

Uttalelse vedrørende NOU 2014: 10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern.

Steinar Nilssen, overlege, spesialist i psykiatri, Helgelandssykehuset HF

Erling Inge Kvig, psykologspesialist, Nordlandssykehuset HF.

Kommentar

Kapittel/side/spørsmål/dissens: Kap 18.4 s. 270-277, "Nærmere om de sakkyndiges undersøkelser", om bruken av standardiserte utrednings- og testmetoder, og om bruken av "samtaler hver for seg" og "fellessamtaler".

Vår første kommentar til kap 18.4 gjelder utvalgets anbefaling om bruk av strukturerte intervjuer/spørreskjema i rettspsykiatriske undersøkelser. Vi mener disse anbefalinger er svært problematiske, og etterlyser større refleksjon omkring strukturerte metoders potensielt mangelfulle validitet.

I klassifikasjonssystemene ICD og DSM beskrives det ikke spesifikke metoder (operasjoner) for å bestemme om et diagnostisk kriterium er oppfylt eller ikke. De strukturerte diagnostiske intervjuene ble derfor utviklet for å "operasjonalisere" de diagnostiske kriteriene, og slik redusere uønsket diagnostisk variabilitet i anvendelsen av kriteriene. Ved at intervjuere stiller akkurat de samme spørsmål, i samme rekkefølge, og ved å bruke samme ord og uttrykksmåter som i de diagnostiske kriteriene sikres reliabilitet. Med reliabilitet menes her at to observatører som vurderer en person nært i tid, får akkurat den samme informasjon under intervjuet (samme spørsmål, samme rekkefølge), og fordi ordlyden i spørsmålene er den samme som i de diagnostiske kriteriene er det enkelt å vurdere om kriteriet er oppfylt eller ikke. Dette er verken jus eller psykiatri – dette er spørreundersøkelse.

En vesentlig problemstilling er imidlertid at flere observatører godt kan være enige om at en person f. eks tilfredsstillende oppfyller de kriterier som definert i måleinstrumentet, men denne enigheten sier ikke nødvendigvis noe om gyldigheten eller validiteten ved vurderingen. Med validitet menes her om måleinstrumentet faktisk måler det det påstås å måle. Et eksempel som kan illustrere dette, er bruken av begrepet "depresjon" i strukturerte spørreskjema. I mange slike intervju spørres det direkte om pasienten har vært "deprimert", f. eks i SCID 1 ("I den siste mnd, har det vært en periode hvor du følte deg deprimert eller nedfor det meste av dagen omtrent daglig?"). Begrepet depresjon er imidlertid så flertydig at et bekræftende svar på spørsmålet kan, hvis nærmere undersøkt, vise til et stort spenn av helt ulike typer opplevelser, som f. eks. følelse av tomhet, tap av mening, fattig tankeinnhold, ambivalens, rumineringer, irritabilitet, sinne, hyper-refleksivitet, tankekjør, anhedoni, apati, manglende vitalitet, psykisk angst, depersonalisering osv. Listen er nærmest uendelig, og poenget er at et symptom må forstås ut fra sammenhengen til annet bevissthetsinnhold. Symptomer og tegn ved psykiske lidelser kan beskrives som aspekter ved bevissthet, og inngår i en bevissthetsstrøm med meningsfulle relasjoner til andre bevissthetselementer. Når man i et psykiatrisk intervju fokuserer på et element i denne mentale realitet, er det en abstraksjon, og må behandles som sådan. Et symptom er kun forståelig ut fra den helheten det manifesteres ut fra, og andre bevissthetselementer som følelser, uttrykk, oppfatninger og handlinger, samt den biografiske konteksten til pasienten.

