

Stikkittel: En forståelse av neurodegenerative lidelser i lys av straffeloven § 44

En forståelse av neurodegenerative lidelser i lys av straffeloven § 44

Martyna Checinska

Hovedoppgave

Trondheim, 2015

Veileder: Kirsten Rasmussen

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet

Fakultet for Samfunnsvitenskap og Teknologiledelse

Psykologisk Institutt

En forståelse av neurodegenerative lidelser i lys av straffeloven § 44

Sammendrag

Selv om eldre ofte fremstilles som ofre for kriminalitet, virker de å være i stand til å bryte loven i like stor grad. Fordi sykdom av både psykisk og fysisk slag hyppig er observert i denne populasjonen, tenkes det at en vurdering av tilregnelighetsgraden kan bli relevant i tilfeller av eldre gjerningsmenn. Ved rettspsykiatrisk utredning av lovbrøtere med neurodegenerative lidelser, som rammer flest eldre, tenkes det at de sakkyndige vil kunne møte på flere problemstillinger grunnet det komplekse sykdomsbildet til disse lidelsene. Det undersøkes derfor hvordan rettspsykiatriske sakkyndige vil vurdere gjerningsmenn med neurodegenerative lidelser med tanke på straffelovens utilregnelighetstilstander. Det ble foretatt en teoretisk gjennomgang av den tilgjengelige litteraturen om temaet, og det diskuteres hvorvidt Alzheimers sykdom, Huntingtons sykdom og Parkinsons sykdom kan omfattes av utilregnelighetstilstander jfr. straffeloven § 44. Det konkluderes med at pasienter med Alzheimers sykdom og Huntingtons sykdom vil kunne oppfylle krav til utilregnelighetstilstandene ”psykotisk” og ”høygradig psykisk utviklingshemmet” samtidig, på grunn av tett assosiasjon mellom symptomer. Når det gjelder Parkinsons sykdom konkluderes det med at disse pasientene vil kunne omfattes av den rettspsykiatriske tilstanden ”bevisstløs ved intoksikasjon”, sett at psykosesymptomene utløst av dopaminmedisinering kan vurderes som rus, og er sterke nok. Derfor anses straffeloven § 45 om selvforskyldt rus, også å være aktuell for diskusjon.

Forord

Denne oppgava ble til våren og sommeren 2015, avbrutt kun av en flytteprosess til øst-landet. Jeg vil takke kollegaen min, Thanh, som satte meg på sporet av temaet. Videre vil jeg takke veilederen min, Kirsten, som hjalp meg å utforme den endelige problemstillingen, og som i løpet av skriveprosessen, bidrog med viktig input, kommentarer og til tider nødvendig motivasjon.

Startfasen viste seg å være en tålmodighetsprøve uten like. Å sette seg inn i det norske lovverket og den tilhørende teorien, samt å prøve å forstå, og godta, at de samme begrepene har ulike definisjoner i det psykologiske og det rettspsykiatriske fagfeltet brakte mye frustrasjon og irritasjon med seg. Jeg har skjønnet at det gjelder å holde tunga rett i munnen. Dette førte til en del klaging og syting til de rundt meg, og jeg vil derfor unnskyldte og takke mine nærmeste som har måttet tåle dette, og som oppmuntret meg til å fortsette og utforske.

Jeg vil også takke alle som på en eller annen måte var innblandet i skriveprosessen, om det var innspill, gjennomlesing eller hjelp til å finne de riktige ordene. Deres bidrag har ført til at jeg, til tross for strenge krav til meg selv, med hånda på hjertet kan si at jeg er fornøyd med det endelige resultatet.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Forord	iii
Innholdsfortegnelse	v
Innledning.....	1
Alderdom, kriminalitet og sykdom	5
Kriminalitetstrender blant eldre	5
Straff	6
Demens	7
Demente kriminelle og straffansvar	8
Den norske utilregnelighetsregelen før og nå.....	9
Den norske utilregnelighetsregelen satt i historisk perspektiv	9
Utilregnelighet i dag	10
Systemer som regulerer utilregnelighetsspørsmålet	11
En nærmere kikk på de tre utilregnelighetstilstandene	15
Psykotisk i rettspsykiatrisk forstand	15
Bevisstløs i rettspsykiatrisk forstand	18
Bevisstløshet utløst av ruspåvirkning.	22
Høygradig psykisk utviklingshemmet i rettspsykiatrisk forstand	24
Neurodegenerative lidelser.....	27
Alzheimers sykdom	28
Psykose, intellektuelt forfall og funksjonstap	30
Huntingtons sykdom.....	33
Psykose, intellektuelt forfall og funksjonstap	35
Parkinsons sykdom	38
Psykose, intellektuelt forfall og funksjonstap	40
Neurodegenerative lidelser og kriminalitet	45
Alzheimers sykdom	45
Huntingtons sykdom.....	46
Parkinsons sykdom	47
Vurdering av neurodegenerative lidelser i forhold til straffeloven	49
Alzheimers sykdom og straffeloven § 44	49
Psykose	49

Bevisløshet	50
Høygradig PU og funksjonstap	51
Symptomassosiasjoner	52
Huntingtons sykdom og straffeloven § 44.....	53
Psykose	53
Bevisløshet	54
Høygradig PU og funksjonstap	54
Symptomassosiasjoner	56
Parkinsons sykdom og straffeloven § 44	56
Rusutløst psykose.....	56
Fører dopamin til en rustilstand?	57
Er den utløste tilstanden avhengig av dopamin?.....	57
Seksualkriminalitet som følge av dopaminbehandling	58
Høygradig PU og funksjonstap	60
Symptomassosiasjoner	61
Konklusjon.....	62
Begrensninger og implikasjoner	63
Referanseliste	66

Innledning

I det norske samfunnet er negative konsekvenser ved overtredelser av satte lover en norm. Dette kan eksempelvis være fratagelse av frihet eller tildeling av bøter (Mæland, 2012). For at slike sanksjonsformer skal bli aktuelle er det fire kumulative krav i den norske straffeloven som må oppfylles. Disse er (1) at lovbruddet krever straff, (2) at det ikke foreligger straffrihetsgrunner (e.g. at personen handlet i nødverge eller nødrett), (3) at gjerningsmannen må ha handlet med tilstrekkelig grad av subjektiv skyld (for eksempel forsett), og (4) at den kriminelle må ikke anses utilregnelig. Det fjerde kravet betraktes som det mest sentrale, da det avgjør om personen har straffansvar eller ikke. Den norske straffeloven sier at selv om de tre andre vilkårene er oppfylt vil ikke gjerningsmannen bli straffet dersom han blir ansett utilregnelig (Syse, 2006).

I rettslig sammenheng finnes det en antakelse om at mennesker har en evne til å skille rett fra galt (NOU 2014: 10), samt fri vilje til å velge blant flere handlinger som de vet kan ha positive eller negative følger (Mæland, 2012). Noen gjerningsmenn anses likevel ikke å være i stand til å forstå konsekvensene av sine handlinger, og kan derfor ikke ansvarliggjøres (Rosenqvist, 2012). Disse individene vil ha en sterkt begrenset evne til å ta hensyn til regler, ofte på grunn av en alvorlig psykisk avvikstilstand, og det er dette som markerer skillet mellom de som i det norske rettssystemet kalles tilregnelige og utilregnelige lovbrøyttere (NOU 2014: 10).

Ordet ”tilregnelighet” stammer fra rettspraksis og straffeteori, men brukes ikke i den norske straffeloven direkte (Leer-Salvesen, 2013). I stedet fastslår det norske lovverket hvilke tilstander som kan føre til at gjerningsmenn kan gå ustraffet ved en kriminell gjerning. Disse angis i straffeloven § 44, som i dag har ordlyden:

Den som på handlingstiden var psykotisk eller bevisstløs straffes ikke.

Det samme gjelder den som på handlingstiden var psykisk utviklingshemmet i høy grad (Rosenqvist og Rasmussen, 2004 s. 58).

Utilregnelighetsparagrafen antyder at individer med en alvorlig sinnssykdom er de som oftest vil anses å være uten straffansvar. Denne typen lidelser rapporteres å ha høy forekomst blant eldre kriminelle, men siden mange lovbrudd blant eldre ikke blir anmeldt, kan dette bety at forekomsten av psykiske lidelser i denne populasjonen kan være høyere enn antatt (Andenæs, 2004; Cannas et al., 2007; Nnatu, Mahomed, & Shah, 2005; Yorston, 1999). Eldre lider ofte av sykdommer som vil kunne føre til forstyrrelser i dømmekraft, eksekutive funksjoner og emosjonell prosessering, samt til handlinger som er voldelige eller seksualiserte. Disse dysfunksjonene kan føre til atferd som samfunnet beskriver som kriminell. Ofte manifesterer den typen oppførsel seg hos personer uten tidligere historie med antisosial atferd, men som utviser ulike typer demenslidelser, for eksempel Alzheimers sykdom eller Huntingtons sykdom (Liljegren et al., 2015). Faktisk er demens en av de vanligst lidelsene blant eldre kriminelle (Curtice, Parker, Wismayer, & Tomison, 2003), i tillegg til psykosesymptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner (Bassiony & Lyketsos, 2003), og ulik grad av tap i kognitive funksjoner (Davey, 2008).

De overnevnte symptomene hos eldre med neurodegenerative lidelser antyder at straffeloven § 44 vil kunne vurderes i et scenario der en slik pasient er tiltalt. Et problem som likevel må belyses i et slikt tilfelle er at gjerningsmenn med neurodegenerative lidelser, eksempelvis Huntingtons sykdom, kan være problematiske å utrede for de sakkyndige, på grunn av lidelsens natur. Sykdom av den typen kjennetegnes ved et mangfold av symptomer der det psykiatriske symptombildet vil kunne endre seg hele tiden. Dette gjør at den rettspsykiatriske kartleggingen av denne typen vansker blir komplisert, da et stabilt

psykiatrisk syndrom sjeldent vil manifestere seg (Naarding, Kremer, & Zitman, 2001).

Oppgava utdyper denne problemstillingen ved å spørre:

Hvordan vil de sakkyndige vurdere neurodegenerative lidelser i forhold til tilstander nevnt i straffeloven § 44?

I denne problemstillingen klargjøres det en spesifikk avgrensning i oppgava, nemlig fokus på rollen og vurderingen til den sakkyndige. Når spørsmålet om utilregnelighet tas opp i retten, skal de rettspsykiatriske sakkyndige kun uttale seg om gjerningsmannen var psykotisk, bevisstløs eller høygradig psykisk utviklingshemmet på handlingstiden (NOU 2014: 10). Den endelige avgjørelsen om utilregnelighet faller på retten (Andenæs, 2004). Denne oppgava skal derfor kun uttale seg om mulige vurderinger og problemstillinger de sakkyndige møter i bedømmelsen av gjerningsmenn som lider av neurodegenerative lidelser.

Da neurodegenerative lidelser er en omfattende sykdomsgruppe, og diskusjon av hele kategorien i én oppgave ikke er hensiktsmessig, begrenses denne til de tre mest kjente lidelsene; Alzheimers sykdom, Parkinsons sykdom og Huntingtons sykdom. Oppgava skal først belyse kriminalitetsproblemet blant de over 60 år, da de tre neurodegenerative lidelsene forekommer hyppigst i denne populasjonen, selv om symptomer på Huntingtons sykdom vil kunne manifestere seg mye tidligere (Davey, 2008). Det er derfor viktig å belyse omfanget av kriminalitetsproblemet i dette utvalget. Videre gis det et innblikk i det relevante utilregnelighetslovverket og i de tre lidelsene, hvor det legges vekt på beskrivelse av symptom bildet som kan anses relevant for straffeloven § 44. Til slutt argumenteres det for hvordan de rettspsykiatriske sakkyndige vil kunne vurdere gjerningsmenn som lider av neurodegenerative sykdommer.

Alderdom, kriminalitet og sykdom

I litteraturen defineres eldre kriminelle ofte som de som på gjerningstidspunktet var over 60 år gamle (Barak, Perry, & Elizur, 1995; Curtice et al., 2003; Fazel & Grann, 2002; Fazel & Jacoby, 2002; Heinik, Kimhi, & Hes, 1994). På mange måter likner denne populasjonen de yngre. Ofte kommer de fra lavere samfunnsklasser, sliter med økonomisk uavhengighet og er sosialt isolerte (Taylor & Parrott, 1988). Det antas dog at sinnssykdom spiller en viktigere rolle hos eldre kriminelle enn unge. Hele 50 % til 60 % av eldre gjerningsmenn viser seg å ha en klinisk diagnose (Barak et al., 1995; Taylor & Parrott, 1988).

Kriminalitetstrender blant eldre

Eldre er i stand til å begå et mangfold av lovbrudd (Barak et al., 1995), men sjeldent av den alvorligste sorten (Fazel & Jacoby, 2002). Barak et al. (1995) rapporterte at av alle forbrytelser utført av eldre i utvalget hans var 43 % økonomiske forbrytelser, 21 % trafikkforseelser, 18 % seksuelle forbrytelser, og 10 % voldelige forbrytelser (mer enn hos yngre forbrytere). Når det gjelder mord antas det at eldre begår mellom 1 % og 4 % av alle drap (Fazel & Jacoby, 2002). Dårlig tilgang til våpen, og redusert fysisk styrke kan forklare denne lave drapsraten hos eldre (Yorston, 1999).

Mange forskere biter seg fast i det store antallet seksualkriminalitet begått av eldre menn, til tross for at disse gjerningsmennene er ansvarlig for bare en brøkdel av den typen kriminalitet (Fazel & Grann, 2002). Det viser seg likevel at seksuelle overgrep er det lovbruddet som øker brått i antall fra yngre til eldre gjerningsmenn (Fazel & Jacoby, 2002). Disse overgrepene vil som oftest involvere barn (Oei, Bleeker, Bonten, Afman, & van Alphen, 2012) eller psykisk utviklingshemmede (Lewis, Fields, & Rainey, 2006), og vil være av typen incest, voldtekt og ekshibisjonisme (Curtice et al., 2003).

Trenden med økt antall seksuelle forbrytelser blant eldre menn er blitt observert i land som blant annet Sverige (Fazel & Grann, 2002), Storbritannia (Curtice et al., 2003; Fazel &

Jacoby, 2002), Israel (Heinik et al., 1994) og Nederland (Oei et al., 2012). I Storbritannia, i 2002, var 50 % av innsatte over 59 år dømt for seksualforbrytelser og tyveri. Denne andelen hadde også økt de siste ti årene (Fazel & Jacoby, 2002). Sammenliknet med yngre gjerningsmenn i landet hadde eldre menn proporsjonelt flere dommer for seksualforbrytelser, svindel og forfalskning. I Heinik et al. (1994) sin forskning rapporteres også seksualforbrytelser som mer vanlige hos eldre demente pasienter (29 %), enn hos andre populasjoner.

Straff

I media er eldre ofte presentert som ofre for aggresjon og antisosial atferd (Yorston, 1999). Noen vil dog påstå at denne populasjonen er i stand til å begå lovbrudd i like stor grad som de er ofre for kriminaliteten. Likevel ser samfunnet ut til å ha mer ettergivende syn på eldre gjerningsmenn, noe som gjenspeiles i lavere antall eldre som blir satt i fengsel, sammenliknet med yngre kriminelle (Barak et al., 1995). I Storbritannia, for eksempel, er det bare 1 % av eldre gjerningsmenn som blir dømt til fengselsstraff, sammenliknet med yngre populasjoner der 26 % blir sendt i fengsel (Yorston, 1999), mens i Italia gir rettssystemet alternativer til fengselsstraff for individer over 70 år. Disse alternativene ser ut til å være uavhengig av alvorlighetsgraden på lovbruddet (Carabellese, Candelli, Vinci, Tamma, & Catanesi, 2012). Carabellese et al. (2012) skriver om to uavhengige tilfeller i Italia der to eldre menn voldtok sterkt psykisk utviklingshemmede personer. Selv om en av dem prøvde å simulere demens, utviste gjerningsmennene ingen tegn til psykisk sykdom. Begge disse fikk mildere straff enn vanlig i slike tilfeller grunnet sin alder (Carabellese et al., 2012).

Ser man på antall fengselsdømte gjerningsmenn i Norge, fordelt på alder, ser man at større andel yngre mennesker blir dømt til den typen straff, sammenliknet med eldre. I 2013 var det 236 751 personer i alderen 21 år til 59 år som mottok en eller annen form for straffereaksjon. Av disse ble 14 966 (6,32 %) dømt til fengsel (betinget/ubetinget fengsling

eller forvaring). Blant de på 60 år og over, det samme året, var det 39 823 personer som mottok en straffereaksjon, men bare 610 stykker (1,53 %) ble dømt til fengsel. I 2012 var denne prosentandelen 5,36 % blant de mellom 21 år og 59 år, og 1,28 % blant de på 60 år og eldre, mens i 2011 lå den på 5,58 % i den yngre gruppen, og 1,26 % i den eldre gruppen (Statistisk Sentralbyrå, 2015). Ut fra dette ser man at de tre siste årene i Norge har rundt 6 % unge tiltalte blitt dømt til fengselsstraff hvert år, mens bare litt over 1 % av eldre gjerningsmenn har mottatt samme straff. Underbygger denne trenden Barak et al. (1995) sin påstand om at samfunnet har et mer ettergivende syn på eldre, og dømmer de derfor ofte til mildere straff? Uansett mener Yorston (1999) at forskjeller i lovbrudd også kan være med på å forklare hvorfor så få eldre blir satt i fengsel.

Demens

Demens virker å være en gjennomgående faktor hos eldre kriminelle, og den teoretiske kunnskapen som kan antyde en assosiasjon mellom de to er sterk (Fazel & Jacoby, 2002). Sykdommen kjennetegnes ved betydelig kognitiv svikt i evner som hukommelse, oppmerksomhet, forståelse, språk og dømmekraft (NOU, 2014: 10). En personlig funksjonssvikt er også synlig. Dette omfatter enkle og nødvendige aktiviteter som er knyttet til daglig pleie og grunnbehov, e.g. vasking, påkledning, spising og toalettfunksjon (WHO, 1992).

Som sagt tidligere antas det at sinnssykdom spiller en viktigere rolle hos eldre kriminelle enn hos yngre (Barak et al., 1995; Taylor & Parrott, 1988), med demens, funksjonell psykose og personlighetsforstyrrelser som de vanligste tilstandene i denne populasjonen (Heinik et al., 1994). I utvalget til Curtice et al. (2003) led eksempelvis 17 % av seksualforbrytere av demens, mens 12 % av de over 60 år i Fazel og Grann (2002) sitt utvalg fikk denne diagnosen. I studien til Lewis et al. (2006) var tilstedeværelsen av neurologiske tilstander i utvalget slående, og hele 44,4 % av utvalget fikk demensdiagnosen. Mange av

pasientene i dette utvalget led også av paranoide forestillinger (22,6 %), som et biprodukt av demens.

Demente kriminelle og straffansvar

Demens er en av de vanligste diagnosene blant eldre kriminelle (Heinik et al., 1994), og i noen land kan det også kanskje være "billetten" til et redusert straffansvar. I Israel gjennomførte Heinik et al. (1994) en evaluering av psykiatriske journaler til 57 gjerningsmenn som ble henvist for observasjon og klinisk diagnostisering. Et av målene var å studere hvordan de sakkyndige bedømmer ansvar for lovbruddet avhengig av diagnosen. De tre mest frekvente diagnosene var demens, psykose og personlighetsforstyrrelser. Når det gjelder ansvarsgeving for lovbruddene, ble psykotiske ansett lite ansvarlige og kompetente, mens gjerningsmenn med personlighetsforstyrrelser ble ansett å kunne stå til ansvar for handlingene sine. Demente falt et sted mellom de to gruppene, da 47 % av det demente utvalget ble ansett tilregnelig og ansvarlig for gjerninger de var tiltalt for. Heinik et al. (1994) mener at de dementes mellomliggende posisjon kan gjenspeile det at evaluering av lovbrøyttere med denne lidelsen er en vanskelig prosess både rettslig og klinisk.

I Sverige virker det å være en trend at jo eldre man er når tiltalt, desto større er sjansen for å bli ansett å være uten straffeansvar. Det ser dog ut til å være noen kjønnsforskjeller her. Når det gjelder den yngre gruppen gjerningsmenn er kvinner oftere ansett å ha redusert straffansvar, mens for de over 60 år er det menn (Fazel & Grann, 2002). I utvalget til Fazel og Grann (2002) var demens også en av de faktorene som hos gjerningsmenn over 60 år gjorde sannsynligheten for vurderingen om redusert straffansvar åtte ganger større. Faktisk så ble det konkludert med dette i 12 av 13 tilfeller i utvalget.

Den norske utilregnelighetsregelen før og nå

For å få bedre forståelse for hvordan dagens utilregnelighetsregel fungerer i praksis, kan det være hensiktsmessig å se på den historiske utviklingen og praktiseringen (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Dette fordi helt siden loven ble formulert og trådte i kraft har den vært et populært område for diskusjoner, og både ordlyden, de brukte begrepene og definisjonene har forandret seg i takt med endringene i psykiatrien og rettspraksisen.

