

Abnormni storilec družbi nevarnih dejanj¹ v okvirih sodobne psihiatrije

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

I. Nova spoznanja o nevarnosti duševno abnormnih ljudi

Nevarnost duševnega bolnika sprejemajo ljudje kot dejstvo, ki naj bi se razumelo samo po sebi. Utrjujejo pa ga posamezni resnični dogodki. Zunaj teh okvirov ni kaj prida razmišljanj ali je bojazen pred nevarnostjo duševnih bolnikov zares upravičena in kolikšen je njen dejanski obseg. Bojazen sankcionira vsakokratna organizacija določene družbe. Njen odsev je tudi v arhitekturi psihiatričnih zavodov, tej bojazni so prikrojeni zakonski in drugi predpisi.

Po še veljavnem slovenskem zakonu o zdravstvenem zavarovanju *ibid.* so med obveznimi »oblikami zdravstvenega varstva« tiste duševne bolezni, zaradi katerih je bolnik lahko nevaren sebi in okolici.

O nevarnosti duševnih bolnikov pogosto in radi govorijo oblikovalci povprečnega javnega mnenja; v tiskani, govornjeni ali slikovni obliki predstavljajo ljudem grozečo podobo njihove »nevarnosti«. Grozljivka, ki se na čase zvrtniči v ravnanju posameznega bolnika (diagnostična skupina, ki ji pripada, sploh ni pomembna), plane v vsa občila kapitalistične družbe, posebno dolgotrajno pa jo prežvekuje njen ceneni tisk. Bilo bi zanimivo vedeti, ali je obravnavanje te tematike pri nas ustrežnejše. Pri strokovnem, seveda bolj kritičnem opazovalcu prevladuje občutje, da ravno ne zaostajamo za tiskom, ki ga imenujemo bulvarskega.

Kazensko pravosodje se seveda ne more izviti iz takšnega, kar pretrdo začrtanega okvira prepričanij in praktičnih ukrepov in zvezi z »nevarnostjo« duševnih bolnikov, saj v kratkem povzetku najprepričljiveje izraža duha svoje dobe.

Zadeve z duševnim bolnikom in z razmerjem do njega pa so se vendarle spreminjale, pravzaprav se spreminjajo iz dneva v dan. Bistveno se je spremenilo zunanje vedenje ljudi, čeravno to še ne dokazuje, da se je človek spremenil v svojem bistvu. Ob tej spremembi pa je duševni bolnik le nekaj pridobil.

Po obdobju, ko smo opisovali posamezne »primere« duševnih bolnikov in načine njihovega ravnanja, prek obdobja, ko smo svoja spoznanja

¹ Že v prejšnjih študijah (1, 8) smo se odločili, da bomo nekatere duševno abnormne storilce tistih dejanj, ki imajo objektivno sicer vse ali večino potez kaznivega dejanja, imenovali **storilce družbi nevarnih dejanj**. Tako se izognemo vrednotenju vsake oblike krivde pri takšnih storilcih, postopke z njimi pa, vsaj v teoretičnem smislu, izraziteje depenaliziramo.

povezovali s kazuistiko sodnopsihiatričnih ekspertiz in z izkušnjami, ki smo si jih pridobili v zaprtih psihiatričnih zavodih ali v specializiranih sodnopsihiatričnih oddelkih, si v sodobnosti postavljamo vprašanje, koliko je tistih »nevarnih« duševnih bolnikov, ki se gibljejo v splošni, in tistih v abnormni populaciji, ter katerim diagnostičnim skupinam pripadajo. Tudi njihovo »nevarnost« želimo razkriti z epidemiološkimi metodami.²

Zdaj še nimamo lastnih epidemioloških ugotovitev. Tisto, kar nam je na voljo iz preteklosti in kar izvira bodisi iz opisa posameznih abnormnih oseb ali iz obravnavanja abnormnih storilcev, s katerimi smo se srečevali pri izvedenstvu ali v bolnišnici, je za današnji čas zastarelo in neuporabno (5, 6, 12). Kolikor takratna dognanja še živijo v zavesti širšega kroga ljudi, lahko pomenijo tudi oviro za prizadevanja, da bi jih nadomestili z novimi in boljšimi.

Zato se moramo opreti na za zdaj dokaj popolno epidemiološko študijo desetletnega obdobja (od 1. 1. 1955 do 31. 12. 1964), s katero sta Böker in Häfner (2) iskala odgovor o dejanski nevarnosti abnormnih ljudi v Zvezni republiki Nemčiji.

Njune ugotovitve so v povzetku naslednje:

— Duševno bolni ne store nasilnega dejanja nič pogosteje, pa tudi nič redkeje kot duševno zdravi.

— Med vsemi abnormnimi osebami, ki pripadajo diagnostični skupini psihoz in težje subnormalnosti, je okoli 3% storilcev nasilnih dejanj; to ustreza približno enakemu odstotku storilcev takšnih dejanj med zdravimi ljudmi (upoštevana starost od 10 let naprej).

— Tveganje za nasilna dejanja znaša 5 na 10 000 shizofrenih bolnikov, za težjo subnormalnost in afektivne psihoze pa 6 na 100 000 bolnikov. Pri tem pa je še verjetno, da je tveganje za shizofrenijo izračunano previsoko, pri afektivnih psihozah pa morda niso zadosti upoštevali tistih bolnikov, ki so se usmrtili med razširjenim samomorom (pa so jih prišteli med samomorilce, op. av.) in bi bilo glede na to tveganje lahko višje.

