

VICEVERJA

GLASILO ZDRUŽENJA PSIHIATROV PRI SLOVENSKEM ZDRAVNIŠKEM DRUŠTVU

SEMINAR IZ FORENZIČNE PSIHIATRIJE LOKARJEVI DNEVI 2016

DISOCIALNA OSEBNOSTNA MOTNJA - PSIHIATRIČNI
IN PRAVNI VIDIKI



posebna izdaja
januar 2016



Glavni urednik

doc.dr. Brigita Novak Šarotar, dr.med.

Odgovorni urednik

asist.mag. Jurij Bon, dr.med.

Uredniški odbor

izr.prof.dr. Peter Pregelj, dr.med.

izr.prof.dr. Maja Rus Makovec, dr.med.

prof.dr. Mojca Zvezdana Dernovšek, dr.med.

Nataša Potočnik Dajčman, dr.med.

doc.dr. Blaž Koritnik, dr.med.

dr. Marko Pišljarič, dr.med.

prim. Andrej Žmitek, dr.med.

asist. Jure Koprivšek, dr.med.

Kristjan Nedog, dr.med.

Peter Kapš, dr.med.

Programski odbor

prof.dr. Martina Tomori, dr.med.

prof.dr. Blanka Kores-Plesničar, dr.med.

prof.dr. Rok Tavčar, dr.med.

prof.dr. Bojan Zalar, klin.psih.

prim. Gorazd V. Mrevlje, dr.med.

izr.prof.dr. Vesna Švab, dr.med.

Lektoriranje:

Mateja Strbad, dr.med.

Izdajatelj

Slovensko zdravniško društvo; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu

Naslov uredništva: Dunajska 162, 1000 Ljubljana

Domača stran na internetu: www.zpsih.si

Tisk

Martin Ribič s.p.

Grafično oblikovanje

Branko Anđel s.p.

ISSN 1318-5764

Kazalo

Alja Kratovac

O razumnem človeku ali zakaj osebnostna motnja ne more utemeljevati krivdnih odpustkov	6
---	---

Gorazd V. Mrevlje, Karin Sernec

Osebnostna motenost ali psihopatija – stanje danes	14
---	----

Martina Tomori

Mladoletni prestopniki in mladi storilci kaznivih dejanj z disocialno osebnostno motnjo	20
--	----

Vanja Fran Rejec

Disocialna osebnostna motenost, kako jo prepoznati pri klientih in kakšna je njihova prognoza	28
--	----

Angelca Ficko-Zalokar

Obvezno psihiatrično zdravljenje oseb z disocialno osebnostno motnjo na enoti za forenzično psihiatrijo	32
--	----

Bojan Filipič

Izvenbolnišnična psihiatrična obravnava disocialne osebnostne motnje	38
---	----

Matej Kravos

Izvedenec pod pritiskom in grožnjami	44
---	----

Melita Zver Makovec

Delo s posamezniki z disocialno motnjo osebnosti v Zavodih za prestajanje kazni zapora v RS	52
--	----

Peter Pregelj, Jure Bon

Ali svobodna volja v času nevroznosti še obstaja?	58
--	----

Uvodne besede

V imenu organizacijskega odbora letošnjega seminarja Lokarjevi dnevi bi Vam želela izreči pozdrav in dobrodošlico na tem tradicionalnem seminarju.

Člani organizacijskega odbora smo zelo veseli, da ste se odzvali v tolikšnem številu, ker menimo, da to tudi pomeni, da še naprej obstaja interes za boljše komunikacijo in boljše razumevanje povedanega in vprašanega na stičnem področju naših tako pomembnih strok.

Prav zato ker pravniška in medicinska stroka govorita dva različna strokovna jezika, so se naši predhodniki sodniki in psihiatri izvedenci dogovorili za tedanje skupne strokovne sestanke vsako leto ob miklavževem. To je bil okoli dve desetletji naš »Miklavžev« sestanek, vsako leto v začetku decembra. Kasneje, po prezgodnji smrti enega naših učiteljev psihiatričnega izvedenstva, smo naš seminar iz Miklavževega preimenovali po pokojnem profesorju Jožetu Lokarju v njegove Lokarjeve dneve. Včasih smo imeli aktualnega gradiva tudi za dva dni, potem smo vse skupaj spet iz različnih razlogov strnili v en dan, in prav tako iz različnih razlogov včasih tudi izpustili.

Tudi iz lastnih izkušenj se psihiatri izvedenci dobro zavedamo, kako je takšno vzdrževanje komunikacije med tako različnima strokama zares potrebno. Tedaj ko psihiater izvedenec dobi od sodnika izvedensko nalogo in s tem postane v določeni točki pri sodišču obravnavane zadeve prehodno v tisti točki sodelavec sodišča in sodnika, se od njega pričakuje, da bo svoje delo opravil odlično. Toda v cilju tega mora svojo nalogo najprej dobro razumeti.

Torej j mora izvedenec najprej dobro razumeti vprašanje in vedeti, kaj se od njega zahteva. Svojo nalogo mora seveda opraviti strokovno in etično pravilno. Ampak samo to ni dovolj. Izvedenec mora na vprašanja sodišča v svojem izvedenskem mnenju svoje ugotovitve in odgovore predstaviti tako, da jih bodo razumeli sodniki in vsi udeleženci postopka. Torej mora svoje odgovore znati povedati strokovno ustrezno in hkrati toliko preprosto, včasih tudi poenostavljeno, da bo vsem dovolj razumljivo. In ni dvoma, da bi vsi izvedenci želeli svoje naloge opravljati odlično, zato nam je taka komunikacija, obogatena z dodatnimi novimi obojestranskimi informacijami, kot se tradicionalno dogaja na tem seminarju, izredno potrebna in pomembna.

Zato smo letos znova pripravili ta tradicionalni seminar, Lokarjeve dneve, po tokratnem obsegu sicer Lokarjev dan, vendar upamo, da Vam bo ta dan dovolj zanimiv in da nam bo kdaj pri kakšni dilemi v našem delu lahko vsaj malo koristen.

Zato Vam v imenu organizacijskega odbora želim, naj Vam bo torej tudi naše današnje strokovno srečanje prijetno in naj vsakemu prinese tudi kakšno pozitivno strokovno informacijo ali izkušnjo.

Predvidene razprave in odmori pa nam bodo dali tudi več priložnosti za vajo interdisciplinarne komunikacije.

Angelca Ficko-Zalokar

O razumnem človeku ali zakaj osebnostna motnja ne more utemeljevati krivdnih odpustkov

Mag. Alja Kratovac

Okrožna sodnica na Okrožnem sodišču v Ljubljani
Doktorska kandidatka Pravne fakultete v Ljubljani

Korespondenca:

alja.kratovac@gmail.com

»A tko su ti zdravi ljudi? Kako se oni definiraju? Definicija duševnog zdravlja koju su predložili eksperti uglavnom je jednaka pojmu podčinjavanja manje ili više pravno postavljenim društvenim normama.«¹

Vprašanje o tem, kakšen je človek, ki mu je moč nasloviti očitke krivde za storjeno kaznivo dejanje, je kompleksno pravnofilozofsko vprašanje. V idealističnem pojmovanju razsvetljenstva, ki je danes še vedno filozofska podlaga pravнопolitичnemu izhodišču, kazenskopravni obravnavi storilcev kaznivih dejanj, se razvije misel o razumnem človeku, človeku kot bitju, ki je z rojstvom obdarjeno z razumom, svobodno voljo in naravnimi pravicami. Na tem izhodišču je kazensko pravo utemeljilo standard ustreznega naslovnika kazenskopravnega očitka. Pri tem izhaja iz pravne domneve, da je vsak storilec razumen, duševno normalen, zato je v takem psihofizičnem stanju, ki mu

omogoča pravilno (realno) zaznavanje in pojmovanje sveta okoli sebe ter obvladovanje svojih ravnanj. Samo tako duševno stanje storilca (prištevnost) je v nadaljevanju temelj naslavljanja očitka krivde. Po daljšem času srednjeveške humanistične teme zelo velik razsvetlenski preboj pa je sčasoma v dogmatični naravi prava povzročil svojevrstno normativno impotenco.² Že v svojem nastanku je opisana formula postavila problematičen enačaj med razumom in duševnim zdravjem, ki ni bil ne takrat, v razvoju pa je postajal

² Razsvetlenski paralizni ni ušla niti filozofija. Michel Foucault je leta 1984 napisal krajši tekst z naslovom Kaj je razsvetljenstvo?; v njem je svojo filozofijo navezal na Kantovo preiščevanje v istoimenskem članku iz leta 1784. V Foucaultovem tekstu najdemo misel, da v porazsvetlenski dobi že od Hegla in Nietzscheja naprej stežka najdemo filozofijo, ki se ne bi spopadla z vprašanjem, kaj je razsvetljenstvo. Foucault na podlagi tega izpelje misel, da če bi skušali odgovoriti, kaj je moderna filozofija, bi lahko rekli, da je zanjo značilno prav to, da skuša odgovoriti, kaj je razsvetljenstvo. V: Foucault, Michel: Qu'est-ce que les Lumières, v: Dits et écrits, II. volume, Editions Gallimard, Paris, 2001, str. 1381–1397.

¹ Pavlovič, Šime: KAZNENI ZAKON, 2. izmijenjeno, dopunjeno i prošireno izdanje, Libertin naklada, Rijeka 2014, str. 692.

vse manj ustrezen. Razvoj medicine, psihiatrije kaže, da duševno bolnih (oziroma v najnovejšem poimenovanju: oseb z duševnimi motnjami) ni moč avtomatično definirati kot nerazumnih. Na drugi strani kazenskoppravna praksa kaže, da ravnanjem razumnih ljudi ni moč vedno pripisovati razumnosti, prištevni ravnanj. Med razumom in duševnim zdravjem ni moč zares postaviti enačaja. Na slabosti tako zgrajene pojmovne konstrukcije so sčasoma pokazale ravno osebnostne motnje.

Primerjalnopravno je moč ugotoviti, da so kazenskoppravne rešitve prištevni v svojem bistvu enake.³ Samo duševno bolezen (in ne osebnostno motnjo) prepoznavajo kot biološki kriterij in temelj ugotavljanja (ne)prištevni.

Kazenski zakonik (v nadaljevanju KZ-1) v 29. členu določa: »Ni prišteven storilec, ki ob storitvi protipravnega dejanja ni mogel razumeti pomena svojega dejanja ali ni mogel imeti v oblasti svojega ravnanja zaradi duševne motnje ali duševne manjrazvitosti.«

Tako oblikovana formula je skrivnostna tako pravnikom kot zdravnikom. Ker je v okviru zakona namenjena predvsem pravnikom, tožilcem, odvetnikom in sodnikom, bi bilo najprej koristno, da je vsaj njim ustrezno razumljiva. Zakon ne pove, kaj je duševna motnja in duševna manjrazvitost, procesni zakon zgolj odredi, da je potrebno v primeru dvoma o kazenskem postopku pritegniti izvedenca psihiatra, ki bo pojasnil, ali obstoji »duševna motnja in duševna manjrazvitost« in kako ta vpliva na razumevanje in obvladovanje ravnanj. Kaj po vsebini pomeni formula (ne)prištevni, pove doktrina, pa tudi ta plašno in zadržano. Vsaj bodočim pravnikom z univerzitetno in osnovno doktrinarno razlago vsebina biološkega kriterija ni nikoli ustrezno predstavljena.

