

# ***Obvezno psihiatrično zdravljenje oseb z disocialno osebnostno motnjo na Enoti za forenzično psihiatrijo***

---

**Angelca Ficko-Zalokar**

Univerzitetni klinični center Maribor  
Enota za forenzično psihiatrijo

Korespondenca:

*angelca.ficko@ukc-mb.si*

---

## Naloga Enote za forenzično psihiatrijo

Naloga Enote za forenzično psihiatrijo (dalje EFP) je v primeru sprejema osebe na obvezno psihiatrično zdravljenje po členu 70. a KZ-1 RS navedena v Sklepu sodišča.

Vsebina sklepa je približno takšna: Oseba X se napoti na obvezno psihiatrično zdravljenje in varstvo »v zdravstvenem zavodu« (včasih zdaj že piše na Enoto za forenzično psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra v Mariboru).

Sodišče ne opredeljuje, zaradi katere motnje in kako moramo napoteno osebo psihiatrično zdraviti.

Niti nas, ki naj na EFP obvezno psihiatrično zdravimo, sodišče praviloma prav nič ne vpraša, ali je obdolženčev »duševno motnjo« tukaj možno zdraviti, ali je pri napoteni osebi zdravljenje sploh možno.

Običajno v dokumentu sklepa še piše, koliko časa moramo pri določenem obdolžencu izrečni varnostni ukrep po členu 70. a izvajati, če je sodišče čas trajanja varnostnega ukrepa vnaprej določilo; ter da bo sodišče po uradni dolžnosti vsakih šest mesecev na posebni seji preverilo, ali naj se izrečni varnostni ukrep še nadaljuje ali ga sodišče – kot nadalje nepotrebnega – ustavi.

V obrazložitvi sklepa navadno najdemo še nekaj podatkov, v glavnem gre za utemeljitev izreka sklepa, iz česar včasih lahko razberemo, po kakšnem kaznivem dejanju so sklep izdali. (Včasih niti ni konkretnih podatkov o kaznivem dejanju, le člani KZ, ki nam ne povedo kaj veliko o samem obravnavanem človeku.)

Navadno je navedeno še ime izvedenca, ki je v postopku opredelil duševno stanje obdolženca v času storitve obravnavanega dejanja in njegova ocena o nevarnosti ponovitve podobnih dejanj. Včasih sodišče navede tudi kak izvedenčev citat ali pa izbere kaj iz konteksta izvedenskega mnenja in obrazloži nekoliko po svoje.

Čeprav bi, kot določa zakon, moralo biti psihiatrično izvedensko mnenje v celoti priloženo sklepu, moramo zanj pogosto še zaprositi po sprejemu osebe na zdravljenje.

Navadno nam šele po podatkih v izvedenskem mnenju uspe kaj izvedeti tudi o tem, ali se je na obvezni zdravljenelec doslej že kje psihiatrično zdravil.

Medtem smo navadno pacienta že sprejeli na našo enoto in bi mu morali povedati, kaj in kako bo zdravljenje potekalo.

## Izvajanje naloge zdravljenja

V primerih ko gre pri sprejetih za akutno ali napredovalo kronično psihotično (shizofrensko ali podobno) duševno motnjo, je nekoliko lažje, ker je navadno bolezenska slika očitna, in potrebno terapijo, če je pacient še nima uvedene, lahko hitro ustrezno uvedemo.

Osebe z disocialno motnjo pa večinoma po sprejemu niso pripravljene na nikakršno konstruktivno sodelovanje.

Njihovo obvezno »zdravljenje« in varstvo na EFP bi v grobem lahko razdelili v tri faze.

### 1. faza

Tovrstni pacienti po sprejemu na EFP, različno dolgo, navadno najprej poudarjeno opazujejo vse okoli sebe, kontrolirajo in komentirajo zaposlene, podrobno preučujejo vse sisteme varovanja prostora in ljudi ter neprestano iščejo svoje pravice in se pritožujejo čez red na enoti.