Druge bolezenske skupine so bile pre malo številne, da bi zanje izračunali tveganje, ni pa nobenih razlogov za domnevo, da bi pri njih obstajalo višje število nasilnih dejanj, kot pa

² Epi-demos, gr. = med ljudstvom. Pojem se v sodobni medicini ne omejuje zgolj na množični izbruh nalezljivih bolezni, marveč obsega z epidemiološko metodo vred usmeritev v proučevanje množičnih patoloških pojavov vseh vrst.

znaša njihov sorazmerni delež med abnormnimi ljudmi.³

Iz teh ugotovitev — pridružiti jim je mogoče še lastno psihiatrično in klinično-kriminološko prakso, izhajajo nekatera trdnejša sklepanja, pa tudi delovne hipoteze za epidemiološko raziskovanje te vrste v naših razmerah.

Prvič: ne obstaja splošna oblika duševne bolezni ali duševne abnormnosti, se pa bolezni in abnormnosti ločijo tudi glede na svojo morebitno družbeno nevarnost.

Drugič: nevarnost posamezne bolezni ali abnormnosti je navadno povezana s številnimi življenjskimi okoliščinami, dostikrat z istimi, s katerimi se srečujemo v kriminogenezi dejanj tistih ljudi, ki jih imamo za zdrave.

Tretjič: mogoče je, da nevarnost duševne bolezni ali abnormnosti sploh ne izhaja iz bolezni oziroma abnormnosti, marveč je lahko med abnormnimi ljudmi »nevaren« le tisti del bolnikov, na katere delujejo iste zunanje in notranje zakonitosti kot pri zdravih nasilnikih.

Antropologi prepričljivo kopičijo podatke o tem, da živi približno 5 % ljudi z agresivno-dominantnimi značilnostmi (14). Del ljudi s takšnimi potezami je družbeno pozitivnih. Drugi del pa svojo agresivno dominantnost uveljavlja v tistih dejanjih, ki so v okviru smiselne motiviranosti — prestopniška, pri abnormni motivaciji pa — družbeno nevarna.

Abnormni ljudje so tedaj večinoma nenevarni.

Četrtič: mnenje večine teoretikov je tudi, da je pretežen del prestopniškega vedenja po pobudah in ciljih enak običajnemu vedenju. Izjemoma bi kateri vsakršno prestopniško vedenje uvrstil v duševno abnormnost (11). Pobuda je pri večini prestopnikov zares determinirana tako, kot je determinirano normalno človekovo ravnanje. Na meji med normalnim in abnormnim se res srečujemo z deviantnim vedenjem (disocialne osebe, alkoholiki, narkomani), kjer je determiniranost pobude že drugačna, a še vedno tako človeško umljiva, da ljudem ne more biti tuja.

Takšna sprememba v pobudi za prestopniško dejanje nas ne sme zapeljati v zmotno prepričanje, da je deviantnim osebam ali celo prestopnikom v celoti potrebno »zdravljenje«, morda celo iste vrste, kot ga uveljavljamo pri bolnikih s psihozo ali nevrozo.

Tisti, ki z dobro voljo ali iz poklicne nuje sodelujejo s psihiatrijo, se bodo morali počasi le navaditi, da sprememba v determiniranosti pobude

ne more takoj in samogibno zbuditi miselnega klišeja: gre za bolezen, ki zahteva zdravnika, zdravstveno ustanovo, posebno nego in sočustvanje. Če pa bi se vsaka sprememba v pobudi reševala samo v takšnem okolju, bi prizadeta oseba in družba verjetno utrpeli prej škodo kot utrditev medsebojnega sožitja.

Toda pogosto, če ne večinoma, tiči v ozadju laičnih (tudi družbenih) zahtev po pomoči v psihiatrični bolnišnici tisti drugi, temni kliše pred sodnikov ter odkritega ali prikritega sovraštva: psihiatrična bolnišnica naj bi s svojimi atributi preteklosti, v katere ljudje s svojimi povprečnimi predstavami še vedno verjamejo, zanesljiveje »kaznovala« in odstranila abnormne ljudi iz »zdrave družbe«, kot pa je to mogoče storiti z drugimi, med temi tudi kazenskimi ukrepi.

II. Kratek zgodovinski pregled

Vse teoretične in praktične zmote v obravnavanju duševnih abnormnosti v celoti in še posebej na tem torišču, izvirajo iz temeljne zmote, namreč, da je bistveni del človekovega ravnanja indeterminiran ter sad človeku lastne, svobodne odločitve.

Svojo predstavo o »delinkventnemu človeku« (pravtako pa tudi o kakem drugem, npr. »ekonomskem«, »političnem človeku«) še vedno povežujemo z njegovo svobodno odločitvijo za to ali ono obliko ravnanja, ki je potem po družbeni oceni nagrajena ali kaznovana.

