

---

# Frihet som medisinsk problem – rettspsykiatri i filosofisk lys

---

TEMA

ARNE THORVIK

Tønsberg Psykiatriske Senter  
Ørsnesalleen 14  
3120 Tønsberg

---

Som rettspsykiatrisk sakkyndige vil leger måtte forholde seg til det filosofiske spørsmålet om når mennesket handler med fri vilje.

Med utgangspunkt i filosofisk litteratur drøftes det i artikkelen hvilke filosofiske tradisjoner som ligger til grunn for norsk og vestlig (angloamerikansk) rettspsykiatri.

Kognitivistisk (kantiansk) etikk synes historisk sett å ha hatt størst betydning. Med tiden er denne i stor grad blitt supplert av en ikke-kognitivistisk etisk tradisjon.

De juridiske begrepene sinnssyk og bevisstløs har innholdsmessig blitt influert av utviklingen innen medisinsk vitenskap. Dagens forståelse er ikke nødvendigvis å anse som endelig.

---

Basert på semesteroppgave, filosofi mellomfag, Universitetet i Oslo, høsten 1999

---

Når er mennesket fritt, og dermed ansvarlig for handlingene sine? Som et grunnleggende problem i filosofien kan spørsmålet forstås og forsøksvis bli besvart innenfor flere tradisjoner. Eksempelvis tilsier en streng deterministisk forståelse at mennesket som naturen for øvrig er årsaksbestemt, og at begrepene fri vilje og frie valg av den grunn er illusoriske. Motsatt vil en indeterministisk retning – i nyere tid representert ved eksistensialismen – hevde at mennesket i denne sammenhengen ikke kan oppfattes som ”natur”, at vi så å si er ”dømt til frihet”, og vil dypest sett alltid være ansvarlige for det vi

gjør. Mens deterministiske og indeterministiske tradisjoner på denne måten ser årsaksbestemthet og fri vilje som uforenlige motsetninger, vil den retningen som har vært kalt kompatibilisme, innebære at det ikke trenger være tilfellet.

En annen inndeling av filosofer som beskjeftiger seg med handlingsteori vil være mellom dem man kan omtale som henholdsvis ”metafysikere” og ”pragmatikere”. Den første gruppen har – ofte i tilknytning til en værensforståelse for øvrig – forsøkt å gi et absolutt og generelt svar på spørsmålet om menneskets frihet. Derimot vil ”pragmatisme” betegne en tradisjon som tar utgangspunkt i dagliglivets oppfatning av at mennesket i alminnelighet har fri vilje, jevnfør dagligtalens begreper om ”ansvar” og ”valg”, men at det også finnes situasjoner der det ikke er rimelig å anta at et menneske handler med full frihet, som når det er alvorlig skadet eller sykt.

I essayet *Responsibility and freedom* (1) skriver filosofen John M. Fischer (f. 1952): ”One of the most striking and important of the connections between moral responsibility and freedom is in the criminal law. Our system of criminal law demands that an agent be free (. . .) An individual might lack control if he were insane. This possibility gives rise to the ”insanity defence”. ” Tilsvarende tilsier norsk juridisk tradisjon at mennesket i alminnelighet handler fritt og kan stilles til ansvar, men at: ”En handling er ikke straffbar, når gjerningsmannen ved dens foretagelse var sinnssyk eller bevisstløs” (straffeloven § 44). – Intensjonen med denne artikkelen er ikke så mye å gjøre rede for hvordan spørsmål omkring fri vilje og ansvar har vært behandlet innenfor filosofiske retninger generelt, derimot hvordan disse avspeiles innenfor en medisinsk-juridisk tradisjon, kalt rettspsykiatri. Med andre ord er siktemålet å drøfte hva slags filosofisk forståelse som ligger til grunn for begrepene sinnssyk og bevisstløs. Sett i lys av den nevnte distinksjonen mellom metafysikk og pragmatisme har artikkelen et mer pragmatisk utgangspunkt.

---

## Kort historikk angående begrepet sinnssyk

### Kognitivistisk tradisjon

Selv om en rettspsykiatrisk tradisjon kan følges tilbake til oldtiden, er det i denne sammenhengen naturlig å ta utgangspunkt i filosofen Immanuel Kant (1724 – 1804) og hans forståelse av etikken. I *Anthropologie in pragmatischer Hinsicht* (2) uttaler Kant seg spesifikt om rettspsykiatriske problemstillinger. Ifølge Kant vil det i straffesaker være nødvendig å ta stilling til hvorvidt tiltalte på tidspunktet for handlingen var i besittelse av ”sin naturlige evne til forstand og dømmekraft”, eller om en sykdomsprosess har ført til det Kant omtaler som ”en unaturlig overskridelse av moralloven”.