Moj učbenik iz leta 1987⁴ pove: »Izraz »biološki pogoji«, ki ga uporabljamo, je samo konvencionalen, saj duševne abnormnosti, ki jih kazenski zakon SFRJ klasificira v tri skupine, niso nujno po svoji naravi in izvoru biološke. Izraz »biološki pogoji« uporabljamo torej samo zato, da to skupino pogojev ali okoliščin razločujemo od psiholoških. Toda tudi tri skupine t. i. bioloških pogojev: trajna ali začasna duševna bolezen, začasna duševna motnja in duševna zaostalost, so izrazi, ki jih uporablja pravo zaradi tega, da bi z njimi pokrilo vse tiste vrste in oblike duševne patologije, ki jih pozna, diagnosticira ali na novo diferencira

psihiatrija kot posebna veja medicine. Kazenski zakon ne more in tudi ne sme naštevati tistih psihopatoloških stanj (diagnoz), ki bi utegnili izključevati storilčevo prištevni, ker bi bil to nedopusten in škodljiv poseg na področje medicine.⁵ Vsekakor pa je že zdaj očitno, da je ugotovitev o obstoju kakšne duševne abnormnosti ali psihopatološkega stanja pri storilcu v trenutku storitve kaznivega dejanja prvi pogoj za izključitev njegove prištevni.« Razlaga učbenikov se v svoji osnovi ponavlja in v zadnji izdaji⁶ bodočim pravnikom (poleg zgoraj naštetega, z ustrezno prilagoditvijo spremembam kazenskega zakonika) pove: »da indikacij biološkega kriterija: »duševna motnja« in duševna manjrazvitost« po eni strani ne smemo razumeti kot omejevalna, saj zajemata vsa po današnji psihiatrični znanosti prepoznana psihopatološka stanja. Toda po drugi strani sta ta izraza tudi omejevalna, ker poskušata postaviti mejo med duševno normalnostjo in abnormnostjo ...« V nadaljevanju učbenik z izraženo skromnostjo in spoštovanjem do psihiatrične znanosti⁸ bolj plašno navede nekaj osnovnih psihiatrskih stanj: »zlasti psihoze in psihotične reakcije«. Študentje prava danes imajo z razlago enako težavo, ki so jih imele generacije pred njimi, kaj zatorej nekomu mora biti, da je podan biološki pogoj. Plašna in zadržana definicija, ki ne omogoča pravega uvida v institut neprištevni, še posebno ne v njegov biološki del.

Po povsem jezikovni razlagi, upoštevajoč medicinska izhodišča, KZ-1 osebnostne motnje ne pozna, je ne ureja in s tem pove, da preprosto ni ekskulpacijski razlog. Dogmatično pravno bi morali v kazenskih postopkih ob ugotovitvi izvedencev o obstoju »zgolj« osebnostne motnje postopke ugotavljanja

5 Na tem mestu je pripomniti, da tekst napoti na sklep, da je medicina tista, ki z oblikovanjem biološkega kriterija določa kriminalnopolitične temelje krivdnih odpustkov, pa tudi, da lahko kazenskoppravna zakonodaja škodljivo posega v medicino, kar logično ne vzdrži. Četudi bi zakon na primer določal, da demenca ne utemeljuje neprištevni, slednje medicinske znanosti ne bi v ničemer zavezovale k svoji ugotovitvi, da demenco štejejo kot bolezen. In obratno, če bi zakon določal, da je tudi vedenjska motnja temelj za ugotavljanje neprištevni, slednje medicine v ničemer ne bi zavezovale k ugotovitvi, da jo sami morajo šteti kot bolezen. Dodati je še, da ni videti razloga, da bi bila tehtna kriminalnopolitična odločitev formalno vezana na medicinske diagnoze.

6 Bavcon, Ljubo; Šelih, Alenka; Korošec, Damjan; Ambrož, Matjaž; Filipič, Katja: KAZENSKO PRAVO - SPLOŠNI DEL, šesta izdaja, ČZ Uradni list RS, Ljubljana 2013, str. 270.

7 Kar ne drži, saj je biološki kriterij omejen na duševne motnje.

8 »Očitno je, da smo zdaj na področju psihiatrične znanosti in prakse in posebej sodnopsihiatrične ali tudi forenzične znanosti in stroke. Zato si tu dovoljujemo podati samo nekaj skromnih in površnih ponzoritev o tem, kaj moramo razumeti z izrazi, ki jih zakon uporablja za označitev biološkega pogoja neprištevni.« Supra 6, str. 270.

3 Za potrebe pričujočega članka sem podrobno ureditev izpustila, saj na bistvo obravnavane teme odločilno ne vplivajo.

4 Bavcon, Ljubo in Šelih, Alenka: KAZENSKO PRAVO - SPLOŠNI DEL, ČZ Uradni list RS, Ljubljana 1987, str. 189–190.

prištevnosti ustaviti, praksa pa farizejske rešitve odklanja. Iz več, zelo utemeljenih in praktičnih razlogov.

Pravniki sami bi za normirano dolžnost prepoznavanja odklonskih duševnih stanj morali najprej razumeti zakonsko pooblastilo. Kaj je duševna motnja in kaj »zgolj« osebna ter v čem in zakaj se razlikujeta, predvsem v čem in zakaj razlikovanje normira zakonodajalec. Kot je bilo zgoraj obrazloženo, pravnika o tem nihče ne pouči.⁹ Od pravnikar se zgolj zahteva, da prepozna neko abstraktno odklonsko duševno stanje (»da nekomu nekaj je«), ki utemeljuje začetek ugotavljanja prištevnosti. Če prištevnosti pravnikar sami ne moremo ugotavljati, pa nam je odrejeno posebej težko breme prepoznavanja odklonskih duševnih stanj, ki utemeljujejo začetek preverjanja prištevnosti. V nadaljevanju pa še težjo oceno psihološkega kriterija in sestavo (ne)prištevnostnega silogizma.

Kaj zatorej nekomu je oziroma mora biti, da utemelji biološki kriterij neprištevnosti? Pri iskanju pravnikom dogmatično razumljivega temelja se je koristno vrniti v čas rimskega prava. V pozni rimski dobi pri Ulpianu zasledimo prvi zametek teoretične konstrukcije »doli incapax«, ko postavi pravilo, da duševno abnormni storilec zato ni kazniv, ker ni sposoben biti kriv.¹⁰ Rimljani so zavzeli stališče, da storilca ni kaznovati, saj je že dovolj kaznovan s svojo nenormalnostjo. Gre za pravilo, ki v svojem bistvu pomeni, da ni moč kaznovati duševno nenormalnega storilca, ker ni sposoben »biti kriv«.¹¹ Ob ugotovitvi, da ima storilec katero od takrat prepoznanih duševnih bolezni (»*furiosi*« – bes, norost ali blaznost, »*dementia*« – demenca, »*mente caputio*« – duševno moteni, »*insania*« – nezdravje kot tako, »*senectus*« – sekundaren upad duševnih funkcij, starost¹²), ga niso

kaznovali.¹³ Iz najobširnejše rimske kodifikacije, Justinijanovih institucij¹⁴, je povzeti pravno izhodišče obravnavanja »nerazsodnih«, skupni imenovalc tako civilnim kot kazenskim postopkom o pomenu »sposobnosti izjave volje« posameznika, ki ga doktrinarno ocenjujem kot primernejšega od kasnejšega razsvetljenjskega izhodišča »razumnosti«. Rimska doktrina je v tem smislu pravno natančnejša, doktrinarno logična in med pravnimi vejami bolj dosledna, povezujoča in razumljiva. V rimskem pojmovanju ne zajema samo duševno bolnih, temveč tudi nedolne, katerih domneva »nerazsodnosti« ni izpodbojna, po samem zakonu njihova izjava volje ni upoštevna.¹⁵ Obravnavanim »nesposobnostim« je pravno skupno izhodišče ocena sposobnosti manifestacije ustrezne volje, ki se brez dvoma kaže tudi v sposobnosti manifestacije ustreznih ravnanj (kot posledico sposobnosti oblikovanja ustrezne volje). Rimljani so nerazsodnost tako navezali na kvaliteto ustreznosti volje in ne razuma.¹⁶ Pri tem pa je vsebino ustreznosti volje pravno še danes lažje ujeti kot ustreznost razuma. »Sposobnost izjave volje« je namreč pravni znanosti bližja kot filozofski pojem »razuma«, ki ima v nasprotju s pravnim izjavljanjem volje svoj veliko širši znanstveni odsev tako v filozofiji kot medicini in več drugih znanostih, kljub temu da se navedena formula z današnje pravnodoktrinarne percepcije zdi pomanjkljiva.¹⁷ S kratkim¹⁸ in pravnozgodovinsko selektivnim pregledom sem želela poudariti, da je že v rimskem pravu zaznati utemeljitev zelo stroge in vsaj kazuistično prepoznavne formule, komu gre neprištevnostni (krivdni) odpustek. To brez dvoma takrat niso bile osebne motnje, kar je pripisati dejstvu, da jih takratna medicina sploh še ni definirala,

vih institucij, JUSTINIJANOVE INSTITUCIJE, GV založba 2012, str. 117.

13 Take storilce je bilo po potrebi – v stanju »furie« tudi ukovati.

14 Kranjc, *supra* 12.

15 V kodificiranju opravičnih in pravnih sposobnosti tako na področju civilnega, predvsem pa kazenskega prava se je urejanje »nesposobnosti« stoletja obdržalo skupaj, neke vse do danes, kar je primer Čila.

16 Zatorej na sposobnost »hotenja« in ne sposobnost »vključevati, sprejemati v zavest in ugotavljati vzročne, logične povezave«, povzeto po definicijah SSKJ.

17 Prof. dr. Janez Kranjc o tem: »Problem rimskega prava je v pomanjkanju definicij in se zato včasih zdi, da določenih konceptov in pojmov ni poznalo. Ko si ogledamo kazuistiko, navadno vidimo, da to ni tako. Srednji vek iz rimskih kazusov izpelje načela in teorijo. Gre za nov način gledanja, ne pa nujno za novo vsebino.« Osebna korespondenca avtorice.

18 Pri oblikovanju vsebine in količine teksta sem se morala samoomejiti in v tem smislu je izpuščen zelo zanimiv in pravno bogat del razvoja instituta v srednjem veku. Za potrebe tega članka sem zgolj vzpostavila potreben most med dogmatiko rimskega prava in oblikovanjem formule v razsvetljenstvu, kar nujno terja prezrtje vmesnega obdobja, srednjega veka, za katerega sem ocenila, da ga bom v argumentu najlažje izpustila.

9 V tem delu pa opisan argument zelo plastično utrdijo ugotovitve dr. Luigija Varanellija v članku Neprištevnost med pravom in psihopatologijo, iz katerih je zelo jasno povzeti, da sam kot pravnik, ki je tudi psiholog, ne loči med osebnostno in duševno motnjo in obe obravnava v enotnem pojmu "duševne motnje". Varanelli, Luigi: NEPRIŠTEVNOST MED PRAVOM IN PSIHOPATOLOGIJO, Revija Odvetnik, 73, Zima 2015, str. 32 do 35.