V dolgem zgodovinskem razvoju povzročila takšna zmota pravzaprav — četudi postopoma — pozitivne učinke; duševno abnormnega storilca družbi nevarnih dejanj varuje pred iracionalnim maščevanjem. Ljudje dopuščajo možnost, da je pobuda za njegovo ravnanje povsem drugačna kot pri »zdravem«, neodtujenem storilcu kaznivega dejanja. Ob popolni odtujenosti duha je, po mnenju rimskega zakonodajalca, storilec družbi nevarnega dejanja dovolj kaznovan že s samo boleznijo in mu je zato zavestno spregledal kazen (1).⁴

⁴ Tu in za celoten sestavek se sklicujemo na studijo, ki jo je pod vodstvom prof. dr. P. Kobeta leta 1969 izdelala za Sklad Borisa Kidriča skupina strokovnjakov za kriminologijo v Ljubljani (Bavcon L. in drugi, Položaj duševno abnormnih storilcev kaznivih dejanj v sodobnem kazenskem pravu, I. in II. del, 595 strani, tipkopis).

V II. delu te študije je M. Kobal prispeval sestavek Duševno abnormni storilec družbi nevarnih in kaznivih dejanj ter psihiatrični vidik njegove prištevnosti — neprištevnosti (90 strani, tipkopis).

³ Böker in Häfner, nav. delo, s. 234—235.

Vendar je pozitivno spoznanje rimskega prava nadomestilo srednjeveško pravo; le-to večinoma ne pozna neprištevnega storilca družbi nevarnega dejanja. Povračilo za hudo je v tem pravu za duševnega bolnika in zdravega storilca enako. Duševni bolnik je celo na slabšem, ker njegovo bolezen pripisujejo vplivu hudega duha ali posledicam grešnega življenja. Enostavna usmrtitev ali izgon v nenaseljene gozdove, kot so to predvidevali zakoni nekaterih nemških mest, sta bila za bolnika večkrat blagodejna rešitev. Toda nekateri duševni bolniki so bili prav zaradi predstave o njihovi »grešnosti« deležni mučenja in raznovrstnega poniževanja.

K prvobitnejšemu obravnavanju abnormnega storilca se deloma vrača šele *Constitutio Criminalis Carolina* (1532). V našem zgodovinskem krogu pa formalno-pravno uredi položaj tega storilca *Constitutio Criminalis Theresiana* (1769). Poudariti bi bilo treba, da se njegov pravni položaj od takrat do danes **bistveno** ni več spremenil.

Seveda bi bilo krivično prezreti pogostna zakonodajna in teoretična prizadevanja v sodobnem pravu in kriminologiji, da bi se položaj abnormnega storilca znova razjasnil in natančneje definiral (10). Toda v teh prizadevanjih ni bilo nakazanih boljših poti kako in kje obravnavati storilca, ki ga je sodišče spoznalo za neprištevnega.

Ob prehodu iz srednjeveškega v modernejšo obravnavanje psihiatričnih bolnikov je namestitev abnormnega storilca v splošno ali posebno psihiatrično ustanovo že pomenila napredek. Navadno mu je ohranila življenje (o vrednosti takšnega življenja v takratni bolnišnici seveda ne govorimo!), morda se mu je celo posrečilo izogniti se večjim mukam in poniževanju. Nekateri izmed njih so se morda vrnili v običajno življenje ali pa bolnišnico zamenjali za samostan.

Positivni sadovi azilacije neprištevnih storilcev so bili večji del izjemni. Poudarek javnosti, ki jo pravosodje zgolj kvalificirano zastopa, je še vedno v pričakovanju, da bodo psihiatrične ustanove »nevarnega« neprištevnega storilca ali internirale, internirale ali tako zaznamovale, da bo kar najbolj ločen od običajnega družbenega dogajanja.

V zadnjih dvajsetih letih je psihiatrija napredovala bolj kot v prejšnjih 150 letih. Bistveno so se spremenile možnosti za **zdravljenje** velikega števila psihiatričnih bolezni. Povsem se je spremenil način dela v bolnišnici: ta je zdaj odprta in usmerjena v rehabilitacijo. Nastale so tudi vmesne oblike obravnavanja psihiatričnih bolni-

kov, kot sta dnevna in nočna oskrba (>dnevna« in >nočna« bolnišnica). Z razvejanimi dejavnostmi dispanzerske službe se psihiatrija vrašča v zaledje (ena izmed oblik takšnega dela je skrb za »sektor« ozemlja in prebivalstva, ki ga pokriva bolnišnica in dispanzer).

Kako neprištevnega abnormnega storilca vključiti v pravkar prikazano dogajanje?

Iz psihiatričnih bolnišnic in oddelkov v Sloveniji so večinoma na postavljeno vprašanje odgovorili tako, da odločno odklanjajo sprejem tistih abnormnih oseb, pri katerih je bil izrečen varnostni ukrep po 61. členu KZ. Upravičeno trdijo, da bi že **ena** takšna oseba, pri kateri se iz formalno-pravnih ozirov zahteva drugačno ravnanje, kot ga razvija psihiatrična stroka, podrla terapevtsko ozračje bolnišnice oziroma oddelka.

Torej bi bila rešitev v segregaciji, to je v posebni ustanovi, ki jo v svetu že dolgo priznavajo in ki jo pri nas razni predpisi imenujejo Zavod za varstvo in zdravljenje.