Kant hadde i de forutgående moralfilosofiske verkene hevdet at mennesket har en tilgrunnliggende, transcendental frihet. Kants posisjon er såkalt kognitivistisk, det vil si at mennesket via tenkning og fornuft har tilgang til de prinsippene etikken bygger på. Fornuften er autonom, uavhengig av følelser, slik at det ikke-kognitive (følelsesmessige) elementet i Kants etikk begrenser seg til *aktelsen* for moralloven i oss. På denne måten kan fornuften alene

bevege oss til å handle etisk. – Følgelig er det bare i de tilfellene der fornuft og dømmekraft er hemmet eller ”blokkert” at samfunnet kan se med forståelse på den som har handlet i strid med moralprinsippene. I *Anthropologie* (2) drøfter Kant i detalj flere slike tilstander, så som psykisk utviklingshemning og noen typer sinnslidelser.

M’Naughten-regelen var i mange år nærmest enerådende i den angelsaksiske verden, og er fortsatt gjeldende i flere land, samt noen av USAs delstater. Kritikere har hevdet at regelen legger for stor vekt på kognisjon alene, med andre ord en kritikk som likner den som har vært rettet mot den kantianske etikken (3). Tradisjonelle sinnslidelser har like mye vært definert som brist i ikke-kognitive som i kognitive funksjoner. Da begrepet schizofreni ble tatt i bruk innen tysk psykiatri på begynnelsen av 1900-tallet, betegnet det en tilstand som kunne medføre: affektflathet, assosiasjonsforstyrrelser, autisme og ambivalens. Gitt den augustinske tredelingen av psyken i tenkning, følelser og vilje, var altså schizofreni som medisinsk begrep i like stor grad bestemt ut fra avvik i ikke-kognisjon. (Affektflathet, mulig også autisme, hører inn under psykens følende del, mens ambivalens – som innebærer motstridende følelser og vansker med å foreta valg – også affiserer viljen). Tilsvarende er tilstander som mani og depresjon i dagens faglitteratur primært beskrevet som affektive, altså ikke-kognitive lidelser, selv om brist i kognisjon i form av vrangforestillinger kan være til stede når lidelsen er som mest uttalt.

Den kantianske innflytelsen er tydelig i den engelske ”M’Naughten rule”, som ble utarbeidet i Overhuset etter at en irsk protestant (Daniel M’Naughten) i året 1843 hadde skutt privatsekretæren til daværende statsminister Robert Peel (1788 – 1850), som han forvekslet med Peel selv. I rettssaken som fulgte ble det vist at M’Naughten gjennom lang tid hadde hatt forestillinger om at han ble forfulgt av så vel den katolske kirken som av statsministeren og hans parti. Sett i lys av M’Naughtens paranoia var handlingen hans forståelig, den kunne til og med på et vis forsvares, idet gjerningsmannen hadde sett seg selv som truet på livet. ”The M’Naughten rule” lyder: ”Every man is to be presumed to be sane, and (. . .) to establish a defence on the ground of insanity, it must be clearly proved that, at the time of the committing of the act, the party 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). Handlingsteoretisk vil dette rettspsykiatriske prinsippet si at bare i de tilfellene der gjerningsmannen har hatt en kognitiv svikt eller defekt som medfører manglende forståelse av selve handlingen, eller det uetiske ved den, vil man kunne godta at handlingen ikke ble til ved en fri viljesakt. Det er en klar analogi til Kants kognitive etikk, og tankene hans om rettspsykiatri slik de presenteres i *Anthropologie* (2). Daniel M’Naughten hadde i sin egen forestillingsverden brukt skytevåpen for å beskytte sitt liv. ”Ikke å drepe” er hos Kant å anse som en såkalt *prima-facie*-norm, det vil si at det finnes situasjoner der normen må bli satt til side, så som selvforsvar eller nødverge.

## Ikke-kognitivistisk tradisjon

Mens Kant og hans kognitivistiske posisjon hadde forløpere tilbake til oldtiden, begynner den ikke-kognitivistiske tradisjonen innen etikken i hovedsak med den skotske filosofen David Hume (1711 – 76). En ikke-kognitivistisk forståelse tilsier at tenkning og fornuft aldri kan bevege oss eller motivere oss til å handle. Fornuften og intellektuell moralsk argumentasjon vil kunne være til hjelp når det gjelder å belyse en handlings mulige konsekvenser, men er i seg selv en kjølig og distansert instans som ikke kan være noen moralsk drivkraft. Derimot hevder Hume og etterfølgere at det er utsikten til å oppleve lyst eller smerte, og dermed *følelsene*, som ligger til grunn for en viljeshandling. Følgelig er det ikke det kognitive (fornuften), men det ikke-kognitive (følelsene) som peker ut målene for handlingene våre, og som er utslagsgivende for moralske dommer. At det i alminnelighet er enighet om disse dommene, forklarer Hume med at menneskenaturen er rimelig ensartet, dessuten er vi utstyrt med en grunnleggende sympati for hverandre, "the fellow feeling". Mens Kant hadde hevdet at fornuften var identisk med den (rasjonelle) frie viljen, beskriver Hume viljen som en selvstendig entitet. – I en rettspsykiatrisk forståelse bygd på ikke-kognitivismen vil begrepet sinnssyk måtte inkludere ikke bare medisinske tilstander som kjennetegnes av brist og defekter i kognisjon (fornuft), men også de som innebærer en tilstrekkelig inngripen i menneskets tilgrunnliggende følelser, eller dets evne til å omforme dem i en viljesakt.