Den norske utilregnelighetsregelen satt i historisk perspektiv

Lover vedrørende utilregnelighet fantes i den norske straffeloven allerede i 1842, og sa at de som var “galne eller afsindige” eller “døvstumme som av mangel på undervisning eller erfaring ikke har kunnet fatte gjerningens straffbarhet” var straffefritatt (NOU, 1974: 17). Med endringer og utviklinger i psykiatrien kom også nye faguttrykk, definisjoner og presiseringer, og i 1902 ble det vedtatt at utilregnelighetsregelen skulle gjelde de som i gjerningsøyeblikk var “sindsyg”, “bevidsløs”, eller “utilregnelig paa grund av mangelfuld udvikling af sjælseverne” (Rosenqvist & Rasmussen, 2004).

I 1929 ble begrepet “sindsyg” redefinert til også å omfatte dypt åndssvake (psykisk utviklingshemmede) (Rosenqvist & Rasmussen, 2004), og det ble ansett synonymt med begrepet “psykose”, som var, og er fortsatt per dags dato, definert som manglende evne til realistisk vurdering av forholdet til omverdenen. I tillegg til dette ble også bevisstløse ansett å være uten straffansvar (NOU, 1990: 5).

På 1970- tallet startet den langvarige endringsprosessen av den daværende utilregnelighetsregelen, som hadde stått urørt siden 1929 (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Både i 1974 (NOU, 1974: 17) og i 1983 (NOU, 1983: 57) kom det forslag til endringer i straffeloven § 44, men ingen av disse ble fulgt opp. Det var ikke før de nye forarbeidene ble levert i 1990 (NOU 1990: 5) at endringer ble implementert (Høyér & Dalgard, 2002). I 1997 ble begrepet “sinssyk” eksplisitt erstattet med “psykotisk” og ”psykisk utviklingshemmet i

høy grad” i ordlyden til straffeloven § 44 (Gran, 2014), og denne endringen trådte i kraft i 2002 (NOU 2014: 10). Denne implementeringen førte til at “psykotisk”, “bevisstløs” og “høygradig psykisk utviklingshemmet” var de tre tilstandene som ble ansett som straffefritakende. Selv om dette ikke medførte store praktiske endringer (Gran, 2014), er dette, per dags dato (2015), likevel den gjeldende lov.

Utilregnelighet i dag

Når en gjerningsmann blir erklært utilregnelig blir han fratatt ansvaret for sin atferd. Det antas at denne personen, på handlingstiden, ikke var i stand til å reflektere om det han gjorde var i strid med loven, og kan derfor ikke ansvarliggjøres (Hauge, 2012). Ved tilregnelighet stiller derimot ikke retten spørsmål ved lovbrysterens evne til å reflektere og vurdere egne handlingsmønstre. Det antas rett og slett at gjerningsmannen har tilstrekkelig oppfatning av virkeligheten, handlingen og konsekvensene, at han forstår at det han gjorde var feil, og må straffes for det (Høyesteren, 2008).

Etter forslag til revidering av straffeloven § 44 (NOU 1990: 5) ble det vanlig å bruke begrepene psykotisk, bevisstløs og høygradig psykisk utviklingshemmet som avgjørende tilstander for utilregnelighetsspørsmålet. Disse begrepene anses uttømmende i det at dersom en tilstand ikke blir ansett som psykotisk, bevisstløs eller høygradig psykisk utviklingshemmet i lovens forstand, foreligger det ingen utilregnelighet (Riksadvokaten, 2005). Til tross for dette holder Høyesteretten likevel åpent spørsmålet om at det kan finnes tilstander som kan gi straffefrihet selv om de ikke faller inn under de rettspsykiatriske definisjonene på psykotisk, bevisstløs og høygradig psykisk utviklingshemmet (Ot.prp.nr.87, 1993-1994).

Noen kan anse bruken av de spesifikke begrepene for utilregnelighetstilstandene som uheldig fordi de allerede er kjente fra medisinfaget, men med andre definisjoner enn de har fått i rettspsykiatrien (Hauge, 2012). Dette kan føre til forvirring, men det er viktig å huske at

de medisinske begrepene ikke må sidestilles med de rettspsykiatriske. Den Rettsmedisinske Kommisjonen (2005) forklarer dette med at man kan eksempelvis være mer eller mindre psykotisk i medisinsk forstand, men for å bli erklært rettspsykiatrisk psykotisk må tilstanden være aktiv og tydelig. Videre vil akutte intoksikasjonssykoser, som i medisinsk forstand er en gruppe psykoser, omfattes av definisjonen på rettspsykiatrisk bevissthetsforstyrrelse, og flere av de som ifølge diagnostiseringsmanualen ICD- 10 inngår i gruppen ”lettere psykisk utviklingshemmet” vil oppfattes som ”høygradig psykisk utviklingshemmet” i rettspsykiatrien (Den Rettsmedisinske Kommisjon, 2005).

Fordi de tre utilregnelighetsbegrepene har andre definisjoner enn de tilsvarende medisinske begrepene må man inn i lovforarbeidene, og ikke medisinsk litteratur, for å finne informasjon om hvilke tilstander disse begrepene omfatter (Rosenqvist, 2012). Dette vil si at når en lovbrøyer er diagnostisert i henhold til ICD- 10, må sakkyndige oversette diagnosen til juridisk språk, for så å avgjøre om den faller inn under utilregnelighetsspørsmålet (Rasmussen, 2008).

Systemer som regulerer utilregnelighetsspørsmålet

De fleste rettssystemer har utilregnelighetslover i en eller annen form, som har resultert i forskjellige løsninger på hvordan straffefrihet skal praktiseres (Gran, 2014). Det er derfor vanlig å skille mellom tre ulike systemer for å fastslå tilregnelighet (Ot.prp.nr.87, 1993-1994). I Norge er det i dag det medisinske prinsipp som gjelder. Praksis etter dette prinsippet tilsier at en person må anses aktivt psykotisk, bevisstløs eller høygradig psykisk utviklingshemmet i gjerningsøyeblikket for at straffeloven § 44 skal kunne anvendes. Det behøves ikke å påvise at det var en av de tre overnevnte tilstandene som førte til lovbruddet (NOU 2014: 10). Spørsmålet om handlingen var sykelig motivert eller om gjerningspersonen forsto hva han gjorde forblir altså uberørt (Ot.prp.nr.87, 1993-1994), og man trenger ikke å påvise en årsakssammenheng (NOU 2014: 10). Det medisinske prinsippet gjør det også mulig

for lovbrøyteren å bli erklært utilregnelig jfr. straffeloven § 44, selv om lovbruddet kan virke “hensiktsmessig” ut fra gjerningsmannens situasjon (Den Rettsmedisinske Kommisjon, 2004). Altså, selv om lovbruddet ser ut til å gagne gjerningsmannen kan han likevel bli ansett som uten skyld, om han oppfyller kravene i straffeloven § 44.

Det første utkastet av utilregnelighetsloven tok i bruk det medisinske prinsipp da det antydte at “galne eller afsindige” var straffrie. Dette betyr at om lovbrøyteren ble diagnostisert som gal eller “afsindig” ble han automatisk ansett som utilregnelig. § 3 i samme straffelov tok dog i bruk en annen prinsipp som er like gjeldende i rettspsykiatrien i dag. Det at døvstumme ble ansett som utilregnelige bare hvis de ikke forstod konsekvensene av handlingene sine er det psykologiske prinsippet i praksis (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Dette prinsippet har gjerningspersonens evner og innsikt i handlingens konsekvenser, samt hans evner til å velge fritt mellom alternative handlinger, som avgjørende moment for utilregnelighetsspørsmålet (Ot.prp.nr.87, 1993-1994). Det kreves her å påvise en årsakssammenheng mellom lovbrøyterens sykelige tilstand og den straffbare handlingen. Dette blir mulig om sykdommen førte til at personen ikke forstod hva han gjorde, eller hvis handlingen på en annen måte har vært sykelig motivert (NOU 2014: 10). Det psykologiske prinsipp forutsetter dog at det er mulig å avgjøre om det finnes en årsakssammenheng mellom en sykelig tilstand og et lovbrudd, men i forarbeidene (NOU 1974: 17; NOU 1990: 5; NOU 2014: 10) antydde det at en psykose vil kunne ramme hele personligheten, og at det derfor alltid vil være en fare for at gjerningen vil være et resultat av en psykisk lidelse. Man kan si at dette faktumet gjør at det knyttes stor grad av usikkerhet til anvendelsen av det psykologiske prinsipp, da det er særdeles usikkert om man noen gang kan si at det ikke finnes en kausalitet mellom sinnslidelse og gjerningen, slik det psykologiske prinsippet forutsetter (NOU 2014: 10).

Opp gjennom årene har Norge byttet på å praktisere det medisinske og det psykologiske prinsipp. Som sagt tok loven fra 1842 i bruk både det medisinske prinsipp

(Syse, 2006), og det psykologiske prinsipp (Rosenqvist & Rasmussen, 2004), og det var ikke før i 1902 at rettspsykiatrisk praksis kun på bakgrunn av det psykologiske prinsipp ble implementert (Syse, 2006). Dette skjedde etter diskusjoner som startet allerede på 1880-tallet. På den tiden tok straffeloven § 44 form, og det ble bestemt at handlinger som ble begått under en tilstand av blant annet sinnssykdom eller bevisstløshet var fritatt for straff så lenge denne tilstanden var ansett som et resultat av mangelfull utvikling eller sykelige forstyrrelser. Denne praksisen ble dog fort avskaffet, og allerede i 1929 var man tilbake til det medisinske prinsipp. Selv om utilregnelighetsparagrafen har blitt reformulert siden 1929, fortsetter Norge å praktisere det medisinske prinsipp den dag i dag (Rosenqvist og Rasmussen, 2004).

Gjennom tidene er de to prinsippene blitt satt opp mot hverandre. Blant annet i forarbeidene som ble levert inn i 1974 (NOU 1974: 17) ble denne problemstillingen tatt opp, og på den tiden foreslo Straffelovrådet at det medisinske prinsipp skulle opprettholdes. Dette begrunnet de med argumentet om at det medisinske prinsippet hadde fungert bra siden det ble innført, og det å bruke kausalitetskriteriumet i det psykologiske prinsipp ville vekt for mye tvil rundt konklusjonene (NOU 1974: 17). I nyere tid har diskusjonen også blusset opp igjen etter terrorhandlingene 22.juli 2011. Kritikken som dukket opp virket til å sette spørsmålsteget ved bruken av det medisinske prinsipp ved utilregnelighetsspørsmål, da dette prinsippet ikke tar stilling til om gjerningspersonen hadde en adekvat forståelse for handlingene og motivene sine (Skeie & Rasmussen, 2015).

I senere tid har det medisinske prinsipp også blitt satt opp mot et tredje utilregnelighetsavgjørende system; det blandede prinsipp (NOU 2014: 10). Dette prinsippet praktiseres med størst frekvens i verden, og tar i bruk både psykologiske og medisinske vilkår ved utilregnelighetsspørsmålet. For å bli ansett som utilregnelig må personen i gjerningsøyeblikket ha vært sinnssyk (medisinsk), og det må også påvises at gjerningen henger sammen med sykdommen (psykologisk). Ved sammenlikning av det medisinske og

det blandede prinsipp er det blitt konkludert at det medisinske prinsipp er å foretrekke fremfor det blandede for å unngå å måtte ta stilling til problematiske spørsmål om bakgrunnen for folks handlinger. Det medisinske prinsippet gjør det også lettere å fastslå hvem som er omfattet av loven om utilregnelighet, og hvem som faller utenfor (NOU 2014: 10).

En nærmere kikk på de tre utilregnelighetstilstandene

De tre tilstandene beskrevet i straffeloven § 44 kan som sagt tidligere ikke sidestilles med deres medisinske tvillinger. I forbindelse med en rettssak vil de sakkyndige foreta en klinisk utredning og gi en klinisk diagnostisk vurdering av lovbyteren. Denne vurderingen vil være basert på medisinske og psykologiske diagnosekriterier, og resultatet må senere oversettes til rettsmedisinsk definerte utilregnelighetsbegreper (Rosenqvist, 2012) for å avgjøre skyldsevnen. For å få en oversikt over hva de rettspsykiatriske begrepene ”psykotisk”, ”bevisstløs” og ”psykisk utviklingshemmet i høy grad” omfatter må man sette seg inn i lovenes forarbeider og i juridisk litteratur (Rosenqvist & Rasmussen, 2004).

Psykotisk i rettspsykiatrisk forstand

Hovedgruppen for de straffefrie er, ifølge norsk lov, de som er psykotiske i gjerningsøyeblikket (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Historisk sett har ikke begrepet ”psykotisk” blitt brukt i lovverket før endringer fra 1997 trådte i kraft i 2002 (Gran, 2014). Da erstattet det begrepet ”sinnssykdom”, som fagfolk mente var for lite presist og tidsriktig (Andenæs, 2004). Forarbeidene (NOU 2014: 10) kritiserer dog denne presiseringen, da de mener den har ført til at det finnes tilstander som faller utenfor dagens ordlyd i straffeloven § 44, men som ut fra begrunnelsen for utilregnelighetsregelen burde omfattes av den. Eksempelvis nevnes enkelte tilfeller av demens (NOU 2014: 10).

Det diagnostiske verktøyet ICD-10 (WHO, 1992) bruker begrepet ”psykotisk” til å navngi en ”tilstedeværelse av hallusinasjoner, vrangforestillinger eller et begrenset antall alvorlige atferdsavvik, som kraftig eksaltasjon og overaktivitet, tydelig psykomotorisk retardasjon og kataton atferd” (s.3). Symptomene kan deles inn i positive symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger, og negative symptomer, som apati, kognitiv svikt og viljelammelse (NOU 2014: 10). Den psykotiske mangler evnen til å reagere adekvat på vanlige inntrykk og påvirkninger, samt at kontrollen over egne tanker, følelser og handlinger

er betydelig svekket (Høyer & Dalgard, 2002). Noen ganger vil den psykotiske ha sansebedrag som for eksempel syns- eller hørselshallusinasjoner. Andre ganger vil han oppleve vrangforestillinger som det ikke er mulig å snakke vedkommende fra (Andenæs, 2004).

I rettspsykiatrisk forstand defineres ”psykotisk” som ”uten evne til realistisk vurdering av forholdet sitt til omverdenen” (NOU 1990: 5, s. 38; NOU 2014: 10, s. 47). Dette er kjerneantakelsen i det rettsmedisinske begrepet, og antyder at symptomtyngden hos den psykotiske i gjerningsøyeblikket m ha vært så stor at individet ikke kan ha vurdert situasjonen, og det han gjorde, realistisk. Denne vurderingsbristen må også prege gjerningsmannens generelle funksjonsevne (Den Rettsmedisinske Kommisjon, 2004). I forarbeidene (NOU 1990: 5) ble det foreslått å føye kjerneantakelsen til den gjeldende ordlyden i straffeloven § 44 for presiseringens skyld, men forslaget ble ikke fulgt opp, primært for å beholde lovtekstens enkelthet (Rosenqvist og Rasmussen, 2004). Denne avgjørelsen ble også forsvart med argumentet at det antas å finnes en enighet blant landets psykiatere om at psykosetilstander innebærer mangel på evnen til realistisk vurdering (Den Rettsmedisinske Kommisjon, 2004).

Grunnen til at man ikke kan dra likhetstegn mellom den rettspsykiatriske og den medisinske definisjonen på psykose, er at ved tvil om tilregnelighet er ikke en psykosediagnose nok til å erklære en gjerningsmann psykotisk jfr. straffeloven § 44. I rettspsykiatrisk forstand er man ikke psykotisk bare fordi man har en psykoselidelse. Norsk straffelov § 44 sier at gjerningsmannen må være aktivt psykotisk i handlingsøyeblikket (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Dette vil innebære enten positive symptomer av en viss styrke, eller negative symptomer forbundet med alvorlig kognitiv svikt (Rasmussen, 2008). Man kan derfor ikke si at en psykosediagnose automatisk fører til utilregnelighet (Rosenqvist, 2012). I praksis vil dette si at personer med for eksempel schizofreni, eller annen

psykoselidelse, som begår straffbare handlinger i en periode der de fungerer tilnærmet normalt, vil kunne bli straffet (Rosenqvist, 2002). Også gjerningsmenn med psykoselidelse som har symptomer under kontroll på grunn av medikamenter eller annen behandling vil bli ansett som straffeansvarlige (Høyér & Dalgard, 2002). På en annen side står det i forarbeidene (NOU 1990: 5) at hos et individ med en psykoselidelse, i en medikamentelt velregulert fase, kan alvorlighetsgraden på selve lovbruddet gi indikasjoner på om den kriminelle hadde et psykotisk gjennombrudd i gjerningsøyeblikket. En grov forbrytelse kan gi slike indikasjoner, mens trivielle lovbrudd som for eksempel butikkyveri eller fartsoverskridelse ikke gjør det. Sakkyndige må derfor utrede hvilke symptomer lidelsen gav hos lovbyteren i gjerningsøyeblikket, og så vurdere om han var psykotisk (Rosenqvist, 2002).

Den Rettsmedisinske Kommissjon (2004) har også sagt at det er ikke nok for gjerningsmannen å rapportere hallusinasjoner og vrangforestillinger for å bli oppfattet som psykotisk i rettspsykiatrisk forstand. Dette fordi Den Rettsmedisinske Kommissjon (2004) anser det som en mulighet at noen lovbytere kan ha funnet ut at det er fordelsaktig å rapportere psykosesymptomer selv om de ikke har en psykoselidelse. Derfor understrekes også viktigheten av supplerende informasjon om gjerningsmannens mulige kognitive svikt, liv og mestringsevne.

I forarbeidene (NOU 1990: 5) ble det foreslått at psykosen må ha en styrke eller omfang som gjør personen uegnet til realistisk å vurdere forholdet sitt til omverdenen. Med ICD- 10 i tankene, er psykose en vanlig tilstand hos pasienter med schizofreni. Disse pasientene viser hvor viktig det er å se på funksjonsnivået til en gjerningsmann, i tillegg til mulig diagnose. Dette fordi schizofrene, selv om de har en psykoselidelse, kan vise seg å være velfungerende i lange perioder, og vil derfor ofte falle utenfor straffeloven § 44. I utredningsprosessen får de sakkyndige ofte beskjed om å stille en diagnose ut fra ICD- 10, men det er tilstedeværelsen av alvorlige psykiske symptomer som vrangforestillinger eller

hallusinasjoner i gjerningsøyeblikket, som gjør en lovbrøyer utilregnelig. Slike psykotiske symptomer vil sette ned funksjonsnivået, men dette funksjonstapet må være omfattende (Rosenqvist, 2012). Med omfattende menes det her er at psykosesymptomer må gjennomsyre gjerningsmannens liv. Det finnes tilfeller der personen har en type vrangforestillinger som begrenser seg til en spesifikk del av livet, men på alle andre livsområder fungerer personen normalt. Et sånt tilfelle vil falle utenfor dagens straffelov § 44, fordi vrangforestillingene ikke gjennomsyrer personens hele tilværelse (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Omfanget av vrangforestillingene blir dermed for smalt.

Et annet krav som må oppfylles for at en lovbrøyer skal falle inn under straffeloven § 44 er varighetskravet. Det er påkrevd at den psykotiske realitetsbristen har vart i minst ett til to døgn for at den skal bli ansett som relevant. En psykose som varer mindre enn 48 timer blir ansett som lite sannsynlig å skulle medføre stort nok funksjonstap (Rosenqvist & Rasmussen, 2004).

Forarbeidene (NOU 2014: 10) antyder at det finnes tilstander som ikke er rene psykoser men som kan ha tilnærmet likt funksjonstap. I disse tilstandene kan bevisstheten, og emosjonelle og kognitive funksjoner være så svekket at det kan tilsvare en realitetsbrist sett i psykosetilstander. Ved slike tilfeller kan det være aktuelt å vurdere straffefrihet. Demens nevnes som et eksempel på dette, hvor man vil se en betydelig kognitiv svikt i blant annet hukommelsen, oppmerksomhet, orienteringsevnen, forståelse og dømmekraft. Før disse symptomene manifesterer seg kan pasienten oppleve paranoide og affektive symptomer, samt hallusinasjoner.

Bevisstløs i rettspsykiatrisk forstand

Av og til vil lovbrøyeren kunne begå en kriminell handling uten å være i stand til å ta innover seg og bearbeide sanseinntrykk. Dette kalles en bevissthetsforstyrrelse (Rosenqvist og Rasmussen, 2004), og vil kunne ha betydning i en rettssak. I straffeloven § 44 står det at den

som retten oppfatter som blant annet bevisstløs i gjerningsøyeblikket vil kunne bli fritatt for straff (Hartvig, Rosenqvist, & Stang, 2003). Dette fordi en slik tilstand logisk sett vil utelukke forsett, og en person som bryter loven når bevisstløs vil ikke bli ansett å ha subjektiv skyld (Andenæs, 2004). Det dreier seg dog om en liten, men veldig viktig og vanskelig gruppe saker, da flere av dem har en svært høy alvorlighetsgrad (Riksadvokaten, 2005). Utredning av en mulig bevissthetsforstyrrelse vil av noen også anses som den mest utfordrende oppgava de sakkyndige kan få (Rasmussen, 2008).