Relatert til problemstillingen om strukturerte intervjuer og validitet er det man i epidemiologien kaller måleinstrumenters sensitivitet og spesifisitet. Med sensitivitet forstås instrumentets evne til å identifisere syke individer, mens med spesifisitet forstås instrumentets evne til å ekskludere friske individer. I epidemiologiske undersøkelser av pasienter med psykoselidelser finner man stor variabilitet i måleinstrumentenes sensitivitet, og ofte ligger denne et sted mellom 21 og 70 %, der det optimale er så nært 100% som mulig (Eaton, W.W., Hall, A.L., Macdonald, R. and McKibben, J. (2007) Case identification in psychiatric epidemiology: a review. *Int. Rev. Psychiatry*, 19, 497-507). Ofte skyldes slik lav sensitivitet at pasienters evne og/eller motivasjon til selvbeskrivelse kan variere sterkt. Strukturerte intervjuer er utviklet for bruk i forskning med sterk betoning av konfidensialitet, og at resultater ikke får konsekvens for behandling, eller rettspsykiatrisk betydning. Motivasjon til å besvare diagnostiske spørsmål i en slik situasjon kan adskille seg sterkt fra den kliniske eller rettspsykiatriske hverdag, der man hyppig opplever at pasienter dissimulerer, skjuler psykopatologi, forseglar sykdomsepisoder, har svekket evne til selvbeskrivelse i akutte faser av sykdom osv, eller på den annen side aggraverer, simulerer eller snakker usant. Forbehold om slik "pasient varians" er i liten grad bygget inn i de strukturerte diagnostiske intervjuer og har stor betydning for deres evne til identifisere personer med psykose (sensitivitet). Dette er av psykiatrisk, rettspsykiatrisk og rettssikkerhetsmessig betydning, og synes ikke å ha blitt tillagt betydning i NOU 2014-10.

Problemstillingen som reises her, er at de strukturerte diagnostiske intervjuer som mer og mer anbefales i klinisk virksomhet har, til tross for utmerkete egenskaper i forhold til reliabilitet, har svært problematiske aspekter når det gjelder validitet. En ny undersøkelse som belyser noen av disse problemene, er Nordgaard, J., Revsbech, R., Sæbye, D., & Parnas, J (2012) Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry*. Her fant man blant i et utvalg på 100 pasienter med ulike diagnoser, undersøkt med både SCID-1 og en Consensus Lifetime Best Estimate prosedyre basert på fenomenologisk orienterte diagnostiske intervju, en svært stor forskjell i diagnostisk vurdering mellom de forskjellige "undersøkelsesprosedyrene", samt at sensitivitet og spesifisitet for schizofrenidiagnose med SCID-1 var på henholdsvis 19 og 100%. Sensitivitet på 19% indikerer at det strukturerte diagnostiske intervjuet presterte svært dårlig på å identifisere de som faktisk hadde sykdommen. Konklusjonen i undersøkelsen var at denne typen strukturerte intervjuer ikke kan anbefales i vanlig klinisk virksomhet, og det bør utvises forsiktighet i empiriske undersøkelser. En slik konklusjon står i sterk motsetning til anbefalingene i mange kliniske retningslinjer. Vår vurdering er derfor at utvalgets anbefaling om bruk av "spørreskjemaer" i klinisk praksis, og rettspsykiatrisk forståelse, kan være av mer skade enn nytte.

Vår andre kommentar til kap 18.4 er knyttet til den diagnostiske prosess, og hvorvidt de sakkyndige skal ha separate samtaler eller fellessamtaler med observanden. Det er etter vår mening en illusjon å tro at et psykiatrisk intervju noen gang kan være a-teoretiske. Ethvert intervju innebærer en fortolkning og vil være påvirket av psykiaterens/psykologens implisitte bagasje av teoretiske antakelser. Det er derfor av avgjørende betydning i en psykiatrisk undersøkelse å gjøre eksplisitt slike skjulte, men aktive, elementer gjennom selvrefleksjon og konstant faglig debatt med ens kollegaer.

Vår mening er at en rettspsykiatrisk undersøkelse bør foregå ved at de sakkyndige hører det samme, i samme setting og situasjon, og at pasientens/observandens subjektive beskrivelse av selvopplevelse og psykopatologiske data deretter blir gjort til gjenstand for en kritisk diskusjon og debatt ved diagnostisk vurdering og utforming av den rettspsykiatriske erklæringen. Denne debatten, som bygger på en felles kritisk akkumulasjon av erfaring og viten, er en forutsetning for å kunne etablere og fastholde et forsvarlig nivå i psykiatrisk diagnostikk og derved sikre at retten av de sakkyndige gis det beste faglige råd omkring de tilstander som omhandles i straffeloven §§ 44 og 56 bokstav c.

Det har også vært tale om at det (juridiske) kontradiktoriske prinsipp vil kunne ivaretas ved at de sakkyndige har samtaler hver for seg ved den rettspsykiatriske undersøkelsen. Vår mening er at dette beror på en misforståelse og sammenblanding av vitenskapsteoretisk forståelse av forskjellen mellom to fagområder, jus og psykiatri, der psykiatrisk diagnostikk basert på en klinisk/fenomenologisk forståelse av psykopatologi ikke lar seg "bevise/motbevise" ut fra (kriteriebasert) kontradiksjon.

Det klinisk psykiatriske intervju kan ikke være starten på ivaretagelse av det kontradiktoriske prinsipp.

