

## Načela za obravnavanje disocialnih osebnosti

Prof. dr. Miloš Kobal, klinična bolnišnica za psihiatrijo, Ljubljana

1. Najprej naj ugotovimo, kdo in kje so osebe z disocialnim sindromom.<sup>1</sup> Lastnosti sindroma smo že razložili na raznih mestih (6, 7, 8).

Med te osebe uvrščamo:

a) večino otrok do 14 leta starosti z motenim vedenjem (primarna disocialnost); izmed teh jih precej prebiva v **vzgojnih domovih**;

b) mladostnike, ki so prestopniški ali pa tudi neprestopniški, pa kažejo poteze disocialnega vedenja. Sestavljajo večji del gojencev **vzgojnih in vzgojno-poboljševalnih domov**;

c) odrasle:

— prestopniške, pri čemer disocialne osebe sestavljajo 25—35 % prestopniških zapornikov, zlasti v **kazensko-poboljševalnih domovih**;

— neprestopniške z negativno ocenjenim disocialnim vedenjem;

— neprestopniške s pozitivno ocenjenim (določene družbene ureditve, družbeni položaji, vojna?) disocialnim vedenjem;

d) osebe s prikritim disocialnim sindromom, ki se navadno občasno in v posebnih okoliščinah (npr. pod vplivom alkohola) izraža v preboju disocialnega vedenja;

e) osebe z občasnimi in kratkotrajnimi disocialnimi reakcijami.

Pravkar podani pregled že nakazuje praktične možnosti za uresničevanje načrtov obravnavanja. Ti lahko na sedanji stopnji strokovnega in družbenega razvoja zajamejo večinoma le motene otroke, prestopniške mladostnike in prestopniške odrasle. Zdajšnje vzgojne in kazenske ustanove so torej tiste, v katerih je mogoče resneje pričeti obravnavanje v širšem in terapijo disocialnih oseb v ožjem pomenu besede.<sup>2</sup> To stanje pa je samo izhodišče. Razvoj bi bilo

<sup>1</sup> Disocialni sindrom pomeni zunanjo manifestacijo trajnega konflikta med zavestnim delom osebnosti ter njenimi kontrolnimi mehanizmi (trdim NAD-JAZOM). Ti mehanizmi so postali pretirano trdi tudi v procesu strukturiranja osebnosti, predvsem v primarnem, pa tudi v sekundarnem in terciarnem obdobju socializacije.

Konflikt, ki že po svoji naravi zahteva izrivanje anksioznosti in občutja krivde, se razrešuje — trajno ali s preboji — s herostratsko agresivnostjo proti normirani družbi in (ali) samemu sebi.

Pomembno vlogo imajo faktorji slabše organizacije možganov na biološki ter faktorji ogrožujočega očeta in varujoče matere (z vsemi možnimi niansami in substituti) na socializacijski strani.

<sup>2</sup> Tretman (postopnje, obravnavanje) zajema številne postopke, ki po definiciji niso terapevtski, vključuje pa tudi terapijo kot svojo posebno, na spremembo osebnosti ter organizma usmerjeno, obliko.

mogoče usmerjati tako, da za motene otroke in prestopniške mladostnike zdajšnje in prihodnje vzgojne ter vzgojno-poboljševalne zavode postopoma spremenimo v terapevtsko-pedagoške zavode.

Za odrasle prestopnike z disocialnim sindromom je potrebna posebna terapevtsko-kazenska ustanova po zgledu nekaterih podobnih ustanov po svetu (4, 12, 16).

Druge disocialne osebe in tiste s preboji ter reakcijami bi morale najti ustrezne oblike varstva in pomoči v psihiatričnih bolnišnicah in oddelkih svojega območja (sektorja). V bolnišnicah in oddelkih se lahko oblikujejo enote za socialno patologijo po zgledu oddelka za socialno (patološko) in forenzično psihiatrijo klinične bolnišnice za psihiatrijo v Ljubljani. Ta oddelek v svojem nadaljnjem razvoju predvideva tudi hospitalno, ekstrahospitalno, dnevno in nočno varstvo nekaterih oseb iz disocialne skupine. Hkrati pa bi lahko postal matična ustanova za podobne enote posameznih slovenskih območij ter inštruktažni kraj za terapevtsko-pedagoške zavode in predvideni posebni zavod za odrasle prestopniške disocialne osebe.