Zavod za varstvo in zdravljenje, ali kakorkoli se že imenuje ustanova za abnormne storilce, je v praksi večine držav⁵ še daleč od tega, da bi funkcionalno in vsebinsko zadoščal vsem socialno-psihiatričnim zahtevam za obravnavanje in zdravljenje takšnih bolnikov. Marsikje je takšna ustanova tipično azilska, z majhnim številom strokovnega osebja in notranjim ozračjem, ki je celo slabše kot v kazenskih ustanovah. Razmere se sicer izboljšujejo, ker na takšne ustanove le vplivajo zgledi pozitivnih sprememb v psihiatriji sploh. Vendar ostajajo psihiatriji odtujene in so bliže predstavam o »otoku norcev«, kakor je o njih z izpovedno močjo umetnika pisal André Soubiran.⁶

V slovenskih razmerah nastajajo še posebne težave, ker je abnormnih storilcev, ki bi bili ocenjeni kot neprištevnih in »nevarnih«, zelo malo, pač v skladu z že omenjenimi epidemiološkimi spoznanji. Za majhno število bolnikov zelo različnih diagnostičnih skupin je zelo težko, če že ne nemogoče, urediti učinkovito ustanovo.

⁵ Pisec se pri tej oceni sklicuje na obiske nekaterih tovrstnih ustanov v Evropi: med njimi bi zaradi tradicije, ki jo imata, omenili le Broadmore v Veliki Britaniji in »Manicomio giudiziario« v Aversu pri Neaplju.

Za prvo bolnišnico je tudi angleška Royal Commission on Capital Punishment ugotovila, da iz nje redko odpuste kakega abnormnega storilca družbi nevarnega dejanja (Bavcon L. idr., nav. delo, II. del, s. 84).

⁶ Soubiran André: Otok norcev, Roman, Prevedel M. Veselko, Koper 1967, Lipa, 416 strani.

III. Abnormni storilec v slovenskih razmerah

Konkretno dogajanje v makrosociološkem laboratoriju, za katerega sta Slovenija in njeno homogeno prebivalstvo kot nalašč, dopušča hiter in celosten vpogled v razmere, ki bi zahtevale uporabo 61. člena KZ ali pa dovolile, da ga sploh opustimo oziroma uporabimo le izjemoma.

Po letu 1960 ugotavljamo minimalno število po tem členu⁷ izrečenih varnostnih ukrepov. To dejstvo nas opozarja na nekatere pozitivne in negativne okoliščine, ki bi jih našli v njegovem ozadju. Število abnormnih ljudi se pač giblje v okviru naših pričakovanj o njihovi »družbeni nevarnosti«. Čeravno nimamo zanesljivih številčnih podatkov, nam razpoložljivi viri in spremljanje abnormnega vedenja v slovenskem prostoru povedo, da so družbi nevarna dejanja psihotikov in oseb s hujšo stopnjo subnormalnosti (od težje debilnosti navzdol) izjemno redka.⁸ To seveda ne pomeni, da se v bolnišnicah ne bi srečevali s posameznimi bolniki iz omenjenih bolezenskih skupin, ki so potencialno lahko hudo nevarni. Vendar za takšne bolnike domači in drugi ljudje pravočasno poiščejo strokovno pomoč, včasih pa to store v svoji notranji razpetosti tudi bolniki sami. Večji ugled stroke in širše organizacijske možnosti delujejo preprečevalno tudi tu: več ko je organiziranih psihiatričnih tipak med ljudmi, manjša je potreba po institucionalnih ukrepih družbenih dejavnikov za javni red in kazenski pregon.

Na zmanjšanje števila izrečenih varnostnih ukrepov po 61. členu KZ je zanesljivo vplivala tudi večja sodno- in socialno-psihiatrična prosvetljenost psihiatrov, saj ti s svojim izvedeniškim delom nenehno zvišujejo ali zmanjšujejo število izrečenih ukrepov sodišč. Psihijatrija je v zadnjem desetletju večkrat preverila koncept psihične abnormnosti. Razmerje do pojava disocijalnosti in načinov za njeno obravnavanje se je okrepil z antropološkimi in andragošskimi spoznanji. Tako imenovanečasne duševne motnje psihijatrija vrednoti bolj stvarno in kritično.

Izmed negativnih vplivov bi omenili, da nikoli nismo premogli posebnega zavoda za varstvo in

⁷ V petih letih (1968—1972) so sodišča v SR Sloveniji izrekla 3 varnostne ukrepe po 61. členu KZ (Kazensko-sodna statistika — statistično gradivo Zavoda SRS za statistiko 1968—1972).

⁸ To seveda ne pomeni, da posamezni bolnik, upošteva zakonitosti daljših časovnih gibanj, ne bi mogel pretresti okolice s kakim grozljivim ali ne navadnim dejanjem.

zdravljenje in bi vsak izrečen ukrep pomenil precejšnje število hudih administrativnih zapletov, preden bi pristojni organi zavarovanca »spravili« v psihiatrično bolnišnico ali oddelek.

Lahko nas prevzame pomislek, češ da smo doslej shajali z majhnim številom izrečenih varnostnih ukrepov po 61. členu KZ pač iz nuje in da iz povsem istih razlogov iščemo drugačne rešitve, kot sta jih rodila zgodovinski razvoj in dandanašnja večinska praksa.