En slik ikke-kognitivistisk tenkemåte finnes i "The Irresistible Impulse Test" (også kalt "volitional test"), som fikk hevd i USA og England i perioden ca. 1890 – 1920. Ifølge dette rettspsykiatriske prinsippet kan en gjerningsmann erklæres sinnssyk (insane) dersom handlingen han står tiltalt for var resultat av en impuls han ikke kunne stå imot som følge av psykisk lidelse – et prinsipp som kritikere har hevdet er mest forenlig med psykodynamisk egopsykologi (3). Tilsvarende vedtok noen av USAs delstater i 1950 – 1960-årene den såkalte "Durham rule" (oppkalt etter Monte Durham, en småkriminell med en lang psykiatrisk sykehistorie), som innebærer: "An accused is not criminally responsible if his unlawful act was the product of mental disease or mental defect" (3). Motsatt M'Naughten-regelen stilte Durham-regelen (eller senere utforminger, så som den eksisterende føderale "model penal code"(4)) ingen krav om at det skal påvises en brist eller defekt i kognisjon. "The (Durham) rule allowed psychiatrists to testify on all aspects of a defendant's mental conditions," skrev en kommentator (5).

---

## En litterær kasuistikk

At forskjellen mellom rettspsykiatriske prinsipper kan være mer enn akademisk, går frem av Truman Capotes (1924 – 84) dokumentarroman *In cold blood* fra 1965 (6), bygd på begivenheter som virkelig fant sted. På slutten av boken, etter at hovedpersonene er anbrakt på dødscelle i Kansas State Prison, møter de en annen drapsmann, 18-åringen Lowell Lee Andrews. Han er en intelligent gutt som har studert med fremragende karakterer, men har fått dødsdom fordi han i 1958 planla og gjennomførte drapene på hele sin familie,

tilsynelatende uten annet motiv enn at han ønsket å få utbetalt arven. De sakkyndige finner at Andrews har en psykisk lidelse svarende til diagnosen: schizofreni, enkel type; en tilstand som også i dagens faglitteratur er karakterisert ved ”følelsesavflatning og tap av viljestyrke” (7). I rettssaken mot ham viser aktor til at Andrews ikke har hatt vrangforestillinger eller hallusinasjoner, slik at han etter M’Naughten-regelen ikke kan ansees som sinnssyk. Motsatt hevder forsvarerne at Andrews har en psykisk lidelse som i den grad innebærer en følelsesavflating at å drepe moren ”var som å drepe et dyr eller en flue”, og ber om at retten erstatter M’Naughten-regelen med Durham-regelen. Med sin intakte fornuft vil Andrews etter en kantiansk, kognitivistisk tradisjon måtte stå ansvarlig for det han har gjort. Derimot vil en ikke-kognitivistisk retning kunne legge vekt på at Andrews’ følelsesliv og viljesinstans er dyptgripende forandret som følge av en sykdomsprosess, og at handlingen han er tiltalt for må sees i lys av dette. – Staten Kansas opprettholdt imidlertid M’Naughten-regelen, og Andrew s ble i 1962 henrettet i statsfengselet.

---

## Forståelsen av begrepet sinnssyk

I internasjonal rettspsykiatri har det utviklet seg to hovedretninger, kalt det psykologiske (eller filosofiske) prinsipp, og tilsvarende det medisinske (eller biologiske) prinsipp. Det psykologiske prinsippet kommer klartest til uttrykk i M’Naughten-regelen, og tilsier at det skal kunne påvises en sammenheng mellom gjerningsmannens psykiske lidelse og handlingen han har begått. I praksis har man villet se en forbindelse mellom forandringer i vedkommendes kognisjon (brist eller defekt i fornuft og tenke-/oppfattelsesevne, for eksempel som følge av vrangforestillinger eller hallusinasjoner) og den aktuelle forbrytelsen. Motsatt innebærer det medisinske prinsippet at de sakkyndige bare har til oppgave å fastslå hvorvidt tiltalte i tiden for handlingen led av en diagnostisk avgrensbar psykisk lidelse av en tilstrekkelig alvorlighetsgrad (oftest psykose), uten å ta stilling til om det er en klar sammenheng mellom denne og den kriminelle handlingen. Som vist under omtalen av Durham-regelen kan både kognitive, ikke-kognitive og viljesmessige forandringer da legges vekt på, så lenge disse er omfattende nok til at man på faglig grunnlag kan hevde at tiltalte har en alvorlig psykisk lidelse.

