvarslæren, II. Sanktionslæren. København, G.E.C. Gads Forlag.
- Waaben, Knud (1994):* Strafferettens specielle del. 4. udg. København, G.E.C. Gads Forlag.
- Zeuner, Lilli (1990):* Normer i skred. Ungdomskriminalitetens sociale og kulturelle aspekter. København, Socialforskningsinstituttet, Rapport nr. 90:12.

Register

Registret omfatter henvisning til begreber, sagsområder og sygdomstilstande, men som hovedregel ikke til undergrupper og detailspørgsmål eller til årsag, behandling mv. for de enkelte sygdomme. Her henvises til det pågældende hovedemne. Ved flere henvisninger til et emne er den mest fyldige behandling markeret med *kursiv*.

- abnorm enkeltreaktion 317f
- abort, se svangerskabsafbrydelse
- absencer 307
- adfærdspsykologi 246
- adfærdsterapi 370
- adoption 122, 142ff
- affektive sindslidelser 277
- affektlabilitet 241
- aftalehabilitet 136f
- akathisi 364
- aktindsigt, mentalerklæringer 187ff
- alcoholismus
 - addictivus 343
 - chronicus 343
 - episodicus 343
 - habituais 343
 - symptomaticus 343
- alemania 264
- alkoholforrykthed 348f
- alkoholisk black-out, se black-out,
alkoholisk
- alkoholisk hallucinose 348
- alcoholisme 343ff
- alcoholistbehandling 349ff
 - benådning 121
- alkoholmisbrug 95, 343ff
- alkoholpromille, beregning 344
- alloplastisk 321
- allopsykisk orientering 233
- almen psykopatologi 231, 232ff
- alternerende personligheder 234,
302, 304f
- Alzheimers sygdom 236, 272, 274f
- ambulant psykiatrisk behandling
 - dom til 83f, 222ff
 - godkendelse af indlæggelse 107f
 - led i behandlingsdom 220f
- ambulatorisk automatisme 302,
308, 345
- amfetamin 355
- anamnese, psykiatrisk 247f
- anbringelse i psykiatrisk hospital
 - dom til 85f, 212ff
 - i sikringsafdeling 87ff, 214ff
- angstneurose 312f
- anhedoni 242, 327
- antabus 350f
- antidepressiva 365
- monoaminoxidasehæmmere 365
- tetracykliske 365
- tricykliske 365
- antiparkinsonmidler 367
- anxiolytica 366
- arbejdshus 68
- Aspergers syndrom 73, 338
- astenisk neurose 314
- autisme 242f, 286
- autoplastisk 321
- behandling i hospital, dom til 84,
217ff
- behandlingsindikation, psykiatriloven 38, 40f
- behaviorisme 246
- benzodiazepiner 366
 - misbrug 356
- benådning 120f, 191, 305
- beroligende middel, psykiatriloven 54