Bevisstløshetskriteriet for straffefrihet er kanskje det leddet i straffeloven § 44 som har vært mest omdiskutert gjennom tidene. Flere ganger er det blitt foreslått at bevisstløshet burde sløyfes som et eget begrep, og erstattes med begrepet ”sterk bevissthetsforstyrrelse” (NOU, 1974: 17, 1990: 5). Dette forslaget ble forsvart med argumentet om at ”sterk bevissthetsforstyrrelse” gir en mer forståelig beskrivelse av hvordan tilstanden utarter seg, og får frem at tilstanden kan ha ulike alvorlighetsgrader (NOU 1990: 5). Forslaget er hittil ikke blitt gjennomført.

Som nevnt kan man ikke anse det rettspsykiatriske begrepet ”bevisstløshet” som synonymt med det medisinske (Rasmussen, 2008). I medisinsk forstand vil man sette likhetstegn mellom bevisstløs og komatøs. I dette tilfelle snakkes det om en absolutt bevisstløshet, hvor ingen sanseinntrykk registreres av hjernen. Definert slik, vil ikke en bevisstløs person være i stand til å begå en kriminell handling (Hauge, 2012), hvis det da ikke er snakk om unnløstelse (NOU 2014: 10). Juridisk sett snakker man oftere om relativ bevisstløshet, der personen vil være i stand til å utføre enkle handlinger selv om oppmerksomheten og oppfatningsevnen er sterkt redusert eller opphevet (Høyer & Dalgard, 2002). Ofte vil bevisstløshetstilstanden også være kortvarig, og ha en brå start og slutt. De overnevnte kjennetegnene gjør at bevissthetsforstyrrelser forstås som et gradvis fenomen som

kan gå fra lett til nærmest total forstyrrelse. Til en viss grad er det likevel snakk om skjønn når man skal sette en grense mellom nedsatt bevissthet og bevisstløshet (Andenæs, 2004).

Personer i en tilstand av juridisk definert bevisstløshet antas å kunne utføre enkle handlinger (Høyér & Dalgard, 2002). I en publikasjon fra Riksadvokaten (2005) beskrives bevisstløse gjerningsmenn som i stand til å gjennomføre motoriske handlinger som for eksempel å stå oppreist, motta enkle signaler om orientering i forhold til omverden ved bevegelse, og få i gang primitive impulshandlinger som kamp eller flukt. Dette fordi hjernen til en viss grad vil være i stand til å oppfatte signaler fra kroppen og omverdenen. De vil dog ikke være i kontakt med "sitt vanlige jeg'et". I forarbeidene (NOU 1990: 5) eksemplifiseres denne tilstanden blant annet med søvngjengertilstander, hypnotiske transestilstander og bevissthetsforstyrrelser etter hjernerystelser. Det nevnes dog at raserianfall som beskrives som tilstander der det svartnet for vedkommende ikke omfattes av lovens begrep "bevisstløs" (NOU 2014: 10).

Et kjernekrterium for juridisk bevisstløshet er amnesi for gjerningsøyeblikket (Høyér & Dalgard, 2002). Individet anses bevisstløs når hjernen hans ikke er i stand til å innta og bearbeide sannseintykk, og handle deretter (Riksadvokaten, 2005). Det blir derfor ikke lagret noen minner fra gjerningen. Dette vil manifestere seg som en amnesi for tidspunktet bevisstløsheten fant sted (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). Det som likevel understrekkes av Rikasadvokaten (2005) er at man ikke kan dra amnesislutningen i begge retninger. Ut fra kunnskapen om bevisstløshet er det logisk å anta at siden et individ var bevisstløs i gjerningsøyeblikket kan han ikke ha minner om hendelsen, men man kan ikke konkludere med at man var bevisstløs på handlingstidspunktet fordi en ikke har minner om gjerningen (Riksadvokaten, 2005). Et hukommelsestap for gjerningsøyeblikket er altså ikke ensbetydende med at den kriminelle ikke hadde kognitiv aktivitet som sansing, tenkning og

hukommelse på handlingstiden (Rosenqvist og Rasmussen, 2004). Bevisstløshet vil også bli utelukket dersom om gjerningspersonen i ettertid erindrer noe av lovbruddet (Mæland, 2012).

Ifølge et skriv fra Riksadvokaten (2005) kan det rettspsykiatriske begrepet bevisstløshet deles inn i tre hovedgrupper:

- 1) **Tilstander som kan betegnes som psykogene.** Her dreier det seg om tilstander hvor man ikke hadde funnet somatiske avvik om man undersøkte gjerningsmannen på handlingstiden, men hvor lovbryteren ville vært i en slags tåketilstand.
- 2) **Tilstander hvor hjernefunksjonen er vesentlig redusert på grunn av somatiske forhold.** Disse tilstandene er for eksempel epileptiske anfall, hyperglykemi og hypoglykemi på grensen til koma og alvorlige hjernerystelser som fører til at personen ikke tar inn inntrykk etter skaden.
- 3) **Tilstander utløst av fremmedstoff som rusmidler, medisiner med mer.** Rusvirkningen kan i store doser være så sterk at man vil utvise bevisstløshetskjennetegn, i det man ikke vil være i stand til å ta inn inntrykk, men vil kunne utføre enkle handlinger. Her vil man kunne vurdere bevisstløshet, men retten vil også måtte ta stilling til om tilstanden er selvforskyldt, da dette ikke vil føre til straffefritak.

Akkurat som ved psykose mener Den Rettsmedisinske Kommissjon (2004) at lovbrøyttere kan anse det fordelaktig å påstå bevisstløshet i gjerningsøyeblikket. En lovbrøytter som kan ha vært bevisstløs vil som sagt ikke være i stand til å huske handlingen, noe som byr på problemer ved utredning. En utfordring i diagnostiseringen av bevisstløshet vil være å avgjøre om påstått amnesi skyldes simulering, fortrenging av ubehagelig materiale, eller manglende innprentingsevne under selve handlingen. Bare det siste faktum kvalifiserer seg som bevisstløshet, og kan gi straffefritak jfr. straffeloven § 44 (Hartvig et al., 2003). Et annet problem ved diagnostisering av tilstanden er ideen om at bevisstløse personer kan utføre enkle

motoriske bevegelser, da hjernen er i stand til å ta imot få og veldig enkle signaler fra kroppen og omverdenen. Ofte vil gjerningsmenn likevel påstå bevisstløshet i gjerningsøyeblikket når det er snakk om mer komplekse handlinger som for eksempel bilkjøring over lengere strekninger. Ved rettspsykiatrisk bevisstløshet vil ikke dette være mulig da den typen handling krever kompleks bearbeidelse av omverdenen og kroppslige signaler (Riksadvokaten, 2005). De sakkyndige må derfor avgjøre kilden til påstått amnesi og bevisstløshet, og om de utførte handlingene var for komplekse for bevisstløshetsdiagnosen.

Bevisstløshet utløst av ruspåvirkning. Som sagt tidligere skiller Riksadvokaten (2005) mellom tre hovedgrupper av bevisstløshet, der den siste dreier seg om en tilstand av bevisstløshet som følge av rus (Rosenqvist og Rasmussen, 2004). Rus defineres i rettspsykiatrien som endringer, både svekkelser og forsterkninger, av personens psykiske og fysiske tilstand som følge av inntak av alkohol eller andre midler. Det kan på den ene siden dreie seg om slapphet, svekket dømmekraft, vrangforestillinger eller bevisstløshet, og på den andre siden om skjerpet utholdenhet, økt konsentrasjon eller klartenkhet (NOU 2014: 10).

Rusutløste utilregnelighetstilstander vil rettspsykiatrisk klassifiseres som bevissthetsforstyrrelser, selv om de av og til vil kunne likne på en psykose (Rosenqvist og Rasmussen, 2004). Disse vil ofte være forbigående, og til forskjell fra bevissthetsforstyrrelser, vil de kjennetegnes ved varierende grad av hukommelse for gjerningsøyeblikket, fra intakt til ulike grader av amnesi (NOU 2014: 10). Strafferettslig psykotisk blir personen kun dersom psykosesymptomene vedvarer etter at rusen er opphørt (Rosenqvist og Rasmussen 2004).

Selv om disse utilregnelighetstilstandene under vanlige omstendigheter vil gi straffefrihet, er det særdeles sjeldent at dette skjer når tilstandene er utløst av rusinntak (NOU 2014: 10). Dette fordi i de fleste tilfellene hvor rus er involvert vil disse tilstandene være selvpåførte (Rosenqvist og Rasmussen, 2004). En gjerningsmann vil ikke direkte holdes ansvarlig for handlingene sine etter at en rusutløst tilstand inntreffer, men han kan

ansvarliggjøres for å ha satt seg i en risikofylt tilstand ved inntak av alkohol eller andre midler som kan fremkalle rus (NOU 2014: 10). Som følge av dette vil straffeloven § 45, ”Bevisstløshet som er en følge av selvforskyldt rus (fremkalt ved alkohol eller andre midler) utelukker ikke straff” (Rosenqvist og Rasmussen, 2004, s. 67) være aktuell. Straffeloven § 45 anses som et unntak fra straffefritak for de bevisstløse og psykotiske, men for at loven skal anvendes må det påvises at gjerningspersonen handlet i en ruspåvirket tilstand (NOU 2014: 10), og at den manifesterte utilregnelighetstilstanden skyldes rus (Mæland, 2012), og ikke andre forhold, som organisk sykdom (Rosenqvist og Rasmussen, 2004). Det må også påvises at rusen var selvforskyldt, altså at personen visste han inntok midler som kunne føre til beruselse. Uforskyldt rus vil innebære tvang eller uvisshet om inntak av rusmidler (NOU 2014: 10).

Når rusinntak fører til manifestasjon av psykosesymptomer vil det sentrale spørsmålet være om denne tilstanden er rusavhengig eller ikke, det vil si om det var selve rusmidlet som utløste psykosen, eller om det finnes en annen årsak (Rosenqvist og Rasmussen, 2004). Når denne problemstillingen dukker opp, er det varigheten etter inntaket av rusmidler som er avgjørende. Det er vanlig å anta at om psykosetilstanden vedvarer i mer enn én måned etter at stoffet er ute av systemet, er det noe annet enn rusmidlet som er hovedårsaken til tilstanden (NOU 2014: 10), og gjerningsmannen vil bli ansett psykotisk i rettspsykiatrisk forstand (Rosenqvist og Rasmussen, 2004).

En annen viktig problemstilling ved rusutløst psykose er spørsmålet om hvor stort ansvar for rustilstanden som skal tilskrives gjerningsmannen. Gjerningsmannen vil kunne bli ansett utilregnelig jfr. straffeloven § 44 om rusen er uforskyldt, eller om rusen er selvforskyldt, men psykosesymptomene vedvarer etter at virkningen av rusmidlet opphører (Mæland, 2012). Dette fordi det da antas at den mest fremtredende årsaken til psykosen i gjerningsøyeblikket er en grunnleggende psykoselidelse, og ikke rus (NOU 2014: 10). Anses

rusen som selvforskyldt, og psykosesymptomene forsvinner når intoksikasjonseffekten går ut, vil personene bli vurdert som tilregnelig for lovbruddet jfr. straffeloven § 45 (Mæland, 2012), fordi psykosen da vil anses å være rusavhengig (NOU 2014: 10).

Høygradig psykisk utviklingshemmet i rettspsykiatrisk forstand

Psykisk utviklingshemning (PU) defineres ved forsinket eller mangelfull utvikling av evner og funksjonsnivå. Symptomer på denne tilstanden vil ofte utvises som mangler i kognitive, språklige og sosiale ferdigheter (NOU 2014: 10). Årsaken til at høygradig psykisk utviklingshemmede anses som utilregnelige er fordi de vil ha problemer med å forstå konsekvensene av handlingene sine, da det blant annet er sentrale kognitive funksjoner som blir rammet i denne tilstanden, noe som viser seg å ha betydning for forståelsen av årsak/virkning- sammenhengen (Syse, 2006).

Før i tiden omtaltes de alvorligere tilfellene av psykisk utviklingshemning som åndssvakhet, og frem til lovendringen i 1997 (Gran, 2015) omfattet begrepet sinnssykdom i straffeloven, i tillegg til psykotiske, også denne gruppen (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). På grunn av lovendringen fikk høygradig PU, av praktiske grunner, sitt eget ledd i straffeloven § 44. Denne sier at de som anses psykisk utviklingshemmet i høy grad ikke kan straffes ved kriminelle handlinger (Andenæs, 2004).

Klinisk sett innebærer psykisk utviklingshemning medfødte eller ervervede intellektuelle mangler av ulik alvorlighetsgrad (Andenæs, 2004), som viser seg i løpet av utviklingsperioden. Til grunn for denne tilstanden ligger blant annet arvelig anlegg, medfødte stoffskifteforstyrrelser eller sykdom i fosterstadiet. Ifølge ICD- 10 (WHO, 1992) bidrar ferdighetene som påvirkes til det generelle intelligensnivået. Her er det snakk om kognitive, språklige, motoriske og sosiale ferdigheter. Manualen understreker dog at denne diagnosen må holdes adskilt fra tilstander som kjennetegnes ved svekket kognitiv evne hos personer som

tidligere i livet kan ha vært innenfor normalen. Demens er et eksempel på en slik tilstand (NOU 2014: 10).

I ICD-10 (WHO, 1992) skiller man mellom fire grader av psykisk utviklingshemming, med en beskrivelse av funksjonsnivået i de ulike kategoriene. Lett psykisk utviklingshemmede har en IQ mellom 50 og 69, og et funksjonsnivå som tilsvarer mer eller mindre normalen. De fleste oppnår full selvstendighet med tanke på egenomsorg, men tilegnelse av evner skjer betydelig langsommere enn normalt. Moderat psykisk utviklingshemmede har en IQ mellom 35 og 49 og et funksjonsnivå som krever varierende grad av støtte, men fullstendig uavhengighet i voksen alder oppnås sjeldent. De med en IQ mellom 20 og 34, alvorlig psykisk utviklingshemmede, har et veldig lavt funksjonsnivå, med kontinuerlig omsorgsbehov, mens dypt psykisk utviklingshemmede har en IQ under 20, og alvorlige begrensninger av egenomsorg. Disse personene krever omsorg døgnet rundt, og er ikke i stand til å ivareta sine egne grunnleggende behov (WHO, 1992).

Straffeloven skiller mellom ”lettere psykisk utviklingshemmet” (IQ 55 til 74), og ”utviklingshemmet i høy grad” (IQ lavere enn 55) (Hauge, 2012). Fordi høygradig psykisk utviklingshemming ikke er en egen diagnose i ICD-10 kan den ikke sidestille med noen av de angitte diagnosene i manualen. Juridisk sett er denne tilstanden definert med en IQ- skåre under 55 (intelligensalder på cirka 8,5 år), og et funksjonsnivå som er forventet på det nivået. I rettspsykiatrisk forstand antar man at når denne IQ- grensen er nådd er man ikke lenger i stand til å forstå konsekvensene av handlingene sine, og vil derfor kunne bli ansett som utilregnelig, forutsatt at funksjonsnivået er tilsvarende (NOU 1990: 5).

En viktig skille mellom den kliniske diagnosen PU, og den rettspsykiatriske tilstanden er ideen om at den kliniske diagnosen forutsetter mangelfull utvikling allerede i veldig ung alder. Den rettspsykiatriske tilstanden omfatter i tillegg personer som kan ha utviklet seg normalt, men som av ulike grunner opplever fall i intelligens senere i livet. Det kan blant

annet dreie seg om hodeskade eller demensutvikling (NOU 2014: 10). Sammenliknes strafferettens definisjoner på PU med de beskrevet i ICD- 10 videre, ser man at de som i diagnostiseringsmanualen inngår i nedre del av gruppen ”lett psykisk utviklingshemmet” blir oppfattet som psykisk utviklingshemmet i høy grad i rettspsykiatrien (Rosenqvist & Rasmussen, 2004), og derfor mest sannsynlig også utilregnelige i straffesaker. Det sies ”mest sannsynlig” fordi i utredning for PU i rettspsykiatrien vil funksjonsnivået også være relevant. En person kan av ulike grunner skåre under grensen for PU i høy grad, men han kan fortsatt fungere nokså normalt i hverdagen. På grunn av den høye funksjonsevnen vil en slik person bli ansett som tilregnelig. Tilsvarende kan en person skåre høyere enn 55, men fortsatt fungere særdeles dårlig i hverdagen, og bli dermed ansett som utilregnelig (Rosenqvist, 2012). I forarbeidene (NOU 1990: 5) står det derfor at de sakkyndige også må ta hensyn til personligheten og den sosiale funksjonsevne til lovbrøteren når graden av psykisk utviklingshemning skal kartlegges.

Det finnes en enighet blant de sakkyndige om at IQ- poeng ikke forteller alt om funksjonsnivået til et individ, og det finnes derfor plass for et visst skjønn (Hauge, 2012). Det kreves derfor at de oppnevnte lager seg en formening om totalbildet av personen (Rosenqvist & Rasmussen, 2004). I forarbeidene fra 1990 (NOU 1990: 5) står det også at siden 1974 har skepsisen rundt verdien av intelligensmåling vokst, og det legges derfor stadig større vekt på totalbedømmelse av sosial tilpasning og funksjon, i tillegg til IQ- skårer. Blant annet personlighet, sosial funksjonsevne og evne til abstrakt tenkning må vurderes. Det kan også være nyttig og aktuelt å undersøke hvordan siktede har fungert på eventuell arbeidsplass, bomiljøet og blant venner (Riksadvokaten, 2001).

Neurodegenerative lidelser

Det finnes ulike typer demens som alle kjennetegnes av forfall i kognitive, fysiske, og emosjonelle evner. Disse demenstypene går under fellesbetegnelsen ”neurodegenerative lidelser” (Davey, 2008), og har ofte en kronisk og progressiv natur (WHO, 1992). Her vil det skje både funksjonelle og strukturelle forfall i hjernen, som vil manifestere seg som fall i funksjonsevnen, og som vil skille seg fra normal aldring styrkemessig. Slike lidelser utvikler seg over flere år, og rammer mest frekvent mennesker over 65 år (Davey, 2008).

Helt siden den første beskrivelsen av neurodegenerative lidelser har diagnostiseringen av disse sykdommene basert seg på manifestasjonen av en spesifikk klinisk profil sammen med tilstedeværelsen av spesifikke typer hjerneskader (Armstrong, Lantos, & Cairns, 2005). Denne kartleggingen er dessverre vanskelig og kompleks. Man må eksempelvis skille denne typen lidelser fra konsekvenser av naturlig aldring (Davey, 2008). Men hvor sterk svekkelse inngår egentlig i naturlig aldring? Det kan også være vanskelig å skille mellom de ulike neurodegenerative lidelsene, fordi symptomene kan være slående like og overlappende på tvers av tilstandene (Armstrong et al., 2005). Hvordan de ulike sykdommene manifesterer seg hos ulike mennesker vil i tillegg være avhengig av flere psykologiske og sosiale faktorer. Dette betyr altså at den samme lidelsen vil, hos to ulike personer, kunne uttrykkes veldig ulikt (Davey, 2008).

På grunn av sykdommenes progressive og ødeleggende natur vil alle pasienter med neurodegenerative lidelser oppleve tap av funksjon i løpet av sykdomsutviklingen. Funksjonsnivå i de ulike lidelsene kan måles ved å se på pasientens prestasjon i de grunnleggende daglige aktivitetene (e.g. hygiene, matlaging) og på de instrumentelle (bruk av telefon, økonomihåndtering). De sist nevnte aktivitetene er mer komplekse og krevende når det gjelder kognitive evner, og vil derfor kunne være mer sårbare for kognitivt forfall tidlig i

utviklingen av en neurodegenerativ lidelse (Rasovska & Rektorova, 2011). De grunnleggende aktivitetene vil kreve mer alvorlige kognitive forfall for å bli påvirket (Peres et al., 2008).

Neurodegenerative lidelser kan grovt sett deles inn i to grupper, avhengig av om de påvirker korteks eller subkortikale områder. De sykdommene som påvirker kortikale områder (e.g. Alzheimers sykdom) kan føre til svekkelser i hukommelse, språk, oppmerksomhet og eksekutive funksjoner, mens de som primært har effekt på subkortikale områder (e.g. Parkinsons sykdom og Huntingtons sykdom) vil i tillegg forårsake emosjonelle forstyrrelser og motoriske vansker (Davey, 2008).

Alzheimers sykdom

Av alle neurodegenerative lidelser er Alzheimers sykdom (Alzheimer's Disease, AD) den vanligste. Dette er en progressiv form for demens som gjennomsnittlig varer i 8 til 10 år, og som manifesterer seg som gradvis forfall av korttidsminnet, med symptomer som afasi (svikt i evnen til å bruke å forstå ord), apraksi (forstyrrelse av evnen til å utføre viljestyrte og målrettede bevegelser, selv om ingen motorisk skade foreligger), og agnosi (manglende evne til å tolke sanseintrykk selv om sansefunksjonen er uskadd) (Davey, 2008). Fordi sykdomsbevisstheten, bevisstheten rundt egne kognitive mangler, samt personligheten blir forstyrret ved AD, kan man ikke stole på tilbakemeldinger om symptombilde fra pasienter (Talassi, Cipriani, Bianchetti, & Trabucchi, 2007).