10 Bavcon, *Supra* 6, str. 269. Pri tem sama dodajam, da se v prevodu izgubi pomen formule. Če v latinščini angleški prevod še pomeni »incapable of wrong«, se prevaja v »incapable of guilt«, kar po vsebini ni enako. Rimski kazenski postopek izgubo vsebinskega prevoda ustrezno izraža. V postopku se je namreč ugotavljalo zgolj, ali je obdolženi kaznivo dejanje storil ali ne, po vsebini postopka ni razbrati, da bi šlo zares za očitek krivde v kasnejšem oziroma današnjem pojmovanju krivde. Krivda v današnjem pojmovanju se začne oblikovati s krščanstvom.

11 V duhu tistega časa bi ta del formule ustrezneje prevedli, da ne more storiti kaznivega dejanja, ker ni sposoben razumeti »napačnega«, zatorej kaznivega. Kot *supra* 47.

12 Prevod sem povzela po dr. Janezu Kranjcu iz prevoda Justinijano-

družboslovno pa se očitno tudi niso vsiljevale kot vsebina, ki bi jo bilo potrebno pravno obravnavati. Trdim, da osebnostne motnje v smislu prepoznavnih in upoštevnih ekskulpacijskih duševnih stanj tudi še v času razsvetljenstva niso bile predmet kazenskopravne obravnave. Ko razsvetljenska filozofija govori o svobodi uma, ostaja v polju duševno zdravih, z različno razvitimi socialnimi veščinami in družbeno prilagojenostjo.

O tem prepričljivo govori Immanuel Kant, izstopajoči filozof in um tistega časa. V Kantovem Odgovoru na vprašanje: Kaj je razsvetljenstvo?¹⁹ je moč priročno najti filozofsko utemeljitev današnje formule neprištevnosti, pa tudi njeno doktrinarno pravno problematičnost. Kant razsvetljenstvo označi kot človekov izhod iz nezrelosti, za katero je posameznik kriv sam. Nezrelost nadalje pojasni in pove, da gre za nezmožnost uporabljanja svojega razuma brez vodstva nekoga drugega, krivda za tako nezrelost pa je lastna, ker vzrok zanjo ni v pomanjkanju razuma, temveč v pomanjkanju odločnosti in poguma, da bi ga človek uporabljal brez tujega vodstva. Slednje Kant naveže na subjektivno lenobo, tudi strahopetnost, ki se kaže v udobju prepuščanja odgovornosti in odločitev nekemu drugemu: *»Če imam knjigo, ki ima zame razum, dušebrižnika, ki ima zame vest zdravnika, ki zame presoja dieto itn.: potem se mi vendar ni treba samemu truditi.«* Svobodni um je po Kantu odvisen od individualne odločitve vsakega in, kar je bistveno, z zavedanjem posledic svojih ravnanj in prevzemanju odgovornosti zanj. Posameznikovo razumno ravnanje pri tem plastično opiše v družbenem kontekstu individualne in družbene odgovornosti: *»Za razsvetljenstvo pa ni treba drugega kot svobode in to najbolj neškodljive od vsega, kar se lahko imenuje svoboda, namreč tole: uveljavitev vsestranske javne uporabe lastnega uma. Zdaj pa slišim z vseh strani klice: ne rezonirajte! Častnik pravi: »Ne rezonirajte, eksercirajte!« Finančni svetnik: »Ne rezonirajte, plačajte!« Duhovnik: »Ne rezonirajte, verujte!« (Samo en sam gospodar na svetu pravi: »Rezonirajte, kolikor vas je volja in o čemer hočete, toda bodite poslušni!«). Vse povsod je tu omejitev svobode. Katera omejitev pa je razsvetljenstvu v oviro in katera to ni, temveč ji je le v pomoč? – Odgovarjam: javna uporaba lastnega uma mora biti vsekakor svobodna in samo ona lahko pripelje do razsvetljenosti med ljudmi.«*

V tem duhu se je razvilo tudi moderno pojmovanje kazenske odgovornosti, krivde. Pri tem je po moji oceni pomembnejši razsvetljenski prelom v dojemanju prevzemanja individualne odgovornosti za svoja ravnanja kot v poudarjanju duševnih bolezni in ekskulpacij s tem v zvezi. Razsvetljenska svoboda uma, razumnost, ima v tem smislu bolj in več opravi z intelektualno svobodo in odgovornostjo kot z utemeljevanjem in definiranjem odnosa do bioloških omejitev umnih sposobnosti. Slednje so zgolj stranski produkt razumevanja osvoboditve uma. Ko se razsvetljenstvo opredeljuje do razuma, ga definira v polju individualne intelektualne odgovornosti vsakega (razumnega) človeka, od udobnosti prepuščanja odgovornosti in odločitev do prevzemanja polne odgovornosti za svoja ravnanja, presežke lastne, intelektualne oziroma razumske uveljavitve, kar vse so atributi »razumnosti«, ki nimajo ustrezne pravnodoktrinarne povezave do sposobnosti izjavljanja volje, ki ga pravniki lažje procesiramo. Duševna okrnjenost je v takem smislu zgolj polje izven dometa presoje razumnega. Še danes bi pravilno razumevanje razsvetljenskega »razuma« brez dvoma pripomoglo k učinkovitejši aplikaciji »prištevnosti« oziroma kriminalnopolitičnim razlogom za najprej krivdne in v nadaljevanju penalne odpustke.

Na mestu je zatorej vprašanje, ali vsaka značajska hiba, prirojen ali pridobljen osebnostni odklon lahko zares utemeljuje izključitev kazenske odgovornosti.²⁰ Slednje je bolj kot v polju duševno bolnih iskati v razsvetljenskem polju med tistimi, ki iz udobja odgovornost prelagajo na druge (starše, vzgojo, družbo, sistem) prek svojevrstnih značajskih kombinacij do polno odgovornih posameznikov, razumnih in odgovornih ljudi. Kot bo pojasnjeno v nadaljevanju, se kritična skupina nahaja v psihiatričnem polju osebnostnih motenj F60–F69²¹, ki bi ga bilo prav iz kriminalnopolitičnih razlogov najkoristneje raziskati. Na njih razsvetljenstvo temelji filozofsko individualno krivdo, ki pa je po vsebini ni moč enačiti s kazenskopravno krivdo. Pri tem menim, da bi sami formuli brez dvoma koristila pravna redakcija s pomočjo

20 Izraz kazenska odgovornost sem na tem mestu namenoma uporabila. V RS se je namreč z uveljavitvijo KZ-1 pojem kazenske odgovornosti opustil oziroma nadomestil z drugačnim doktrinarnim izhodiščem, krivdo. V razlogovanju (ne)prištevnosti pa okrnjena definicija sama po sebi pokaže svoje slabosti. Kazenska odgovornost je pojem, s katerim je v polju neprištevnih storilcev brez dvoma shematično lažje operirati kot s pojmom krivde. Tudi v tem delu sem iz razloga samoomejitev nadaljnjo argumentacijo morala izpustiti.

21 Gre za poglavje iz mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene, ki v polju F60–F69 definira motnje osebnosti in vedenja v odrasli dobi.

19 Kant, Immanuel: Odgovor na vprašanje: Kaj je razsvetljenstvo?, v: Filozofski Vestnik VIII, 1/1987 (tematska številka o razsvetljenstvu), str. 9 do 13.

sposobnosti oblikovanja in izjavljanja volje.²² Osrednje vprašanje je, ali ima pravo pravilen test za razlikovanje med tistimi, ki jim gre očitek krivde za svoja ravnanja, in tistimi, ki jih zaradi njihovega stanja takega očitka ni moč naslavljati.

Ne doktrinarno, ne iz zakonodajnih gradiv ni zares razbrati napotka pravnikom, »kaj komu mora biti«, da je predmet (ne)prištevnostne obravnave. Uporabljeni kriterij »duševne motnje ali duševne manjrazvitosti« je medicinski in se (čeprav ne izrecno) nanaša na Mednarodno klasifikacijo bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene (v nadaljevanju MKB-10).²³ MKB-10 je po vsebini medicinska norma – zakonik, popis vseh znanih bolezni, diagnoz, primerljivo kazenskemu zakoniku, popisu vseh kaznivih dejanj.²⁴ Slednja v V. poglavju (poglavju F) klasificira »Duševne in vedenjske motnje«, psihiatrična bolezenska in druga stanja, normo psihiatričnih diagnoz. In podobno kot pri subsumiranju pravno relevantnega dejanskega stanja pod abstraktni opis zakonske norme bo zdravnik psihiater po ugotovitvah psihofizičnega stanja bolnika ugotovljeno stanje subsumiral pod enega (ali več) klasificiranih diagnoz MKB-10. In brez dvoma je zgolj zdravnik psihiater tisti, ki edini lahko suvereno subsumira psihofizična stanja po klasifikaciji MKB-10 in, kar je pomembnejše, ocenjuje, katera od danes prepoznavnih psihiatričnih bolezni oziroma stanj lahko oziroma utegne vplivati na motnje razumevanja in obvladovanja oziroma kakšen je mehanizem tega delovanja. Pri tem ni videti razloga, da bi zdravnikom s kazenskopravno normo predpisovali selekcionirano utemeljevanje biološkega kriterija. Še

22 V zadnjem francoskem zakonodajnem gradivu s tega področja: Rapport d'information sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux ayant commis des infractions, N°434, Sénat, session ordinaire de 2009-2010, dostopno na spletni strani: http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-434_mono.html, str. 33, Daniel Zagury citira Denisa Leguaya o tem, da je vendarle nasilje potrebno prepoznati kot tisto, kar v bistvu zahteva preganjanje in ne opravičevanje, razen v neizbežnosti, tudi Hitler je imel nesrečno otroštvo: »Oui, nous avons évolué. Nous ne sommes peut-être plus prêts à accorder, sans plus de raison, le bénéfice d'un déterminisme psychologique à des personnes qu'hier, une histoire lourde, quelques symptômes, une structure« psychopathologique »nous auraient fait ranger dans la catégorie des irresponsables. Nous partageons d'ailleurs cette évolution avec les juges et les jurys populaires. Et d'ailleurs, n'est-ce pas aussi la conséquence des leçons de l'histoire (Hitler aussi a eu une enfance malheureuse!) et de la reconnaissance de la violence pour ce qu'elle est: un mal qui se combat et qui ne s'excuse que lorsque réellement des phénomènes absolument impérieux, intérieurs au sujet, se sont imposés à lui.«

23 Prevod: Inštitut za varovanje zdravja RS, Ljubljana 1995, deseta revizija, 1. knjiga.

24 Smiselno o tem, kot o »medical model thinking« Bartlett, Annie in McGauley, Gill: FORENSIC MENTAL HEALTH, CONCEPTS, SYSTEMS AND PRACTISE, Oxford University Press, New York 2010, str. 6.

bolj pomembno pa je, da ni videti razloga, da bi pravne normative silili v medicinske subsumpcije, tj. v polje razlogovanj izven preprostega vprašanja »kaj komu je oziroma mu je bilo v času storitve očitnega kaznivega dejanja«.