Selv om den augustinske tredelingen av psyken i en tenkende, en følende og en viljesmessig del gjennom tidene har møtt mye filosofisk kritikk, synes hovedretningene i vestlig rettspsykiatri å forutsette en slik inndeling. Også i nyere filosofisk faglitteratur kan man finne denne modellen opprettholdt. Eksempelvis lager de moderne amerikanske filosofene Gert og Duggan i essayet *Free will as the ability to will* (8) et skille mellom ”those who cannot ”believe” (those who are not receptive to reasons)”, og ”those who are not appropriately affected by their beliefs (those who are not responsive to reasons)”, og gir eksempler på psykiske lidelser som kan regnes til de respektive gruppene. Tilsvarende gjør filosofen John M. Fischer bruk av samme inndeling når han i essayet *Responsibility and freedom* (1) kommenterer M’Naughten-regelen og

den videre bruken av "the insanity defence": "The M'Naughten Rule essentially defined insanity as a mental impairment that produces an inability to distinguish right from wrong (or to understand the nature of one's act). (. . .) Now one can be judged insane if one can't distinguish right from wrong *or* one can't conform one's conduct to the law. So the test for insanity is now not simply a "cognitive" test. (. . .) Hence, criminal responsibility (. . .) *requires both a cognitive and an "affective" or "executive" ability* (min utheving) without which it is natural to think that an individual would lack self-control".

I grove trekk synes innholdet av begrepet sinnssyk innen vestlig (angloamerikansk) rettspsykiatri å ha endret seg fra en streng kognitivistisk forståelse til også å inkludere ikke-kognitive og viljesmessige aspekter. Denne utviklingen er imidlertid ikke entydig. I 1984 ble eksempelvis et lovframlegg som inkluderte den da 141 år gamle M'Naughten-regelen vedtatt av det amerikanske Senatet. Forfatteren Lincoln Caplan ser i artikkelen *Annals of law: the insanity defense* (5) en klar sammenheng mellom dette vedtaket og Reagan-administrasjonens bebudede kamp mot kriminaliteten, og viser til en uttalt frykt for at en utvidet forståelse av "the insanity defense" ville føre til at kriminelle gikk fri, dvs. ikke trengte å stå moralsk og rettslig ansvarlig for handlingene sine.

---

## Begrepet sinnssyk i norsk rettspsykiatrisk tradisjon

Mens den norske straffeloven av 1842 ifølge professor Gabriel Langfeldts bok *Rettspsykiatri* opprinnelig hadde gjennomført det medisinske prinsippet "idet den angav de grupper av tilstander hvor subjektiv straffeskyld under enhver omstendighet er utelukket" (9), ble loven i 1880-årene revidert i retning av det psykologiske prinsippet. Ved den nye lovreformen i 1929 ble imidlertid det medisinske prinsippet gjeninnført, og har siden vært gjeldende. Eitinger & Retterstøl kommenterer (10): "I henhold til denne lov, er det fullstendig likegyldig hvorvidt gjerningsmannen har vært klar over handlingens straffbarhet, om han har vært "tilregnelig", om man kan påvise noen sammenheng mellom handlingen og sinnssykdommen (. . .). Den ovenfor kort skisserte holdning bygger på den oppfatning at en så alvorlig mental forstyrrelse som det her er tale om, *rammer sinnet som helhet*" (min utheving).

Mens en konsekvent bruk av det psykologiske prinsippet vil kunne ha som følge at en person med en alvorlig psykisk lidelse må stå rettslig ansvarlig for handlingene sine, kan en tilsvarende bruk av det medisinske prinsippet føre til at den samme personen vil bli erklært "sinnssyk" i forhold til ethvert lovbrudd, drap så vel som simpelt tyveri eller forsikringssvindel. Dette har i sin tur ført til diskusjon. I sin psykiatrilærebok skriver Einar Kringlen om temaet (11): "Mange mennesker kan være psykotiske på visse områder. Det vanlige syn at psykosen rammer hele personligheten holder ikke." Interessant nok har også pasientorganisasjoner innen psykiatrien reagert på at pasienter med alvorlige psykiske lidelser på denne måten generelt blir fratatt rettigheten til å stå juridisk ansvarlig, for så vidt også moralsk ansvarlig (12).