AD kan manifestere seg både tidlig og sent i livsforløpet. Tidlig debut begynner før fylte 65 år, og har svært dårlige prognoser. Forverring i symptomene skjer raskt, med markante multiple forstyrrelser av høyere kortikale funksjoner. Sen debut innebærer symptommanifestasjon etter fylte 65 år, med langsom progresjon og vanligvis med hukommelsessvikt som viktigste kjennetegn (WHO, 1992). Omsorgspersonene vil kunne merke forandringer i følelseslivet og personligheten til de syke (Banich, 2004) mot det negative, og vil ofte beskrive de som mer stille, avhengige, asosiale, ulykkelige, livløse,

barnslige, onde og urimelige (Talassi et al., 2007). I den siste fasen av sykdommen vil pasienter oppleves veldig forvirret og desorientert. De blir fysisk svake og sengeliggende, og vil kunne utvise uforutsigbar atferd som vil kunne være et problem for de rundt (Davey, 2008).

Dette symptombildet er en konsekvens av nevroanatomiske forandringer i hjernen, men per dags dato finnes det ingen tester som med sikkerhet kan påvise AD hos levende pasienter. Fordi de spesifikke nevrologiske endringene bare kan påvises ved hjelp av en post mortem undersøkelse av hjernevevet, gis det ofte en sannsynlig diagnose basert på atferden når andre årsaker til demens blir utelukket (Banich, 2004).

Aggresjon er en vanlig del av AD (Eastley & Wilcock, 1997). Det har blitt gjort flere studier opp gjennom årene som konsentrerte seg om aggresjon utvist av disse pasientene (Eastley & Wilcock, 1997; Gormley, Rizwan, & Lovestone, 1998; Patel & Hope, 1993; Welsh, Corrigan, & Scott, 1996). Dette kan være alt fra verbale utfall til aggressive fysiske angrep med milde skader på offeret, som ofte er omsorgspersonen (Gormley et al., 1998). Det er mulig at denne typen atferd også henger sammen med graden av kognitivt forfall og forstyrrelser i språkevnen. Forstyrret evne til å uttrykke seg verbalt kan bidra til aggresjon når pasienten opplever frustrasjon fordi han ikke får formulert seg på en tilfredsstillende måte. Dette kan føre til uttrykksmåter mot objekter som blir ansett som verbal eller fysisk aggresjon. Forstyrret språkforståelse kan føre til problemer i kommunikasjon og feiltolkning av andres intensjoner, og kan føre til aggressiv respons rettet mot andre mennesker (Welsh et al., 1996). En stor andel aggressive episoder som involverer AD- pasienter er likevel av den mildere sorten, og blir sjeldent anmeldt (Yorston, 1999). Det kan også virke som at både verbal og fysisk aggresjon med større frekvens hos AD- pasienter er en forsvarshandling mot en persipert trussel, fremfor et uttrykk for sinne (Gormley et al., 1998).

Psykose, intellektuelt forfall og funksjonstap. Eastley og Wilcock (1997) mener at aggresjon er en vanlig del av symptombildet i AD. Psykotiske symptomer er også frekvent blitt observert hos disse pasientene (Castellon, Hinkin, & Satz, 2001). En mulighet er at det finnes et forhold mellom psykosen opplevd ved AD og den aggressive atferden disse pasientene utviser. En studie (Deutsch, Bylsma, Rovner, Steele, & Folstein, 1991) fant at både vrangforestillinger og feilidentifikasjoner ble rapportert tett opp mot den voldelige episoden i 90 % av tilfellene, mens hallusinasjoner ble rapportert i 88 % av tilfellene. Feilidentifikasjoner på grunn av vrangforestillinger dreier seg om å gjenkjenne et objekt, en person eller seg selv som noen andre (Forstl, Burns, Levy, & Cairns, 1994). Hyppigheten av hallusinasjonene var også høyere i aggresjonsgruppen, men det var vrangforestillinger som viste seg også å være den beste prediktoren for aggresjon (Deutsch et al., 1991).

Psykotiske symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger er vanlige i pasienter med AD (Sweet et al., 2002), og opp mot 60 % vil oppleve disse symptomene på et eller annet tidspunkt i lidelsesutviklingen (Lautenschlager & Förstl, 2001). De er assosiert med raskere progresjon i lidelsen (Frisoni et al., 1999), dårligere funksjon i hverdagen (Lopez et al., 1997; Rapoport et al., 2001), og i noen studier med større fall i kognitive evner (Lopez et al., 1997), men ikke i andre (Forstl et al., 1994; Lopez, Wisniewski, Becker, Boller, & DeKosky, 1999).

Det rapporterer at vrangforestillinger vil kunne manifestere seg i alle stadier av AD (Bassiony & Lyketsos, 2003; Rao & Lyketsos, 1998), og sakte vil øke i frekvens mens demensen utvikler seg (Mega, Cummings, Fiorello, & Gornbein, 1996). De spesifikke typene vrangforestillinger vil dog kunne variere i sykdomsforløpet (Mega et al., 1996). I starten vil paranoide vrangforestillinger være hyppige, men disse vil i moderate til alvorlige faser av AD kunne minke i frekvens til fordel for feilidentifikasjoner (Lautenschlager & Förstl, 2001). I sene stadier av lidelsen vil vrangforestillinger rundt utroskap og tyveri være synlig (Banich,

2004), og vil gjennomsnittlig vare i 30 minutter (Ballard et al., 2000). Også hallusinasjoner finnes på alle stadier av AD (Bassiony & Lyketsos, 2003), men går ned i frekvens i de mer alvorlige stadier av AD (Mega et al., 1996). Visuelle hallusinasjoner vil kunne vare i opp til 85 minutter om gangen (Ballard et al., 2000).

For noen vil psykotiske symptomer være første manifestasjonen på lidelsen (Castellon et al., 2001). De vanligste formene for den typen symptomer er forfølgelsesvrangforestillinger (24 % hos Ballard et al. (2000); 32 % hos Deutsch et al. (1999)), feilidentifikasjoner på grunn av vrangforestillinger (10 % hos Ballard et al. (2000); 25 % hos Forstl et al. (1994)), paranoide vrangforestillinger (16 % hos Forstl et al. (1994)), visuelle hallusinasjoner (18 % hos Forstl et al. (1994)) og auditive hallusinasjoner (13 % hos Forstl et al. (1994)).

Et fremtredende trekk ved alle typer demens er intellektuelt forfall (Wilson, Gilley, Bennett, Beckett, & Evans, 2000), og i flere studier viser psykosesymptomene seg å være assosiert med ytterligere fall i kognitive evner hos AD- pasienter (Holtzer et al., 2003; Lopez et al., 1997; Wilson et al., 2000). Wilson et al. (2000) fant eksempelvis at hallusinasjoner, men ikke vrangforestillinger, var assosiert med raskere forfall av kognitive evner. Annen forskning (Kotrla, Chacko, Harper, & Doody, 1995), derimot, rapporterer ingen assosiasjon mellom kognitivt forfall og psykosesymptomer. Dette begrunnes med en observasjon av at i utvalget var det ikke nødvendigvis alle på samme sykdomsstadiet som hadde utviklet psykosesymptomer (Kotrla et al., 1995).

Uavhengig av psykose, er progressivt kognitivt forfall en av de mest fremtredende manifestasjonene ved AD (Castellon et al., 2001), men det er vanskelig å predikere hvor fort disse pasientene vil oppleve nedgang i de intellektuelle evnene da dette er veldig individuelt (Wilson et al., 2000). Dette kan eksemplifiseres med forskning som viser at forfall i kognisjon ikke er konsistent gjennom hele sykdomsforløpet. Tapet virker til å være størst i milde og moderat utviklede tilfeller av AD (Suh, Ju, Yeon, & Shah, 2004).

En av de mest fremtredende symptomene på lidelsen er hukommelsestap. Det viser seg at AD- pasienter opplever alvorlig anterograd global amnesi som innebærer at de ikke kan lagre ny informasjon. I tillegg virker de også å utvikle retrograd amnesi som fører til at de vil slite med å fremkalle livsminner sammenliknet med friske eldre. De vil dog lettere huske ting som skjedde da de var unge enn hendelser i årene før lidelsen (Banich, 2004).

I 1975 ble intelligenstagstesten WAIS administrert til pasienter med ulike typer demens. Det ble rapportert at AD- pasientene skåret signifikant og konsistent lavere på alle deltester sammenliknet med andre demensgrupper. Dette til tross for at de var yngre, og hadde signifikant flere år med utdanning bak seg (Perez et al., 1975). 25 år senere ble utført to studier der 102 sannsynlige AD- pasienter gjennomførte flere intelligenstagstester (Nakamura, Nakanishi, Furukawa, Hamanaka, & Tokudome, 2000). På WAIS skåret disse pasientene gjennomsnittlig (\pm SD) 78,8 (\pm 14,1) på verbal IQ, 72,6 (\pm 16,9) på prestasjons- IQ, og 74,5 (\pm 14,6) på den totale IQ-en. I den andre studien fikk 67 av de første 102 AD- pasientene en ny intelligenstagstest. Resultatene ble tilnærmet like, med gjennomsnittlig (\pm SD) verbal IQ på 80,1 (\pm 13,2), prestasjons- IQ på 73,6 (\pm 15,4) og den totale IQ- en på 75,7 (\pm 13,4) (Nakamura et al., 2000).

En annen tendens som viser seg ved kognitiv testing av AD- pasienter er at jo mer alvorlig AD utvikler seg til å være, desto større forstyrrelser i eksekutive funksjoner viser pasientene. Disse evnene dreier seg blant annet om kompleks oppmerksomhet, planlegging, resonnering og bedømmelse (Marshall et al., 2011).

Både fall i kognitiv funksjon (Rasovska & Rektorova, 2011; Tekin, Fairbanks, O'Connor, Rosenberg, & Cummings, 2001) og psykosesyntomer (Lopez et al., 1997) kan spille en rolle i større forfall av evner til å utføre hverdagslige aktiviteter. Det antas at alle diagnostiserte AD- pasienter har alvorlige nok kognitive forfall til å oppleve tap i funksjonsnivået (Suh et al., 2004). Forstyrrelser av evner som språk, hukommelse,

visuospatiale evner og agnosi er vanlige symptomer hos AD pasienter, og bidrar til større funksjonsfall (Tekin et al., 2001). Det virker også til å finnes en assosiasjon mellom eksekutivt forfall og forstyrrelser i funksjonsnivå (Marshall et al., 2011).

Suh et al. (2004) gjennomførte et studie som tok for seg graden av funksjonelle tap hos AD pasienter. Grunnleggende aktivitetsnivå viste seg å falle forttere først ved alvorlig demens, mens de instrumentelle aktivitetene ble forstyrret veldig tidlig i symptomutviklingen (Suh et al., 2004). Rasovska og Rektorova (2011) fant liknende resultater i forskningen sin.

Siden opp mot 60 % av alle AD- pasienter opplever psykosesymptomer vil det være naturlig å kartlegge hvordan disse påvirker sykdomsutviklingen. Eksempelvis fant Lopez et al. (1997) at psykotiske AD- pasienter var mer kognitivt forstyrret og hadde større funksjonsfall enn de uten psykose. Ved senere anledning studerte han (Lopez et al., 1999) også effekten antipsykotika har på progresjonen av AD. I deres utvalg av pasienter med mild til moderat utviklet AD, viste resultatene at bruken av denne typen medisiner påvirket den naturlige progresjonen av lidelsen fordi den var assosiert med ytterligere funksjonsfall.

Huntingtons sykdom

Huntingtons sykdom (Huntington's disease, HD) er en arvelig og degenerativ lidelse av det sentrale nervesystemet, med påfølgende demens. Dette betyr at om en av foreldrene har genet, vil barnet med 50 % sannsynlighet arve det. Symptomene dukker vanligvis opp etter fylte 35 år, men jo tidligere de manifesterer seg desto alvorligere utvikler lidelsen seg til å være (Davey, 2008). Det estimeres dog at over 25 % av HD- tilfeller starter etter fylte 50 år, og "bare" 7 % før pasienten fyller 20 år (Pender & Koroshetz, 2011). Pasienter som opplever første symptomer etter fylte 65 år vil slite med alvorlige choreiforme bevegelser, mens kognitiv funksjon vil forbli urørt. Det antas også at døden vil inntreffe 15 til 20 år etter manifestasjonen av de første symptomene, men det er blitt registrert tilfeller hvor pasienter levde med HD i over 40 år (Naarding et al., 2001).

Fordi sykdommen forårsakes av en gen, er det ved hjelp av en blodprøve, mulig å finne ut om man er en bærer. En negativ prøve tilsier at man ikke har genet, og man vil derfor aldri utvikle lidelsen, mens en positiv prøver betyr at personen har genet, vil utvikle lidelsen, og med 50 % sannsynlighet overføre det til barna sine, dersom individet overlever lenge nok til å få barn (Davey, 2008). Gentestingen for HD genet er nesten 100 % sensitiv og spesifikk (Dawson, Kristjanson, Toye, & Flett, 2004), og derfor veldig nøyaktig. Men selv om testen er tilgjengelig observeres det at bare mellom 40 % og 79 % av individer i risikograppa rapporterer planer om å ta den (Pender & Koroshetz, 2011). Fordi en positiv blodtest vil ha ekstremt stor psykologisk effekt, får potensielle pasienter intensive timer med rådgivning og psykologisk støtte (Davey, 2008). Det finnes dessverre ingen behandling som kan stoppe eller reversere konsekvensene av HD (Dawson et al., 2004).

Det finnes ingen unik samling av symptomer ved HD, men symptomene ser ut til å være organisert i en triade, med motoriske, kognitive og psykiatriske vansker (Pender & Koroshetz, 2011). Lidelsen anses dog primært å være av den motoriske typen (Davey, 2008). Disse vansker utvikler seg rundt 42. leveåret, og første manifestasjoner innebærer klossethet (Pender & Koroshetz, 2011) og ufrivillige, krampeaktige rykninger i lemmene og i ansiktet (WHO, 1992). Evnen til å foreta seg kjappe, gjentatte og sekvensielle bevegelser blir også unormal, og etter hvert blir også svelgereflexen forstyrret. Dette vil kunne føre til vansker med å opprettholde god nok ernæring, som konsekvent vil føre til forverring av de motoriske symptomene (Pender & Koroshetz, 2011).

HD pasienter står overfor en betydelig mengde psykiatriske komplikasjoner mens lidelsen utvikler seg. Et av de tidligste symptomene på lidelsen anses å være forandringer i temperamentet. Pasienten kan bli frekk, utvise uforutsigbare humørsvingninger, og skifte fra depresjon til eufori (Davey, 2008). Irritasjon og lav terskel for frustrasjon er vanlig, og vil i senere stadier av lidelsen ofte utvikle seg til aggresjon. Problematferd som selvskading,

alkoholmisbruk, kriminalitet og ekteskapelige vansker vil også kunne bli synlig. Dette kan forklares med forfall i frontale hjerneområder som fører til tap av inhibisjon, aggresjon og vold i løpet av sykdomsforløpet (Pender & Koroshetz, 2011). Andre problematiske områder inkluderer tap av initiativtaking, dårlig selvomsorg, emosjonell avstumping, og fokus på seg selv. Om forlatt vil HD- pasienter kunne føle seg hjelpeløse, og bli liggende i senga i hele dag (Snowden, 2010). Angst og depresjon utvikles hos de fleste (Pender & Koroshetz, 2011), og rundt halvparten av pasientene vil oppleve alvorlige depressive episoder eller depressiv sinnstilstand (Banich, 2004).

Dårlig emosjonskontroll, sinneutbrudd og aggresjon kan være kilden til konflikter i omsorgssituasjoner (Pender & Koroshetz, 2011). Gjennomgangen av aggresjonsstudier blant HD- pasienter viser en høy aggresjonsfrekvens, og det rapporteres både verbal og fysisk aggresjon (Fisher, Sewell, Brown, & Churchyard, 2014). I en studie var den vanligste aggresjonsatferden blant HD pasienter roping/kjefting, biting, kloring, klyping og slåing. De fysiske skadene påført slik ble ansett som minimale (Shiwach & Patel, 1993).

Psykose, intellektuelt forfall og funksjonstap. Psykiatriske problemer antas å være normen hos HD- pasienter (Chou, Borek, & Friedman, 2007), og psykotiske symptomer finnes hos rundt 30 % av pasienter med HD (Naarding et al., 2001). I ICD- 10 (WHO, 1992) nevnes denne lidelsen som en risikofaktor for utvikling av organiske psykoser.

Pasienter med HD kan også være irritable, apatiske, impulsive, aggressive og emosjonelt ustabile, og vil til tider utvise psykotiske symptomer som vrangforestillinger og hallusinasjoner (Banich, 2004). Vrangforestillinger anses frekvente i HD (Chou et al., 2007), og vil kunne dreie seg om utroskap, forfølgelse og besettelse (Castellon et al., 2001), mens hallusinasjoner, selv om de forekommer, vil være relativt sjeldne (Chou et al., 2007).

I en rapport ble det presentert elleve studier der psykose var synlig hos 3 % til 12 % av pasienter. Disse symptomene kunne manifestere seg som alt fra paranoia med lite spesifisitet

til schizofrenilignende tilstander, noe som gir støtte til antakelsen om at HD og schizofreni er sterkt assosiert (Mendez, 1994). Hos HD- pasienter vil psykotiske symptomer også være assosiert med affektive forstyrrelser, og parallelt med utviklingen av disse vil kognitivt forfall og demens kunne manifestere seg (Naarding et al., 2001).

Kognitiv funksjon vil kunne vise seg som mangler i hukommelse, oppmerksomhet, dømmekraft (Davey, 2008), konsentrasjonsvansker, samt fall i eksekutive funksjoner og i jobbprestasjon (Pender & Koroshetz, 2011). Disse symptomene vil til slutt kunne utvikle seg til en demenstilstand (Davey, 2008). Eksekutive funksjoner er lenge blitt ansett som et av de mest påvirkede kognitive domeneene, og rigid atferd og vansker med å planlegge som HD-pasienter utviser kan være en konsekvens av forfall i disse evnene (Anderson & Marder, 2001). Når disse pasienten når en viss alder vil sykdommen resultere i intellektuelt forfall, og abnormale bevegelser (Kolb & Whishaw, 2009). I en studie ble det eksempelvis rapportert at psykomotorisk hurtighet, oppmerksomhet, læringsevnen, prosesseringshastighet og umiddelbar gjentakelse var problematiske områder for HD- pasienter (Rosenberg, Sorensen, & Christensen, 1995). I senere stadier vil pasienter også kunne oppleve vansker med kommunikasjon, i det de for eksempel vil føle et behov, men vil ikke være i stand til å uttrykke dette til omsorgspersonen (Pender & Koroshetz, 2011). Alle disse kognitive endringene gjør sitt utslag på hverdagsfunksjonen til pasientene, og en av de vanligste klagene er at de sliter med å planlegge aktiviteter og livet sitt (Banich, 2004).

I forskningen argumenteres det for at manifesterte hukommelsesproblemer kan forklares med forstyrrelser i oppmerksomheten, som kan få HD- pasienter til å fremstå som glemske uten at de faktisk er det (Ho et al., 2003; Rosenberg et al., 1995). Men selv om oppmerksomhetsproblemer kan manifestere seg som hukommessvikt i denne populasjonene viser det seg at HD- pasienter vil også ha generelle hukommelsesproblemer. De vil slite med å fremkalle minner på tvers av alle livsperioder, og vil kunne ha vansker med

å hente frem informasjon. Dette betyr likevel ikke at de har problemer med å lagre ny informasjon, fordi når stimulert med hint vil de være i stand til å gjenkalle ting de blir spurt om (Banich, 2004).

Når det gjelder spesifikk intelligenstesting, finnes det i den tilgjengelige litteraturen et fåtall studier som rapporterer slike tall i HD- populasjonen. Likevel kan en studie trekkes frem, hvor det ble påvist at pasienter som var estimert å utvikle HD innen de neste 12 årene skåret signifikant lavere på verbal IQ, prestasjons- IQ og den totale IQ- en (Wahlin, Larsson, Luszcz, & Byrne, 2010). De fremtidige HD- pasientene skåret lavere enn friske individer på alle intelligensmål og individuelle deltester. Disse funnene hentyder at lenge før sykdommen manifesterer seg vil intelligensen være påvirket hos fremtidige HD- pasienter. De gir også bevis til antakelsen om at selv når motoriske og psykiatriske symptomer ennå ikke er synlige kan bæreren av HD vise intelligensskårer i lavere gjennomsnittsintervall (Wahlin et al., 2010).

Som sagt viser HD- pasienter forstyrrelser i blant annet prosesseringshastighet og oppmerksomhet, noe som vil kunne føre til mindre uavhengighet i denne populasjonen. Denne diagnosen vil slik kunne føre til store funksjonsforstyrrelser i hverdagen (Peavy et al., 2010). Fall i yrkesmessig prestasjon og evnen til å håndtere egen økonomi var de vanligste funksjonsproblemene rapportert av HD- pasienter (Beglinger et al., 2010). En av grunnene til den store effekten diagnosen har på funksjonsnivået er mangfoldet av mulige symptomer som kan kombineres på mange måter. Avhengig av symptombildet vil derfor HD kunne føre til store forfall i funksjonsevnen, med gradvis tap av uavhengighet, og evnen til å kunne delta i vanlige hverdagsaktiviteter (Hamilton et al., 2003). Det parallelle tapet av kognitive evner vil hos HD- pasienter skape problemer både hjemme og på jobb (Wahlin et al., 2010), mens motoriske vansker vil kunne predikere tap i arbeidsevnen, i evnen til å kjøre bil eller til å holde oppsyn med ungene sine. Evnen til å kontrollere bevegelse er en viktig komponent for

vellykket utførelse av ovennevnte aktiviteter, og tap av denne vil kunne ha tragiske følger for HD- pasienter (Beglinger et al., 2010).