Kazenskopravna ureditev biološkega kriterija se s primerjavo s klasifikacijo oziroma popisom stanj MKB-10, na katero se izvedenci sklicujejo, ne zdi prepričljiva, upoštevajoč konkretne podatke kazenskih zadev, tako odločitev sodišč kot izvedenskih mnenj, pa je povsem odtujena. Iz novejšega angleškega zakonodajnega gradiva²⁵ je tako razbrati relevanten dvom o sami uporabi medicinskih klasifikacij pri psihiatričnih izvedenstvih. Gradivo pri tem citira sodnika Hughesa o tem, da so zdravstvene klasifikacije diagnostična in statistična orodja, v postopku medicinskega opisovanja, uvrščanja in statističnih analiz pa se bodo pravna vprašanja neizbežno pokazala kot nerelevantna. Pri tem sodnik Hughes poudarja, da opis medicinskih stanj pač ni namenjen prepoznavanju kriminalnega vedenja.²⁶

MKB-10 v posameznih poglavjih F podrobneje razdeli psihiatrične bolezni, motnje oziroma pojave.²⁷

25 Criminal liability: Insanity and Automatism, A Discussion Paper, The Law Commission (UK), the 8th July 2013, dostopno na spletni strani: <http://lawcommission.justice.gov.uk/areas/insanity.htm>, str. 71.

26 Ob tem zapiše: »ICD-10 includes, for example, »unhappiness« (R45.2), »irritability and anger« (R45.4), »suspiciousness and marked evasiveness« (R46.5), »pyromania« (F63.1), »paedophilia« (F65.4), »sado-masochism« (F65.5) and »kleptomania« (F63.2). DSM-IV includes similar conditions and also [conditions] such as »exhibitionism« (569) »sexual sadism« (573) and »intermittent explosive disorder« (663/667). The last of these is defined as »discrete episodes of failure to resist aggressive impulses that result in serious assaultive acts or destruction of property, where the degree of aggression is grossly out of proportion to any precipitating psychosocial stressors«. Not all of these are treated by the classification systems as mental disorders, but all are, doubtless, »recognised medical conditions« in the sense that they are perfectly sensibly included in guides for description of patients by doctors. It follows that a great many conditions thus included for medical purposes raise important additional legal questions when one is seeking to invoke them in a forensic context. »Intermittent explosive disorder«, for example, may well be a medically useful description of something which underlies the vast majority of violent offending, but any suggestion that it could give rise to a defence, whether because it amounted to an impairment of mental functioning or otherwise, would, to say the least, demand extremely careful attention. In other words, the medical classification begs the question whether the condition is simply a description of (often criminal) behaviour, or is capable of forming a defence to an allegation of such«, *ibidem*, str. 71.

27 Klasifikacija je sicer privlačno branje. Sama sem to zaznala, ko jo je na kupu čtiva v jedilnici, kjer sem si uredila delovni kotiček, prav vsak obiskovalec v času, ko je nastajal zapis moje doktorske disertacije v delu o biološkem kriteriju, opazil in listal in se v opisih različnih duševnih motnjah prepoznaval in iskal. Bilo je obdobje, ko sta si klasifikacijo moji najstniški hčeri pulili iz rok in kričali: »Daj še meni, da se najdem!«. MKB ni v tem nič posebnega glede na primerljiv fenomen z različnimi zdravstvenimi priročniki. Ugotoviti pa

Primerjava biološkega kriterija s klasifikacijo pokaže več odstopanj. MKB-10 pojavnosti deli na duševne in vedenjske motnje, pri čemer psihiatrična znanost vedenjske motnje ne definira kot diagnozo.²⁸ Vedenje samo je lahko moteno neodvisno od obstoja duševne bolezni (pri duševno zdravih in bolnih). Klasifikacija pri tem po logiki stvari oziroma njenemu namenu ne more odgovarjati na vprašanja, katera od klasificiranih in opisanih diagnoz je kriminalno-politično relevantna, takih odgovorov tudi od zdravnikov ne moremo pričakovati.

Menim, da se pravo zateka k medicini iz udobja. Zdravniški argument pri tem pokrije vrzel pomanjkanja pravnopolitične odločitve.²⁹

MKB-10 ohranja vedenjske motnje zaradi tipologije osebnostnih motenj, ki se največkrat pojavljajo, same po sebi pa niso stanje, ki bi utemeljevalo zaključke o medicinski indikaciji, gre bolj za opis pojavnosti in so v pomoč pri razmejitvi zdravega od nezdravega. Pravnikom je tako klasificiranje moč pojasniti oziroma primerjati s pravnim pojmovanjem normiranja stanj, ki pomenijo tako ali drugačno izjemo od sicer določenih kaznivih ravnanj (na primer silobran, skrajna sila, pa tudi posebne olajševalne okoliščine in privilegirane oblike posameznih kaznivih dejanj). Glede na navedeno, se tako vsaj na prvi pogled zdi, da je zakonodajalec v biološkem kriteriju upošteval medicinska izhodišča MKB-10, saj je biološki kriterij omejil zgolj na duševne motnje, kamor pa je izrecno uvrstil tudi duševno manjrazvitost, ki je ne bi bilo potrebno posebej opredeljevati, saj sodi v sklop duševnih motenj.³⁰

je, da je ravno opisan fenomen razlog, da klasifikacija ni namenjena ne popularnemu, ne pravnemu branju in tolmačenju, temveč strokovni psihiatrični uporabi. Branje po travmi ene od mojih obiskovalk odsvetujem.

28 Zgolj v otroškem obdobju, pa še to upoštevač starost, kot izhaja iz pojasnil, ki sem jih pri pripravi doktorske disertacije pridobila v intervjujih z izvedenci.

29 Da je medicinska vprašanja z nekaj volje in truda moč ustrezno reševati, kaže danes definicija Zakona o duševnem zdravju (ZDZdr), ki v 2. členu duševno motnjo definira kot »začasno ali trajno motnjo v delovanju možganov, ki se kaže kot spremenjeno mišljenje, čustvovanje, zaznavanje, vedenje ter dožemanje sebe in okolja. Neprilagojenost moralnim, socialnim, političnim ali drugim vrednotam družbe se sama po sebi ne šteje za duševno motnjo«. Zanimivo je, da ZDZdr v nadaljevanju definira tudi »duševno zdravje«, in sicer kot »stanje posameznika, ki se kaže v njegovem mišljenju, čustvovanju, zaznavanju, vedenju ter dožemanju sebe in okolja«. Opisana formula je vsekakor modernejša in bolj prožna, ugotoviti je najmanj to, da v urejanju nekega novega pravnega področja ni dogmatično obremenjena, kljub temu da pravu ne omogoča pravnopolitičnih temeljev, tj. kaj se mora kazati v mišljenju, čustvovanju ..., da bi nekoga prepoznali kot duševno zdravega. Tudi opisana formula je po moji oceni presežno odvisna od zdravnikov, ki umanjkanja pravnopolitičnih odločitev ne morejo zapolniti.

30 Duševne motnje so naslov V. poglavja, v sklopu katerega MKB-10 v skupini F70-F79 ureja duševno manjrazvitost (mentalno

Istočasno je zakon v celoti izključil vedenjske motnje, ki tudi po doktrini psihiatrije ne vplivajo na zaznavo in razumevanje, česar jim niti zakon v smislu ugotovitve obstoja neprištevnosti ne priznava. Formalno gledano, vedenjske motnje, še manj pa različni individualni in enkratni psihofizični dejavniki, ne morejo utemeljevati neprištevnosti, tudi če bi pri storilcu izključevali oziroma vsaj zmanjševali razumevanje in obvladovanje, kar je sicer obče družboslovno možno, saj se ocena slednjega nanaša na psihološki kriterij, ki ga izvedenec zgolj ocenjuje in ne ugotavlja, ugotavlja ga sodišče. Iz zakonskih gradiv in literature ne izhaja, zakaj je do takega nabora kriterijev prišlo, niti kaj naj bi bili napotki psihiatrov s tem v zvezi. Razlaga ostaja dogmatična, kaznovati je moč zgolj svoboden um, čeprav v praksi največkrat tistega, ki po Kantu živi v udobju prepustitve in zatorej v razsvetljskem smislu ni svoboden. Svojevrsten paradoks.

Doktrinaren razsvetljski razcep, ki se z duševno bolnimi, kot je bilo obrazloženo, niti ni prav zares ukvarjal, temveč je v svojem bistvu rangiral umne, je sam po sebi in v svoji interpretaciji pustil kriminalnopolitično več stoletij neodgovorjeno vprašanje o razlogih krivdnih, neprištevnostnih odpustkov. Pri tem v skrajnostih duševnih stanj ni videti nobene dvoma. Med storilcem s trajno in hudo, več desetletij nezdravljeno paranoidno shizofrenijo in povsem umno zdravim storilcem je paleta osebnosti, bolezni, motenj in stanj, ki jih ni mogoče zares učinkovito normirati v institutu (ne)prištevnosti. Čas je, da človeka tudi kazensko pravo dojame v njegovi sedanjosti, upoštevač napredek tako medicinske kot pravne znanosti.

Da bi pričujoči članek pravnikom kar najbolj približala, sem definicijo osebnostnih motenj poiskala na spletu: »*Osebnostne motnje so skrajno poudarjene nekatere nespremenljive osebnostne poteze neprilagodljivih ljudi, zaradi katerih mišljenje, čustvovanje in vedenje povzroča težave v odnosih s soljudmi. Gre za trajni vzorec dožemanja, sporazumevanja in razmišljanja o sebi, drugih in svetu, ki se kaže v najrazličnejših socialnih in medosebnih situacijah.*«³¹ Spletne dostopne razlage se za potrebe razumevanja pravnikov v svojem bistvu ne razlikujejo od medicinske definicije. Gre za značajske poteze, ki vodijo v konflikt z okoljem in družbenimi normami. Za še bolj

retardacijo). Zakonska opredelitev, če izhaja iz klasifikacije, brez potrebe vnaša dvom o razumevanju biološkega kriterija, vsaj s strani izvedencev, saj ni povsem jasno, ali je kazenskopravno vsebina duševne motnje enaka vsebini duševnih motenj po MKB-10.

31 Wikipedija

plastično ponazoritev sta v slovenskem prostoru zelo tipična predstavnik, danes šolska kazenska primera Metoda Trobca in Silva Pluta. Še bolj eksplicitno pa Hannibal iz filma Ko jagenčki obmolknejo. Gre za storilce kaznivih dejanj in sama dejanja, ki v vsakem povprečnem človeku vzbudijo enak odziv: *Saj je nor!, Ni normalen!* pa tudi *Psihič!* In mehanizem odziva pri pravnih je povsem enak. Pregled sodne prakse kaže, da se sodišča na zelo huda, ekscesna kazniva dejanja praviloma odzivajo z odrejanjem psihiatričnih izvedenstev. Vsi zelo hudi zločini oziroma kot jih samo poimenujem socialnoetični ekscesi so v sodni praksi vedno podprti s psihiatričnim izvedenskim mnenjem. Končne ugotovitve pa praviloma najprej kažejo, da je tako odrejenih izvedenstev bistveno več, kot je dejansko neprištevnih storilcev, nadalje pa tudi, da je v teh primerih pri storilcih praviloma ugotovljena vsaj ena od osebnostnih motenj.

Navedeno skladno utrjujejo obstoječe statistike, po katerih naj bi bilo v zaporniški populaciji kar polovica osebnostno motenih. Sodniki lahko v splošnih opisih značilnosti oseb z osebnostnimi motnjami prepoznamo pravzaprav povprečne lastnosti storilcev kaznivih dejanj: pomanjkanje krivde in obžalovanja, manipulativnost, pomanjkanje empatije oziroma sočutja, zajedavski način življenja, slab nadzor lastnega vedenja, nezmožnost prevzemanja odgovornosti za posledice svojega ravnanja itd. Opisane lastnosti so praviloma povzete v očitku storilcu in se z njimi tudi umerja kazen čez zakonsko določbo o dolžnem upoštevanju stopnje krivde. Zelo preprosto je tako ugotoviti, da bi bili krivdni odpustki osebnostno motenim storilcem kaznivih dejanj kriminalnopolitično pač preveč velikodušni, pa tudi, da so osebnostne motnje relevantno povezane s kriminalnim vedenjem. Ker pri osebnostnih motnjah ne gre za nesposobnost oblikovanja in izražanja svobodne volje, za motnjo uma, temveč zgolj za motnjo vedenja, življenjski slog posameznika, ki ga vodi v latenten konflikt z okolico, splošno uveljavljenimi pravili sožitja, predvsem pa zakonom.