Včasih že prvo popoldne, ki ga preživijo na EFP, zberejo ob sebi nekatere v vedenju sebi podobne pa tudi psihotično nekritične paciente in jih »opogumljajo« k uporabi.

Seveda sledi v takih primerih po observaciji tega akcija zaposlenih.

Če pogovori z namenom »ohlajanja vroče juhe« pa poskusi pojasnjevanja tukajšnje situacije in konfrontacije z neustreznim vedenjem in tudi opozorila ne delujejo, situacija pa se še naprej zaostrojuje, nam preostaja le še naš edini glede na razmere učinkoviti ukrep omejitve gibanja fizično nevarnega pacienta.

Konkretno to na EFP pomeni pritrditev osebe s pasovi na posteljo. (Je posebni varnostni ukrep: omejitev gibanja s pasovi.)

Odvisno od stanja vznemirjenosti lahko prejme tudi kakšno pomirjevalo. (Gibanje bi lahko nevarno agresivnemu omejili tudi z omejenim prostorom, toda te možnosti na enoti nimamo.)

Ta posebni varnostni ukrep (PVU, ki ga uporablja tudi splošna psihiatrija) se nato izvaja po protokolu, dokler je indiciran.

Tukaj pač disocialno moteno osebo, ki poskuša funkcionirati prek grožnje in sile, tako na precej nedemokratičen način prisilimo v uvid, da je obvladljiva, in da bo morala tu za uspešno funkcioniranje uporabiti drugačno taktiko.

Ko se umiri in neha groziti – če smo ocenili za potrebno, smo ga medtem že tudi nekoliko umirili z medikamenti – ga sprostimo, seveda še ostaja pod permanentnim nadzorom.

**2. faza:**

Je faza observacije in diagnostike.

Pri osebi z disocialno motnjo lahko:

- ne najdemo nobene druge psihiatrične diagnoze
- najdemo še druge osebnostne motnje
- ugotovimo odvisnost od psihoaktivnih snovi
- ugotovimo duševno manjrazvitost
- ugotovimo sekundarni upad duševnega funkcioniranja in sekundarno osebnostno spremenjenost (popoškodbeni in toksični psihoorganski sindrom in drugo)
- diagnosticiramo depresivno epizodo
- diagnosticiramo kratka in prehodna akutna psihiotična stanja. (Ne omenjam posebej znakov disocialne motnje pri nekaterih bolnikih s shizofrenijo in drugimi hujšimi duševnimi motnjami, zaradi katerih pri njih poteka osnovno zdravljenje.)

Pa še malo pogled na tuje. Tam »disocialne motnje« med medicinskimi diagnozami povečini sploh ne poznajo.

Tako ameriška klasifikacija DSM-5, ki jo –poleg mednarodne, ki je tudi pri nas obvezna – tudi evropski psihiatri pogosto uporabljajo za natančnejšo opredelitev določenih bolezenskih pojavov, med motnjami osebnosti ne navaja disocialne, temveč uporablja pojem »antisocialna«.

pripravljen storiti kar koli za svoje po njegovem »uspešno življenje«, ker ne more izkoristiti možnosti, kakršne drugi lahko;

- ima kriminalno kartoteko;
- ima diagnozo motnje vodljivosti izpred 15. leta.

**3. faza:**

Sledila naj bi faza načrtovanja zdravljenja in nadaljnje zdravljenje (pri osebah z disocialno motnjo?).

Po podatkih iz tuje literature se večina psihiatrov ne odloča, da bi zdravili antisocialno motnjo, ker menijo, da se je ne da zdraviti (angl. untreatable); nekateri pa menijo, da jo je v nekaterih redkih primerih možno zdraviti.