Parkinsons sykdom

Parkinsons sykdom (Parkinson's disease, PD) er en progressiv neurologisk lidelse som først og fremst påvirker motoriske evner, og skaper psykologiske og kognitive forstyrrelser (Castellon et al., 2001) hos en stor andel pasienter. Symptomene manifesterer seg etter fylte 50 år, og menn er marginalt mer sannsynlige å utvikle lidelsen enn kvinner. Symptomene ser også ut til å snike seg inn på folk og utvikler seg først og fremst på én side av kroppen (Carranza, Snyder, Shaw, & Zesiewicz, 2013). PD forårsakes av skader på substantia nigra, der cellene er ansvarlige for produksjonen av neurotransmitteren dopamin. Denne er nødvendig for koordinasjon av bevegelse, og når disse forfaller vil ikke dopamin produseres (Davey, 2008). Når omkring 80 % av dopaminlageret blir tømt, manifesterer de første symptomene på PD seg (Carranza et al., 2013).

Siden lidelsen primært er av den motoriske sorten kan symptomene grovt sett deles inn i motoriske og ikke-motoriske symptomer. Studier av PD viser at det finnes fire motoriske hovedsymptomer, som gjør lidelsen mer gjenkjennelig. Tremor i hviletilstand (Jankovic, 2008) innebærer krampeaktige bevegelser av armer, hender og hode, som også er synlig i hviletilstand (Davey, 2008). Dette er ofte det første synlige symptomet. Utviklingen skjer unilateralt (Carranza et al., 2013), men sprer seg senere i mindre grad til motsatt side (Fahn, 2003). Rigiditet viser seg som motstand i bevegelse, og muskelstivhet (Jankovic, 2008), og fører til at pasienter vil kunne ha problemer med så enkle oppgaver som å reise seg opp fra en stol (Davey, 2008). Bradykinesi manifesterer seg som langsomme viljestyrte bevegelser, og pasienter opplever treghet ved planlegging, innledning og opprettholdelse av bevegelse. Ustabilitet i holdningen vil vise seg som dårlig balanse og tap av holdningsreflekser, og vil konsekvent kunne føre til flere fallulykker (Carranza et al., 2013), da pasienten ikke vil være i

stand til å holde balansen stående eller ta seg selv imot når balansen mistes. Sekundære motoriske symptomer vil innebære blant annet en følelse av rastløshet, frysefenomen og holdningsdeformiteter (Jankovic, 2008).

Ikke-motoriske symptomer menes å ha stor effekt på pasientens livskvalitet, men det er vanskelig å estimere frekvensen av disse hos PD- populasjonen. Disse symptomene vil kunne være nevropsykiatriske (e.g. depresjon, impulsivitet, demens og psykose), autonomitap (e.g. seksuell dysfunksjon og inkontinens), søvnforstyrrelser (e.g. insomnia, søvnanfall og følelsen av rastløse ben) og sensoriske abnormaliteter (smerte og trøtthet) (Carranza et al., 2013).

Riktig diagnostisering og behandling av motoriske og ikke-motoriske symptomer kan føre til bedre livskvalitet og reduksjon av stress som både pasienten og omsorgspersonen utsettes for (Carranza et al., 2013). Standardbehandlingen for PD er tilskudd av dopamin gjennom å gi levodopa, en forløper til dopamin som hjelper kroppen å produsere den manglende neurotransmitteren. Denne behandlingen kan til en viss grad forbedre de kognitive manglene pasienten opplever, men dessverre assosieres den med blant annet hallusinasjoner hos noen pasienter (Banich, 2004). Etter hvert mister den også sin effekt (Banich, 2004). En annen form for behandling for å lette de motoriske symptomene er dyp hjernestimulering (Subthalamic nucleus deep brain stimulation, STN-DBS). En elektrode, som sender ut små doser elektrisitet når aktivert, blir operert inn hjernen for å stimulere de riktige kjernene (Sensi et al., 2004).

Irritasjon, sinneproblemer og aggresjon virker ikke å være en like stor del av symptombylde hos PD- pasienter som de er i for eksempel AD (Emre et al., 2007). Det ser derimot ut til at noen behandlingsformer kan gi den typen konsekvenser. Sensi et al. (2004) beskrev en 64 år gammel PD- pasient, som gikk på dopaminmedisin, som fikk operert inn en elektrode i hjernen. Før operasjonen hadde han verken noe tidligere historie med psykiatriske

lidelser eller noen negative reaksjoner som følge av dopaminbehandling. Da elektroden ble aktivert, utviste pasienten spontane, ofte uprovoserte og aggressive utbrudd, både verbalt og fysisk, mot familie og omsorgspersoner. Han hadde forstyrrelser i impuls kontroll og klarte ikke å kontrollere sinne. Han nektet for å ha vært aggressiv når spurt om det i ettertid. Ved tre anledninger utviste han også kleptomaniatferd ved at han stjal objekter ingen på institusjonen hadde bruk for. En korrelasjon mellom behandlingen og den aggressive atferden ble påvist i det atferden ikke var til stede uten stimulering. Sensi et al. (2004) argumenterte med dette tilfelle at STN-DBS kan ha veldig uvanlige konsekvenser som må bli tatt på alvor og følges opp, fordi de kan ha en effekt på pasientenes livskvalitet.

Psykose, intellektuelt forfall og funksjonstap. Flere psykoselidelser, deriblant schizofreni, schizoaffektiv lidelse og bipolar lidelse med psykotiske trekk, kan opptre sammen med PD, og denne sykdommen anses å være en av vanligste nevrologiske lidelsene assosiert med visuelle hallusinasjoner (Barnes & David, 2001). Psykosen utvist av PD-pasientene vil ofte bestå av paranoide vrangforestillinger og visuelle hallusinasjoner som kan opptre sammen med andre hallusinasjoner (Ravina et al., 2007). Alvorlighetsgraden til symptomene vil kunne være assosiert med sykdomsstadiet og graden av kognitiv forfall, og virker til å være mer frekvent blant demente PD- pasienter (Aarsland et al., 1999). Hallusinasjonene finner sted hos mellom 16 % og 40 % av PD- pasienter, og antas i stor grad å være et resultat av medisinerings som ofte tilbys denne populasjonen (Davey, 2008).

I en studie ble det påvist at den mest vanlige manifestasjonen av psykose i PD er visuelle hallusinasjoner (Fenelon, Mahieux, Huon, & Ziegler, 2000). Disse kan manifestere seg som lys- eller fargeglimt, eller som vage eller komplekse inntrykk av tilstedeværelsen av dyr, objekter eller mennesker (Barnes & David, 2001). De vil ha en brå start og slutt, vil ofte bevege seg og fremstå som virkelige (Aarsland, Marsh, & Schrag, 2009). De vil også kunne manifestere seg til alle døgnetts tider (Barnes & David, 2001), men vil være mest frekvente

om natten (Aarsland et al., 1999), ved dempet lys (Aarsland et al., 2009). Rapporter viser også at PD- pasienter som opplever visuelle hallusinasjoner tidlig i sykdomsutviklingen beskriver de ofte som skremmende, med tilhørende paranoia og mistenksomhet. Hos de PD- pasientene hvor hallusinasjonene viser seg sent i lidelsesforløpet, er de mer fredelige og behagelige (Goetz, Vogel, Tanner, & Stebbins, 1998).

Når hallusinasjoner manifesterer seg hos PD- pasienter uten demens (Barnes & David, 2001), eller generelt tidlig i sykdomsutviklingen (Ravina et al., 2007) vil innsikten, bevisstheten, samt den sansemessige klarheten som oftest forbli bevart (Barnes & David, 2001). Mens lidelsen utvikler seg blir psykosen også verre, og vil kunne føre til vedvarende hallusinasjoner, institusjonalisering og død (Ravina et al., 2007). Vrangforestillinger kan manifestere seg hos PD pasienter når visuelle hallusinasjoner ikke er tilstede, både i pasienter med bevart bevissthet, og de som er mer omtåket (Williams-Gray, Foltynie, Lewis, & Barker, 2006). Vrangforestillinger om forfølgelse vil som oftest manifestere seg etter år med behandling (Aarsland et al., 1999).

Psykosesymptomene antas å være en vanlig konsekvens av langvarig dopaminbehandling (Castellon et al., 2001), men det er også grunn til å tro at symptomene kan være en del av lidelsen, som et resultat av den progressive demensen eller forstyrrelser i primærvisuell prosessering (Williams-Gray et al., 2006). Det finnes i tillegg bevis for at andre faktorer kan være av betydning, eksempelvis demens eller hvor langt i utviklingen lidelsen er kommet (Aarsland et al., 2009). Forskere har heller ikke vært i stand til å kartlegge størrelsen på dopamindosen som trengs for å fremkalle psykotiske symptomer (Williams-Gray et al., 2006). I forskningen til Barnes og David (2001) viste hallusinasjoner en klar link med medisineren hos bare fem pasienter i utvalget. Disse rapporterte en forverring av de psykotiske symptomene etter medisinoppstart. Emosjoner som oftest ble opplevd ved hallusinasjoner var assosiert med alvorlighetsgraden til disse, men var i de fleste tilfellene

frustrasjon, sinne, frykt og likegyldighet. Det argumenteres også for at visuelle hallusinasjoner har vært rapportert hos PD- pasienter før dopaminbehandlingen ble tatt i bruk, men det var ikke før introduksjonen av denne typen medisinerings at psykosesyndromet ble et frekvent problem (Burn & Troster, 2004).

I tillegg til psykosesyndromer utvikler PD- pasienter også kognitive mangler (Barnes & David, 2001). Det har tidligere vært antatt at en demensliknende kognitiv svekkelse ikke var en del av symptombildet PD. I dag finnes det bevis for at pasienter med PD kan utvise kognitive mangler på spesifikke områder, og utvikle demens (Emre, 2003). I løpet av sykdomsutviklingen vil rundt 80 % av denne populasjonen bli rammet av denne tilstanden som er assosiert med høyere alder, hallusinasjoner, alvorlige motoriske symptomer og tidspunktet for manifestasjonen av lidelsen. Det viser seg også at ikke- demente PD- pasienter har mindre kognitivt forfall enn både demente pasienter i denne populasjonen, og AD- pasienter. Forskningen viser faktisk at tap i kognitive evner utvikler seg i like høy tempo hos demente PD- pasienter som hos som AD- pasienter (Rosenthal et al., 2010). Demens viser seg også i forstyrrelser i hukommelse, i det pasientene vil ha problemer med å hente frem minner de tidligere husket uten problemer, og med mangler i læring, dømmekraft og konsentrasjon (Davey, 2008). Det interessante er at PD- pasienter med demens utviser fall i samme evner som PD- pasienter uten demens. Forskjellen vil ligge i alvorlighetsgraden (Litvan, Mohr, Williams, Gomez, & Chase, 1991).

Generelt sett vil PD- pasienter vise fall i eksekutive funksjoner. Dette tapet vil manifestere seg med problemer med multitasking og alternativ tankegang (Koerts, Van Beilen, Tucha, Leenders, & Brouwer, 2011). Likevel virker de å beholde evnen til metahukommelse og -kognisjon, i det de er klare over de kognitive manglene som oppstår som konsekvens av sykdommen, og vil prøve å kompensere for dem (Basic et al., 2004). Når administrert en intelligens-test viser PD- pasientene tap i flytende intelligens (Basic et al.,

2004; Roca et al., 2012). Basic et al. (2004) konkluderte derfor med at sykdommen fører til forfall av nylig lærte evner, mens tidlig ervervede evner forblir uberørt. Peavey et al. (2001) fant også at PD- pasienter viser større fall i flere intelligensdomener testet med WAIS, inkludert oppmerksomhet, responstid og visuomotorisk prosessering. Alt i alt viser de større fall i prestasjons- IQ (Peavey et al., 2001), mens verbal intelligens ser ut til å forbli uberørt (Basic et al., 2004).

Forskning viser også at det kan oppstå en forbindelse mellom kognitiv forfall og psykosesymptomer. Fenelon et al. (2000) påviste eksempelvis at alvorlig kognitiv svikt er en stor prediktor for visuelle hallusinasjoner. Samme gjelder vrangforestillinger om forfølgelse som viser seg å bli mer frekvente ved større kognitive mangler (Aarsland et al., 1999). Kognitivt forfall hos PD- pasienter virker også å være assosiert med mangel på innsikt ved hallusinasjoner (Aarsland et al., 2009).

Kognitivt forfall hos PD- pasienter kan ha stor innvirkning på denne populasjonens funksjon i flere livsdomener (Koven, Roth, Coffey, Flashman, & Saykin, 2007; Weintraub, Moberg, Duda, Katz, & Stern, 2004). Rosenthal et al. (2010) fant i sin studie en sterk assosiasjon mellom kognitivt forfall og det daglige funksjonsnivået til demente PD- pasienter. Denne linken manifesterte seg dog også blant ikke demente i denne populasjonen. Mer spesifikt virket kognitivt forfall å være assosiert med forstyrrelser i de instrumentelle hverdagsaktivitetene, men ikke med de grunnleggende. I en annen studie ble det også vist hvordan fall i kognitive og motoriske prosesser ved sykdomsprogresjon vil kunne ha en effekt på det hverdagslige funksjonsnivået. Når PD utvikler seg til å bli mer alvorlig vil pasientene oppleve problemer med aktiviteter som måltidsforberedelser, det å ta riktig medisindose til riktig tid, og å ta seg av økonomi (Cahn et al., 1998).

Neurodegenerative lidelser og kriminalitet

Syndromet demens karakteriseres av blant annet intellektuelt forfall, og inntreffer ved lidelser som Alzheimers sykdom, Parkinsons sykdom, cerebrovaskulære sykdommer, og andre degenerative hjernesykdommer (WHO, 1992). Det er kjent at neurodegenerative lidelser forårsaker skader på hjernestrukturer, og kan føre til antisosial atferd som aggresjon, vold og kriminalitet. Ofte vil denne typen atferd manifestere seg hos pasienter som aldri tidligere har vist antisosiale tendenser (Liljegren et al., 2015). Men hvordan viser kriminaltendensene seg hos de spesifikke lidelsene, Alzheimers sykdom, Huntingtons sykdom og Parkinsons sykdom?

Alzheimers sykdom

I 2013 ble det gjennomført en studie av hyppigheten av kriminalitet blant demente eldre som aldri før hadde utvist den typen atferd (Diehl-Schmid, Perneczky, Koch, Nedopil, & Kurz, 2013). Utvalget besto av blant annet 33 pasienter med AD. Omsorgspersoner rapporterte kriminell atferd hos bare fire (12 %) av 33 AD- pasienter. Én (3 %) person hadde uten lov tatt seg inn i andres hus ved å ødelegge vinduer eller dører, mens to (6 %) andre AD- pasienter hadde fysisk overfalt familiemedlemmer, venner eller fremmede. Generelt sett var de fleste lovbrudd mindre alvorlige i denne populasjonen, og involverte først og fremst mindre skader på andres eiendeler.

Det kan virke som om parafilier kan utvikles hos pasienter med AD, men i lav frekvens. I en studie (Mendez & Shapira, 2011) eksempelvis, ble det rapportert om åtte pasienter med ulike typer demens som utviste avvikende seksualatferd. En 76 år gammel mann med en AD- diagnose ble arrestert for å ha tatt på en tenåring på en uanstendig måte, og for krenkende kommentarer. Før disse hendelsene hadde han aldri utvist avvikende seksuelle preferanser. I tiden før denne utviklingen hadde han, over lengere tid, opplevd forfall i hukommelse og kognisjon, og atferdsendringer som innebar fall i impuls kontroll (Mendez &

Shapira, 2011). Alle pasienter i utvalget til Mendez og Shapira (2011) utviklet pedofiliaktige preferanser som et resultat av nevrodegenerative lidelser. Den utviste atferden innebar forfølgning, uanstendig berøring av barn, eller preferanser for barnepornografi, og alle pasientene ble ansett å ikke være i stand til å stoppe den avvikende atferden til tross for at de var bevisste på konsekvensene av sine handlinger (Mendez & Shapira, 2011).

Et par år senere gikk Liljegren et al. (2015) gjennom journaler til pasienter som utviste kriminell atferd. I utvalget deres hadde 42 individer diagnosen AD, men bare 7 % utviste kriminell atferd. Av disse var det bare 5 % som ble anmeldt til politiet. Den vanligste kriminaliteten var trafikale lovbrudd, vold mot mennesker, tyveri og flukt etter påkjørsel. I forskningen til Liljegren et al. (2015) var AD- pasienter blant de minst sannsynlige til å bryte loven. Det er uvisst hvorfor disse pasientene i mindre frekvens utviser kriminell atferd, da det er godt bevist at utviklingen av denne lidelsen forstyrrer sosial kognisjon (Diehl-Schmid et al., 2013). En mulig forklaring er, ifølge Diehl-Schmid et al. (2013), at lidelsen sprer seg til hjernedeler assosiert med avvikende atferd ved ødeleggelse, bare i sene stadier, og Liljegren et al. (2015) antyder at det er da den kriminelle atferden manifesteres hos denne pasientgruppen. Likevel, fordi kognitive mangler innen orientering, hukommelse og eksekutive funksjoner er såpass fremtredende sent i sykdomsforløpet, er ikke disse pasientene lenger i stand til å begå alvorlige lovbrudd når dette skjer (Diehl-Schmid et al., 2013).

Huntingtons sykdom

Det ser ut til å være en vanlig antakelse at HD- pasienter vil kunne begå kriminalitet av ulik alvorlighetsgrad. Fortsatt er det likevel usikkert om kriminalitetsratene er signifikant økte sammenliknet med den friske populasjonen. Det virker dog fornuftig å anta at kriminell atferd hos disse pasientene ofte vil være assosiert med personlighetsforandringer som irritabilitet, impulsiv atferd, dårlig selvkontroll og verbal og fysisk aggresjon (Jensen, Fenger, Bolwig, & Sorensen, 1998). Kriminaliteten som finner sted virker også å bli tatt mer på alvor

sammenliknet med AD- pasienter, i det alle HD- pasienter i Liljegren et al. (2015) sin studie ble anmeldt til politiet. Handlingene de hyppigst ble anmeldt for var trafikkforseelser, vold og inntrengning på andres eiendom (Liljegren et al. 2015). Noen år tidligere fant Jensen et al. (1998) liknende trender for kriminalitetstype i Danmark, da han rapporterte at bilkjøring i påvirket tilstand var mest frekvent, etterfulgt av blant annet tyveri, trafikkforseelser og voldelig kriminalitet.

Allerede på 70- tallet ble det beskrevet seksuelle avvik som voldtekt, promiskuitet, incest og blotting hos HD- pasienter (Dewhurst, Oliver, & Mcknight, 1970). Denne atferden menes først og fremst å være en manifestasjon på mangel på kontroll av seksuelle impulser i denne populasjonen (Mendez, 1994). Mange år senere beskrev Mendez og Shapira (2011) et tilfelle av en 32 år gammel HD- pasient som uanstendig berørte en 6 år gammel jente mens hun og moren hennes var på besøk. Utredningen viste dog at han ikke var opptatt av seksualitet, men oppførte seg heller mer impulsivt. I løpet av sykdomsutviklingen ble denne pasienten aggressiv både verbalt og fysisk, og opplevde også lyster til å drepe noen. På grunn av store mangler i eksekutive funksjoner ble han ansett å ha lite innsikt i den kriminelle atferden sin.

Parkinsons sykdom

Som nevnt anses ikke aggresjon som en del av PD- symptombilde, slik det antas hos AD- og HD- pasienter (Emre et al., 2007). Heller virker ikke kriminalitet å være en vanlig konsekvens av denne lidelsen. En mulig forklaring på dette kan være at PD først og fremst er en motorisk lidelse hvor de motoriske plagene er mest fremtredende (Castellon et al., 2001), og kan hemme pasienter fra å utføre kriminelle gjerninger. Det som likevel er verdt å merke seg er de kriminelle konsekvensene av flere typer behandling PD- pasienter mottar, som av denne populasjonen beskrives som ubehagelige i hverdagen, og som bidrar til sosial og funksjonell svekkelse. Eksempelvis finnes det bevis på at en andel PD- pasienter som mottar

dopaminbehandling i en eller annen form kan oppleve avvikende seksuelle manifestasjoner (Solla, Bortolato, Cannas, Mulas, & Marrosu, 2015), e.g. kriminelle og antisosiale handlinger som voldtekt, pedofili eller incest. Disse vil ofte ikke bli anmeldt fordi de skjer i familiære omgivelser (Cannas et al., 2006; Cannas et al., 2007). Det påstås dog at PD- pasienter som utvikler seksuelle forstyrrelser i større grad er tilbøyelige til å begå mer alvorlige kriminelle handlinger (Cannas et al., 2007).