Ko smo določili načrt potrebnih zavodov oziroma nakazali mogoči razvoj zdajšnjih, je treba spregovoriti o dveh pogojih za uspešno delo z disocialnimi osebami.

Prvi pogoj je osebje. Ne gre zgolj za formalne kvalifikacije, čeprav morajo biti te, zlasti za ožjo terapevtsko skupino (psihiater, psiholog, ortopedagog, defektolog) vsekakor ustrezne. Nič manj pomembna pa ni človečnost tega osebja. Disocialnost je eden najzahtevnejših tretmanskih problemov. Lahko se je loti le osebje z obema lastnostima. V somatski medicini bi ji morda našli primerjavo z operacijami na srcu. Teh pa se ne lotevamo, kot je dobro znano, le z brizgalko in skalpelom, marveč z zapletenimi pripravami in s posebnim bolnikovim zaupanjem v zdravnika.

Po človeški plati mora biti osebje zmožno delovati umirjeno in preudarno v veliko obremenjujočih položajih, ki se večkrat spreminjajo kar nenadno. Prenašati mora znati razočaranja in spodbujati ga morajo tudi manjši uspehi ter kratkoročni cilji, ko so doseženi. Zavod za obravnavanje mora poleg nenehnega izobraževanja skrbeti za razne načine čustvene sprostitve in napredovanja v terapevtskem gledanju in lotevanju vseh tistih, ki so neposredno vpleteni v njegovo delo.

Drugi pogoj vidim v zadostnem številu osebja. To število mora biti približno 50 % višje kot v drugih zavodih, ki so tudi namenjeni otrokom, mladini in odraslim v raznih okoliščinah njihovega življenja (17).

Osebjem sme biti le krajši čas v obremenjujočih položajih s posamezniki ter skupinami disocialnih oseb, če naj ohrani mirnost, čustveno pristnost in ustreznost v reagiranju. Disocialnost je namreč na tretjem mestu po stopnji težavnosti različnih psihiatričnih sindromov.<sup>3</sup>

Ureditev spalnic, dnevnih, delovnih in rekreacijskih prostorov v omenjenih zavodih mora biti v dobrem skladju s povprečno življenjsko ravnilo prebivalstva.

Tu bi mi kdo očital, da sem izgubil občutek za realnost. Razmere so vendar v tako kričečem nasprotju s pravkar zapisanimi stališči, da se zdijo — tudi v bolj oddaljeni prihodnosti — nedosegljiva.

Tega se zavedam. Sedanje stanje zadošča za skromne oblike terapevtske pomoči, resnično obravnavanje nadomestujejo večinoma premalo ustrezni prijemi. Tudi v sedanjih skromnih razmerah je mogoče marsikaj bolje storiti. Vendar, če **hočemo** (ne samo terapevti, temveč tudi družbeno vodstvo in nazadnje tudi del osveščene širše javnosti) kaj storiti za postopno obvladovanje disocialnosti, ni mogoče bistveno odstopiti od načel, ki smo jih postavili.

V zdajšnjih razmerah bomo storili to, kar pač znamo in zmremo. Terapevtski nihilizem je za vprašanje te vrste vsesplošen in močan. Vendar ga dosti uspehov, čeprav skromnih, zanikuje. O njegovi morebitni upravičenosti bi lahko govorili šele potem, ko bi se le našli v boljših razmerah kot so sedanje. Napovedujemo pa lahko, da bo nihilizem v prihodnje še bolj obveljavo, podobno, kot se je zgodilo pri veliko drugih psihiatričnih boleznih in sindromih.