- beskyttelsesfiksering 54ff
- betinget dom 82, 113ff, 191
- bevidsthed 232
- bevidsthedsforstyrrelse 232ff
- bevidsthedsplumring 233f, 302
- bevidsthedsspaltning 234, 302
- bevidsthedssvækkelse 233
- biologisk psykiatri 256f
- bistandsloven
- somatisk handicap 228
- unge 64, 228ff
- åndssvage 225
- bistandsværger 106f, 111
- bivirkningsmedicin, se antiparkinsonmidler
- black-out, alkoholisk 176, 346, 351
- blandede kriterier, lovgivningen 21ff
- blandingstilstand, manio-depressiv psykose 280
- blodalkoholkoncentration 344
- borderline, se grænsetilstande
- cannabis 357
- varetægtspopulation 360
- centrencefale epileptiske anfald 306f
- cerebral læsion, se hjernelæsion
- civilret 122ff
- crimen bestialitatis 332
- cykliske antidepressiva, se antidepressiva
- debile 337
- Down's syndrom 339
- déjà-vu 308
- delirium acutum 234, 302
- delirium tremens 346
- demens 95, 236, 271
- alkoholisk 349
- dementia paralytica 273, 280
- depersonalisation 287
- depressio mentis reactiva, se depression
- depression 242
- endogen 278f
- reaktiv 301
- depressiv stupor 279, 301
- derealisation 287
- diagnoser, psykiatriske 262ff
- differentialdiagnose 263
- dissemineret sklerose 272
- distriktpsykiatri 26, 371
- domstolsprøvelse, tvangsindlæggelse og -tilbageholdelse 48f
- indlæggelse, dom ambulant behandling 107f
- Down's syndrom 339
- DSM IV 268
- dynamisk psykologi 244ff
- dysfori 241
- dyskinesi 364
- dystoni, akut 364
- Ecstasy 355
- EEG 306
- efterprøvelse, tvangsforanstaltninger 57
- eksaltationstilstande, reaktive 302
- ekshibitionisme 332
- ekspansive faser, se maniske faser
- elektroencefalografi, se EEG
- elektrostimulationsbehandling 51, 367f
- emotionelle forstyrrelser 241ff
- emotionelt ustabil personlighedsstruktur 327f
- emotionslammelse 234
- endogen depression, se depression
- enkeltreaktion, abnorm 317f
- epilepsi 228, 306ff
- eretisk 241
- erstatningsansvar 122, 139f
- eufori 241f
- euforiserende stoffer, se stofmisbrug
- familieterapi 370
- farlighed 100f, 181ff,
- skizofrene 293

Register

- farlighedsdekret 46ff, 214f
farlighedsindikation, psykiatriloven 38, 40f, 184f
fenylketonuri, se Føllings sygdom
fetichisme 332
flash-backs 356
fobiske neuroser 313
fokale epileptiske anfald 307
foranstaltningsændring 103ff
- dom til anbringelse 216f
- dom til behandling 222
fornuftmæssigt, evnen til at handle 22ff, 124f
forsikringsforhold 140f
forsvarsmekanismer, psykologiske 245
- neuroser 316
forsøgsbehandling, forbud mod 50
forvaring
- over for sindssyge mv. 91ff
- straffelovens § 70 98ff, 182
forældremyndighed 122, 145ff
frihedsgoder, regler for anbringelsesdømte 212ff
frihedsstraf 116ff
frivillighed
- i misbrugsbehandling 359
- i psykiatrisk behandling 37, 50
- se endvidere samtykke
funktionel seksuel forstyrrelse 331
fysisk handicap, særforanstaltning 227f
fysisk magtanvendelse i behandling 53f
fængsler 116ff
- psykiatrisk betjening 113
fødselspsykose 281, 303
Føllings sygdom 339
gerontofili 332
Gilles de la Tourettes sygdom 272
grand mal 306f
grænsetilstande 326ff
gule papirer 43f
habilitet 159
hallucinationer 237
hallucinogener 356
Hamilton's rating scale 250f
hash, se cannabis
helbredelsesanstalt for drankere 68
helbredsoplysninger, aktindsigt i 187ff
Herstedvester, Anstalten ved 95, 117, 324f
- forvaring 102
- tvangsbehandling 193
hjernelæsion 235, 273
hjernescaning 249
homoseksualitet 331
hukommelsesforstyrrelser 235f
Huntingtons chorea 272
hypnagogiske hallucinationer 237
hypokonder paranoia 296
hypomani 279
hysterisk neurose 313f
ICD-8 263, 269
ICD-10 263ff
- affektive sindslidelser 277, 283
- akutte og forbigående psykoser 300
- grænsetilstande 326
- misbrug 343
- personlighedsafvigelse 320
- skizofreni 265ff
- åndssvaghed 336
idioter 337
illusionær mistydning 236f
imbecile 337
inadækvat emotionalitet 243
incest 332f
indsigtsgivende psykoterapi 368f
infantil autisme 338
inhabilitet, se habilitet
insanity 18f
intelligens 234f, 337
intelligensforstyrrelse 234f
intelligenskvotient 234, 337f