---

## Psykopatibegrepet

Selv om karakter- og personlighetsavvik alene ikke faller inn under begrepet sinnssyk, vil rettsapparatet ofte komme i kontakt med slike karakter- og personlighetsavvikere, som i tidligere sykdomsklassifikasjon ble kalt psykopater. (Mens dagens betegnelse antisosial personlighetsforstyrrelse omfatter dem som nærmest definisjonsmessig vil komme i konflikt med loven, inkluderte det gamle psykopatibegrepet i større grad tilsynelatende veltilpassede mennesker – gjerne ”høystatuspersoner” som leger, jurister, politikere – som var hensynsløse når det gjaldt å nå de målene de hadde satt seg. I en drøfting av handlingsteori generelt, som nedenfor, synes derfor begrepet psykopat mer egnet). Gitt den augustinske tredelingen av psyken er det ikke holdepunkter for å anta at psykopater i sin alminnelighet har en manglende tenkeevne, eller kognisjon generelt. Undersøkelser viser at psykopater som gruppe har intelligensnivå innen normalområdet (13). Imidlertid viser faglitteratur at psykopater kjennetegnes av mangel på skyldfølelse, og dårlig innlevelsessevne i andre menneskers sjeleliv og reaksjoner. Psykopater har altså en vesentlig brist i psykens følende del. Derimot er det ikke noe som tyder på at psykopater har noen defekt i evnen til å ville. Tvert om er psykopater blitt beskrevet som beregnende og planleggende, om enn lite utholdende.

I boken *Psykopatenes diktatur* (14) hevder den norske psykologen Ingjald Nissen (1896 – 1977) at den kantianske etikken så å si er spesielt velegnet, både til å forstå psykopatens psykologi, og til å bidra til at psykopater i større grad handler moralsk riktig. Psykopater vil ha en sterk tilbøyelighet til å lage handlingsregler som er motsatt de maksimene Kant hevder er bestemt av fornuften. Eksempelvis vil en psykopats private handlingsregel kunne tilsi at ”det gjelder en lov for meg, og en annen for de andre” (motsatt Kants setning om at maksimen for handlingen skal kunne gjøres til en allmenn lov), eller innebære at de med fordel kan gjøre bruk av andre mennesker som midler for å nå de målene de selv har satt seg (mens Kants maksime tilsier at ethvert menneske må sees på som et formål i seg selv). Ved at psykopater har intakt kognisjon kan man forestille seg at en slags undervisning i det fornuftsmessige i samfunnets juridiske regelverk, samt i moralske normer generelt, vil kunne bidra til at psykopaten i større grad handler etisk riktig. Derimot hevder Nissen at en såkalt ikke-naturalistisk etikk tilsvarende G.E. Moores (1873 – 1958) *Principia ethica* (15) neppe kan forstås av psykopater, idet denne etikken har som premiss at basale etiske uttrykk ikke kan defineres, men at ”det gode” må føles intuitivt – noe psykopater i liten eller ingen grad er i stand til å gjøre.

En kognitivistisk-etisk forståelse innebærer altså at psykopater i alminnelighet bør ansees som strafferettslig ansvarlige, idet man må forvente at de ved sin fornuft kan være i stand til å handle i *overensstemmelse med* moralloven (av Kant beskrevet som *legalitet*), mens de på grunn av en defekt i psykens følende del neppe er i stand til å handle ut fra *aktelse* for denne loven (*moralitet*). Derimot vil en ikke-kognitivistisk forståelsesmåte kunne vektlegge at psykopatens følelsesliv er så avvikende at det er urimelig å stille samme krav til

etisk handling for denne gruppen som for ikke-psykopater. Når begrepet sinnssyk innen norsk rettspsykiatrisk tradisjon ikke omfatter psykopater, må dette forstås ut fra kognitivistisk etikk (En tilsvarende praksis finnes eksempelvis i USA, der ”the model penal code” utformet av American Law Institute gjør klart at ”antisosial conduct” i seg selv ikke skal regnes som ”mental disease or defect” (4)). I og med at forståelsen av tilstander som inkluderes i rettspsykiatriens begrep sinnssyk som vist synes å forutsette også en ikke-kognitivistisk tenkemåte, kan dette sees på som inkonsekvent. Historisk sett har det da også vært perioder, både i Norge og i utlandet, der intensjonen har vært at antisosiale personer og vaneforbrytere i større grad skulle behandles enn straffes. Eksempelvis kan man vise til de forventningene som var knyttet til opprettelsen av det norske sikringssystemet i 1929, eller den behandlingsoptimismen som er til stede i Bertrand Russells (1872 – 1970) politisk-filosofis

ke verker fra samme periode, så som *Roads to freedom* (16). Etter artikkelforfatterens oppfatning kan gjeldende praksis begrunnes ved at psykoser og personlighetsavvik ikke kan sammenliknes når det gjelder handlingsteoretisk forståelse, da en psykose må ansees som en medisinsk tilstand som fører til en langt større og dyptgripende forandring i psyken, herunder evnen til å ville.