2. Ko razgrinjamo zdajšnje možnosti za obravnavanje, seveda pogledujemo v prihodnost. Vendar so vse tretmanske oblike, ki jih bomo naštevali, v teoriji že obdelane in s prakso tolikanj podprte, da njihovo uresničevanje ovirata in onemogočata »samo« pomanjkanje ustanov, ustreznega osebja in zadostnih sredstev.

<sup>3</sup> Psihiatri bi verjetno soglašali, da so po težavnosti in obremenitvi za osebe na prvem mestu vznemirjeni (eretični) subnormalni otroci ali odrasli, na drugem mestu pa so osebnostno spremenjeni epileptiki.

Če našteje neprijetnosti odmislimo, bi lahko glede na stanje nekoliko idealizirano govorili o naslednjih oblikah obravnavanja in terapevtskih možnostih.

### 2. 1. Načrt obravnavanja z diagnostično fazo, obravnavanjem v ožjem pomenu in rehabilitacijo

Čeprav so se diagnostična in opazovalna središča, ki so večinoma v okvirih kazenske ureditve s svojo neučinkovitostjo, deloma diskreditirala, bi jih vendarle morali pripraviti, da po vsebini in obliki izdelajo načrt za obravnavanje posamezne disocialne osebe ali skupine takih oseb. O nujnosti takšnega načrta ne more biti dvoma. O njem govorimo prav na začetku zaradi logične poti, ki bi jo morali večinoma, če že ne vselej ubirati. Vendar, vidimo, več smotrnosti, če podamo najprej pregled posameznih načinov obravnavanja in terapije ter se nato znova vrnemo k vprašanju, kje in kako jih postaviti.

### 2. 2. Individualna psihoterapija

V skladu s teoretičnimi načeli bi jo tudi na našem področju lahko razdelili na površinsko in globinsko analitično. Dinamika osebnosti sicer dovoljuje individualno psihoterapijo, vendar bo le malokdo kos zapleteni osebnosti in njenim nenehnim nagibom k manipulaciji in razširitvi psihodinamičnega polja tudi v številne manj zaželene smeri. Samo navdušenje in zaverovanost v določeno psihoterapevtsko metodo ne zadostuje. Terapevti dostikrat poročajo o pravi nemoči, ker so v individualni terapiji postali žrtve negativne manipulacije disocialne osebe. Zato po našem mnenju velja pravilo, naj se disocialne osebe z individualno terapijo loti le izkušen terapevt in vselej zares premišljeno, najbolje z omejenimi in kratkoročnimi terapevtskimi cilji.

### 2. 3. Skupinske metode terapevtskega vplivanja

Dinamika disocialnih osebnosti že načeloma bolj kliče k uporabi skupinske psihoterapije. Vendar smo se že v naslovu odločili za širšo

določitev dela s skupinami, da bi tako zajeli precejšnje število oblik skupinskega vplivanja; sestavljajo ga preprosto svetovanje, pojasnjevanje in poučevanje ter sodelovanje vseh zainteresiranih v terapevtski skupnosti pa tudi majhne skupine površinske ali analitične narave. Sem sodijo tudi skupine, ki opravljajo metodo vedenjske (behavior) terapije. Čeprav je število oseb v skupini lahko različno, vendar vselej pomeni sorazmerno uspešno določitev in omejitve psihodinamičnega polja, v katerem živi in deluje posameznik in celotna skupina. Po našem mnenju je naravna širina psihodinamičnega polja, ki pa ga hkrati omejujejo posamezniki z različnimi lastnostmi v skupini in sodelujoči terapevti, pogoj za številne psihoterapevtske vplive, ki oblikujejo skupino kot celoto in posameznike v njej. V praksi se hitro izkaže, da je tudi skupina disocialnih oseb dovolj heterogena in da različna stopnja osebnostne prizadetosti in pripravljenosti za sodelovanje omogoča, da skupinski procesi stečejo v razmeroma znosnih in za okolico še dopustnih okvirih. Skupina tudi terapevta zavaruje pred nepotrebni manipulacijami, sam pa z enakopravnim vživiljanjem vanjo prispeva k njeni začetni (po našem mnenju vsekakor pozitivni) heterogenosti. Šele v daljšem skupinskem procesu bo namreč prišlo do sorazmerne homogenosti skupine, a ta bo vselej pomenila integracijo na določeni »višji ravni«.