- involutionsmelankoli 280
- IQ, se intelligenskvotient
- jalousiforrykthed 296
- jamais-vu 308
- journalmateriale
 - referat i mentalerklæringer 178
 - referat i retspsykiatriske erklæringer 158, 165
 - tavshedspligt 187ff
- Kanner-psykose, se infantil autisme
- karakter 243
- karakterafvigelse 320ff
 - forvaring 101
 - særforanstaltning 94f
- karakterneurose 312ff
- kastration 154ff
 - kønsskifte 336
 - medicinsk 154, 334f
- katatone symptomer 287
- klageadgang, patienters 48f, 59ff
- klagevejledning 61f
- klaustrofobi 313
 - benådning 121
- Klinefelters syndrom 339
- klinisk psykiatri 231ff
- Kofoedsminde ved Rødby 91, 226f
- kognitiv terapi 370
- kognitive tests 253f
- kokain 355
- koma 233
- komplekse partielle epileptiske anfald 307f
- kompulsioner, se tvangshandlinger
- konfusionelle psykoser 302
- Korsakoff-psykose 348
- kortikale epileptiske anfald 307
- kriminalasyler, diskussion om 199f
- kriminalforsorgen 65, 112ff
- kriminalstatistik 64
- kriminel lavalder 64
- kroniske forgiftningstilstande 272
- kværlantforrykthed 296
- KZ-syndrom 273
- kønskromosomal anomali 339
- kønsskifte 336
- lavværgemål 127
- legemlig sygdom
 - omtale i mentalerklæringer 174
 - tvangsbehandling 51f
- legemlige symptomer, psykiske lidelser 257f
- ligestillet med sindssygdom, tilstand
 - begreb 20, 261
 - i psykiatriloven 39f
 - i straffeloven 72f
- ligestillet med åndssvaghed, tilstand 78, 340
- lithium 282, 366
- lovgivning, psykiatriske begreber 18ff
- LSD 356
- lukket retspsykiatrisk afdeling, behandlingskrav 203
- lægeerklæringer, lovregler om 160ff
- lægeetiske aspekter, retspsykiatrisk behandling 203f
- længstetid for institutionsophold 97f, 206, 221f
- mani, definition 242
 - eretisk 279
- manio-depressiv psykose 224, 277ff
- maniske faser 279f
- mappe med personlige oplysninger, mentalundersøgelse 170f
- medicinsk kastration, se kastration
- mentalerklæringer 68, 166ff, 198
- mental retardering, se åndssvaghed
- mentalundersøgelse 166ff 198
 - antal 64
 - organisation af 27
 - psykiatriloven 193
 - sikringsafdelingen 214
- mere indgribende foranstaltninger 80f, 83, 104
- metadonbehandling 358f