(Sama imam s tega področja v preteklosti nekaj presenetljivo pozitivnih izkušenj z osebami, ki so kazale znake hudo disocialnega vedenja, v osnovi pa je pri njih šlo za hudo nevrotsko osebnostno motnjo, zdraviti pa so se prišle zaradi odvisnosti od alkohola. Vendar so v vseh tistih primerih za možno uspešnost socio-psiho-terapevtskega zdravljenja bili izpolnjeni temeljni pogoji: kritično prepoznavanje disocialne motnje s strani osebe same, dovolj močan bolezenski pritisk in zadostna motivacija osebe ki je vstopala v zdravljenje.)

V slovenski edini mali forenzičnopsihiatrični instituciji pa bi disocialno (antisocialno) osebnostno motnjo pač morali zdraviti.

sumničave	emocionalne in impulzivne	anksiozne
paranoidna	borderline	izmikajoča se
shizoidna	histrionična	odvisna
shizopatska	narcistična	obsesivno-kompulzivna
antisocialna		

**Tabela 1.** Tipi osebnostnih motenj

Za posameznike z antisocialno motnjo navajajo zlasti naslednje značilnosti:

- impulzivnost, lahkomiselnost in brezbržnost, pogosto ne glede na posledice zase in za druge;
- nevarno vedenje, včasih tudi na ilegalni način;
- vedenje, ki je neprijetno za druge;
- počne stvari, ki lahko prizadenejo druge, postavlja joč svoje potrebe nad potrebe ostalih;
- ne občuti nobene krivde, če je z drugimi grdo ravnal;
- je razdražljiv in agresiven ter hitro v sporih;
- se zelo hitro dolgočasi in le redko najde ustrezno zaposlitev za daljše obdobje;
- verjame, da samo najmočnejši preživijo in je

Torej kako?

Psihofarmakologija ne ponuja zdravila za disocialno motnjo.

Psihoterapije med svojimi kandidati za vključitev v terapevtski proces izključujejo osebe z disocialno motnjo.

Psihiatrija osebe, pri katerih je opažena disocialna motnja, po možnosti čim prej odpusti z oddelka.

Znani so tudi nekateri poskusi psihoterapevtskih obravnav oseb z disocialno motnjo v posebnih pogojih (Ziherl je določeno obdobje vodil posebno psihoterapevtsko skupino oseb z disocialno osebnostno motnjo v zaporu), vendar vidnejši uspehi niso publicirani.

Kaj pa pravi o psihiatričnem zdravljenju disocialne (antisocialne) osebnostne motnje tuja forenzična psihiatrija? Pregledala sem nekaj tujih forenzičnih učbenikov, ki prav tako ne navajajo iskanega recepta. Opisujejo pa težave, ki jih na forenzičnem oddelku navadno povzročajo osebe, ki imajo tudi antisocialno osebnostno motnjo.

Na EFP smo doslej med obvezno zdravljenimi obravnavali okoli deset odstotkov oseb s hujšo disocialno motnjo. Torej tistih, pri katerih je bila disocialna motnja vodilna patologija in so bili zaradi nje tudi vedenjsko problematični in težavni tudi v skupnosti zdravljenih na EFP.

In kaj smo pri njih zdravili?

Odtegnitvene težave zaradi odvisnosti od PAS<sup>1</sup>, če je bilo potrebno; prehodno depresivno epizodo, v enem primeru ADHD<sup>2</sup>, v cilju psihosocialne rehabilitacije smo jih organizirano spodbujali k skrbi za osebno higieno in samostojnemu funkcioniranju v skladu z redom in terapevtskimi aktivnostmi na EFP, v nekaj primerih smo jih s pomočjo sosednje psihiatrične Enote za bolezni odvisnosti vključili v tamkajšnji alkohološki program, kjer pa se naši disocialno moteni ravno zaradi svoje preveč izražene disocialne motnje niso uspevali zadostno prilagoditi, da bi zmogli opraviti skupinski program.