S temi ugotovitvami lažje razumemo pomen tako majhnih kot velikih skupin v terapiji in širšem obravnavanju disocialnih oseb. Majhne skupine omogočajo intimnejše, včasih analitično, pa tudi vedenjsko usmerjene procese. Velike skupine so navadno koncipirane kot terapevtske skupnosti z vsemi prednostmi in slabostmi, ki jih poznamo iz dosedanjih izkušenj s tem načinom dela (11).

Metoda delovanja majhnih in velikih skupin je seveda lahko različna. Dostikrat je odvisna od terapevta in njegove usmeritve. Vendar nas izkušnje utrjujejo v prepričanju, da so za disocialne osebe primerni predvsem tisti načini skupinskega dela, ki dajejo tem osebam zadosten manevrski prostor in ga hkrati, zaradi dinamike same skupine, tudi bolj ali manj uspešno omejujejo. Po svetu in pri nas smo si nabrali nekaj izkušenj z nedirektivnim vodenjem skupin in temu je včasih mogoče pridru-

žiti tudi interpretacijo določenega načina vedenja ali pa ga dopolniti s poučevanjem ter neposrednim svetovanjem.

#### 2. 4. Obvladovanje parcialnih motenj z represivno-inspiracijsko metodo skupinskega dela

Skupinska psihoterapija, ki upošteva potrebo po svobodi izražanja in po njegovem omejevanju, naj bi obvladovala moteno osebnost v celoti. Dobro je znano, da disocialne osebe kažejo številne parcialne motnje, ki so povezane z regresom ali fiksacijo vedenja, navadno iz obdobja pred nastankom disocialnega sindroma samega. Te motnje se praktično kažejo v ekscesivnem uživanju alkoholnih pijač ali pravem alkoholizmu, tabletomaniji in narkomaniji. Če in ko je dosežena zadostna stopnja dinamike v temeljni terapevtski skupini, je omenjene parcialne motnje mogoče obravnavati (bodisi v skupini sami bodisi posebej) z represivno-inspiracijsko metodo vplivanja. V tem okviru se prizadete osebe postopoma zavedo dinamizmov teh parcialnih motenj in spoznajo prednosti ter koristi za prihodnje življenje, če se tem motnjam odpovedo. Terapevt s svojim vplivanjem reprimira motnjo in spodbuja osebo, da vztraja na poti, ki si jo je poprej že kar zavestno izbrala. Domnevamo pa, da je represivno-inspiracijska metoda neprimerna za reševanje disocialnega sindroma samega in da jo je mogoče uporabljati le takrat, ko je dosežena določena homogenizacije skupine in ko je terapevt v njej dosegel zadosten pozitivni transfer. Še primernejše je, da se s to metodo ukvarja drug terapevt, ki morda nastopa kot soterapevt v temeljni terapevtski skupini.

#### 2. 5. Vedenjska terapija (behavior therapy) (2)

Načeloma jo delimo v relaksacijsko in averzivno. Čeprav je mogoče v okvirih skupinskega vplivanja, izjemoma pa tudi posamično uporabljati to ali ono relaksacijsko metodo, je v zvezi z disocialnimi osebami pač bolj znana averzivna terapija. Seveda ne gre za nikakršno že bolj sistematično obravnavanje, marveč zajema ta vrsta terapije nekatere posebne, vendar parcialne motnje, ki deloma obvladujejo vedenje kleptomantov in fetišistov. V teh primerih je predmet bolesterne manipulacije, npr. kose žen-

skega perila, mogoče povezovati z udarci električnega toka, ki manipulatorja zadevajo ob dotiku s takšnim predmetom. Dražljivi predmet je mogoče povezovati tudi z bruhanjem in tako odpraviti nagnjenje k njemu. Poročajo tudi o averzivni terapiji pri odpravljanju homoseksualne nagnjenosti. Pogojno je averzivna terapija pomembna za naše torišče tudi pri poskusu obvladovanja alkoholizma in pri odpravljanju nočnega mokrenja (enureze), torej motnje, ki v vzgojnih in vzgojno-popoljševalnih zavodih nikakor ni izjemna.