- mindre indgribende foranstaltninger 79f, 82, 104
mindste middels princip 81ff
- psykiatriloven 37
- psykiatriske særforanstaltninger 81ff
M'Naghten Rules 19, 66
monoaminoxydasehæmmere, se antidepressiva
multiinfarktdemens 272
Münchhausens syndrom 314
narkotikapåvirkning, se rustilstande
nekrofil 332
neurasteniform neurose 314
neuroleptika 363f
neuropsykologi 254
neuroser 312ff
objektiv psykiatrisk undersøgelse 248f
obsessioner, se tvangstanker
oligofreni, se åndssvaghed
ophævelse af retsfølger 103ff
opiatmisbrug 354
oplysningspligt, lægers 161f
- mentalundersøgelse 168
opmærksomhed 236
organiske psykoser 269ff
overførsel fra fængsel til behandlingsinstitution 118f
overlægens kompetence
- anbringelsesdømte 212f
- behandlingsdømte 217f
- dom til ambulant behandling 223f
- psykiatriloven 44ff
overlødige ideer 239
parafreni 297
paranoid forestilling, se vrangforestilling
paranoide psykoser 295ff
parkinsonisme 272
- bivirkning ved neuroleptikabehandling 364
parterapi 370
patientklagenævn 59f
patientmøder 59
patientrettigheder, psykiatriloven 57ff
patientråd 59
patientrådgivere 58f
patologisk rus 73ff, 345f, 361
- mentalundersøgelse 176
perceptionsforstyrrelser 236f
personlighed, se karakter
personlighedsprøver 254f
personlig umyndiggørelse 126f
personundersøgelse 166ff
petit mal 307
politiets medvirken
- ved tvangsindlæggelse 44
- ved udeblivelse fra behandling 218
postcommotionelt syndrom 273
posttraumatisk belastningsreaktion 315
primærsymptomer, skizofreni 286f
produktive symptomer, skizofreni 287
proportionalitetsprincip 81, 205f
præmorbid psyke 243, 246
prøveløsladelse fra fængsel 119f
- vilkår om psykiatrisk behandling 26, 191
pseudodemens, alkoholisk 349
pseudohallucinationer 237
pseudologia phantastica 322
pseudopsykopatisk grænsetilstand 328
psykiatri, definition, se psykiatrisk sygdomsbegreb
psykiatriloven 37ff
- retslige patienter 192ff
psykiatrisk behandling 362ff
- domstyper 83ff
psykiatrisk kriterium på straffrihed 66, 69f
psykiatrisk undersøgelse 246ff

- psykiatriske hospitaler, retspsykiatriske behandlingsopgaver 26ff, 199ff
 psykiatriske sygdomsbegreb 255ff
 psykisk abnormitet efter gerningstiden 109
 psykodynamiske aspekter 244ff, 257
 - karakterafvigelse 321
 - manio-depressiv psykose 281
 - neuroser 316
 - seksuelle forstyrrelser 334
 - psykosebegrebet 260
 psykokirurgisk indgreb 368
 - psykiatriloven 50
 psykologisk undersøgelse 252ff
 - ved mentalundersøgelse 178f
 psykologiske behandlingsformer 368ff
 psykomotoriske epileptiske anfald 307
 psykopatforvaring 68, 94, 99, 325
 psykose, se sindssygdom
 psykosomatiske lidelser 314
 psykoterapi, se psykologiske behandlingsformer
 puerperalpsykose, se fødselspsykose
 pædofili 332
 rating scales 250f
 reaktive psykoser 300ff
 retsfølger over for særgrupper, se særforanstaltninger
 retslige patienter 191ff
 Retslægerådet 29ff
 retsmedicin 15
 retsplejeloven 63f
 - mentalundersøgelse 167f
 retspsykiatri
 - afgrænsning almenpsykiatri 17
 - begreb 15ff
 - organisation 26ff
 Retspsykiatrisk Klinik 27
 retspsykiatriske afdelinger 27, 201ff
 retspsykiatriske erklæringer 157
 Rorschach-test 254
 rustilstande 74, 344ff
 røde papirer 43
 sadomasochisme 332
 samfundstjeneste 115
 samråd
 - kriminelle åndssvage 226
 - sterilisation 153
 - svangerskabsafbrydelse 150ff
 samtykke
 - i forbindelse med mentalundersøgelse 167f
 - til behandling 50
 - til indlæggelse 37, 42f, 57
 - se også frivillighed
 samværsret 148
 sanktionsforslag i mentalerklæringer 34ff, 181
 seksuelle forstyrrelser og afvigelser 330ff
 sekundærsymptomer, skizofreni 285f
 selvrapporteringsskalaer 251
 sikkerhedsforvaring 68, 99
 sikring, dom til 87ff, 214ff
 sikringsafdelingen, Amtshospitalet i Nykøbing Sj. 46, 87ff, 214ff
 sindsbevægelse, handlet under indflydelse af 67, 318
 sindssygdom
 - begreb og klinik 258ff
 - i lovsproget 18ff
 - i psykiatriloven 38f
 - i straffeloven 69ff
 - i civilretlige love 124f, 129ff, 133ff
 sindssyge personers hospitalsophold, lov af 1938 om 37f, 39
 sinker 78, 337, 340
 sjælelig forstyrrelse, se almen psykopatologi
 skizofreni 27, 265ff, 285ff
 skizofreniforme psykoser 296
 skizotypisk tilstand 326f