V večini primerov smo se pri osebah z disocialno osebnostno motnjo v začetku morali spoprijemati predvsem z nastopaško opozicionalnim disocialnim vedenjem, po umiritvi le-tega pa pri nekaterih tudi s pasivno opozicionalnim reagiranjem, ko bi nekateri najrajši prejeli visoke odmerke pomirjeval in uspaval, da bi čas, določen za izvajanje varnostnega ukrepa tukaj, kar prespali in preždeli v postelji. Motivacija za aktivnosti je bila pri takih navadno zelo težavna: saj so se hudovali in pritoževali že, ko so jih zaposleni budili in vabili k telovadbi, osebni higieni in celo k obrokom.

Z usklajeno vztrajnostjo vseh, ki imamo s tako osebo opravka, sčasoma v nekaterih primerih postopoma dosežemo nekoliko konstruktivnejše odzivanje.

Seveda pa s tem nismo ozdravili disocialne motnje. Ta ostaja in oseba z njo v tukajšnjih bolnišničnih razmerah lahko s svojim destruktivnim vedenjem mesece do nevdržnosti otežuje sobivanje drugim tu zdravljenim, zlasti psihotično bolne včasih navkljub stalnemu nadzoru rafinirano in prikrito terorizira z raznimi

grožnjami, navadno skrbno prav še toliko do meje, da nimamo zadostnega razloga za najbolj drastično intervencijo z ukrepom prisilne omejitve.

Ko sta diagnoza hujše disocialne osebnostne motnje in nezmožnost zdravljenja le-te jasno ugotovljeni in je tudi že nesporno jasno ugotovljeno, da nadaljnje bivanje osebe s to motnjo na EFP nima nobenega zdravstvenega razloga, za druge, ki jih obvezno psihiatrično zdravimo zaradi duševnih motenj, pa je celo škodljivo in pogosto tudi ogrožajoče, nam ne preostane drugega, kot da pristojno sodišče s tem seznanimo in za obravnavano osebo predlagamo ustavitve v nadaljnjem nepotrebnega (neučinkovitega) in nesmiselnega nadaljevanja izvajanja varnostnega ukrepa po členu 70. a KZ-1.

#### 4. faza:

Faza ponavljanja obveščanja in apelov in dopovedovanja sodišču.

EFP je sodišču po KZ-1 dolžna poročati o zdravljenju vsakih šest mesecev, če pa ugotovi, da obvezno psihiatrično zdravljenje in varstvo v zdravstvenem zavodu na podlagi varnostnega ukrepa zdravljeni osebi nista več potrebna, pa lahko tudi prej.

Na naša poročila, poslana prej, se je po dosedanji izkušnji odzvalo le malokatero sodišče, čeprav so nam potem tudi tista neodzivna na šest mesecev pošiljala pozive, naj pošljemo poročilo in odgovorimo na navedena vprašanja (čeprav smo nanje kak mesec ali dva prej že odgovorili).

Zdravniki na EFP menimo, da je pri tem vsebina osnovnega problema:

zdravljenja ni, sodišče pa obdolženca nima kam namestiti v nadaljnje varstvo.

Primerne specializirane socialno-varstvene ustanove ni, v zapor pa ga tudi ne more premestiti, če ga ni prej obsodilo na nič zaporne kazni.

Ker pa niti izvedenec niti zdravniki EFP pri obdolžencu z disocialno osebnostno motnjo ne moremo izključiti nadaljnje ponovitvene nevarnosti za kazniva dejanja, mu sodišče stacionarni varnostni ukrep tukaj, da ga pušča na varnem, kar podaljšuje in tako s svoje strani »rešuje« problem.

In to traja.

Če že zaposleni moramo iz dneva v dan prenašati vse večje in manjše neugodnosti disocialnega (antisocialnega) vedenja motenih obdolžencev, kar nas tudi pogosto ovira pri strokovnem delu v zdravstveni oskrbi bolnih oseb z varnostnim ukrepom, predlagam pristojnim vprašati se o pravicah bolnih oseb, da med svojim obveznim psihiatričnim zdravljenjem ne

<sup>1</sup> Psihoaktivne substance

<sup>2</sup> Prisotnost motnje pozornosti, združene s hiperkinetičnim sindromom oziroma anamnezo hiperkinetične motnje vsaj v otroštvu in prisotnost motnje pozornosti.

doživljajo nasilja s strani nekaterih neupravičeno poleg njih na forenzični psihiatriji le bivajočih in varovanih vedenjsko skrajno problematičnih obdolžencev, samo iz razloga, da imajo drugi zunaj pred njimi mir.