---

## Begrepet bevisstløs i norsk rettspsykiatrisk tradisjon

Det rettspsykiatriske begrepet bevisstløs betegner tilstander der aktøren er omtåket eller har opphevet bevissthet, men likevel kan være i stand til å handle aktivt. Felles for disse tilstandene er at de resulterer i en total eller delvis erindringsmangel (amnesi) for den aktuelle perioden. Forståelsen av begrepet er på denne måten ganske annerledes enn i dagligtalen.

Filosofisk kan rettspsykiatriens bevisstløshetsbegrep sees i lys av en dualismemodell tilsvarende den som opprinnelig ble utformet av Rene... Descartes (1596 – 1650). Mennesket er hos Descartes sammensatt av ånd (sjel) og kropp, to motsatte kategorier som likevel er i stand til å forholde seg til hverandre gjennom såkalt vekselvirkning. I *Meditasjoner* (17) beskriver Descartes sykdomstilstander hvor denne vekselvirkningen ikke er til stede, og der: ”menneskekroppen (. . .) ville utføre nøyaktig de samme bevegelser som den utfører nå, også når min vilje ikke styrer den”. Kroppen gis hos Descartes et maskin- eller automatpotensiale som i gitte tilfeller gjør at den kan handle automatisk, som en automat.

Den samme inndelingen synes å ligge til grunn når de moderne amerikanske filosofene Gert & Duggan i essayet *Free will as the ability to will* (8) stiller opp det de kaller: ”a general schema for classifying human behavior and, more particularly, excusing conditions”. En aktør kan ifølge forfatterne bare holdes fullt og helt ansvarlig dersom disse premissene er til stede: Handlingen må ha vært *intendert*, det vil si at aktøren ønsket å frembringe de konsekvensene som handlingen faktisk fikk. I tillegg må den ha vært *viljestyrt* (voluntær), altså at vedkommende ikke hadde noen defekt i evnen til å ville, for eksempel som følge

av psykisk lidelse. Endelig må handlingen ha vært *fri*, i betydningen at den ikke skjedde som følge av tvang eller i nødverge. Hvis ingen av disse premissene foreligger, finner forfatterne at: "the consequence is caused by some movement (or lack of movement) of our body (). We call such movement () non-actions". Som eksempel på "non-actions", altså handlinger som må tilskrives vår kropp alene, nevner Gert & Duggan epileptiske anfall og somnambulisme. Etter norsk rettspsykiatri inndeling er dette tilstander som hører inn under henholdsvis organisk og psykogen bevisstløshet.

---

## Organisk bevisstløshet

Denne gruppen omfatter tradisjonelt: commotio cerebri, hjernesvulster, epilepsi, hodeskader, visse typer forgiftninger og atypisk alkoholrus. Dette er medisinske betegnelser for tilstander der mennesket i filosofisk forstand utfører ikke-handlinger (non-actions). Psyken (Descartes' "sjel") er ekskludert fra selve handlingsakten, slik at det her vil være urimelig å holde mennesket moralsk ansvarlig.

Filosofisk vil det være en problemstilling hvordan mennesket kan ansees som tilgrunnliggende fritt og indeterminert, når det eksisterer slike situasjoner der kroppen opptrer som en ikke-påvirkbar automat. Tilsynelatende er fenomenet mer forklarlig innenfor en deterministisk tradisjon, eksempelvis som hos filosofen Baruch de Spinoza (1632 – 77), der bevisstløshetstilstandene kan forstås som betinget i "ytre årsaker" som sykdommer og skader, til forskjell fra en (frihetlig) tilstand der mennesket er bestemt ut fra "indre årsaker" alene. Imidlertid har også filosofer som hevder menneskets grunnleggende frihet (indeterminisme) satt som premiss at visse deler av kroppen fungerer normalt. Kant viser i *Anthropologie* (2) at sansene er en forutsetning for dømmekraft og andre kognitive funksjoner. Tilsvarende skriver en gjennomført indeterministisk filosof som Jean-Paul Sartre (1905 – 80) at kroppen er å anse som et verktøy (18). Et fungerende sanseapparat og sentralnervesystem er en forutsetning for bevissthet, og dermed for frihet overhodet.

---

## Psykogen bevisstløshet

Selv om også denne gruppen omfatter tilstander der aktøren utfører ikke-handlinger, er Descartes' modell her utilstrekkelig, idet bevisstheten hos Descartes er hel og udelelig. Med andre ord kan ikke Descartes' modell inkludere eksistensen av en underbevissthet, som er en klar forutsetning for rettspsykiatriens begrep om psykogen bevisstløshet.