Solla et al. (2015) gjorde en systematisk gjennomgang av litteratur på dette området og kom frem til rapporter om 31 PD- pasienter som utviste flere typer parafili, eksempelvis ekshibisjonisme (32 %), transvestittisme (19 %), pedofili (13 %) og seksuell masochisme. Hos alle utviklet den typen avvikende atferd seg etter at de startet med en eller annen form for PD- behandling. Det ble rapportert at gjennom reduksjon av behandling minket hyppigheten av den problematiske atferden. Konsekvent førte dette til forsterkede PD- symptomer. Solla et al. (2015) bemerket i sin forskning at parafili ser ut til å være mer frekvent hos PD- pasienter som opplever tidlig symptommanifestasjon. På det stadiet kan motoriske vansker bli så alvorlige at dopamindosen må økes (Solla et al., 2015). Dette bekreftes også av Cannas et al. (2007) som beskrev at seksuelle avvik manifesterte seg først og fremst i starten av behandlingen og ved økning av dopamindosen.

Cannas et al. (2006) belyste også en vanskelig problemstilling angående kognitiv bevissthet rundt seksualkriminalitet. Han konkluderte med at i sykdomsfaser karakterisert ved lite til moderat forfall i kognitiv funksjon vil pasienten være i stand til å forstå at handlingene deres er feil og ulovlige, og hva slags konsekvenser de kan bringe. Behovet for å gjøre en slik handling kan dog være så sterkt at de ikke har nok viljestyrke til å stå imot. I sene faser av PD når kognitive mangler er sterke, og når psykiatriske tilstander som hallusinasjoner og forvirring er til stede, vil den kognitive kunnskapen om den kriminelle naturen til handlingen kunne være borte.

Vurdering av neurodegenerative lidelser i forhold til straffeloven

For å kunne belyse den satte problemstillingen er det hittil blitt redegjort for kriminalitetens omfang blant eldre, samt teorien bak straffeloven § 44. Det ble videre gått nærmere inn på hver av de tre utilregnelighetstilstandene, og karakteristikkene, og den progressive naturen til de tre neurodegenerative sykdommene, er blitt gjort rede for. Nedenfor skal symptombildet i de tre lidelsene diskuteres i lys av tilstandene i straffeloven § 44.

Alzheimers sykdom og straffeloven § 44

Psykose. Det er godt dokumentert at AD- pasienter vil oppleve et mangfold av psykosesymptomer som forfølgelsesvrangforestillinger (Ballard et al., 2000; Deutsch et al., 1991), feilidentifikasjoner på grunn av vrangforestillinger (Ballard et al., 2000; Forstl et al., 1994), paranoide vrangforestillinger, visuelle hallusinasjoner, og auditive hallusinasjoner (Forstl et al., 1994). De hyppigste vrangforestillingene vil ha utroskap og tyveri som tema (Banich, 2004), og det er blitt argumentert for tilstedeværelsen av psykosesymptomer tett opp mot voldelige episoder (Deutsch et al., 1991). Dette er et variert psykosesymptombilde, men for å bli ansett rettspsykiatrisk psykotisk i gjerningsøyeblikket må de sakkyndige blant annet utrede hvor dypt disse symptomene går, og hvor stort funksjonstap de resulterer i. Et argument for at psykosen kanskje ikke er så gjennomgripende er varigheten av enkeltepisoder av vrangforestillinger og hallusinasjoner, som virker til å vare i gjennomsnitt henholdsvis 30 og 85 minutter (Ballard et al., 2000). Dette er ikke i nærheten av varighetskravet som er satt for at psykosesymptomene skal anses som relevante for personens realitetsoppfattelse, noe som setter sin tvil til spørsmålet om hvor alvorlig realitetsbrist AD- pasientene opplever som følge av symptomene.

Tematikken i vrangforestillingene, rundt utroskap og tyveri, fremstår som vanlig i rettspsykiatrisk forstand, og vil kunne bli omfattet av psykotisk jfr. straffeloven § 44. Det som likevel kreves er eksempelvis at utroskapsvrangforestillingene blir så omfattende at

gjerningsmannen starter å kontrollere partneren sin, overvåke deres aktiviteter og installere videokamera hjemme, slik Rosenqvist og Rasmussen (2004) har beskrevet det. Om man er i stand til å kartlegge at den typen handlinger er gjort, motivert av vrangforestillingene AD-pasientene opplever, vil denne populasjonen med større sannsynlighet anses rettspsykiatrisk psykotisk.

Det kreves en særdeles dyptgående kartlegging for å få et så detaljert bilde av psykosesymptomene som de sakkyndige trenger for å kunne uttale seg. Dette er ikke blitt gjort i den tilgjengelige litteraturen om AD, i tillegg til at få av psykosesymptomene beskrives i lys av en mulig realitetsbrist. Derfor er det ut fra den gitte informasjonen vanskelig å predikere om psykosesymptomene AD-pasienter opplever tilfredsstillende kravene til det rettspsykiatriske utilregnelighetsbegrepet.

Bevisstløshet. Det fremstår ikke av den tilgjengelige litteraturen at AD-pasienter vil kunne oppleve tilstander som likner på det rettspsykiatriske begrepet om bevisstløshet, men det kan likevel være viktig å belyse hukommelsesproblemer denne populasjonen utviser da disse feilaktig vil kunne ha likhetstrekk med bevisstløshet. Den vitenskapelige litteraturen beskriver hukommelsestap som en av de mest fremtredende symptomene på AD. Disse pasientene opplever alvorlig anterograd global amnesi, i det de ikke kan lagre ny informasjon, og retrograd amnesi, som fører til at de ikke er i stand til å fremkalle livsminner i like stor grad som friske eldre (Banich, 2004). Disse hukommelsesforfall kan beskrives som bevisstløshet i det de oppfyller kravet om at informasjonen om handlingen ikke nødvendigvis blir lagret, og derfor blir den umulig å hente frem. Det som likevel gjør at denne formen for hukommelsesproblemer med stor sannsynlighet ikke vil bli betegnet som rettspsykiatrisk bevisstløshet er ideen om at disse pasientene antas å være i stand til å ta innover seg, og bearbeide sanseinntrykk (uten å være i stand til å lagre de), i tillegg til at de, i hvert fall i tidlige stadier av sykdommen, vil utvise innsikt i gjerningene sine.

Høygradig PU og funksjonstap. Den tilgjengelige litteraturen viste kun til ett tilfelle med spesifikke intelligensskårer hos AD- pasienter (Nakamura et al., 2000), det ble dog ikke oppgitt hvor langt i sykdomsutviklingen utvalget var kommet. En mulig problemstilling ved måling av intelligens hos AD- pasienter er om språkproblemer denne populasjonen utvikler feilaktig vil kunne påvirke resultatet i negativ retning. Men siden disse problemene dreier seg mer om en funksjonell komponent (Banich, 2004), og ikke den motoriske evnen til å snakke, vil de mest sannsynlig være assosiert med det kognitive forfallet. I tillegg nevner forarbeidene (NOU 2014: 10) mangler i språklige ferdigheter som et symptom på høygradig psykisk utviklingshemning. Dette betyr at den verbale IQ-en er lite sannsynlig å bli feilaktig påvirket av språkproblemene.

I forskningen til Nakamura et al. (2000) ble det presentert gjennomsnittlige intelligensskårer ($SD \pm$) på 74,5 ($\pm 14,6$) på den totale IQ-en i det ene delstudiet, og 75,7 ($\pm 13,4$) på den totale IQ-en på det andre delstudiet. I rettspsykiatrisk forstand er disse funn innenfor normalen i befolkningen. Siden sykdomsfasen ikke ble oppgitt er det vanskelig å si om dette er den verste svikten AD pasienter opplever, eller om de faktisk kan utvikle kognitivt forfall tilsvarende en intelligenskvotient under 55. Et argument for at noen AD- pasienter vil kunne utvikle ytterligere svikt er funn som viser at ved tidlig sykdomsdebut vil progresjonen i sykdom skje raskt, med markante multiple forstyrrelser av høyere kortikale funksjoner (WHO, 1992). Et annet bevis for et alvorlig kognitivt forfall er det faktumet at progressivt tap av kognitive evner er en av de mest fremtredende manifestasjoner på AD (Castellon et al., 2001), med størst tap i mildt og moderat utviklede sykdomstilfeller (Suh et al., 2004).

For å bli ansett høygradig psykisk utviklingshemmet, kreves det at de sakkyndige påviser en funksjonsnivå som tilsvarer en IQ under 55 (NOU 1990: 5). I tilgjengelig litteratur ser man at AD- pasienter viser mangler i instrumentelle aktiviteter tidligere enn i de mest

grunnleggende evnene (Suh et al., 2004). Mens sykdommen utvikler seg virker disse personene å bli mindre selvstendig, siden progresjonen i lidelsen fører til et funksjonstap forbundet med enkle og nødvendige hverdagsaktiviteter, e.g. vasking, påkledning, spising og toalettfunksjon (WHO, 1992). Dette vil gjøre utslag på deres hverdagslige fungering, i tillegg til å avgjøre i hvor stor grad de vil være avhengige av andre. Denne ideen støttes også av faktumet at i den siste fasen av sykdommen vil AD- pasienter oppleves veldig forvirret og desorientert, samt at de vil være fysisk svake og sengeliggende (Davey, 2008). Man kan argumentere for at i denne fasen vil lidelsen være såpass utviklet at AD- pasientene ikke vil være i stand til å begå kriminelle handlinger.

Symptomassosiasjoner. Det fremgår av den studerte litteraturen at en psykotisk gjerningsmann med AD lettere vil kunne omfattes av en utilregnelighetstilstand, da psykosesymptomene i denne populasjonen er assosierte med en del negative utfall i sykdommen. Blant annet forbindes de med kjappere progresjon i lidelsen (Frisoni et al., 1999), dårligere funksjon i hverdagen (Lopez et al., 1997; Rapoport et al., 2001), samt større fall i kognitive evner (Lopez et al., 1997). Dette betyr i praksis at en gjerningsmann med AD og psykosesymptomer, vil utvise et mer alvorlig symptombylle enn en AD- pasient uten psykose. I et slikt tilfelle vil lidelsen utvikle seg fortere, og målt intelligens, i tillegg til det assosierte funksjonsnivået, vil være lavere.

Forskning viser også at forbindelsen mellom psykosesymptomene og det kognitive forfallet kan medieres med inntak av antipsykotiske medisiner. Lopez et al. (1999) viste nemlig at bruken av denne typen medisiner kan være assosiert med ytterligere funksjonsfall hos pasienter med mildt til moderat utviklet AD. På den annen siden tenkes det at både fall i kognitiv funksjon (Rasovska & Rektorova, 2011; Tekin et al., 2001) og psykosesymptomer (Lopez et al., 1997) kan spille en rolle i større forfall av evner til å utføre hverdagslige aktiviteter. Det fremstår at gjerningsmenn som lider av AD med påfølgende psykose,

behandlet med antipsykotika, som fører til raskere progresjon i lidelsen, større kognitiv forfall og funksjonstap har størst sannsynlighet for å være omfattet av en av de tre utilregnelighetstilstandene.

Av diskusjonen fremstår det at ved en så omfattende sykdom som AD, vil alle symptomene være sammenflettet, og det vil ikke være mulig å isolere hvert enkelt for kartlegging. Assosiasjonene mellom de ulike symptomene nevnt ovenfor ser ut til å være komplekse, og går i alle retninger. I tillegg kan det argumenteres for at AD- pasienter ikke vil passe inn under én enkel utilregnelighetstilstand, men heller vil inneha trekk som vil gjøre det mulig for dem å bli omfattet av utilregnelighetstilstandene psykotisk eller høygradig utviklingshemmet.

Huntingtons sykdom og straffeloven § 44

Psykose. Forskning viser at omtrent 30 % av HD- pasienter vil bli rammet av psykotiske symptomer i løpet av sykdomsutviklingen (Naarding et al., 2001). I denne populasjonen vil vrangforestillinger anses som hyppige, mens hallusinasjoner vil manifestere seg sjeldnere (Chou et al., 2007). Siden ”psykotisk” defineres i rettspsykiatrien som ”uten evne til realistisk vurdering av forholdet sitt til omverdenen” (NOU 1990: 5, s. 38; NOU 2014; 10, s. 47), er det graden av realitetsbristen i gjerningsøyeblikket, og ikke om psykosesymptomene var til stede, som er mest relevant. Dessverre er det ingen tilgjengelig litteratur om HD som beskriver hvordan psykosesymptomene påvirker innsikten hos denne populasjonen, og i hvor stor grad en realitetsbrist er tilstedeværende. Et argument for at en sterk nok brist med virkeligheten likevel kan manifestere seg hos noen gjerningsmenn med HD er faktumet at psykoselidelser som schizofreni, selv om de er sjeldne i denne populasjonen, vil kunne forekomme som en komorbiditet (Davey, 2008; Mendez, 1994).

Tema i vrangforestillingene hos HD- pasienter vil være utroskap, forfølgelse og besettelse (Castellon et al., 2001), men akkurat som i tilfellet av AD- populasjonen finnes det

ingen tilgjengelige studier som beskriver psykosesymptomene dypt nok til at det skal være mulig å uttale seg om hvor gjennomgripende disse er. Som sagt tidligere er en slik kartlegging for gjerningsøyeblikket nødvendig for at de sakkyndige skal kunne avgjøre om symptomene er omfattende nok til å bli ansett psykotisk jfr. straffeloven § 44.

Bevisstløshet. I likhet med AD- populasjonen gir ikke den tilgjengelige litteraturen inntrykk av at HD- pasienter kan oppleve tilstander av rettspsykiatrisk bevisstløshet, men også her vil det oppstå hukommelsesproblemer som feilaktig kan likne på denne utilregnelighetstilstanden.

Hos HD- pasienter vil oppmerksomhetsproblemer kunne manifestere seg som hukommessvikt (Ho et al., 2003; Rosenberg et al., 1995), men disse vil i tillegg utvise generelle hukommelsesproblemer uavhengig av oppmerksomhetsavvik. I motsetning til AD- pasienter vil de ikke ha problemer med å lagre ny informasjon, men vil heller slite med å hente den frem av seg selv. I stede vil de trenge et stikkord for å gjenkalle ting de blir spurt om (Banich, 2004). Fordi en gjerningsmann med slike hukommelsesproblemer vil kunne oppleve vansker med å hente frem minner om lovbruddet, vil det kunne oppfattes som at sanseinntrykk ikke ble bearbeidet og lagret. Dette er, som nevnt, kardinaltrekket ved rettspsykiatrisk bevisstløshet (Høyser & Dalgard, 2002). Men i tilfelle av HD pasienter bør gjenkallelsen av lovbruddet finne sted når stimuli blir gitt, noe som vil være et klart tegn på at kognitiv aktivitet fant sted i gjerningsøyeblikket. Dersom det er tilfellet skal bevisstløshetstilstanden utelukkes. Om pasienten fortsetter å påstå bevisstløshet når hjulpet, kan det bli en utfordring for de sakkyndige å avgjøre om hukommelsesproblemet skyldes simulering av tilstanden, eller det faktum at personen virkelig var bevisstløs i gjerningsøyeblikket.

Høygradig PU og funksjonstap. Den tilgjengelige litteraturen viser til ingen spesifikke IQ- skårer i HD- populasjonen. I forskningen til Wahlin et al. (2010) beskrives det

likevel hvordan disse pasientene allerede 12 år før manifestasjonen av symptomene skårer signifikant lavere på verbal IQ, prestasjons- IQ og den totale IQ- en. I dette studiet oppgis det dog ingen spesifikke estimater for intelligens, men siden HD- pasienter allerede 12 år før sykdomsmanifestasjon utviser intellektuelle mangler kan man forestille seg hvor stort dette forfallet blir i løpet av sykdomsutviklingen. På den annen side virker det som om tidspunktet for sykdomsdebut vil kunne ha en effekt på opplevelsen av kognitivt forfall, da manifestasjon av symptomer etter fylte 65 år vil innebærer at disse evnene ikke blir påvirket (Naarding et al., 2001).

Fordi HD først og fremst anses å være en motorisk sykdom (Davey, 2008), kan den typen symptomer føre til lavere prestasjon på den ”motoriske” delen av en intelligens test, der fysisk utføring av deltester er sentral. Dette er noe de rettspsykiatriske sakkyndige vil måtte ta stilling til når intelligens tester skal administreres, da lavere skåre på prestasjons- IQ konsekvent vil føre til lavere skåre på den totale IQ-en. Unøyaktige skårer vil kunne gjøre et utslag på avgjørelsen om personen blir ansett høygradig PU eller høyere fungerende. En mulig løsning på dette problemet er å studere funksjonsnivået til pasienten og se om dette tilsvarer den målte IQ-en.

Mangfoldet i HD- symptomene kan føre til ulike manifestasjoner av sykdommen, som videre vil føre til ulike former for funksjonstap (Hamilton et al., 2003). Motoriske vansker vil kunne predikere tap i arbeidsevnen, i evnen til å kjøre bil eller til å føre oppsyn med ungene sine (Beglinger et al., 2010). I tillegg vil funksjonstapet vises i dårlig selvomsorg, i det HD- pasienter vil føle seg hjelpeløse og bli sengeliggende hele dagen, om forlatt til seg selv (Snowden, 2010). Et slikt forfall i hverdagsfungeringen viser, på lik linje med AD- populasjonen, at HD- pasientene blir gradvis mer avhengige av omsorgspersoner mens sykdommen utvikler seg, og vil slite med å kunne delta i alminnelige hverdagsaktiviteter

(Hamilton et al., 2003). Det blir likevel opp til de sakkyndige å avgjøre om det manifesterte funksjonstapet tilsvarer den målte IQ-en hos en spesifikk gjerningsmann.

Symptomassosiasjoner. Den tilgjengelige litteraturen viser hvor komplekst symptombildet er hos HD- pasienter. Fordi deres symptomer kan grupperes i tre kategorier (Pender & Koroshetz, 2011), kan det oppstå utallige manifestasjoner av lidelsen. Felles for alle HD- pasienter virker likevel å være det faktum at de som rammes av psykose vil oppleve dårligere funksjon i hverdagen (Hamilton et al., 2003) samt større fall i kognitive evner (Naarding et al., 2001). Kognitivt forfall vil også, uavhengig av psykose, skape store funksjonelle problemer for pasientene, både hjemme og på jobb (Wahlin et al., 2010).

Den tilgjengelige litteraturen understreker altså hvor kompleks, og individuell, manifestasjonen av HD er. Hos disse pasientene vil de sakkyndige måtte vurdere totalbildet av sykdommen, men det fremstår av gjennomførte studier at pasienter med HD vil sjeldnere enn de med AD vurderes som psykotiske, bevisstløse eller høygradig psykisk utviklingshemmede. Hvert tilfelle av en gjerningsmann med HD må likevel vurderes uavhengig av hva som gjelder for gjennomsnittet i denne populasjonen.

Parkinsons sykdom og straffeloven § 44

Rusutløst psykose. Den tilgjengelige litteraturen gir inntrykk av at en stor andel psykosesymptomer, aggressiv atferd og kriminelle gjerninger hos PD- pasienter oppstår som følge av behandlingen denne populasjonen mottar (Cannas et al., 2006; Castellon et al., 2001; Solla et al., 2015). Eksempelvis viser forskningen at alle medisiner mot parkinsonisme er assosiert med visuelle hallusinasjoner (Burn & Troster, 2004). Når denne populasjonen utviser psykotiske trekk som følge av dopaminbehandlingen, vil de omfattes av det rettspsykiatriske begrepet bevisstløshet, sett at den avvikende effekten dopamin har på disse pasientene kan anses som rus. Som følge av dette kan man diskutere dopamineffekten opp mot straffeloven § 45.

I straffeloven § 45 står det at bevisstløshet som er forårsaket av selvforskyldt rus ikke fritar fra straff. Rusmidler som nevnes i forbindelse med dette er både alkohol og andre midler (Rosenqvist og Rasmussen, 2004). Fordi ”andre midler” ikke er nærmere spesifisert, finnes det muligens rom for at dopaminbehandlingen mot PD kan omfattes av denne betegnelsen. Siden det her dreier seg om inntak av midler som fører til endring på det psykologiske- og det fysiske plan, kan det være hensiktsmessig å diskutere om denne typen behandling fører til en rustilstand hos disse pasientene, og også om de mulige utilregnelighetstilstandene som kan manifestere seg som følge av behandlingen er avhengige av denne. Da spørsmålet om rustilstanden er selvpåført eller ikke avgjøres av retten (Andenæs, 2004), skal dette ikke diskuteres her.

Fører dopamin til en rustilstand? Når det finnes muligheter for at en utilregnelighetstilstand er rusutløst, vil det først være viktig å avgjøre om gjerningsmannen var ruset i gjerningsøyeblikket (NOU 2014: 10). Som sagt tidligere defineres en rustilstand i rettspsykiatrien som endringer, både svekkelser og forsterkninger, av personens psykiske og fysiske tilstand som følge av inntak av alkohol eller andre midler. PD- pasienter tar dopamin for først og fremst å senke utviklingen av de motoriske plagene som oppstår ved progresjonen i lidelsen, og i teorien vil dette føre til fysiske forandring. Noen psykiske endringer som forbindes med rus generelt, eksempelvis vrangforestillinger og hallusinasjoner, vil også kunne oppstå som følge av dopamininntak. Baserer man seg på disse argumentene kan man si at reaksjonen dopamin skaper hos PD- pasienter kan anses som rus. På en annen side tas dopamin for å hjelpe kroppen med å takle utviklingen av den progressive sykdommen, og alle pasientene i de nevnte studiene fikk avvikende bivirkninger av en anbefalt dose forskrevet av legen. Hvor korrekt blir det da å kalle effekten denne behandlingen gir for rus?