Vendar prav ta stiska sprošča prizadevanja, ki lahko odpro povsem novo poglavje v razmerju do abnormnega vedenja in družbenega sožitja z njim. Res so slovenske razmere po svoje izjemne, število »družbi nevarnih« abnormnih storilcev neznatno (če bi le-ti resnično pomenili nekakšen epidemični pojav, bi že našli prostore, kadre in sredstva za njihovo obravnavanje), vendar je mogoče dobro rešitev projicirati tudi v obsežnejše skupnosti (jugoslovanska ali tuja), upošteva je njihove transkulturne razmere.

Pri iskanju najustrežnejših rešitev izhajamo iz spoznanj, podprtih s strokovnim razvojem psihijatrije in njenih možnosti zdravljenja. Prav te dovoljujejo zahtevo, da se psihotični bolnik, ki je (»v trajni ali začasni duševni bolezni«) storil dejanje, ocenjeno kot družbi nevarno, obravnava brez institucionalnih okvirov druge stroke (torej brez varnostnega ukrepa), enako kot vsak drug psihotični bolnik.

Izkušnje kažejo, da je psihotični bolnik z varnostnim ukrepom hote ali nehoti diskriminiran v primerjavi z drugimi bolniki iste bolezenske kategorije.

Njegovo dejanje je večinoma trenutek: v dinamiki bolezni lahko tudi hud, a le bežen simptom, ki se razbistri z razvojem bolezni in njenim obvladovanjem. »Nevarnost« psihotičnega bolnika pa je tako in tako vselej pred očmi njegovega terapevtskega tima. Psihiater ne more biti niti naiven niti neodgovoren: vselej upošteva tudi družbene komponente bolezni in bolnika. Zdi se že skoraj žaljivo, da se psihiatru in njegovemu bolniku v enem primeru postavljajo institucionalne ovire, ko pa mora isti zdravnik pri določenem številu bolnikov in njihovih bolezenskih pojavih premagovati dejanske ali vsaj potencialne nevarnosti, večkrat tudi zelo hude vrste. Znano pa je tudi, da prav varovanci po členu 61 KZ navadno sodijo med najbolj urejene bolnike psihiatrične ustanove.

Varnostni ukrep je ovira za zdravljenje, rehabilitacijo in resocializacijo psihotičnega bolnika.

Psihiatri seveda dajemo tudi bolniku varovancu vse ali skoraj večino (to se seveda nanaša na novejši čas) možnosti obravnavanja, ki smo ga tako obsežno razvili v smislu socialnopsihiatrične dejavnosti. Ali smo pri tem vselej v soglasju s sodiščem, s pravnimi predpisi, z večkrat hudo krivičnim in poenotavljenim javnim mnenjem ter njegovimi občili?! Večina teh napetosti se razprši, če psihiatru zaupamo, da ve, kaj dela s svojim bolnikom, in da zna svoje delo strokovno in odgovorno opraviti.

Končno s sprejemom tega načela odpade še eno mučno dogajanje, ki kali razmerja med pravosodjem in psihiatrijo, to je preklic varnostnega ukrepa in morebitni odpust varovanca. Preštavanje številke bi pokazalo, da je predloge psihiatrov za odpravo varnostnih ukrepov pravosodje večinoma upoštevalo. Ostalo pa je vendarle še toliko nerešenih in mučnih zadev, da pozitivna bilanca v medsebojnih razmerjih kar nekam zbledi. A trdovratnost posameznega sodnika pri preklicu in odpustu se zdi kar nekam umljiva. Le-ta mora odločati o strokovno povsem tuji zadevi in za svojo odločitev prevzeti tudi odgovornost. Kljub psihiatrovemu zagotovitju, da nevarnosti pri varovancu ni več ali pa jo lahko zanemarimo, pri sodniku upravičeno tli misel o možnosti ponovitve družbi nevarnega dejanja, čeprav se pri ozdravljenih in zazdravljenih psihotičnih bolnikih kaj takšnega dosedaj ni primerilo (3).

So primeri, da kak sodnik zahteva od psihiatra zagotovilo, da je varovanec **popolnoma zdrav**, da se bolezen **ne bo več ponovila** in podobno. Na takšne zahteve psihiater iz strokovne poštenosti ne more pozitivno odgovoriti in dati takšnega zagotovila. Usoda posameznega bolnika pa se zaradi tega zaplete v teoretičnih nesmislih. Psihiater, ki je v obsežnem stiku z abnormnim vedenjem, laže prevzema odgovornost in ustvarjalno tveganje na torišču, ki ga ob vsej njegovi spremenljivosti in zapletenosti pozna ter obvlada. Sodniku pa ostane le dvojje: ali zaupanje v psihiatra ali neodločnost lastne negotovosti.

Podobno ravnanje kot za psihotične bolnike predlagamo tudi za tiste subnormalne (»duševno zaostale«), ki so zaradi težje debilnosti ali lažje imbecilnosti neprištevní. Subnormalne osebe s težjo imbecilnostjo in idiotijo komajda kdaj dobe priložnost za družbi škodljivo dejanje.