Osnutek pričujočega članka je na tem mestu predvideval praktično ponazoritev dveh kazensko pravnih dejanskih stanov, ki bi ponazorila dve skrajnosti obravnavane teme. Na eni strani primer, ko bi bilo ob ugotovljeni osebnostni motnji utemeljeno storilcu kaznivega dejanja priznati krivdni odpustek oziroma njegovo sicer zgolj osebnostno motnjo prepoznati v okviru biološkega kriterija, in na drugi strani primer, ko je bil storilcu dan krivdni odpustek zgolj ob ugotovitvi obstoja osebnostne motnje, pa tak

odpustek ni bil utemeljen. Prebiranje zapiskov, ki sem jih sestavljala ob pregledu kazenskih zadev v okviru doktorskega študija, pa me je spravilo v svojevrstno zadrego. V skoraj 500 pregledanih slovenskih kazenskih zadevah nisem našla niti ene, ki bi utemeljevala pravno upravičeno uporabo neprištevnostne formule pri ugotovljeni osebnostni motnji. Nasprotno, vrsta primerov kaže, da je bila osebnostna motnja neupravičeno prepoznana kot biološki kriterij ugotovljene neprištevnosti storilca. O zadregi govorim zato, ker menim, da na ravni normiranja, formule (ne)prištevnosti ni moč avtomatično izključiti osebnostne motnje v biološkem kriteriju, o čemer je moč danes brati v tuji strokovni in zakonodajni literaturi. Doma tega nisem zaznala, čeprav osebno menim, da ni nobene zares relevantne ovire, da bi osebnostno motnjo praktično (ne pa formalnopravno) prepoznali v obstoječi formuli (ne)prištevnosti. Ker je Slovenija majhen sociološki prostor, bi si upala trditi, da je tudi relevanten zajem primerov preskop, da bi o obravnavani temi lahko suvereno utemeljevali znanstvene zaključke. Slednje ne spreminja teze, da je biološki kriterij določen preozko in omejevalno, da bi lahko ustrezno zajel problematiko biološkega kriterija.

Angleži³² svoje dvome postavljajo više in podvomijo o obstoječi ureditvi kot taki, glede na oceno, da norma, med drugim, ne sledi razvoju psihiatrične znanosti in sili izvedence psihiatre svoja pojmovanja prevajati v zastarele koncepte.³³ Komisija v gradivu predlaga, da se najprej pojmovno izraz »insanity« (neprištevnost) nadomesti z izrazom »not responsible by reason of recognized medical condition« (ne odgovarja iz razloga upoštevnega zdravstvenega stanja), ki predstavlja ponujeno rešitev. Pri tem zelo jasno razmeji med ugotavljanjem »zdravstvenega stanja«, ki se nič več ne veže na vnaprej določene medicinske indikacije, in »upoštevnost«, ki je ocena sodišča. Rešitev, ki jo ocenjujem kot najnaprednejšo, čeprav se njena moderna vsebina izgubi v procesnih danostih anglosaškega sistema, ki se enako kot v kontinentalnem sistemu zalomi na psihološkem kriteriju.

Medicina zdravi in ne kaznuje in je pravu v največjo (dokazno) korist takrat, ko so temeljna pravna izhodišča kaznovalne politike ustrezno domišljena. Ko so jasni pravni kriteriji o tem, komu gre kazenski odpustek in komu ne, je normiranje biološkega kriterija povsem odveč. Sodelovanje izvedenca psihiatra pa je po svoji vsebini tisto, kar v pravni osnovi pomeni dokazno sredstvo, glede katerega ne bo

32 Supra 25.

33 Supra 25, str. 12.

videti nobenega razloga oziroma potrebe po dokaznih omejitvah. Normiranje biološkega kriterija se namreč kaže kot dokazno pravilo, saj vsebuje omejitve predmeta raziskovanja, ko norma medicinske izvedence vpne v biološki kriterij z zapovedjo, kje oziroma kako morajo iskati zapovedane umne pomanjkljivosti.

In ko govorim o normativni impotenci, govorim ravno o tem. Danes se žal nobena znanost nič več ne zateka k filozofiji, višjim smotrom, posledica česar so med drugim tudi nedomišljene oziroma neobstoječe sistemske rešitve, predvsem tam, kjer empirične znanosti ne morejo nadomestiti družboslovnih presoj. V teh poljih se danes filozofsko zdi, da je Kantovo udobje prepuščanja odločitev v nevarnem porastu. Navedeno plastično ponazarja uporaba nevroznanosti v kazenskih postopkih, izrazito v ZDA, ki so sicer filozofsko oziroma vsaj družboslovno bolj naklonjeni empiriji. Dr. Salecl³⁴ tako opozarja: *»Kako na sodišču obravnavati človeka, ki naj bi spolno zlorabil otroka zaradi vpliva agresivnega možganskega tumorja? Kako delujejo sodnikovi možgani, ko se odloča, kakšno kazen bo izrekel obdolžencu? Kako obravnavati mladoletnike, če nam nevroznanost dokazuje, da se njihovi možgani razvijajo počasneje? Ali bomo v prihodnosti lahko raziskali vsak zločin s pogledom v človeške možgane? Ali je naša svobodna volja le iluzija, za katero se skriva dobro naoljen nevrološki mehanizem?«* Potem nam po Kantu ni drugega, kot obrniti se na nevrologa, ki nam bo v sodelovanju z modernim strojem pojasnil, da so delovanja in odločitve posameznika vznemirljivo povezane z abstrahiranimi kazenskopравниimi dejanskimi stanovi: *»levo in malo bolj desno zgoraj posilstvo, dva milimetra spodaj in milimeter poglobljeno družinsko nasilje, področje goljufigije nedotaknjeno, ogrožanje javnega prometa v ustrezni remisiji«*. Nam nevrologija lahko nadomesti kompleksno družboslovno oceno posameznika, ujetega v trenutek časa in okolja?

Moj očitek v tem delu naslavlja filozofe, ki v družbenem dogajanju enako udobno izgubljajo na kritičnosti. In če te ni oziroma če se tudi slednji izgubijo v udobju empirike, potem ni več nikogar, ki bi človeka ustrezno individualno zajel v svetu, v katerem živimo. Spolzek teren za pojave, ki smo jih leta spremljali zgolj v znanstvenofantastičnih filmih.³⁵ Sama

močno dvomim o ugotovitvi, da določena poškodba možganov determinira nagnjenost k izvrševanju kaznivih dejanj, še manj določenega kaznivega dejanja.

V osebni percepciji dogmatične konzervativnosti prava še vedno zastopam stališče, da storilci kaznivih dejanj z osebnostnimi motnjami sodijo v zapor. Namesto zaključka:

***»People are strange when you're a stranger
Faces look ugly when you're alone
Women seem wicked when you're unwanted
Streets are uneven, when you're down
When you're strange
Faces come out of the rain
When you're strange
No one remembers your name
When you're strange ...«³⁶***

34 Salecl, Renata in drugi: MOŽGANI NA ZATOŽNI KLOPI, NEVROZNAOST, KAZENSKO PRAVO IN KRIMINOLOGIJA, GV Založba, Ljubljana, 2015.

35 Zelo slikovito film Posebno poročilo (Minority report): »Smo v Washingtonu, D.C., leta 2054. Umor kot oblika najhujšega zločina človeka nad človekom je izkoreninjen. Prihodnost je podoba

»popolne« družbe, v kateri so krivci kaznovani, preden je storjen zločin. V osrčju oddelka za pravosodje, v njegovi elitni organizaciji Predzločin, se zbirajo vsi dokazi za obtožbo – vezani na čas, kraj in druge podrobnosti – kot jih uvidijo, ali bolje, izsanjajo, Vidci, tri človeška bitja s psihotelepatičnimi sposobnostmi, katerih vizije o umorih niso nikoli napačne. Predzločin je človekova najnaprednejša oblika boja proti kriminalu in zdi se, da je človeška družba z njim vzpostavila popoln sistem.«

36 The Doors: „People are strange“

Osebnostna motenost ali psihopatija – stanje danes

Gorazd V. Mrevlje

Karin Ser nec

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
Center za mentalno zdravje

Korespondenca:

gorazd.mrevlje@psih-klinika.si

Uvod

V času ko smo, vsaj v naših pa tudi evropskih psihiatričnih strokovnih krogih, mislili in bili prepričani, da je izraz psihopat neustrezen in neprimeren za označevanje motenih oseb in da smo nanj pozabili, pa smo v zadnjih nekaj letih priča ponovni vse pogostejši uporabi te besede v laičnih in strokovnih krogih.

Beseda ali naziv ter celo poimenovanje nekoga s psihopatom se je očitno obdržalo v našem vsakdanjem jeziku in ima točno določen pomen. Nekoga poimenovati s psihopatom danes pri nas ne pomeni, nekoga imeti za norega oziroma za duševnega bolnika. S tem mu bolj sporočamo, da ga vidimo kot moralno in etično oporečnega ali, kot bi rekli ljudje, pokvarjenega človeka. To je tudi bil glavni razlog, da se je v psihiatriji ta naziv ali celo diagnoza opustila, tako v Sloveniji kot tudi v evropskem prostoru.

V severnoameriškem strokovnem prostoru pa je ta naziv ostajal neprimerno bolj prisoten kot v Evropi, čeprav je tudi njihov diagnostični priporočnik (DSM) diagnozo psihopat nadomestil z diagnozo antisocialna osebnostna motnja. Morebiti je prav dejstvo, da se temu izrazu ameriška strokovna javnost ni nikoli povsem odrekla, pripomoglo k temu, da je ta isti prostor vse bolj »iznajdljiv« pri širjenju in ponovnem uveljavljanju termina psihopat.

Zakaj tako in zakaj je smiselno ostati pri kategorijah osebnostne motenosti za opis določene populacije z duševnimi težavami, bomo poskušali ugotoviti v tem besedilu.

Od psihopatije do osebnostne motenosti

Pričnimo pri paradoksu, ki je vezan na pojem oziroma naziv psihopat. Izvorno pomeni, da gre za človeka, ki trpi na duši. Ta termin se je dolgo uporabljal za označevanje osebnostno motenih ljudi. Se pravi za tisto kategorijo ljudi, katerih bistvena značilnost je neobčutljivost za druge okoli sebe, pomanjkanje ali celo odsotnost empatije, za ljudi, ki ne poznajo občutka krivde in ki ne vedo, kaj je to slaba vest.

Izhajajoč iz pomena termina psihopat in dejstva, da je ta označeval ljudi, ki ne trpijo na duši v običajnem pomenu besede, je bila diagnoza psihopat v svojem vsebinskem smislu neustrezna.