Er den utløste tilstanden avhengig av dopamin? Når det blir påvist om gjerningsmannen handlet i påvirket tilstand, vil det neste spørsmålet være om

utilregnelighetstilstanden han utviste var forårsaket av det inntatte stoffet (Mæland, 2012). Ved tilfellet der psykosesymptomer utløses i assosiasjon med inntak av dopamin kan det være hensiktsmessig å undersøke om disse vedvarer hos PD- pasienten når dopamineffekten forsvinner. Da kan det være relevant å observere pasienten når virkningen av dopamin går ut av kroppen. Om symptomene fortsetter, vil dette kunne indikere en grunnliggende psykoselidelse, og det vil da være større sannsynlighet for at det var denne som førte til hallusinasjoner, vrangforestillinger, og påfølgende kriminelle handlinger. Forsvinner symptomene sammen med dopamineffekten, anses de å være stoffavhengige.

En problemstilling oppstår i situasjoner der psykosesymptomene skal observeres hos PD- pasientene. Hvor rett er det å nekte de syke medisiner for å gjennomføre en observasjon over flere uker? Et mulig alternativ er å undersøke den tilgjengelige litteraturen rundt temaet. Denne gir ingen direkte indikasjon på om psykosesymptomene er dopaminavhengige, og selv om det argumenteres for at de er en vanlig konsekvens av langvarig dopaminbehandling (Castellon et al., 2001), finnes det også flere studier som antyder at forholdet mellom de to variablene ikke er helt lineær. Eksempelvis argumenterer Burn og Troster (2004) for at visuelle hallusinasjoner har vært rapportert hos PD- pasienter lenge før dopaminbehandlingen ble tatt i bruk, dog med mindre hyppighet. I tillegg finnes det bevis for at andre faktorer kan være av betydning for psykoseutvikling (Aarsland et al., 2009). Forskere har heller ikke vært i stand til å kartlegge størrelsen på dopamindosen som trenges for å fremkalle psykotiske symptomer (Williams-Gray et al., 2006). Et annet problem med gjennomgang av litteratur er at studiene er gjennomført på grupper av pasienter. I praksis vil hvert tilfelle være forskjellig, og selv om man på gruppenivået vil kanskje kunne si at psykosesymptomene er dopaminavhengige, har man begrenset grunnlag for å påstå det samme på individnivå.

Seksualkriminalitet som følge av dopaminbehandling. I flere studier rapporteres det at PD- pasienter som går på dopaminbehandling kan utvikle avvikende seksuelle

preferanser som kan føre til kriminelle handlinger, og at på gruppenivå ser disse ut til å være en bivirkning av behandlingen da de forsvinner når dopamindosen justeres ned eller seponeres (Solla et al., 2015). Her er det viktig å understreke at det ikke er selve handlingen som vil bli ansett som en bivirkning, men heller trangen til å utføre den avvikende og muligens kriminelle handlingen. Forskjellen her ligger i evnen til å motstå trangen som dopamin ser ut til å forårsake.

I hvor stor grad man prøver å utvise motstand for manifesterte behov kan være relevant i rettslig sammenheng. Man blir tross alt ikke dømt for ulovlige preferanser, men heller for at man handler på disse. Forskjellige mennesker vil i ulik grad være i stand til å motstå behovet for avvikende seksuell atferd. Det kan tenkes at noen, på grunn av kognitiv forfall assosiert med PD, rett og slett ikke vil være i stand til å resonnerer rundt de avvikende behovene og følgene av dem. Andre vil derimot være i stand til å vurdere konsekvensene av trangen de føler, men vil fortsatt, av ulike grunner, ikke kunne stå imot. Eksempelvis argumenterer Cannas et al. (2006) for at PD- pasienter vil, i tidlige faser av lidelsen, fortsatt være oppegående nok kognitivt sett til å vite at det de gjør er feil. De vil derimot mangle evnen til motstå trangen. Det finnes dog ingen tilgjengelige rapporter som tilsier at det er dopaminen som fjerner evnen til impuls kontroll i denne populasjonen. Det antas på den annen side at demensen som ofte manifesterer seg parallelt med PD vil kunne føre til fall i dømmekraft (Davey, 2008). Da vil det være opp til de sakkyndige å avgjøre hvor utviklet demensen er, og om den kan ha vært en aktuell årsak til lovbruddet.

Det kan også være relevant å kartlegge om de avvikende seksuelle preferansene som førte til kriminelle gjerninger er personfremmede, altså at gjerningsmannen ikke hadde disse preferansene før dopaminbehandlingen startet. En gjerningsmann vil kunne påstå at seksualkriminaliteten skjedde som en konsekvens av effekten dopamin hadde på han, i håp om å bli ansett straffefri. Likevel, om det påvises at de avvikende preferansene fantes i han

allerede før behandlingen, vil de sakkyndige måtte vurdere om hovedårsaken til seksualkriminaliteten var dopamineffekten eller de underliggende, på forhånd eksisterende preferansene. I praksis vil dette forholdet mest sannsynlig være ikke-lineært, i det både dopamineffekten og de fra før av eksisterende avvikende behovene vil sammen kunne føre til lovbruddet. Da vil det være opp til de sakkyndige å avgjøre hvilken av disse variablene var hovedårsaken til gjerningen. Denne vurderingen vil kunne ha konsekvenser for rettens avgjørelse rundt skyldspørsmålet.

Høygradig PU og funksjonstap. I likhet med HD- populasjonen finnes det ingen tilgjengelig litteratur som tar for seg intelligensskårer hos PD- pasienter spesifikt. Likevel viser denne populasjonen fall i flere intelligensdomener, målt med en WAIS- test, og et betydelig fall i prestasjons- IQ (Peavy et al., 2001). Her blir spørsmålet om den målte prestasjons- IQ gjenspeiler pasientenes egentlige intelligens igjen aktuelt. Da PD først og fremst er en motorisk lidelse, må det vurderes om skårene gir korrekt inntrykk av gjerningsmannen, eller om de bare er en manifestasjon på de motoriske symptomene. Akkurat som hos HD- pasienter vil feilaktige skårer på prestasjons- IQ gi unøyaktig helhetlig intelligenskvotient, som vil kunne føre til feilaktig konklusjon. Som tidligere foreslått er en tilleggsvurdering av funksjonsnivået en løsning på dette problemet.

På den annen siden viser forskning at rundt 80 % av PD- pasienter vil utvikle demens (Rosenthal et al., 2010), samt at den eneste forskjellen mellom demente og ikke- demente i denne populasjonen vil være alvorlighetsgraden av kognitive tap (Litvan et al., 1991). Dette antyder at demente PD- pasienter vil oppleve de største forfall i kognitive evner, og at det også er de som med størst sannsynlighet vil kunne bli ansett høygradig psykisk utviklingshemmede, sammenliknet med ikke- demente PD- pasienter. Når kognitivt forfall er såpass sentral hos PD- pasienter, er det viktig at sakkyndige utreder utviklingen av demens, da den kan ha en innvirkning på hvor klart man er i stand til å tenke om handlingene man føler

en trang til å utføre. Om demens er helt utviklet vil personen ha stor funksjons- og kognitiv svikt, og resonnementet rundt de kriminelle handlinger vil kanskje ikke lenger være mulig.

Akkurat som hos de to andre pasientgruppene, vil kognitivt forfall hos PD- pasienter ha stor innvirkning på funksjon i flere livsdomener (Koven et al., 2007; Weintraub et al., 2004). I motsetning til populasjonen med AD, virket de kognitive manglene som PD- pasienter opplever å forstyrre de instrumentelle, men ikke de grunnleggende, hverdagsaktivitetene (Rosenthal et al., 2010). Dette betyr at mens PD blir gradvis verre vil pasientene oppleve problemer med aktiviteter som det å ta riktig medisindose til avtalt tid og økonomihåndtering (Cahn et al., 1998). Derimot vil de ikke ha problemer med de mer grunnleggende aktivitetene som hygiene eller toalettbesøk. Siden de grunnleggende aktivitetene antas å kreve mer alvorlige kognitive forfall for å bli påvirket (Peres et al., 2008), kan det argumenteres for at disse pasientene aldri vil oppnå alvorlig nok kognitivt forfall, og påfølgende funksjonstap, som kreves for å bli ansett høygradig psykisk utviklingshemmet.

Symptomassosiasjoner. Det fremstår av den tilgjengelige litteraturen at de uheldige konsekvensene av dopaminbehandling er det største problemet hos PD- pasienter. Aarsland et al. (2009) mener at kognitivt forfall er av betydning for psykoseutvikling hos PD- pasienter, mens Cannas et al. (2006) argumenterer for at denne populasjonen mest sannsynlig vil, i sene demensstadier, mangle innsikt i konsekvensene av sine handlinger, og derfor også vil kunne utvise manglende motstand mot å handle på de ulovlige trangene utløst av dopamin. Dette fordi denne fasen, i tillegg til markert tap av kognitive evner, også vil være karakterisert ved psykiatriske tilstander som psykosesymptomer og forvirring. Ifølge Cannas et al. (2006) vil det føre til at den kognitive forståelsen rundt handlingens kriminelle natur vil kunne være borte. Dette tilsier at i tilfeller der dopaminbehandling benyttes mot PD vil en psykose kunne utvikle seg. Skjer dette sammenfallende med utvikling av en kognitiv svikt, vil innsikten

minkes, og de sakkyndige vil kanskje med større sannsynlighet vurdere gjerningsmannen som bevisstløs eller høygradig psykisk utviklingshemmet.

Konklusjon

I håp om å kunne gi et svar på spørsmålet om hvordan de sakkyndige vil kunne vurdere neurodegenerative lidelser i forhold til straffelovens utilregnelighetstilstander, har oppgava analysert symptom bildet i tre sykdommer av denne typen, i lys av det gjeldende lovverket. Av diskusjonen fremstår det at både AD- og HD- pasienter vil kunne inneha trekk som vil gjøre det mulig å anse de som enten høygradig psykisk utviklingshemmede eller psykotiske, avhengig av symptom bildet. Det argumenteres også for at symptomer på psykose og utviklingshemning henger tett sammen i begge lidelsene, noe som indikerer at disse pasientpopulasjonene vil kunne oppfylle kravene til begge tilstandene samtidig. Når det gjelder bevisstløshet, finnes det lite som antyder at AD- eller HD- pasienter vil oppleve denne utilregnelighetstilstanden. Det argumenteres dog for at hukommelsesproblemer som manifesterer seg i disse to sykdommene feilaktig vil kunne fremstå som rettspsykiatrisk bevisstløshet, og at de sakkyndige må være oppmerksomme på dette ved kartlegging av påstått bevisstløshet i gjerningsøyeblikket.

Diskusjon av PD- pasienter tok en annen retning, i det den tilgjengelige litteraturen antyder at psykosesyntomer vil i mange tilfeller være et resultat av dopaminbehandlingen mot lidelsen. Symptomene PD- pasienter opplever ble derfor først og fremst diskutert i lyset av straffeloven § 45. Det argumenteres for at effekten dopamin gir er i overensstemmelse med den rettspsykiatriske rusdefinisjonen, og den dopaminutløste psykosen kan derfor anses som rettspsykiatrisk bevisstløshet på grunn av intoksikasjon, om effekten blir sterk nok. Vedvarer symptomene når dopamineffekten går ut vil konklusjonen til de sakkyndige kunne være rettspsykiatrisk psykose. Når det gjelder spørsmålet om PD- pasienter kan bli erklært

høygradig psykisk utviklingshemmet fremstår det i diskusjonen av tilgjengelig litteratur at denne populasjonen ikke nødvendigvis vil utvikle stort nok kognitivt forfall og funksjonstap.

Selv med konklusjonene ovenfor er det likevel viktig å understreke at fordi diskusjonen bygger på forskningsfunn på pasientgrupper, er grunnlaget for å kunne uttale seg på individnivå knapt. Dette forsterker den allerede eksisterende praksisen i rettspsykiatrien om at hver ny gjerningsmann må vurderes uavhengig av tidligere erfaringer, og av hva forskning sier er vanlig for den typen populasjon.

Begrensninger og implikasjoner

Opgava har begrenset anvendelse i det den ikke belyser alle faktorer som er nødvendige for at de sakkyndige skal kunne uttale seg om personens tilstand i gjerningsøyeblikket. Realitetsbildet fremstilles på en forenklet måte, til dels på grunn av manglende tilgang på litteratur som beskriver nødvendige fenomener nøyaktig nok. Virkeligheten er likevel ikke så enkel. Ofte vil alkohol, medisiner og komorbide psykiske tilstander føre til et veldig nyansert bilde hos gjerningsmannen, og det er totalvurderingen av alle disse faktorene som vil legges til grunn for utilregnelighetsspørsmålet.

En annen begrensning i oppgava er det faktum at en stor andel av den presenterte forskningen baserer seg på gruppenivå, noe som gir lite grunnlag for endelige uttalelser på individnivå. Her kan man diskutere om oppgava ville vært mer nøyaktig om den tok for seg enkelttilfeller av gjerningsmenn med neurodegenerative lidelser, og diskuterte hvordan disse burde behandles i det norske rettssystemet, for så å prøve å dra ut noen trender derfra. Om ikke annet ville en slik oppgave muligens gitt et mer detaljert bilde av hvordan utilregnelighetstilstandene presenterer seg hos individer med neurodegenerative lidelser. Det antas dog at få konklusjoner kunne bli trukket fra en slik tilnærming, da det ved en rettspsykiatrisk vurdering ikke er mulig å dra slutninger om nye gjerningsmenn på bakgrunn av tidligere erfaringer og vurderinger. I virkeligheten vil hver gjerningsmann være ulik den

forrige, og hvert nytt tilfelle må ses uavhengig av det forrige. De rettspsykiatriske sakkyndige kan uttale seg om hva som er vanlig hos en gruppe mennesker med tilsvarende premisser som gjerningsmannen, men dette er, som sagt tidligere, dårlig grunnlag for prediksjoner rundt et spesifikt tilfelle.

Kanskje den viktigste implikasjonen av funnene i oppgava er belysning av faktumet at en rettspsykiatrisk vurdering av neurodegenerative lidelser er en særdeles komplisert oppgave, der gjerningsmenn vil kunne passe inn under flere utilregnelighetstilstander samtidig, på grunn av komplekse samspill mellom relevante variabler. Om ikke annet bidrar oppgava i det minste til økt kunnskap, innsikt og forståelse for problemstillinger som oppstår i en rettspsykiatrisk vurdering av neurodegenerative lidelser, og kan gi sakkyndige mulighet til å ta en mer informert vurdering av gjerningsmenn.

Siden det i oppgava diskuteres hvorvidt dopamineffekten kan anses som rus, belyser dette mulige problemstillinger assosiert med utformingen av straffeloven § 45. Av den tilgjengelige litteraturen fremstår det ikke at det norske rettssystemet har, ved utforming av relevant regelverk, tatt hensyn til at anbefalte doser av sykdomsmedisiner kan fremkalle en utilregnelighetstilstand hos gjerningsmannen. I skrivet fra Riksadvokaten (2005) nevnes kun rusvirkninger på grunn av store doser medikamenter. I fremtidig vurdering av det gjeldende lovverket kan det derfor tas stilling til problemstillingen, og de etiske dilemmaene som oppstår som følge av denne. To spørsmål som dukker opp i oppgava, ved diskusjon av dopamineffekten som rus, er om begrepet ”rus” i det hele tatt kan brukes når det er snakk om inntak av anbefalte doser av et medikament, og om det er rett og forsvarlig å nekte gjerningsmannen PD- medisin ved langvarig observasjon av psykosesymptomer. En nærmere kikk på disse problemstillingene kan føre til et behov for revurdering av bruken av rusbegrepet i lovverket, eller til en nødvendighet for å omdefinere begrepet. Dette er spørsmål som burde belyses og bli forsøkt besvart i fremtidige vurderinger og utredninger i fagfeltet.

Referanseliste

Aarsland, D., Larsen, J. P., Lim, N. G., Janvin, C., Karlsen, K., Tandberg, E., & Cummings, J.

L. (1999). Range of neuropsychiatric disturbances in patients with Parkinson's disease.

- Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 67(4), 492-496. doi: DOI 10.1136/jnnp.67.4.492
- Aarsland, D., Marsh, L., & Schrag, A. (2009). Neuropsychiatric symptoms in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 24(15), 2175-2186. doi: DOI 10.1002/mds.22589
- Andenæs, J. (2004). *Alminnelig strafferett* (5 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Anderson, K. E., & Marder, K. S. (2001). An overview of psychiatric symptoms in Huntington's disease. *Curr Psychiatry Rep*, 3(5), 379-388.
- Armstrong, R. A., Lantos, P. L., & Cairns, N. J. (2005). Overlap between neurodegenerative disorders. *Neuropathology*, 25(2), 111-124. doi: DOI 10.1111/j.1440-1789.2005.00605.x
- Ballard, C., Neill, D., O'Brien, J., McKeith, I. G., Ince, P., & Perry, R. (2000). Anxiety, depression and psychosis in vascular dementia: prevalence and associations. *Journal of Affective Disorders*, 59(2), 97-106. doi: Doi 10.1016/S0165-0327(99)00057-9
- Banich, M. T. (2004). *Cognitive neuroscience and neuropsychology*. USA: Houghton Mifflin Company.
- Barak, Y., Perry, T., & Elizur, A. (1995). Elderly criminals - a study of the 1st criminal offense in old-age. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(6), 511-516. doi: DOI 10.1002/gps.930100611
- Barnes, J., & David, A. S. (2001). Visual hallucinations in Parkinson's disease: a review and phenomenological survey. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 70(6), 727-733. doi: DOI 10.1136/jnnp.70.6.727
- Basic, J., Katic, S., Vranic, A., Zarevski, P., Babic, T., & Mahovic-Lakusic, D. (2004). Cognition in Parkinson's disease. *Croatian Medical Journal*, 45(4), 451-456.

- Bassiony, M. M., & Lyketsos, C. G. (2003). Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: Review of the brain decade. *Psychosomatics*, *44*(5), 388-401. doi: DOI 10.1176/appi.psy.44.5.388
- Beglinger, L. J., O'Rourke, J. J. F., Wang, C. C., Langbehn, D. R., Duff, K., & Paulsen, J. S. (2010). Earliest functional declines in Huntington disease. *Psychiatry Research*, *178*(2), 414-418. doi: DOI 10.1016/j.psychres.2010.04.030
- Burn, D. J., & Troster, A. I. (2004). Neuropsychiatric complications of medical and surgical therapies for Parkinson's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, *17*(3), 172-180. doi: Doi 10.1177/0891988704267466
- Cahn, D. A., Sullivan, E. V., Shear, P. K., Pfefferbaum, A., Heit, G., & Silverberg, G. (1998). Differential contributions of cognitive and motor component processes to physical and instrumental activities of daily living in Parkinson's disease. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *13*(7), 575-583. doi: Doi 10.1016/S0887-6177(98)00024-9
- Cannas, A., Solla, P., Floris, G., Tacconi, P., Loi, D., Marcia, E., & Marrosu, M. G. (2006). Hypersexual behaviour, frotteurism and delusional jealousy in a young parkinsonian patient during dopaminergic therapy with pergolide: A rare case of iatrogenic paraphilia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *30*(8), 1539-1541. doi: DOI 10.1016/j.pnpbp.2006.05.012
- Cannas, A., Solla, P., Floris, G. L., Serra, G., Tacconi, P., & Marrosu, M. G. (2007). Aberrant sexual behaviours in Parkinson's disease during dopaminergic treatment. *Journal of Neurology*, *254*(1), 110-112. doi: DOI 10.1007/s00415-006-0285-x
- Carabellese, F., Candelli, C., Vinci, F., Tamma, M., & Catanesi, R. (2012). Elderly sexual offenders: Two unusual cases. *Journal of Forensic Sciences*, *57*(5), 1381-1383. doi: DOI 10.1111/j.1556-4029.2012.02129.x

- Carranza, M., Snyder, M. R., Shaw, J. D., & Zesiewicz, T. A. (2013). *Parkinson's disease: A guide to medical treatment*. Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/ntnu/detail.action?docID=10960564>.
- Castellon, S. A., Hinkin, C. H., & Satz, P. (2001). Behavioral disorders associated with central nervous system dysfunction. In H. E. Adams & P. B. Sutker (Eds.), *Comprehensive handbok of psychopathology* (3 ed.). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Chou, K. L., Borek, L. L., & Friedman, J. H. (2007). The management of psychosis in movement disorder patients. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 8(7), 935-943. doi: Doi 10.1517/14656566.8.7.935
- Curtice, M., Parker, J., Wismayer, F. S., & Tomison, A. (2003). The elderly offender: an 11-year survey of referrals to a regional forensic psychiatric service. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14(2), 253-265. doi: Doi 10.1080/147899403100007789
- Davey, G. (2008). *Psychopathology: Research, assessment and treatment in clinical psychology* (1 ed.). Chichester, UK: British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.
- Dawson, S., Kristjanson, L. J., Toye, C. M., & Flett, P. (2004). Living with Huntington's disease: need for supportive care. *Nurs Health Sci*, 6(2), 123-130. doi: 10.1111/j.1442-2018.2004.00183.x
- Den Rettsmedisinske Kommisjon. (2004). *Nyhetsbrev fra Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe, nr. 11*. Retrieved from <http://www.sivilrett.no/gruppe-for-psykiatri.306845.no.html>.
- Den Rettsmedisinske Kommisjon. (2005). *Nyhetsbrev nr. 13 fra Den rettsmedisinske kommisjons psykiatriske gruppe*. Retrieved from <http://www.sivilrett.no/gruppe-for-psykiatri.306845.no.html>.