Družbi nevarno ravnanje subnormalnih oseb je večinoma posledica grobega draženja in surovosti tistih, ki so zdravi. Če so takšni povodi odstranjeni (urejanja okolja prizadete osebe se

je treba lotiti prej, preden pomislimo na hospitalizacijo ali varnostni ukrep), ni razlogov, da subnormalni storilec družbi nevarnega dejanja ne bi ostal v urejenem okolju. Kjer pa res ni mogoče zagotoviti sožitja z okolico in kjer obstoji nevarnost, da bo prišlo do ponovitve nevarnega dejanja, naj bi organi socialnega varstva subnormalno osebo poslali v Zavod za duševno in živčno bolne Hrastovec — Trate. Ta zavod postopoma spreminjamo v republiško središče za obravnavanje, rehabilitacijo in rehabilitacijo oseb s psihoorganskim sindromom. Zavod se je že otresel večjega dela svoje azilske preteklosti. S sprejemom socialno-psihiatričnih načel oskrbovancem že zagotavlja del tistih oblik zdravljenja in obravnavanja, ki odlikujejo skoraj vse psihiatrične bolnišnice in oddelke v Sloveniji. Seveda pa si predstavljamo, da bodo subnormalne osebe, pri katerih je potrebna hospitalizacija, v zavod poslane brez formalnega varnostnega ukrepa.

IV. Predlogi za spremembo prakse

Predlogi, ki izhajajo iz naštetih dejstev in iz družbene stvarnosti, bi bili zlasti naslednji:

a) Osebe, ki imajo psihozo (»trajno ali začasno duševno bolezen«) pa store družbi nevarno dejanje, je treba v zdravljenju in obravnavanju izenačiti z vsemi drugimi bolniki, ki imajo enake bolezni. Sodni postopek zoper takšnega storilca naj se na podlagi pregleda in mnenja sodnega izvedenca psihiatru ustavi že v pripravljalni fazi postopka.

Psihotičnega bolnika, pa naj bi storil karkoli že, je dolžna sprejeti in na ustrezen način zdraviti psihiatrična ustanova, na katere delovnem območju bolnik prebiva. Njegovo »nevarnost« — tako kot pri vseh bolnikih — upoštevamo kot diagnostični in prognostični dejavnik. Tak bolnik (kot vsi drugi psihotiki) je vključen v pravni sistem, ki je oziroma bo veljal za psihiatrične ustanove in psihotične bolnike zaradi posebnega družbenega interesa za psihiatrično dejavnost.

Ker sodišče zahteva posebno izvedenčevo izjavo o bolnikovi »nevarnosti«, mora izvedenec, seveda brez nepotrebnega teoretiziranja, izjaviti, da psihotični bolnik v okviru psihiatrične oskrbe (hospitalizacija, socialnopsihiatrični ukrepi) **družbi ni nevaren**.

b) Oligofrene (subnormalne) osebe na stopnji težje debilnosti in lažje imbecilnosti (druge praktično ne pridejo v poštev, lažje debilne osebe pa so načeloma kazensko odgovorne) je potrebno na

podoben način, kot smo ga omenili v primerih resno izkazane nevarnosti, brez varnostnega ukrepa po 61. členu KZ, usmeriti v Zavod za duševno in živčno bolne Hrastovec — Trate. Osebna varnost teh oskrbovancev je zagotovljena s pravno ureditvijo, ki že velja za psihiatrijo in ki jo bo v prihodnje treba še posodobiti.

c) Osebe, ki store družbi nevarno (kaznivo) dejanje v začasni duševni motnji, so sicer maloštevilne, vendar je prav njih neznatno število razlog za zaplete.

Najprej bi bilo treba doseči večjo emotnost in strokovno poglobljenost med izvedenci-psihiatri, saj ponovna mnenja kažejo marsikatero nasprotje med stališči in šibka teoretična izhodišča. Pri natančnejšem pregledu zadeve se večinoma izkaže, da bi moral izvedenec sodišču predlagati v sklepnem mnenju takšno podlago, iz katere bi sodišče lahko zoper storilca uporabilo drugi ali celo tretji odstavek 6. člena KZ.

Če pa se je treba upravičeno odločiti za začasno duševno motnjo, sta za izrek varnostnega ukrepa dve možnosti:

1. varnostni ukrep se ne izreče, ker je bila začasna duševna motnja in z njo povezano dejanje enkratni dogodek v življenju prizadete osebe in tudi ni verjetnosti, da bi oseba takšno dejanje ponovila;

2. varnostni ukrep se izreče; o ustanovi, ki naj ga izvaja, pa odloči posvetovalna komisija, kot jo predvideva Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij.

O disocialnih osebah, katerih prištevnost in ravnanje z njimi sta v praksi nejasna, smo širše poročali prav v tej reviji (9).

Nejasnost pri psihiatrih, pravosodnih organih in zlasti odvetnikih, kaj in kako ravnati z disocialnimi osebami, torej izvira iz neznanja. Brez očitkov naj še enkrat povemo, da so takšne osebe načelno kazensko odgovorne in da je njihovo splošno obravnavanje za zdaj najprimernejše v okviru kazenskih ustanov. Prav takšno obravnavanje ustreza tudi izviru njihove motenosti in dinamiki njihove osebnosti. Že dolgo pa se zavzemamo za posebne terapevtsko-kazenske ustanove.⁹ Predvidevamo tudi posebne postopke v okviru socioterapevtskih prizadevanj v psihiatriji.