Nekateri pisci v zadnjem obdobju poročajo o uspešni uporabi video-rekorderja (1, 10), ki posname sliko vedenja in govor posameznika v skupini. Terapevt si s tem lahko pomaga tako za sprostitve skupine kot tudi za odvracanje od določenih negativnih vedenjskih oblik (15). Marsikatera oseba ob konfrontaciji s svojo sliko in s svojim glasom spozna tisto, o čemer ni morda imela niti nikoli predstave niti ni o tem razmišljala. Po ugotovitvah lastnih vedenjskih posebnosti se morda začne tudi spreminjati. Enako smo marsikdaj v okviru skupinskega dela uporabljali magnetofonski zapis in ga znova predvajali skupini, ki si je to želela. Ob poslušanju in morebitnem komentarju gotovo niso umanjkali koristni vedenjski in psihoterapevtski učinki.

## 2.6. Vplivanje s pomočjo podpraznih dražljajev

Na voljo je nekaj domačih in tujih izkušenj, da je s pomočjo svetlobnih in zvočnih podpraznih dražljajev, ki so za prizadeto osebo čustveno pomembni, mogoče izzvati spremembe v električnem delovanju možganov in karakteristične spremembe v poligramih (7 a, 9). Včasih pri kritičnih besedah, na primer pri podprazno izrečeni besedi »oče« ali na enak način podani očetovi sliki nastane prava elektrografska eksplozija, ki ji sledi začasna relaksacija v vseh pomembnejših bioloških funkcijah. Metoda po našem mnenju omogoča (pri večkratnem ponavljanju) postopno habitualizacijo na neugoden, čustveno nabit dražljaj, kar bi utegnulo imeti tudi pozitivne posledice za vedenje. Na dlani je tudi, da je karakteristične elektrografske zapise, ki so nastali ob provokativnih ali s temi povezanih podpraznih dražljajih, mogoče uporabiti v individualnem ali skupinskem psihoterapevtskem vplivanju.

## 2.7. Medikamentozna terapija

### 2.7.1. Nespecifična terapija z zdravili

Precej previdno in po temeljitem terapevtskem preudarku je pri disocialnih osebah mogoče uporabljati že kar obsežen register nevroleptikov in tistih sredstev, ki jih po farmakološki klasifikaciji uvrščamo med »male trankvilizante«. Naštevanje zdravil, ki so nam na voljo, je brez pravega pomena, ker je njihov seznam preobsežen, spreminja pa se že v krajših obdobjih in se nadomešča z novimi, večkrat tudi bolj učinkovitimi sredstvi. Pomembno je načelno izhodišče. Za pravkar naštetih metode psihoterapevtskega in vedenjskega vplivanja je potrebna dejavnost in sodelujoča osebnost. V praksi pa je večkrat nemogoče pričeti delo z osebo, ki je prehudo notranje vznemirjena in napeta in katera huda notranja nasprotja se nenehno vrivajo v zavestno dogajanje. Večkrat je treba oslabiti in umiriti trde zavorne in nadzorne mehanizme človekove podzavesti, da sploh lahko pričnemo terapevtski pogovor. Kljub najboljši volji pa bi ob uvodoma naštetih omejitvah in možnostih le težko vso množico disocialnih oseb pritegnili v psihoterapevtske programe in druge oblike socioterapevtskega vplivanja. Takšni so na kratko vzroki, zakaj nam medikament, včasih tudi neupravičeno, nadomešča pogovor in druge oblike medosebnega vplivanja. Učinkovitost nevroleptičnih sredstev je nesporna, čeprav dostikrat stojimo pred nevarnostjo navade in prehudega osebnostnega regresa. Celotno izkušeno terapevt se tej nevarnosti ne more vselej ogniti. Takrat se pač odločamo za manjše hudo.