Po zdravstveni metodologiji in praksi zdravljenje, ki ni več potrebno ali ni možno, mora biti zaključeno.

Ga v predstavljenih situacijah smemo zaključiti?

### **Dodatek**

Posebno poglavje problemov nastopa tudi, kadar je napoten odvisnik od psihoaktivnih substanc, s klinično tudi jasno izraženo disocialno osebnostno motnjo, pa ta odvisnik na EFP tudi vodeno opusti substitucijo in opravi detoksikacijo ter se začetno v tukajšnjem varovanem okolju tudi že nekoliko resocializira, nato pa želi nadaljevanje kompleksnega protiodvisnostnega zdravljenja po ustreznem programu.

Ko tako situacijo predstavimo sodišču, mu le-to navadno še prek nekaj podaljšanj za šest mesecev varnostnega ukrepa prav zaradi znane disocialne motnje ni pripravljeno spremeniti iz tistega po členu 70. a v drugega, po členu 70. b KZ-1, ustrezno nadaljnje zdravljenje pa bi lahko potekalo le na način zdravljenja na prostosti, ker je (zdaj še) v Sloveniji samo odprtega tipa.

Vsaj delno rešitev tovrstne problematike pričakujemo z odprtjem četrte forenzične podenote (Enote E2); tukaj je v pripravi predvideni subspecialni program za odvisne od prepovedanih drog, ki bo tu lahko stekel z začetkom v zaprtem in kontroliranem okolju.

### **Zaključek**

Predlagam, da oblikujemo skupni poziv k pravni ureditvi podlage in pravice za zaključevanje zdravljenja na EFP na temelju strokovne psihiatrične ugotovitve, da je zdravljenje zaključeno, v primerih ko je strokovno medicinsko ugotovljeno, da psihiatrično zdravljenje tukaj osebi z varnostnim ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ni (več) potrebno.

Morda bi v takih primerih o odpustu z EFP lahko odločala tudi sedanja Skupina za forenzično psihiatrijo (katere Ministrstvu na pobudo članov nočeta prestrukturirati v Komisijo za forenzično psihiatrijo in ji redefinirati naloge in dodati tud kakšno pooblastilo).

(Izvajalec :

Naslovnik: Sodni svet? )

**Literatura**

1. Textbook of Forensic Psychiatry, Robert I. Simon, MD, Liza H. Gold, MD, The American Psychiatric Publishing, Inc. Washington, DC, London, England, 2nd Edition.
2. Reintegracija vedenja in rigidnost motenih osebnosti: Disertacija, M. Kobal, Medicinska fakulteta v Ljubljani 1970.
3. Antisocial Personality Disorders, Swanson, M.C.J. , Bland, R.C. And Newman, S.C. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89: 63 – 70. doi: 101111/j.1600-0447.1994.tb05792
4. Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Publishing, Antisocial Personality Disorder, <http://dx.doi.org/10-1176/appi.books.9781585625048.gg69>
5. Mind, the mental health clarity-help... [http-www.mind.org.uk/information-suport/types of mental-health-...](http-www.mind.org.uk/information-suport/types%20of%20mental-health-...)  
Personality disorders. Antisocial Personality Disorder (ASPD)
6. Problemi psihopatije, T. Kronja, Priručnici za lekare, Medicinska knjiga Beograd-Zagreb 1961.
7. Treatment of Personal Disorders, Jan Derksen, Cesare Maffei, and Herman Green, Kluwer Academic/ Plem num Pablshers 1999, New York, Boston, Dodrecht, London, Moskow.