Tudi potem ko se je diagnoza psihopatija nanašala predvsem na osebe, ki jih danes opisujemo kot disocialno motene osebe, se slabšalni in moralistični prizvok te oznake ni izgubil. Najbrž se tudi nikoli ne bo, bilo pa bi zaželeno, da ostaja le v laičnem svetu in naj se ne uporablja v strokovni psihiatrični terminologiji.

Očitno ni mogoče prezreti zgodovine razvoja pojma psihopat, ki se je v samem začetku uporabljal za ljudi, ki so bili moralno vprašljivi ali po oceni stroke manj vredni v okviru vrednostnega sistema določene kulture okolja. Prichard je leta 1835 pisal o bolnikih, katerih bistvo je bilo, da niso upoštevali družbenih norm, in jih zato označil za moralno bolne ljudi (moral insane).

Koch je v obdobju 1891 do 1893 z izrazom psihopat želel poudariti manjvrednost teh bolnikov.

Kasneje, leta 1923, je Schneider poskušal odpraviti ta moralistični in manjvrednosti vidik s tem, da je psihopatske osebnosti razumel kot odklonske osebnosti in jih razporedil po osebnostnih značilnostih na nekem kontinuumu. Njegov opis 10 kliničnih slik psihopatom je seveda že stvar zgodovine, ga bomo pa kljub temu kasneje postavili ob bok obema sodobnima klasifikacijama osebnostnih motenj.

Ne moremo mimo tega, da so vsi dosedanja poskusi klasificiranja in opisov osebnostnih motenj fenomenološki in zbir simptomatike določenih kliničnih slik. Tudi ostale psihiatrične kategorije v obeh veljavnih klasifikacijah (MKB-10 in DSM-V) so posledica takšnega fenomenološkega razumevanja in opisovanja duševnih motenj. Slabost te klasifikacije je v tem, da ne upošteva osebnostne dinamike v okviru teh motenj, kar je v razumevanju osebnostne motenosti še posebej pomembno.

Poznavanje in razumevanje dinamike pri osebnostno motenih ljudeh zna biti še posebej koristno v sodnih dvoranah, se pravi v dialogu med izvedencem psihiatrične stroke in pravnimi strokovnjaki.

Premike v smeri bolj psihodinamskega razumevanja duševnih motenj, s tem pa tudi razumevanja osebnostne motenosti, je v stroki mogoče čutiti že nekaj časa, rezultatov pa žal še ni, kot nam to kaže najnovejša revizija ameriške klasifikacije DSM-V.

Drugi vidik fenomenološkega opisa osebnostne motenosti pa je v tem, da s pojmom osebnostna motenost ne govorimo o duševni bolezni, ampak o vedenjski sliki oziroma motnji, ki je posledica osebnostne motenosti. Upoštevač ta vidik, je, resnici na ljubo, diagnoza osebnostne motenosti še vedno bolj socialna kot medicinska. Bilo bi dobro, da bi se izvedenci psihiatrične stroke tega zavedali in tudi vedeli pred sodnim zborom, ko moramo pojasnjevati in razlagati, da pri osebnostni motenosti ne gre za kategorijo prave duševne bolezni, pa je ta navkljub temu uvrščena v obe danes veljavni klasifikaciji duševnih motenj.

Diskusija o tem, ali je osebnostna motenost samostojna nozološka enota ali le seštevek oziroma sklop osebnostnih in značajskih lastnosti, še vedno ni zaključena. To je hotel preseči že omenjeni Schneider s svojim predlogom o kontinuumu osebnostnih značilnosti teh oseb. Na skrajni konec kontinuuma je zato uvrstil tiste osebnostne značilnosti, ki jih je zaradi svoje skrajnosti razumel kot nenormalne in jih poimenoval psihopatske osebnosti.

Čeprav nekateri strokovnjaki v psihiatriji zagovarjajo stališče, da Schneiderjeva razdelitev pripada le še zgodovini, pa se je le velja spomniti, ker je na svoj način vplivala na evropsko in ameriško klasifikacijo duševnih bolezni.

Današnje opredelitve, kaj je osebnostna motenost

V pisanju slovenskih psihiatrov redno srečujemo dve opredelitvi: osebnostna motnja in osebnostna motenost.

Soglašam s stališčem prof. dr. Kobala, da je bolj smiselno pisati o osebnostni motenosti in ne le o motnji. Motnja je nekaj splošnega, in kakšno motnjo imamo mi vsi. Jo dobro skrivamo, se zmoremo iz nje ponorčevati ali pa jo delimo s partnerjem in še kaj. Motenost pa je skupek več motenj, se pravi na različnih področjih našega duševnega funkcioniranja.

MKB-10 je v tem nekoliko nedosledna, ker vsaj v prevodu uporablja oboje, enkrat motnjo, drugič motenost.

M. Kopal (1999) je zapisal, »da kadar je motnja prodoren del osebnosti, kadar odločujoče vpliva na znaten del vedenja, kadar pomembno prežema človeka in njegov stik s svetom in samim seboj in ima določen odmev v širšem okolju, opredeljujemo njenega nosilca kot moteno osebnost«.

Kopal tudi na več mestih opozarja na dvojno naravo motene osebnosti, kar v strokovni literaturi redko srečamo ali pa sploh ne. Dvojnost je v tem, da se motena osebnost v precejšnjem, lahko pa celo znatnem delu svoje osebnosti vede v skladu z veljavnimi normami in vrednostnim sistemom okolja, v katerem živi. Ker pa je motnja prodorna, piše Kopal, je stik njenega nosilca s svetom in/ali s samim seboj drugačen od pričakovanega, po navadi že v širšem okviru psihopatoloških znakov. In prav to dvojno naravo osebnostne motenosti je pomembno pri psihiatričnem in tudi kazenskopravnem ocenjevanju teh ljudi upoštevati, seveda pa tudi pri načrtovanju terapevtske pomoči.

S. Zihl je osebnostno motnjo opredelil kot »skrajno poudarjenost nekaterih osebnostnih potez. Tako poudarjene osebnostne poteze so bolj ali manj trajne, neprilagodljive in nespremenljive. Zaradi njih so človekovo vedenje, mišljenje in čustvovanje povezani s težavami v odnosih s soljudmi in družbo, osebnostno moteni človek pa zaradi tega tako ali drugače trpi«.

Sam (G. V. Mrevlje) sem v treh desetletjih izvedenskega psihiatričnega dela prišel do sledeče razlage

SCHNEIDER (1923)	MKB-10	DSM-V
Psihopati	Osebnostna motenost	Osebnostna motenost
Depresivni Hipertimni Fanatični	Paranoidna (F60.0) Čustveno neuravnovešena (F 60.3) 1. Impulzivni tip 2. Borderline tip	Paranoidna (301.0) skupina A Borderline (301.83) cluster B
Eksplozivni Labilni	Disocialna (F 60.2)	Antisocialna (301.7) cluster B
Brezčutni	Anksiozna-bojazljivostna (F 60.6) Anankastična (F 60.5)	Izmikajoča se (avoidant) (301.82) cluster C Obsesivno-kompulzivna (301.4) cluster C
Negotova: 1. Senzitivni 2. Anankastični		Histrionična (301.50) cluster B
Astenični	Histrionična (F 60.4)	Shizoidna (301.20) cluster A
Pozornosti željni	Shizoidna (F 60.1) Odvisnostna (F 60.7)	Odvisnostna (301.6) cluster C Shizotipska (301.22) cluster A Narcistična (301.81) cluster B

Tabela 1. Klasifikacija osebnostih motenj v primerjavi s predlogom Schneiderja iz leta 1923

osebnostne motenosti, ki se mi zdi primerna in razumljiva za sodne dvorane.

Osebnostna motenost ni bolezen, ampak stanje. Gre za skupek osebnostih in značajskih lastnosti, ki opredeljuje življenjski stil takšnega človeka, njegov odnos do vrednot, moralnih in etičnih norm okolja, v katerem živi. Vse to se odraža v njegovem vedenju, delovanju in reagiranju, s čimer po pravilu prihaja v konflikt z opisanimi normami v družbenem okolju.

MKB-10 razloži »motnjo osebnosti in vedenja v odrasli dobi« kot raznovrstna stanja in vzorce vedenja, ki so klinično pomembni in bi lahko postali trajni. Pojavljajo se kot izraz značilnega življenjskega sloga posameznika ter načina povezovanja z drugimi. Nekatera od stanj vzorcev vedenja se pokažejo že zgodaj v posameznikovem razvoju kot rezultat tako konstitucionalnih dejavnikov kot družbenih izkušenj, medtem ko so druga pridobljena kasneje v življenju.

Specifične osebnostne motnje (F 60.0–F 60.9) pa MKB-10 opredeli tako: »To so resne motnje osebnosti in vedenjskih teženj posameznika, ne izhajajo neposredno iz bolezni, poškodbe ali drugačne okvare možganov ali kake drugačne duševne motnje; navadno vključujejo več področij osebnosti; skoraj vselej so povezane z izrazito osebno stisko in razdorom z družbo; navadno se kažejo od otroštva ali adolescence in se nadaljujejo skozi odraslo dobo«.

DSM-V na splošno opredeli duševno motenost kot skupek lastnih izkušenj in vedenja, ki bistveno odstopa od pričakovanj vedenja posameznika v določeni kulturi. Za opredelitev motenosti se morajo te motnje manifestirati na dveh (ali več) področjih:

1. Na področju **kognicije**, kar se kaže v načinu doživljanja in razlage sebe (selfa), drugih ljudi in dogodkov.
2. Na področju **čustvovanja** v smislu intenzivnosti, labilnosti in premosorazmernosti čustvenih odzivov.
3. Na področju **funkcioniranja** in vzdrževanja medosebnih odnosov.
4. Na področju **kontrole impulzov**.

Osebnostno motenost potem razdeli na tri skupine (cluster) A, B in C ter še na druge osebnostne motnje.

Zakaj osebnostna motenost ni bolezen oziroma bolezensko stanje?

Nekaj o tem je že bilo zapisano, potrebna pa je ločitev že zato, ker lahko obe motnji nastopata hkrati.

Bistvena razlika je v tem, da je osebnostna motnja trajno prisotna in se kaže v človekovem vedenju,

mišljenju in čustvovanju že od konca odraščanja naprej (S. Zihlerl, 1999).

Simptomi duševne bolezni ali motnje pa niso trajni. Pokažejo se po obdobju predhodnega duševnega zdravja posameznika in imajo kot vse bolezni v medicini svoj začetek, potek in ozdravitev (ali vsaj izboljšanje v smislu remisije). Tega pri osebnostni motenosti ne poznamo, ker gre za stanje, kar je še dodaten argument, da gre pri osebnostnih motnjah bolj za socialno kot medicinsko diagnozo.

Tu gre pričakovati pomembne spremembe v smeri dvoplastnih ali dvonivojskih diagnoz v psihiatriji, ki jih sicer že poznamo v znanstveno utemeljeni psihoterapiji.

Za kaj gre? Ko imamo diagnozo duševne motnje v skladu z dosedanjimi fenomenološkimi oziroma simptomatskimi kriteriji (na primer panična motnja, depresija, motnja hranjenja, različne odvisnosti itd.) nam poznavanje tipov osebnostnih struktur, motenj in njihove dinamike pomaga pri načrtovanju zdravljenja, rehabilitaciji in prognozi takšnega bolnika. V povezavi s tem gre razumeti tudi vse več zanimanja za komorbidnost v psihiatriji.

Razlogi za ponovno vse večjo prisotnost termina psihopatija danes v psihiatriji in psihologiji

Ali gre za rehabilitacijo izraza psihopatija?