V novejšem času lahko uspešno uporabljamo nevroleptike v depo-preparatih, ki delujejo v enkratni dozi navadno kar mesec dni. Zagotavljajo dolgotrajno učinkovanje zdravila in zmanjšujejo nevarnost navade ter izrabljanje tablet ob poškodbenih in samomorilnih poskusih.

### 2.7.2. Posebna terapija z zdravili

Posebni sredstev, ki naj jih uporabimo, je malo in še pri teh je posebnost lahko dvomljiva. Seveda merijo posebna sredstva na posamezne, parcialne motnje. Obvladovanje alkoholizma z disulfiramom (Tetidis) samo omenjamo, ne da bi se spuščali v strokovno zahtevno razpravo o pomenu in vrednosti tega zdravljenja.

Nekoliko bolj posebno delujejo pripravki, ki naj obvladajo spolne anomalije, bodisi spolno prevzdrazenost v celoti ali pa posamezne perverzije, ki utegnejo imeti širši družben pomen (3).

Terapiji starejšega datuma z estrogeni (Stilboestrol) se v najnovjšem času pridružuje anti-hormonalna terapija; njen reprezentant je Cyproteron-acetat. Lastnih izkušenj z antihormonalno terapijo nimamo, razni pisci pa poročajo o pozitivnih nasledkih te terapije pri osebah s hudimi spolnimi anomalijami, kot so patološki posiljevalci, osebe s sadomazohističnim vedenjskim kompleksom, ki se izraža v zunanji spolni nasilnosti in pri pedofilno usmerjenih storilcih kaznivih dejanj. Nekateri pisci omenjajo koristnost te terapije, če je hkrati povezana s psihoterapevtskim vplivanjem (14).

## 2. 8. Psihokirurške in druge terapevtske metode

Pri posebno zahtevni, v patološko smer hudo strukturirani, močno rigidni disocialni osebi, ko umanjajo vsa druga, tudi v našem sestavku omenjena sredstva, bi se kot ultima ratio lahko zatekli tudi k psihokirurškim metodam. Na voljo je seveda klasična prefrontalna levkotomija, ki jo iz lastnih izkušenj poznamo v modifikaciji po Mc. Kissocku. Po terapevtskem preudarku bi si lahko pomagali z obojestransko levkotomijo, če merimo na zmanjšanje hudih napetosti in posledične napadalnosti takšne osebe. Če pa nas motijo zlasti nekatere parcialne nevšečnosti — naše izkušnje so omenjene na habitualne požiralece tujkov — se je mogoče odločiti samo za enostransko levkotomijo v dominantno hemisfero (5).

Iz odkritjem stereotaktičnih metod se množijo poročila o takšnih kirurških posegih tudi pri vedenjskih motnjah in disocialnih osebah. Kirurg večkrat poseže v kavdalni hipotalamus,<sup>4</sup> (13) s stereotaktično iglo pa je mogoče doseči praktično kateri koli del možganov in elektrokoagulirati posamezna, za moteno vedenje bolj ali manj specifična dejavnostna območja. V naših malih razmerah bi kazalo kritično in previdno spremljati razvoj stereotaktičnih posegov, ker jih bo čas zanesljivo prečistil in omejil na posa-

<sup>4</sup> Hipotalamus je anatomsko lijaku podobna tvorba na sprednji strani zgornjega možganskega debla, ki je v povezavi s hipofizo. Del, ki je bližji »repu« (cauda) imenujemo kavdalni hipotalamus. Po odkritjih mnogih raziskovalcev so v njem strukture, ki zvišujejo življenjsko aktivnost in borbena pripravljenost višje organiziranih živali.

mezna, za razvoj osebnosti res pomembna območja. Morda se bomo nekoč tudi pri disocialnih osebah odločali za majhen, za celotno osebnost komaj pomemben poseg v možgane že davno prej, preden se bo disocialno vedenje popolnoma razraslo.