- Deutsch, L. H., Bylsma, F. W., Rovner, B. W., Steele, C., & Folstein, M. F. (1991). Psychosis and physical aggression in probable Alzheimers-disease. *American Journal of Psychiatry*, *148*(9), 1159-1163.
- Dewhurst, K., Oliver, J. E., & Mcknight, A. L. (1970). Socio-psychiatric consequences of Huntingtons disease. *British Journal of Psychiatry*, *116*(532), 255-&. doi: DOI 10.1192/bjp.116.532.255
- Diehl-Schmid, J., Pernecky, R., Koch, J., Nedopil, N., & Kurz, A. (2013). Guilty by suspicion? Criminal behavior in frontotemporal lobar degeneration. *Cognitive and Behavioral Neurology*, *26*(2), 73-77. doi: DOI 10.1097/WNN.0b013e31829cff11
- Eastley, R., & Wilcock, G. K. (1997). Prevalence and correlates of aggressive behaviours occurring in patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *12*(4), 484-487. doi: Doi 10.1002/(Sici)1099-1166(199704)12:4<484::Aid-Gps526>3.0.Co;2-#
- Emre, M. (2003). Dementia associated with Parkinson's disease. *Lancet Neurology*, *2*(4), 229-237. doi: Doi 10.1016/S1474-4422(03)00351-X
- Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Bum, D. J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., . . . Dubois, B. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, *22*(12), 1689-1707. doi: DOI 10.1002/mds.21507
- Fahn, S. (2003). Description of Parkinson's disease as a clinical syndrome. *Parkinson's Disease: The Life Cycle of the Dopamine Neuron*, *991*, 1-14.
- Fazel, S., & Grann, M. (2002). Older criminals: a descriptive study of psychiatrically examined offenders in Sweden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(10), 907-913. doi: DOI 10.1002/gps.715

- Fazel, S., & Jacoby, R. (2002). Psychiatric aspects of crime and the elderly. In R. Jacoby & C. Oppenheimer (Eds.), *Psychiatry in the elderly* (3 ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Fenelon, G., Mahieux, F., Huon, R., & Ziegler, M. (2000). Hallucinations in Parkinson's disease - Prevalence, phenomenology and risk factors. *Brain*, *123*, 733-745. doi: DOI 10.1093/brain/123.4.733
- Fisher, C. A., Sewell, K., Brown, A., & Churchyard, A. (2014). Aggression in Huntington's disease: a systematic review of rates of aggression and treatment methods. *J Huntingtons Dis*, *3*(4), 319-332. doi: 10.3233/JHD-140127
- Forstl, H., Burns, A., Levy, R., & Cairns, N. (1994). Neuropathological correlates of psychotic Phenomena in confirmed Alzheimers-disease. *British Journal of Psychiatry*, *165*, 53-59. doi: DOI 10.1192/bjp.165.1.53
- Frisoni, G. B., Rozzini, L., Gozzetti, A., Binetti, G., Zanetti, O., Bianchetti, A., . . . Cummings, J. L. (1999). Behavioral syndromes in Alzheimer's disease: Description and correlates. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *10*(2), 130-138. doi: Doi 10.1159/000017113
- Goetz, C. G., Vogel, C., Tanner, C. M., & Stebbins, G. T. (1998). Early dopaminergic drug-induced hallucinations in parkinsonian patients. *Neurology*, *51*(3), 811-814.
- Gormley, N., Rizwan, M. R., & Lovestone, S. (1998). Clinical predictors of aggressive behaviour in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *13*(2), 109-115. doi: Doi 10.1002/(Sici)1099-1166(199802)13:2<109::Aid-Gps740>3.0.Co;2-F
- Gran, B. (2014). *Hundre år med hodebry* (1 ed.). Litauen: Cappelen damm AS.
- Hamilton, J. M., Salmon, D. P., Corey-Bloom, J., Gamst, A., Paulsen, J. S., Jerkins, S., . . . Peavy, G. (2003). Behavioural abnormalities contribute to functional decline in

- Huntington's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 74(1), 120-122. doi: DOI 10.1136/jnnp.74.1.120
- Hartvig, P., Rosenqvist, R., & Stang, H. J. (2003). Bevisstløshet i strafferettslig forstand i Norge 1981-2000. *Tidsskrift for den norske legeförening*, 123(13-14).
- Hauge, S. M. (2012). Rettspsykiatri i støpeskjeen: Noen tanker om utilregnelighetsbegrepet i straffeloven. *Tidsskrift for strafferett*, 12(4).
- Heinik, J., Kimhi, R., & Hes, J. P. (1994). Dementia and crime - a forensic psychiatry unit study in Israel. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(6), 491-494. doi: DOI 10.1002/gps.930090608
- Ho, A. K., Sahakian, B. J., Brown, R. G., Barker, R. A., Hodges, J. R., Ane, M. N., . . . Bodner, T. (2003). Profile of cognitive progression in early Huntington's disease. *Neurology*, 61(12), 1702-1706.
- Holtzer, R., Tang, M. X., Devanand, D. P., Albert, S. M., Wegesin, D. J., Marder, K., . . . Stern, Y. (2003). Psychopathological features in Alzheimer's disease: Course and relationship with cognitive status. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(7), 953-960. doi: DOI 10.1046/j.1365-2389.2003.51308.x
- Høyer, G., & Dalgard, O. S. (2002). *Lærebok i rettspsykiatri* (1 ed.). Gjøvik: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Høyersten, J. G. (2008). Rettspsykiatrisk virksomhet- noen etiske momenter. *Lov og rett*, 47(1).
- Jankovic, J. (2008). Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 79(4), 368-376. doi: DOI 10.1136/jnnp.2007.131045
- Jensen, P., Fenger, K., Bolwig, T. G., & Sorensen, S. A. (1998). Crime in Huntington's disease: a study of registered offences among patients, relatives, and controls. *Journal*

- of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 65(4), 467-471. doi: DOI 10.1136/jnnp.65.4.467
- Koerts, J., Van Beilen, M., Tucha, O., Leenders, K. L., & Brouwer, W. H. (2011). Executive functioning in daily life in parkinson's disease: Initiative, planning and multi-task performance. *Plos One*, 6(12). doi: ARTN e29254 DOI 10.1371/journal.pone.0029254
- Kolb, B., & Whishaw, I. Q. (2009). *Fundamentals of human neuropsychology* (6 ed.). New York: Worth Publishers.
- Kotrla, K. J., Chacko, R. C., Harper, R. G., & Doody, R. (1995). Clinical variables associated with psychosis in Alzheimers-disease. *American Journal of Psychiatry*, 152(9), 1377-1379.
- Koven, N., Roth, R., Coffey, D., Flashman, L., & Saykin, A. (2007). Cognitive performance and self-reported functioning in daily life among those with Parkinson's disease: A brief report. *The Internet Journal of Mental Health*, 3(2), 1-8.
- Lautenschlager, N. T., & Förstl, H. (2001). Organic psychosis: Insight into the biology of psychosis. *Current psychiatry reports*, 3(4), 319-325.
- Leer-Salvesen, P. (2013). Skyld og utilregenlighet. Makt og avmakt i retten. In T. Mesel & P. L.-. Salvesen (Eds.), *Makt og avmakt: Etske perspektiver på feltet psykisk helse*. Latvia: Portal forlag.
- Lewis, C. F., Fields, C., & Rainey, E. (2006). A study of geriatric forensic evaluatees: Who are the violent elderly? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34(3), 324-332.
- Liljegen, M., Naasan, G., Temlett, J., Perry, D. C., Rankin, K. P., Merrilees, J., . . . Miller, B. L. (2015). Criminal behavior in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Jama Neurology*, 72(3), 295-300. doi: DOI 10.1001/jamaneurol.2014.3781

- Litvan, I., Mohr, E., Williams, J., Gomez, C., & Chase, T. N. (1991). Differential memory and executive functions in demented patients with Parkinsons and Alzheimers disease. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 54(1), 25-29. doi: DOI 10.1136/jnnp.54.1.25
- Lopez, O. L., Brenner, R. P., Becker, J. T., Ulrich, R. F., Boller, F., & DeKosky, S. T. (1997). EEG spectral abnormalities and psychosis as predictors of cognitive and functional decline in probable Alzheimer's disease. *Neurology*, 48(6), 1521-1525.
- Lopez, O. L., Wisniewski, S. R., Becker, J. T., Boller, F., & DeKosky, S. T. (1999). Psychiatric medication and abnormal behavior as predictors of progression in probable Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 56(10), 1266-1272. doi: DOI 10.1001/archneur.56.10.1266
- Marshall, G. A., Rentz, D. M., Frey, M. T., Locascio, J. J., Johnson, K. A., & Sperling, R. A. (2011). Executive function and instrumental activities of daily living in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Alzheimers & Dementia*, 7(3), 300-308. doi: DOI 10.1016/j.jalz.2010.04.005
- Mega, M. S., Cummings, J. L., Fiorello, T., & Gornbein, J. (1996). The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46(1), 130-135.
- Mendez, M., & Shapira, J. S. (2011). Pedophilic behavior from brain disease. *Journal of Sexual Medicine*, 8(4), 1092-1100. doi: DOI 10.1111/j.1743-6109.2010.02172.x
- Mendez, M. F. (1994). Huntingtons-disease - Update and review of neuropsychiatric aspects. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 24(3), 189-208. doi: Doi 10.2190/Hu6w-3k7q-Nael-Xu6k
- Mæland, H. J. (2012). *Norsk alminnelig strafferett* (4 ed.). Bergen: Justian.

- Naarding, P., Kremer, H. P. H., & Zitman, F. G. (2001). Huntington's disease: a review of the literature on prevalence and treatment of neuropsychiatric phenomena. *European Psychiatry, 16*(8), 439-445. doi: Doi 10.1016/S0924-9338(01)00604-6
- Nakamura, H., Nakanishi, M., Furukawa, T. A., Hamanaka, T., & Tokudome, S. (2000). Validity of brief intelligence tests for patients with Alzheimer's disease. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 54*(4), 435-439. doi: DOI 10.1046/j.1440-1819.2000.00733.x
- Nnatu, I. O., Mahomed, F., & Shah, A. (2005). Is there a need for elderly forensic psychiatric services? *Medicine Science and the Law, 45*(2), 154-160.
- NOU. (1974: 17). *Strafferettslig utilregnelighet og strafferettslige særreaksjoner*. Retrieved from <http://www.nb.no/nbsok/nb/ee8951f8faec1ee3e80ccc974683fb9f.nbdigital?lang=no#0>.
- NOU. (1983: 57). *Straffelovgivningen under omforming: Straffelovkommisjonens delutredning I*. Retrieved from <http://www.nb.no/nbsok/nb/f83445f3f6d8a648db3d70dc8dd3c590.nbdigital?lang=no#0>.
- NOU. (1990: 5). *Strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner: Straffelovkommisjonens delutregning IV*. Retrieved from <http://www.nb.no/nbsok/nb/ead0731c178b06f18ae7148a9412bae5.nbdigital?lang=no#0>.
- NOU. (2014: 10). *Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/NOU-2014-10/id2008986/>.

- Oei, T., Bleeker, J., Bonten, A., Afman, T., & van Alphen, S. (2012). Senior citizen criminality and mental disorder in the Netherlands. *Progression in forensic psychiatry*, 507-521.
- Ot.prp.nr.87. (1993-1994). *Om lov om endringer i straffeloven m v (strafferettslige utilregnelighetsregler og særreaksjoner)* Retrieved from https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Stortingsforhandlinger/Lesevisning/?p=1993-94&paid=4&wid=d&psid=DIVL645&pgid=d_0765.
- Patel, V., & Hope, T. (1993). Aggressive behavior in elderly people with dementia - a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8(6), 457-472. doi: DOI 10.1002/gps.930080603
- Peavy, G. M., Jacobson, M. W., Goldstein, J. L., Hamilton, J. M., Kane, A., Gamst, A. C., . . . Corey-Bloom, J. (2010). Cognitive and functional decline in Huntington's disease: Dementia criteria revisited. *Movement Disorders*, 25(9), 1163-1169. doi: DOI 10.1002/mds.22953
- Peavy, G. M., Salmon, D. P., Bear, I., Paulsen, J. S., Cahn, D. A., Hofstetter, C. R., . . . Shults, C. W. (2001). Detection of mild cognitive deficits in Parkinson's disease patients with the WAIS-R NI. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 7(5), 535-543. doi: Doi 10.1017/S1355617701755014
- Pender, N. P., & Koroshetz, W. J. (2011). *Huntington's disease*. Retrieved from http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-84996-011-3_8.
- Peres, K., Helmer, C., Amieva, H., Orgogozo, J. M., Rouch, I., Dartigues, J. F., & Barberger-Gateau, P. (2008). Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: A

- prospective population-based study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(1), 37-44. doi: DOI 10.1111/j.1532-5415.2007.01499.x
- Perez, F. I., Rivera, V. M., Meyer, J. S., Gay, J. R. A., Taylor, R. L., & Mathew, N. T. (1975). Analysis of intellectual and cognitive performance in patients with multi-infarct dementia, vertebrobasilar insufficiency with dementia, and Alzheimers disease. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 38(6), 533-540. doi: DOI 10.1136/jnnp.38.6.533
- Rao, V., & Lyketsos, C. G. (1998). Delusions in Alzheimer's disease: A review. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(4), 373-382.
- Rapoport, M. J., Van Reekum, R., Freedman, M., Streiner, D., Simard, M., Clarke, D., . . . Conn, D. (2001). Relationship of psychosis to aggression, apathy and function in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(2), 123-130. doi: Doi 10.1002/1099-1166(200102)16:2<123::Aid-Gps260>3.3.Co;2-T
- Rasmussen, K. (2008). Psykologens plass i rettspsykiatriske vurderinger. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 45(9).
- Rasovska, H., & Rektorova, I. (2011). Instrumental activities of daily living in Parkinson's disease dementia as compared with Alzheimer's disease: Relationship to motor disability and cognitive deficits: A pilot study. *Journal of the Neurological Sciences*, 310(1-2), 279-282. doi: DOI 10.1016/j.jns.2011.07.048
- Ravina, B., Marder, K., Fernandez, H. H., Friedman, J. H., McDonald, W., Murphy, D., . . . Goetz, C. (2007). Diagnostic criteria for psychosis in Parkinson's disease: Report of an NINDS, NIMH work group. *Movement Disorders*, 22(8), 1061-1068. doi: DOI 10.1002/mds.21382

- Riksadvokaten. (2001). *Utilregnelighetsregler og særreaksjoner*. Retrieved from http://riksadvokaten.no/filestore/Dokumenter/Eldre_dokumenter/Rundskriv/Rundskriv_nr4for2001-Utilregnelighetsreglerogsrreaksjoner.pdf.
- Riksadvokaten. (2005). *Etterforskning og rettsmedisinsk utredning i straffesaker der siktede kan ha vært bevisstløs på handlingstiden*. Retrieved from <http://www.riksadvokaten.no/filestore/Dokumenter/Publikasjoner/Publikasjon1-2005.pdf>.
- Roca, M., Manes, F., Chade, A., Gleichgerrcht, E., Gershanik, O., Arevalo, G. G., . . . Duncan, J. (2012). The relationship between executive functions and fluid intelligence in Parkinson's disease. *Psychological Medicine*, 42(11), 2445-2452. doi: Doi 10.1017/S0033291712000451
- Rosenberg, N. K., Sorensen, S. A., & Christensen, A. L. (1995). Neuropsychological characteristics of Huntingtons disease carriers - a double-blind study. *Journal of Medical Genetics*, 32(8), 600-604. doi: DOI 10.1136/jmg.32.8.600
- Rosenqvist, R. (2002). Rettspsykiatri i fortid, nåtid og fremtid. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 122(1).
- Rosenqvist, R. (2012). Er det utilregnelighetsregelen det er noe galt med? *Nytt norsk tidsskrift*, 29(4).
- Rosenqvist, R., & Rasmussen, K. (2004). *Rettspsykiatri i praksis* (2 ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Rosenthal, E., Brennan, L., Xie, S., Hurtig, H., Milber, J., Weintraub, D., . . . Siderowf, A. (2010). Association between cognition and function in patients with Parkinson disease with and without dementia. *Movement Disorders*, 25(9), 1170-1176. doi: DOI 10.1002/mds.23073

- Sensi, M., Eleopra, R., Cavallo, M. A., Sette, E., Milani, P., Quatralo, R., . . . Data, P. G. (2004). Explosive-aggressive behavior related to bilateral subthalamic stimulation. *Parkinsonism & Related Disorders*, 10(4), 247-251. doi: DOI 10.1016/j.parkreldis.2004.01.007
- Shiwach, R. S., & Patel, V. (1993). Aggressive behaviour in Huntington's disease: a cross-sectional study in a nursing home population. *Behav Neurol*, 6(1), 43-47. doi: 10.3233/BEN-1993-6107
- Skeie, C. A., & Rasmussen, K. (2015). Vurdering av årsakssammenheng mellom sykdom og kriminell handling hos utilregnelige. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 135(4).
- Snowden, J. (2010). The neuropsychological presentation of Alzheimer's disease and other neurodegenerative disorders. In J. M. Gurd, U. Kischka, & J. C. Marshall (Eds.), *The handbook of clinical neuropsychology* (2 ed.). New York: Oxford University Press Inc.
- Solla, P., Bortolato, M., Cannas, A., Mulas, C. S., & Marrosu, F. (2015). Paraphilias and paraphilic disorders in Parkinson's disease: A systematic review of the literature. *Movement Disorders*, 30(5), 604-613. doi: DOI 10.1002/mds.26157
- Statistisk Sentralbyrå. (2015). Tabell 10623: Straffereaksjoner, etter type reaksjon, hovedlovbruddskategori, alder og kjønn. Absolutte tall. from <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=Reaksjon02&KortNavnWeb=straff&PLanguage=0&checked=true>
- Suh, G. H., Ju, Y. S., Yeon, B. K., & Shah, A. (2004). A longitudinal study of Alzheimer's disease: rates of cognitive and functional decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(9), 817-824. doi: DOI 10.1002/gps.1168
- Sweet, R. A., Panchalingam, K., Pettegrew, J. W., McClure, R. J., Hamilton, R. L., Lopez, O. L., . . . Klunk, W. E. (2002). Psychosis in Alzheimer disease: postmortem magnetic

- resonance spectroscopy evidence of excess neuronal and membrane phospholipid pathology. *Neurobiology of Aging*, 23(4), 547-553. doi: Pii S0197-4580(02)00009-X
Doi 10.1016/S0197-4580(02)00009-X
- Syse, A. (2006). Strafferettslig (u)tilregnelighet- juridiske, moralske og faglige dilemmaer. *Tidsskrift for strafferett*, 6(3).
- Talassi, E., Cipriani, G., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. (2007). Personality changes in Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*, 11(5), 526-531. doi: Doi 10.1080/13607860601086603
- Taylor, P., & Parrott, J. (1988). Elderly offenders: A study of age related factors among custodially remanded prisoners. *British Journal of Psychiatry*, 153, 256-256.
- Tekin, S., Fairbanks, L. A., O'Connor, S., Rosenberg, S., & Cummings, J. L. (2001). Activities of daily living in Alzheimer's disease - neuropsychiatric, cognitive, and medical illness influences. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9(1), 81-86. doi: DOI 10.1176/appi.ajgp.9.1.81
- Wahlin, T. B. R., Larsson, M. U., Luszcz, M. A., & Byrne, G. J. (2010). WAIS-R features of preclinical Huntington's disease: Implications for early detection. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29(4), 342-350. doi: Doi 10.1159/000288775
- Weintraub, D., Moberg, P. J., Duda, J. E., Katz, I. R., & Stern, M. B. (2004). Effect of psychiatric and other nonmotor symptoms on disability in Parkinson's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 784-788. doi: DOI 10.1111/j.1532-5415.2004.52219.x
- Welsh, S. W., Corrigan, F. M., & Scott, M. (1996). Language impairment and aggression in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(3), 257-261. doi: Doi 10.1002/(Sici)1099-1166(199603)11:3<257::Aid-Gps330>3.3.Co;2-L

- WHO. (1992). *ICD- 10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Geneva: World Health Organization.
- Williams-Gray, C. H., Foltynie, T., Lewis, S. J. G., & Barker, R. A. (2006). Cognitive deficits and psychosis in Parkinson's disease - A review of pathophysiology and therapeutic options. *Cns Drugs*, 20(6), 477-505. doi: Doi 10.2165/00023210-200620060-00004
- Wilson, R. S., Gilley, D. W., Bennett, D. A., Beckett, L. A., & Evans, D. A. (2000). Hallucinations, delusions, and cognitive decline in Alzheimer's disease. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 69(2), 172-177. doi: DOI 10.1136/jnnp.69.2.172
- Yorston, G. (1999). Old age forensic psychiatry. *British Journal of Psychiatry*, 175, 493-493.