Nekatere izmed disocialnih oseb so bile teh postopkov že deležne. Omenjeno prizadevanje poteka zunaj varnostnega ukrepa po 61. členu KZ. Iz humanih razlogov in razlogov obravna-

⁹ Kobal M., Načela za obravnavanje disocialnih osebnosti, s. 3.

vanja bi bilo uveljavljanje ukrepa samo škodljivo. O tem nas prepričujejo nekatere izkušnje iz preteklih let, ko sta se disocialna oseba in njen terapevt znašla v začaranem krogu tega ukrepa.

Če uresničimo omenjene predloge, odpade potreba po ustanovitvi posebnega zavoda za varstvo in zdravljenje. Tudi ni nevarnosti, da bi se psihiatrične ustanove spremenile v osamljene »otoke« za prestopnike in družbi škodljive posameznike.

Ne bo pa s temi predlogi povsem rešen — v naših razmerah še kar skromen — pritisk marginalne populacije, ki ga čutijo organi za notranje zadeve, pravosodje in socialne službe.

Vendar bi odločnost in jasna naravnost psihiatrije ter pravosodja lahko pospešili, da bi za posamezne skupine marginalne populacije ustvarili potrebne zavode ter službe:

— za kronične prestopnike prehodne domove in strokovno službo za odpuščene, ki bi za zgled uporabljali socialno psihiatrična spoznanja;

— za nekatere alkoholike delovni zaščitni dom;

— za vse skupine marginalnih oseb pa zaščitne delavnice, skupinsko svetovanje, nočno in dnevno oskrbo, ki bi jo opravljali centri za socialno delo.

V sedanjih okoliščinah pa še vedno iščemo možnosti, da bi to ali ono osebo iz marginalne populacije potisnili v psihiatrično ustanovo, četudi s pomočjo kakega bolj upogljivega (pa tudi manj prizadetega) izvedenca in varnostnega ukrepa. Ob uveljavitvi naštetih načel pričakujemo premike v obravnavanju celotne marginalne populacije.

V. Primerjava o nevarnosti in sklepna misel

Kritika predloženih načel in spoznanj bi se lahko zapičila v obe smeri, ki se zdita z njimi prizadeti: v varovanje posameznika in varovanje družbe.

V sedANJI praksi je posameznik z varnostnim ukrepom zavarovan tako, da njegovemu stanju bolj ali manj upravičeno pravimo »civilna smrt«.

Nekateri nastopajo z ugovorom, da abnormnega storilca kot posameznika izpostavljammo samovolji in brezpravju, če postopka pred sodiščem ne izpeljemo do konca. Ti verjetno pozabljajo, da posameznika, predvsem pa psihotika varuje že nepravdni postopek, urejen z Uvodnim zakonom za Zakon o sodnem nepravdnem postop-

ku iz leta 1934 in z Zakonom o sodnem nepravdnem postopku iz leta 1935.

Res je, da psihiatri (pa tudi številni pravniki) s temi zastarelimi predpisi nismo zadovoljni. Vendar bo tudi z drugačno pravno ureditvijo še vedno obveljalo posebno varstvo duševno bolnih ljudi. Zavzemamo se za poseben predpis o varovanju duševnega zdravja, v katerem bi lahko uzakonili tudi katerega izmed načel, naštetih v sestavku.

Glede na prakso in izkušnje ne vidimo nobenega dokaza za domnevo, da bi bila z uveljavitvijo predlaganih načel družba kaj manj varna, kot je bila doslej. Nasprotujemo pravzaprav le nekaterim formalnopravnim oviram, ki varnosti — to pa je najlaže doseči prek zdravljenja in obravnavanja — res bolj škodujejo kot koristijo.

Vztrajanje pri varnostnem ukrepu (mogoče tudi pri zavodu za varstvo in zdravljenje) skriva strah pred abnormnimi ljudmi.

Nekatere nesmiselne prvine strahu, ki ga kažemo v skrbi za varnost družbe pred abnormnimi storilci, naj razloži naslednje razmišljanje ob podobnem, ne edinem, a preprosto razumljivem primeru. Gre za varnost v prometu.

V Sloveniji je v letu 1973 doseglo število mrtvih v prometnih nesrečah 701 oseb (števila nasilnih dejanj abnormnih storilcev s smrtnim izidom za to leto ni mogoče ugotoviti, je pa zanesljivo omejeno od nič do največ pet takšnih dejanj).