V našem, takrat še jugoslovanskem prostoru, gre največ zaslug za odpravo diagnoze in poimenovaje osebnostno motenih ljudi s psihopati nedvomno pripisati prof. dr. Milošu Kobalu.

V svojem izjemno aktualnem in preglednem članku z naslovom Disocialna osebnost – 45 let pozneje (Revija za kriminalistiko in kriminologijo, Ljubljana, 2015, št. 66, 253–258) piše, da ga je že leta 1956, ko je kot pravnik in zdravnik prišel delat kot domski psihiater v VPD Radeče, motilo poimenovanje huje motenih oseb s psihopati. Ta izraz je že takrat pomenil žaljivo, podcenjujoče in moralno obsojajoče stališče do teh oseb, in še nekaj, na kar se je takrat pozabljalo ali pa ni bilo prepoznano. Opis psihopat kaže in vprašanje je, ali je danes kaj drugače, na zavesten, še bolj pa nezaveden odpor osebja do obstoja teh ljudi in ukvarjanje z njimi.

Viri kažejo, da je bil prav Kobal tisti, ki si je začel prizadevati, da se izraz psihopat zamenja z diagnostično kategorijo disocialna osebnostna motenost. V teh naporih se mu je pridružil tudi klinični psiholog in psihoterapevt Leopold Bregant, čeprav je bil njegov koncept in razumevanje disocialne osebnosti

nekoliko drugačen od Kobalovega. Zato je Kobal že leta 1966 zapisal, »da so z uveljavitvijo termina disocialna osebnost namesto psihopata odprli nov pogled na osebe in to deviacijo, ne samo za delinkvente in obsojence, marveč tudi za nekatere osebe iz normalne družbe«.

Pozorni opazovalci in spremljevalci družbenih razmer v Sloveniji (ostanimo zaenkrat le na naših tleh) so oziroma smo soočeni s tem, da se termin psihopatija vse pogosteje pojavlja pri opisu ljudi, ki opozarjajo nase z različnimi oblikami neprimernega ali celo deviantnega vedenja (laži, prevare, goljufije, sprenevedanje, zanikanje evidentnih dejstev, kraje, sovražni govor in še kaj) v vsakdanjem življenju oziroma tako imenovani običajni družbi. Vedenje teh ljudi ni nič manj škodljivo, uničujoče in obremenjujoče kot vedenje tistih, ki so za enaka početja kazensko sankcionirani. Po moji oceni je njihovo vedenje in početje še bolj škodljivo, ker vse to vpliva na erozijo vrednot, moralnih norm in splošnih etičnih principov, tako na področju medosebnih odnosov kot tudi v gospodarstvu in ekonomiji. To vodi v neke vrste psihopatizacijo družbenih odnosov ali pa je situacija obratna. S tem mislim na to, da so se razmere v naši družbi že tako vulgarizirale in podlegle vrednotam podivjanega liberalizma in kapitalizma, kjer je poudarjena in edino cenjena individualnost, pohlep, neobčutljivost za krivice in bedo določenih družbenih slojev, do tolikšne mere, da je psihopatsko vedenje postalo že legitimno.

Naši tiskani in elektronski mediji to pogosto poimenujejo in v to vnašajo še holivduski pojem sociopat ali pa kar psycho.

Kot piše Kobal, so razmere v naši družbi v tem smislu še posebej ugodne. Razloge vidi v tem, da je po zaključku ideološkega poskusa sodelovanja ljudi v gospodarstvu in medsebojnega spoštovanja (tako imenovano samoupravljanje) njegovo mesto prevzela praksa neobčutljivosti za druge in izkoriščanje za vsako ceno. V tem vrenju se pri posameznikih pogosto pokažejo posamezni vedenjski vzorci, ki jih sicer – v klinični presoji – pripišemo nekaterim motenim osebam.

Vse lepo in prav, če bi se termin psihopatija pojavljal le za opise osebnostnih deviacij, pomembnejše pa je dejstvo, da se ta naziv poskuša ponovno uveljaviti v psihiatriji in širši medicini.

Soočeni smo s predlogi, da bi se termin psihopatija ali psihopatske osebnosti pričel uporabljati pri tistih širše deviantnih osebah, pri katerih je mogoče najti določene posebnosti v možganskih strukturah, ki jih

ponujajo sodobna nevrokognitivna in nevrobiološka znanost. Govor je o »paralimbicnem sistemu« možganov, se pravi v strukturah možganskega debla iz orbitalne skorje v njeno cingularno vijugo. Gre za ugotovitve velike raziskave Andersona in sodelavcev (2015), ki je bila opravljena na 3.000 zaprtih osebah v ZDA, ki so jim slikali možgane z magnetno resonanco. Pred kratkim sem našel v zvezi s tem, sicer ne povsem preverjen podatek, da je eden od raziskovalcev v tej skupini tudi sam opravil MRI možganov in pri sebi našel identične spremembe kot pri osebah, za katere želijo ponovno uveljaviti termin psihopat. Isti podatek žal ne govori o tem, ali se ta »psihopatski raziskovalec« še ukvarja s tem področjem.

Na tem mestu ne moremo mimo spomina na našega žal prezgodaj preminulega kolega Urbana Grolegerja, ki je zadnja leta življenja trdil, da je osebnostna motenost zanj bolezensko stanje, ki ima svoje organsko ozadje v smislu posebnosti v delovanju možganskih struktur. Čas bo pokazal, ali je to res tako. Ta spomin na Grolegerja nas vrača v dobo zadnjih let Freuda, ki je opozarjal kolege, da bodo vse motnje, ki jih je sam poimenoval kot nevroze, enkrat tudi organsko oziroma nevrobiološko dokazane.

Ti isti zagovorniki ponovnega uvajanja termina psihopatija pa le ostajajo na stališču, da ohranimo diagnozo osebnostna motenost za tiste ljudi, ki so razvili motenost zaradi neustreznih razvojnih pogojev, še posebej če so te razvojne motnje nastopile med 2. in 4. letom otrokove starosti.

V slovenskem prostoru se najbolj vidno in zavzeto pojavljata dve imeni, ki uporabljata in utemeljujeta ponovno uvajanje naziva psihopat. Oba imata medicinsko izobrazbo.

Dušan Nolimal, ki deluje na področju socialne medicine, v svojih zapisih govori o psihopatiji kot javnozdravstvenem problemu (2013), imunolog Ihan pa pojem psihopat uvaja v svojih sicer pronicljivih esejističnih zapisih. V njih opozarja, kakšno nevarnost za družbo predstavljajo psihopati, če ti pridobijo veljavo in moč v družbi. Njegova opozorila so smiselna, ker jih žal poznamo iz izkušenj v našem gospodarstvu in politiki. Narobe je le to, da Ihan uporablja termin psihopat na splošno in ohlapno, ne da bi opozoril, kdo je zanj psihopat. Tudi P. Janjuševič (2013) se zavzema, da bi s psihopatijo poimenovali tiste problematične mladostnike, pri katerih izstopata dve lastnosti oziroma motnji – brezčutnost in neobčutljivost. Ponuja celo diferencialnodiagnostično pomagalo, s katerim lahko že zgodaj prepoznamo otroke, ki so rizični za razvoj psihopatije, in tiste, pri katerih

gre razvoj v smeri vedenjske motenosti kot predstopnje osebnostne motenosti v odraslosti. Najbrž ti predlogi temeljijo na opisih tako imenovane CU osebnostne motenosti (Callous Unemotional interpersonal style) avtorjev Heppersa in sodelavcev iz leta 2013.

Kaj reči v zaključku?

Navkljub poskusom rehabilitacije termina psihopat ostajamo pri stališču, da se ta diagnoza ne sme vrniti v medicino oziroma psihiatrijo. Ni mogoče prepričati, da je in bo ta termin prisoten v širšem življenju, in mogoče je kdaj tudi posrečen ali celo adekvaten opis za lastnosti ali početja moralno oporečnih ljudi.

Tako prav ta moralni vidik izraza psihopat, ki je v svojem bistvu ponižujoč in slabšalen ter v sebi skriva jezo, sovraštvo in odpor do takih ljudi, je tisti, zaradi katerega ne moremo in ne bi smeli dopustiti, da se ta diagnoza ponovno uveljavi v psihiatriji. To bi bil korak nazaj v dobo subjektivnega, »zdravorazumskega« in nestrokovnega poimenovanja ljudi, ki izstopajo in so tudi lahko moteči zaradi tukaj več naštetih osebnostnih lastnosti. Dejstvo, da moramo v diagnostiki duševnih motenj, kot tudi v razvijajoči se forenzični psihiatriji v Sloveniji, uporabljati znanstvene kriterije Svetovne zdravstvene organizacije v obliki MKB-10, ostaja tisto zagotovilo, ki obeta, da tega termina ne bomo ponovno uporabljali ne v psihiatriji kot tudi ne v psihiatričnem izvedenstvu.

Mladoletni prestopniki in mladi storilci kaznivih dejanj z disocialno osebnostno motnjo

Prof. dr. Martina Tomori, dr. med., višja svetnica

Korespondenca:

E-mail: tomori.martina@gmail.com

Uvod

Adolescenca je dinamično obdobje osebnostnega razvoja, v katerem se srečujejo najpomembnejše izkušnje iz zgodnjih razvojnih obdobj z vse jasnejšimi osebnostnimi potezami, ki bodo oblikovale podobo odraslega. Telesni razvoj, še posebno tisti, ki ga določa zorenje možganov s hormonskimi vzvodi vred, se sešteva s socialnimi dejavniki, prek katerih odraščajoči zaznava in prevzema vrednostna sporočila, zglede, spodbude in omejitve iz širšega okolja. (1) V času, ko se njegove sposobnosti za internaliziranje etičnih in moralnih norm še razvijajo, vstopa mladostnik v socialni prostor vse bolj samostojno, pri tem pa lahko tudi prestopa meje sprejemljivega, dopustnega in zakonitega.

Osebnostno zrelost odraslega človeka opisujejo značilnosti, kot so čustvena stabilnost, empatija, usklajenost vedenja s socialnimi pričakovanji, sposobnost predvidevanja posledic svojih odločitev in dejanj ter pripravljenost za prevzemanje odgovornosti zanje, zmožnost primerne izbire ugodij in smiselne odločitve izpolnitev svojih želja. Ti potenciali zmanjšujejo možnost, da bi s svojim ravnanjem kršil zapovedi, določene z zakonom. Vse te poteze pa še nikakor ne rišejo mladostnikovega osebnostnega profila. In če bi »tipičnemu« mladostniku hoteli nadeti katerega od okvirjev, ki karakterizirajo osebnostno strukturo odraslih, bi ta opis vseboval kar več značilnosti disocialne osebnostne naravnosti (neupoštevanje socialnih norm, težave pri dolgoročnem načrtovanju svojih vedenj, impulzivne odločitve, ki so vseč lastnemu egu, drugim pa ne, velike potrebe po tveganju in vznemirjenju, pričakovanje takojšnje nagrade). To, takorekoč »fiziološko« disocialnost mladostnika določajo pravzaprav vsi dejavniki njegovega razvoja: socialni, biološki in psihološki. (2)

Na srečo je pri veliki večini ljudi takšna mladostniška in razvojno nujna podoba le prehodna in se z zorenjem osebnosti umika. Pomemben del odraščanja se kaže – ob že razvitih sposobnostih za abstraktno mišljenje – tudi v sprejemanju moralnih norm in lastne sposobnosti za oceno, kaj je prav in kaj ne. (3)

Pojavnost duševnih motenj pri mladoletnih prestopnikih

Med mladoletnimi prestopniki in še tudi zelo mladimi storilci kaznivih dejanj je le delež tistih, ki kažejo »prave« in že strukturirane disocialne osebnostne poteze in izpolnjujejo diagnostične kriterije za disocialno osebnostno motnjo. V adolescentnem obdobju je med osebami, ki prehajajo meje zakonitega,

zagotovo največ takih, ki ne izkazujejo duševnih motenj in pri njih ni podanih psihopatoloških značilnosti, ki bi imele vlogo bodisi pri motivaciji bodisi pri sami izvedbi kaznivega dejanja. (2) Čeprav kakšnih epidemioloških izsledkov te vrste ne poznam, pa bi ocenila, da je med mladostniki »brez diagnoze« še največ tistih, ki so bili kakor koli vzgojno zanemarjani, prikrajšani za razvoj ustreznih socialnih vzorcev ali pa njihovo neprilagojeno vedenje spodbujajo zelo tipične in same po sebi nepatološke razvojne poteze, kot so nepremišljenost, želja po tveganju, potreba po potrditvi pred vrstniki in samim seboj ali pa začasno zmanjšana sposobnost obvladovanja v frustraciji, ki je zanje takrat prehuda.