Til tross for enkelte forløpere innen filosofi og litteratur (så som filosofen Gottfried Wilhelm Leibniz (1646 – 1716)), er paradigmet om en underbevissthet hovedsakelig utformet innen en medisinsk tradisjon, påbegynt i annen halvdel av 1800-tallet. Den franske legen Pierre Janet (1859 – 1947) hevdet at deler av underbevisstheten ("une idée fixée") temporært kunne spaltes av (dis-sosiere), og så å si overta kontrollen av bevisstheten. På denne måten var det mulig å gi

en ”dynamisk” forklaring på kliniske fenomener som dissosiative ”fugues”, som sammen med tilstander som psykogen amnesi og multipel personlighet hører inn under rettspsykiatriens psykogene bevisstløshetstilstander.

I ettertiden har paradigmet om underbevisstheten i langt større grad vært basert på Sigmund Freuds (1856 – 1939) forfatterskap, selv om Freud bare sporadisk omtalte sykdomstilstander som i dagens faglitteratur vil kalles dissosiative (et kjent eksempel er sykehistorien ”Fräulein Anna O.” (19)). På slutten av karrieren synes Freud å ha hevdet en Spinoza-liknende sjel-legeme-parallellitet (20), men det er mer uklart om Freuds teori også har til følge at mennesket er årsaksbestemt av sin underbevissthet, tilsvarende Spinozas mekanistiske modell. Etterfølgere – for eksempel innenfor retningen som har vært kalt eksistensiell psykologi (21) – har bemerket at dette spørsmålet synes å ha engasjert Freud i liten grad, selv om forfatterskapet inneholder enkelte formuleringer om at prosjektet ”å gjøre det ubevisste bevisst” også vil gi individet mulighet til å foreta reelle valg (22).

Når det gjelder de tilstandene som faller inn under rettspsykiatriens begrep om psykogen bevisstløshet, altså dissosiative lidelser, synes det imidlertid klart at også den opprinnelige psykoanalytiske tradisjonen vurderte disse som sykdomstilstander av en slik alvorlighetsgrad at den mer generelle diskusjonen om psykoanalysens handlingsteori ikke har relevans her. Tilsvarende heter det i ICD-10 (23): ”Felles for dissosiative lidelser () er delvis eller fullstendig tap av normal integrasjon mellom erindringer om fortiden, identitetsbevissthet, umiddelbare sanseinntrykk og kontroll over kroppsbevegelser.” Begrepet psykogen amnesi omfatter altså sykdomstilstander der menneskets intuitive evne til å oppfatte seg selv som en ”jeg-kjerne” er angrepet, i tillegg også sansing, erindring og kropps kontroll. Premissene for en fri handling slik disse har vært definert innen tradisjonell rasjonalistisk filosofi (eksempelvis hos Descartes og Kant), er derfor ikke til stede.

---

## Avsluttende bemerkninger

Denne artikkelen har hatt som utgangspunkt å drøfte hvilke filosofiske tradisjoner som ligger til grunn for norsk og vestlig (angloamerikansk) rettspsykiatri, altså en *medisinsk* fagdisiplin som forholder seg *praktisk* (pragmatisk) til spørsmålet om når mennesket må ansees som moralsk ansvarlig. Videre har artikkelen tatt for seg tilstander der mennesket synes fullt og helt ufritt. Imidlertid vil flere filosofiske tradisjoner kunne tilsi at det vi kaller frihet ikke bare er *absolutt* fenomen, men også kan være *graduelt*. I rettspsykiatrisk sammenheng er det her relevant å vise til straffeloven § 56 (som blant annet omhandler ”forbigående sterk nedsettelse av bevisstheten”), og den engelske lovgivningens formulering om ”diminished responsibility”.

Selv om det medisinske prinsippet etter artikkelforfatterens mening er å foretrekke, bør begrepet sinnssyk brukes skjønnsmessig i forhold til moderne behandlingsmetoder, ved at man lar det omfatte alvorlige psykiske lidelser som også i behandlet tilstand har til følge at premissene for en fri handling ikke er til stede. Filosofien kan her komme medisinen til hjelp, om ikke med klare svar, så

iallfall med retningslinjer. Eksempelvis har klassisk rasjonalistisk filosofi fremholdt at det frie mennesket opplever seg selv som en ”jeg-kjerne”. I vår tid har filosofene Gert og Duggan (8) som beskrevet lagt vekt på at en handling må være intendert, viljestyrt og utvungen for at aktøren skal kunne holdes fullt og helt moralsk ansvarlig.

I 1985 uttalte den franske filosofen Jean-François Lyotard (1924 – 98) at møtet mellom medisinsk fagkunnskap og filosofi kan innebære at klassiske problemstillinger innen filosofien må bearbeides om igjen (25). Også i forhold til problematikken omkring menneskets moralske ansvar, burde både medicin og filosofi ha interesse av å følge Lyotards anvisning om at slike til grunnliggende spørsmål stadig bør omformuleres, og stilles på ny.