Seveda se pri takšnih primerjavah pokaže miselna ovira, ki izvira iz indeterminizma. Toda udeleženci v prometu so v svojem ravnanju determinirani, nekateri morda dokaj podobno, kot so npr. psihotiki. Hürlimann in Kägi (4) sta proučevala, kako vozniki motornih vozil ocenjujejo svoje vozniške zmožnosti, in na podlagi ocen, ki so jih vozniki dajali o sebi, ugotovila, da se približno 80 % med njimi ocenjuje za nadpovprečne voznike. Po objektivnih merilih pa je takšnih voznikov največ 25 %. Dalje, kar 91 % voznikov Mercedesovih vozil je sebe ocenilo za nadpovprečne, pri voznikih Volkswagna je bilo takšnih 59 %. Če upoštevamo verjetnost, da se prometne nesreče kopičijo pri tistih, ki jemljejo nase prehudu tveganje (7,13), in če proučujemo dogajanje v nekaterih prometnih nesrečah, ne moremo mimo domneve, da je precejšen del povzročiteljev nesreč v stanju »veličinske psihoze«. Vendar bi takšno spoznanje težko vplivalo npr. na odločno zahtevo, da moramo ljudje nehati z vsakršno uporabo motornih vozil. Zavodi za varstvo in

zdravljenje abnormnih storilcev pa takšno zahtevo po radikalni varnosti skušajo vsaj izpolnjevati. In vendar bi — če sklepno misel izrazimo v nesmislu — ob krvnem davku naših cest lahko opustili vsako skrb zaradi nevarnosti, s katero nas ogroža peščica abnormnih in neprištevnih storilcev družbi nevarnih dejanj.¹⁰

LITERATURA

1. Bavcon L. idr., Položaj duševno abnormnih storilcev kaznivih dejanj v sodobnem kazenskem pravu, I. in II. del. Ljubljana, Sklad Borisa Kidriča. Institut za kriminologijo, 1969, 595 strani, tipkopis.
2. Böker W., Häfner H., Gewalttaten Geistesgestörter. Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 1973.
3. Davidovič D., Vidojkovič P., Antisocialni postopci lica nakon prestanka primene mera bezbednosti. V: **Mentalna bolest i socijalna patologija**, Zagreb, Psihijatrijska bolnica Vrapče, 1970, s. 185—188.
4. Hürlimann F. W., Može li se vozač automobila još »vaspitati«? Hexagon »Roche« 1/1974/14—18.
5. Kanoni J., Dialektika v psihopatologiji in psihiatrični vidiki v kriminologiji. V: **Kriminologija v kazenskem pravosodju**, Ljubljana, Državni sekretariat za notranje zadeve LRS, 1957, s. 186 do 237.
6. Kobal M., Pavlič R., **Analiza sodnih ukrepov, izrečenih zoper psihično abnormne storilce kaznivih dejanj**, Ljubljana, Publikacija Instituta za kriminologijo 1962/5.
7. Kobal M. idr., Človek v prometu in njegove psihofiziološke sposobnosti. V: **Prometni zbornik**, Ljubljana, Republiški sekretariat za notranje zadeve, 1968, s. 83—110.
8. Kobal M., **Osnovna načela forenzične psihiatrije**. V: Psihijatrija, Ljubljana, Lek, 1969, s. 511—527.
9. Kobal M., Načela za obravnavanje disocialnih osebnosti. **Revija za kriminalistiko in kriminologijo**, 1/1973/3—8.
10. Kobe P., Kazenska odgovornost, krivda in neprištevnost v kazenskem pravu Nemške Demokratske Republike. **Revija za Kriminalistiko in kriminologijo**, 3/1969/138—148.
11. Mailloux N., Le personatite du delinquent anormal et la recherche contemporaine. Rapport général, La Haye, IV. Congres Int. de Criminologie, 1960, s. 11—15.
12. Pečar J., Nekaj o nehospitaliziranih duševnih bolnikih v Sloveniji. **Revija za kriminalistiko in kriminologijo**, 3/1959/28—34.
13. Williams C. L. et al. **Social Psychiatry**, 9/1974/99 do 109. Epidemiological Study of Serious Traffic Offenders.
14. Wilson C., **Spectrum** 17/1974/20—24, Dominantnih pet postov.

¹⁰ V Zvezni republiki Nemčiji je 533 duševno bolnih storilcev v desetih letih (1955—1964) umorilo 293 ljudi in jih 362 huje telesno poškodovalo (Böker in Häfner, nav. delo s. 236).

UDC 343.913:616.89

Psychically Abnormal Offender Within the Frame of Modern Psychiatry

Kobal, dr. Miloš, psyhiatrist, university Psychiatric Hospital, Ljubljana

After giving a historical survey of circumstances that lead to the present legal status of psychically abnormal offenders within penal law, the author depicts the epidemiological situation abroad and at home. In this connection he cites especially Böker and Häfner from the Federal German Republic. Their findings correspond to the author's own forensic and criminological experience.

Slovenia with its 1 800 000 inhabitants represents an ideal macrosociological laboratory. Between 1968 and 1972 the courts applied only 3 measures of civil commitment (Sec. 61, Criminal Code).

The actual situation regarding the abnormal offenders as well as advancement of psychiatric knowledge allow for the following proposals:

a) Psychotic offenders should be treated within the framework of the regular psychiatric service as any other psychotic patient without formal security measures.

b) Offenders subnormal to a larger degree who cannot be treated within the home environment should be sent to the republican treatment center for subnormal and organically affected persons without use of any formal security measure.

c) Persons who committed an offence in the state of temporary mental defect need not be hospitalized if the offence was only an exceptional and unique event in their lifetime. If the hospitalization is needed, the Consultative Board as foreseen by the Implementation of Penal Measures Act is to depict the institution in which the person should be hospitalized.

Dissocial persons are as a rule held criminally responsible — a solution by which the most important controversy between the judiciary and the psychiatrists has been removed. For such persons the author recommends, however, treatment within special therapeutic-penal institutions.