Register

- Slater psykoser 308
sociale behandlingsformer 371ff
socialpsykiatri 257
somatisering 313
somatiske behandlingsformer 363ff
somniaambulistik tilstand 73, 309
somnolens 233
sopor 233
speciel psykopatologi 231, 269ff
spillelidenskab, patologisk, se alea-
mania
sprogliche krav, lægeerklæringer
162ff
sterilisation 123, 152ff
stofmisbrug 353ff
- patologisk rus 75
- skizofreni 289, 291, 292
- som § 69-tilstand 95
stofmisbrugere, tilbageholdelse
m.h.p. behandling 359f
stofpsykoser 361f
strafansvar, lægeerklæringer 160f
straffeloven af 1866 65
straffeloven af 1930 63
strafferetten 63ff, 68
straffrihed 68ff
strafnedsættelse 67
struktureret psykiatrisk interview
250
støttende psykoterapi 369
Sundhedsvæsenets Patientkla-
genævn 60f
svangerskabsafbrydelse 123, 149ff
sygdomsbegreb, det psykiatriske
255
sygdomsmodeller, psykiatriske
256ff
sygehusmyndighed, klagesager psy-
kiatriloven 60
særforanstaltninger 64, 69, 199ff
tankegangen, forstyrrelser i 238ff
tardive dyskinesier 364
T.A.T. 254f
tavshedspligt, lægers 161f
tentativ diagnose 262f
testamenthabilitet 122, 132ff
testning, se psykologisk under-
søgelse
tidsubestemte retsfølger 67f, 204ff
tilregnelighed
- historisk 65f
- i straffeloven 70f
- partiel 22ff
tilsyn ved kriminalforsorgen 112
- antal retspsykiatriske patienter 65,
192
- behandlingsdømte 217ff
- betingede domme 114f
- prøveløsladelse 119f
tiltalefrafald
- omtale i mentalerklæring 174
- unge 229
- vilkår om psykiatrisk behandling
191
transitivisme 287
transseksuelle 331f, 333
transvestitisme 332
trusler og farlighed 182
- psykiatriloven 41
tvang, anden end frihedsberøvelse
49ff
tvang i psykiatrien, definition 37
- efterprøvelse 57
- misbrugsbehandling 359f
tvangsbehandling 50ff
tvangsfiksering 52f
tvangshandling 240, 313
tvangsindlæggelse 38ff
- lægeundersøgelse ved 42ff
tvangsmedicinering 50f
tvangsneuroser 313
tvangsprotokol 56
tvangstanker 240
tvangstilbageholdelse 45ff
tågetilstand 234, 308

- udeblivelse fra behandling, retspsykiatrisk patient 218, 223
- umyndiggørelse 122, 125ff
- åndssvage 342
- undvigelse fra hospital, retspsykiatrisk patient 214, 218
- ungdomsfængsel 68
- ungdomspsykiatrisk afdeling, psykiatrisk særforanstaltning 229f
- unge lovovertredere 228ff
- utilregnelighed, se tilregnelighed
- varetægtsfængsling 194ff
- varetægtsurrogater 196
- vidtgående psykisk handicap, bistandsloven 90
- vilkår i betinget dom 114ff
- vilkårsovertredelse, behandlingsvilkår mv. 194f
- voyeurisme 332
- vrangforestillinger 238f
- værgemål 127f
- WAIS 253f, 337
- Wernickes syndrom 163, 347f
- Wilsons sygdom 272
- zoofili 332
- ægteskab 123, 141f
- ændring af retsfølger 103ff, 216f
- åndssvageforsorg, dom til 89ff, 225ff
- åndssvagebogen af 1959 78
- åndssvaghed 235, 336ff
- lovregler 77ff
- terminologi 20