Siden filosofen Humes dager har det i alminnelighet vært ansett som en filosofisk sannhet at man ikke kan slutte fra et ”er” til et ”bør”. Denne artikkelen har hatt som målsetting å drøfte hvilke tradisjoner som faktisk *er* til grunnliggende for dagens rettspsykiatri. En annen spørsmålsstilling vil være hvorvidt den samme forståelsen *bør* ansees som endelig og fyllestgjørende, også for fremtiden. Artikkelforfatteren har selvsagt ingen ”fasit”, men peker på at det psykologiske prinsippet er utilfredsstillende ved at det omfatter kognitive funksjoner alene. Analogt med en filosofisk kritikk av humanistiske fag (24), finner artikkelforfatteren at menneskesinnet må antas å ha en så stor grad av kompleksitet at det ikke kan ha gyldighet å stille krav om at det skal vises at en ikke-etisk handling så å si skjedde med nødvendighet ut fra den handlendes psykiske lidelse. Det medisinske prinsippet har sin styrke i at det inkluderer denne kompleksiteten ved å omfatte også ikke-kognitive funksjoner som følelser og vilje, og ikke forutsetter at det skal påvises en ”årsakssammenheng”. Det er imidlertid viktig å huske at det medisinske prinsippet ble utformet i en tid da mulighetene for behandling av psykiske lidelser var langt færre enn i dag, trolig var også diagnostikken mindre nøyaktig. Eksempelvis vil bruk av nyere medikamenter føre til at mennesker med hallusinatoriske eller paranoide lidelser iallfall i lange perioder kan være symptomfrie. En konsekvens av dette er dagens praksis om at disse (såkalt defekthelbredede) i alminnelighet kan ansees som strafferettslig ansvarlig

e (12), mens de tidligere ville ha blitt definert som ”sinnssyke” i rettspsykiatrisk forstand.

---

## LITTERATUR

1. Fischer J. Moral responsibility. Ithaca, NY: Cornell University Press, 1986: 13 – 4.
2. Kant I. Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Kants gesammelte Schriften. Bd. 2. Berlin: Reimer, 1907: 213 – 4.
3. Nicholi A. The Harvard guide to modern psychiatry. Cambridge, Harvard University Press, 1978: 656 – 9.
4. Kaplan H, Saddock B. Synopsis of psychiatry. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1998: 1313 – 7.

5. Caplan L. Annals of law: the insanity defence. *The New Yorker* 2.7.1984: 45 – 78.
6. Capote T. *In cold blood*. New York: Random House, 1966.
7. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon. Oslo: Elanders Forlag, 1996: 300.
8. Gert B, Duggan T. Free will as the ability to will. I: Fischer J, red. *Moral responsibility*. New York: Cornell University Press, 1986: 15.
9. Langfeldt G. *Rettspsykiatri for jurister og leger*. Oslo: Aschehoug, 1947: 12.
10. Eitinger L, Retterstøl N. *Rettspsykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget, 1984: 53.
11. Kringlen E. *Psykiatri*. Oslo: Universitetsforlaget, 1982: 560.
12. Norges offentlige utredninger. *Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner*. NOU 1990: 5. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1990: 38 – 51.
13. Dahl A. *Psykopati*. Stavanger: Psykiatrisk Opplysningsfond, 1996: 17.
14. Nissen I. *Psykopatens diktatur*. Oslo: Aschehoug, 1945.
15. Moore G. *Principia ethica*. Cambridge: Cambridge University Press, 1903.
16. Russell B. *Roads to freedom*. London: Allen & Unwin, 1920.
17. Descartes R. *Meditasjoner over filosofiens grunnlag*. Oslo: Aschehoug, 1980: 73.
18. Sartre J. *Being and nothingness*. London: Routledge, 1996: 351 – 9.
19. Freud S, Breuer J. *Studies on hysteria*. London: Penguin Books, 1983: 73 – 102.
20. Freud S. *The unconscious*. I: *The Penguin Freud library: On metapsychology*. London: Penguin Books, 1991: 213 – 5.
21. May R. *Eksistensiell psykologi*. Oslo: Gyldendal, 1971
22. Freud S. *Psykoanalyse*. Oslo: Gyldendal, 1980: 354.
23. Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon. Oslo: Elanders Forlag, 1996: 320.
24. Lübcke P. *Vor tids filosofi: Videnskab og sprog*. København: Politikens Forlag, 1982: 212 – 25.
25. Rötzer F. *Samtaler med franske filosofer*. København: Akademisk forlag, 1988: 100.

---

Publisert: 10. august 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 6. juli 2026.