3. Po pregledu terapevtskih metod bi seveda kazalo nadrobneje govoriti tudi o drugih zornih kotih obravnavanja disocialnih osebnosti. V tem okviru bi morali poudariti zlasti nekatera bistvena načela socialne rehabilitacije, ki se pridružujejo terapiji in se zlivajo z njo. Tu so zlasti prizadevanja za šolsko, izobraževalno in delovno usposabljanje prizadetih oseb. Primanjkljaj, ki je na omenjenih toriščih dostikrat občuten, skušamo izravnati. Izkušnje nam kažejo, da je to mogoče le hkrati s terapevtskimi prizadevanji. Če se prizadeta oseba preveč ukvarja z obvladovanjem dinamičnih sunkov iz svoje osebnosti, se nagiba k navidezni lagodnosti. V resnici ji primanjkuje moči, da bi se posvečala resničnim življenjskim ciljem. Nujno je, da ji takšne cilje vendarle nenehno postavljamo, da jih zanje spodbujamo in da jih imamo pri roki, brž ko se napetost in rigidnost v osebnosti vsaj nekoliko zmanjšata. Terapevtska skupina lahko tudi glede tega naredi čudovite premike.

Resnična rehabilitacija vsake motene osebe, pa tudi disocialne, nastopi takrat, kadar oseba doseže ravnovesje s svojim okoljem, razmeroma stalno zaposlenost in uresničenje raznih življenjskih radosti, brez pretiravanja v egoizmu in nikakor ne na račun drugih. Seveda je takšno rehabilitacijo bržčas težko doseči popolnoma in pri vseh ljudeh, ki so obravnavanja in rehabilitacije potrebni. Pogosto moramo biti zadovoljni z delnimi uspehi. Ko bodo izpolnjeni vsi pogoji (ali vsaj večina) za obravnavanje disocialnih osebnosti, ki smo jih omenili v uvodu, bodo uspehi takšnih prizadevanj pomembno boljši od dosedanjih, čeprav tudi veliko teh ne smemo dajati v nič.

4. Kazensko-terapevtske ustanove po zgledu nekaterih tujih ustanov v slovenskih (seveda tudi jugoslovanskih) razmerah še ne poznamo. Spričo nenehnih družbeno-gospodarskih težav se zdi ustanovitev takšne ustanove v bližnji prihodnosti skorajda neuresničljiva. Če izražam predvsem svoje mnenje, se mi dozdeva, da je v takšnem objokovanju razmer precej več predsodkov in nazadnjaštva kot resnične volje za akcijo. Že zdaj bi namreč lahko katero izmed

kazenskih ustanov preoblikovali v terapevtsko-kazensko ustanovo za disocialne osebe. V klinični bolnišnici za psihiatrijo Ljubljana smo ustanovili oddelek, katerega naloge smo že omenili. V njem bi lahko stekle nekatere specializirane tretmanske in terapevtske oblike dela, torej tudi nekatere izmed tistih, o katerih smo govorili poprej.

5. Celoten sistem tretmansko-terapevtske pomoči bi bilo mogoče združiti v bolj ali manj enotno službo za disocialne osebe. Omenjene ustanove bi lahko v svojem okviru razvijale zaposlitveno terapijo, industrijsko ali obrtniško rehabilitacijo, službo pomoči in nadzorstva po odpustu, dnevno in nočno obliko oskrbe ter klube odpuščenih oseb. Vse te oblike so dodobra znane in so na nekaterih psihiatričnih toriščih delno že razvite.

V okviru takšne službe se ne bi bilo težko dogovoriti glede začetne diagnostične faze, ki smo jo namenoma pustili kot odprto vprašanje. Diagnostiko in izdelavo načrta za obravnavanje bi v svojem okviru morala najbolj sistematično opraviti kazensko-terapevtska ustanova. Dopolnilno diagnostiko bi — če bi bilo treba — opravili tudi oddelki in enote psihiatričnih ustanov, ki bi se specializirale za pojav socialne patologije. Vse druge kazenske ustanove pa bi s pomočjo svoje zdravstvene službe in konzilijarnih psihiatrov lahko pošiljale na dopolnilno diagnostično obravnavo prizadete osebe iz zaporov. V povezavi z njo pa bi se tudi same pridruževale sodobnejšemu andragoškem vodenju obsojenih oseb na sploh pa tudi tistih disocialnih, ki ob stopnji svoje prizadetosti ne potrebujejo specializiranega ali više organiziranega tretmanskega in terapevtskega vodenja.

#### LITERATURA

- Berger M. M. et al., Videotape techniques in psychiatric training and treatment, New York, Brunner Mazel, 1970.
- Cohen R. I. Florin, A. Grusche, S. Mayer-Osterkamp, H. Sell, Verhaltenstherapie, Nervenarzt, 3, 113—124, 1972.
- Horn H. J., Der Leidensdruck als Indikationskriterium (Bemerkungen zur »medikamentösen Kastration«), Der Nervenarzt, 42, 312—316, 1971.
- Kobal M., Delinkventnost kot psihiatrični problem, Revija za krim. in kriminologijo, 1, 23—30, 1959.
- Kobal M., Prefrontal leucotomy in delinquents, habitual swallowers of metal objects, Ann. inter. Criminologie, 2, 341—346, 1965.
- Kobal M., Prispevek k etiologiji disocialnih osebnosti, Revija za krim. in kriminologijo, 4, 231 do 237, 1969.
- Kobal M., Reintegracija vedenja in rigidnost moteni hosebnosti (doktorska disertacija), Medicinska fakulteta, Ljubljana, 1970.
- a Kobal M., navedeno delo, str. 205—207.
- Kobal M., Bitne karakteristike disocialnog sindroma, v: Psihopatske ličnosti, str. 71—75, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 1972.
- Kostandov E. A., Vlijanje otricatejnih emocij na vosprijatje u psihopatov, Ž. im. SS. Korsakova, 2, 225—234, 1970.
- Onder J., The manual of psychiatric television: Theory, practice, imagination, Ann Arbor, Maynard, 1970.
- Rapoport R. N., R. Rapoport, J. Rosow, Community as Doctor, London, Social Science and Tavistock, 1967.
- Roosenburg A., The Treatment of Criminals in Institutions, Seminar svetovne zdravstvene organizacije o psihiatričnem postopku s kriminalnimi in delinkventnimi osebami, Kopenhagen, 28. 4.—9. 5. 1958.
- Sano K., Sedative neurosurgery with special reference to postero-medial hypothalamotomy, Neurol. med.-chir., 4, 112—142, 1962.
- Schumann H. J., Die Resozialisierung von sexuell abnormen Patienten durch kombinierte Antian-drogen-Applikation und Psychotherapie, Psychosom., 20, 321—322, 1972.
- Sluga W., Verhaltenstherapie und Strafvollzug, v: Psihopatske ličnosti, str. 353—359, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 1972.
- Stürup G. K., The problems of treatment of sociopathic personalities, v: Psihopatske ličnosti, str. 323—330, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Zagreb, 1972.
- Vodopivec K., nav. v raziskovalnem gradivu, cit. po: Die Zeit, Hamburg, 22. september 1972.

UDC: 343.929:343.81:340.63

## Principles for Treatment of Dissocial Personalities

Kobal dr. Miloš, Professor, Faculty of Medicine, Ljubljana

The author builds his basic demands for treatment of dissocial personalities upon his own and foreign experiences with the dissocial syndrome. His basic treatment demands are the following: emotionally stable and professionally qualified staff, an adequate institution either therapeutically-pedagogic or therapeutically-penal, a complex way (institutional as well as non-institutional) of treatment organized within a special agency. A department for social pathology within a psychiatric clinic could serve as a leading agency and as a teaching basis.

With the problem of treatment, the author pays attention to the most known forms of treatment of dissocial persons: individual and group psychotherapy, applying repressive — inspiration method to partial troubles, behaviour therapy, influencing by sub-liminal stimuli, specific and non specific medication therapy, and psycho-surgical methods. By applying these as well as some other treatment requirements it would be possible to stabilize and rehabilitate a large number of dissocial persons so far labelled as »incurable«.