Med tistimi, pri katerih bi že bilo potrebno upoštevati možno psihopatologijo, so prekomerno impulzivni posamezniki. Nekateri od njih se v dotakratnem poteku svojega razvoja niso naučili potrebnega samoobvladovanja in odložitve izpolnitev želja (med temi je veliko takih, ki so enostavno razvajeni, saj so njihove želje vedno izpolnjevali njihovi najbližji odrasli). Med impulzivnimi prestopniki je sorazmerno pogosta hiperkinetična motnja, katere simptomatika vključuje poleg nemira in motenj pozornosti tudi izrazito nestrpnost in slabo organizacijo vedenjskih zavor. Pri nekaterih pa se izkaže, da njihova impulzivnost izvira iz konkretne psihoorganske motnje, bodisi zaradi nekega bolezenskega vzroka ali pa po poškodbi možganov. Pri teh je nujna kompleksnejša, tudi nevrološka, diagnostika. Ta tudi olajša oceno, do katere stopnje so bile njihove sposobnosti razumevanja in obvladovanja zmanjšane. Motnje pri obvladovanju impulzov so podane tudi pri mladih s čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo.

Bistveno pogostejše kot pri odraslih izvajalcih kaznivih dejanj ugotavljamo pri mladoletnih prestopnikih in zelo mladih storilcih depresivno motnjo. Depresija se v razvojnem obdobju – še zlasti pri fantih – sorazmerno pogosto manifestira s prikrito klinično sliko, v kateri izstopajo povečana čustvena odzivnost, vzkipljivost in razburljivost, nenazadnje pa je v dinamiki njihovega kršenja zakona tudi prisotna težnja po iskanju kazni.

V tej starostni skupini pa med storilci kaznivih dejanj redkeje srečujemo osebe z manično ali vsaj hipomanično razpoložensko motnjo, ki je vzrok njihovim občutjem neranljivosti, presežku energije in neprižnavanju meja realnosti.

Posebna skupina mladih rizičnih oseb so seveda psihotični mladostniki in mladi odrasli. Še neoblikovana in zato pogosto netipična klinična slika prvih

epizod shizofrenije je laikom največkrat neprepoznavna. Zahteva posebno kompleksno in poglobljeno diagnostiko in – če je le mogoče – daljše opazovanje v kliničnih razmerah. Pri tem pa je potrebno upoštevati možnost, da tudi pri osebi z ugotovljeno psihotično motnjo vsa neprilagojena vedenja ne izhajajo nujno iz bolezensko zmanjšanih razumskih in voljnih sposobnosti.

Med mladostniki, ki lahko pridejo navzkriž z zakonom, je tudi nekaj takih, ki jim nižje intelektualne sposobnosti otežujejo presojo in načrtovanje sprejemljivega vedenja. Pri njih je predvsem pomembna ocena sposobnosti razumevanja pomena svojega vedenja ob nujnem upoštevanju sorazmerne zapletenosti dejanja in relacije le-te do stopnje mladostnikovih nižjih intelektualnih potencialov. Če je pri njih izražena še psihoorganska motnja (kar je pogosto), jih v nedopustna dejanja lahko vodi tudi povečana impulzivnost. V tem primeru je seveda vprašljiva tudi njihova sposobnost obvladovanja svojega ravnanja.

Disocialno osebnostno motnjo ugotavljamo pri manjšem delu storilcev kaznivih dejanj v obdobju adolescence in zgodnje odraslosti.

Diagnostika disocialne osebnostne motnje v razvojnem obdobju, klinična slika in napovedni dejavniki

Diagnostična opredelitev disocialne osebnostne motnje pri zelo mladih storilcih kaznivih dejanj ni toliko potrebna zaradi ocene njihove sposobnosti razumevanja in obvladovanja, saj te, posebno prve, zaradi same osebnostne motnje niso zmanjšane, razen v primerih, ko na psihične procese storilca vplivajo katere od možnih drugih, običajno začasnih duševnih motenj, na primer učinek zaužitega alkohola oziroma drugih psihoaktivnih snovi ali morebitna psihotična epizoda. Diagnosticiranje te motnje je mnogo bolj pomembno za oceno možnosti preprečevanja ponavljanja kaznivih dejanj in za izbiro strokovne pomoči, ki bi to nevarnost zmanjševala. Pri disocialnih mladostnikih je namreč – v primerjavi z mladimi storilci s prej naštetimi duševnimi motnjami – bistveno večja nevarnost ponavljanja neprilagojenega vedenja še v odraslem obdobju. (4, 5) S sorazmerno slabo prognozo te osebnostne motnje je poleg večje splošne družbene nevarnosti povezana tudi celotna kakovost prihodnjega življenja storilca in tudi njegovih bližnjih.

Veljavna mednarodna klasifikacija zdravstvenih motenj določa, da diagnoze osebnostne motnje ne kaže postavljati pri osebah, mlajših od sedemnajst let

(MKB) oziroma pred osemnajstim letom starosti (DSM). (6) Splošno znani razlog za to je dejstvo, da so v poteku razvoja značilnosti psihosocialnega funkcioniranja še precej spremenljive in zato tudi nepredvidljive (pomemben kriterij diagnostike osebnostnih motenj pa je prav v njihovi kontinuiranosti in stalnem, v toku življenja uveljavljenem slogu). Drugi razlog za to je izkušnja, da je prav diagnoza osebnostne motnje lahko nekako peyorativna in že sama po sebi nakazuje »brezupnost« primera. Vsakdo, ki dela z mladimi z duševnimi motnjami, pa kaj kmalu spozna, da je med vedenjsko motenimi otroki in mladostniki določen del tistih, pri katerih se osebnostne poteze, slog vedenja in medosebnih odnosov že zelo zgodaj kažejo v luči, ki prepričljivo napoveduje osebnostno motnjo že mnogo pred uradno polnoletnostjo.

Diagnoza disocialne osebnostne motnje tudi v predodraslem obdobju temelji na znanih značilnostih: neupoštevanju družbenih obveznosti in omejitev, manjši sposobnosti učenja iz neugodnih izkušenj, šibki frustracijski toleranci, nizkemu pragu za frustracijo in za nasilen odziv nanjo, pripisovanju krivde drugim, nezinteresiranosti za čustva drugih ljudi. Prav slednja močno ločuje to motnjo od prehodnih adolescentnih kriz ter drugih začasnih in razvojno pogojenih duševnih težav mladostnikov. Ugotovljeno je, da je poleg ravni intelektualnih kapacitet posameznika prav sposobnost empatije (zmožnosti zaznavanja, prepoznavanja in upoštevanja čustev drugega) najbolj stalna in nespremenljiva značilnost človekovega psihosocialnega funkcioniranja v vsem poteku življenjskih obdobj. (6)

Diagnostika kaže, da je oseba s to motnjo izkazovala neprilagojene oblike vedenja že tudi v predhodnih obdobjih svojega razvoja. Značilno je, da so bile te motnje izkazane na različnih področjih (v medosebnih odnosih, na področju lastnine, nasilja ...) in da se niso pojavljale izolirano, le v izjemnih okoliščinah, pač pa so označevale celoten vedenjski slog otroka. (7)

Diagnozo te motnje zelo pomembno potrjuje podatek o zgodnjem začetku vedenjskih motenj. Če se te začnejo ponavljati in stopnjevati že pred otrokovim sedmim letom, je napoved kasnejše osebnostne motenosti veliko bolj verjetna. Klinične izkušnje kažejo, izsledki raziskav pa to potrjujejo (6, 7), da vedenjske motnje, ki se prvič pojavijo šele v adolescenci (po prej dobro prilagojenem otroštvu) večinoma izzvenijo že pred odraslo dobo in ne napovedujejo verjetnosti kaznivih dejanj pri odrasli osebi. Izjemno pogost podatek, ki sodi v sklop disocialne osebnostne motnje, je ta, da je bil preiskovanec že

v otroštvu s strani bližnjih, vrstnikov, učiteljev in morda tudi strokovnjakov ocenjen kot hladen in nečustven: emocionalnih navezav ni gojil, emocionalne bližine ni izkazoval niti do članov družine niti do svojih vrstnikov, na frustracije se je odzival neposredno in z nasiljem, bil je morda tudi krut do živali, nadvladovanje, manipuliranje in trpinčenje šibkejših je v njem vzbujalo zadovoljstvo in ugodje. Sindrom čustvene hladnosti in emocionalne neodzivnosti z veliko zanesljivostjo povečuje možnost prehoda vedenjskih motenj v osebnostne že pred odraslim obdobjem. (4, 6, 7)

Pri otrocih, ki že zgodaj izkazujejo opisana vedenja, so pogostejše tudi druge značilnosti: slabša šolska uspešnost, kot bi bila v skladu z njihovimi intelektualnimi potenciali, zgodnejše prekinjanje šolanja, slabi odnosi s sorodniki, ne vključenost v konstruktivne, organizirane športne in druge dejavnosti njihovih vrstnikov. Bolj pogosta pa je pri njih tudi zgodnja zloraba alkohola in drugih psihoaktivnih snovi. (6)

Intelektivni potenciali oseb z disocialno motnjo nikakor niso nižji kot v splošni populaciji. Slabša splošna razgledanost in skromnejša poučenost, ki se kaže pri nekaterih od njih, sta bolj povezani s pomanjkanjem zanimanj in z odraščanjem v nespodbudnem okolju ali s prezgodnjim izstopanjem iz procesa izobraževanja, ki pa je bolj povezan z njihovimi osebnostnimi značilnostmi kot z manjšimi primarnimi sposobnostmi. Če pa so pri disocialni osebi podane nižje intelektualne sposobnosti, je to prognostično neugoden dejavnik. (6) Prav tako poslabšuje prognozo disfunkcionalnost družine (nasilje, alkohol, neustrezen vzgojni slog ...) in zgodnje vključevanje v družbo vrstnikov, ki disocialne poteze in z njimi povezana vedenja cenijo, spodbujajo in utrjujejo. (7)

Diagnostično pozornost moramo usmeriti na dve skupini osebnostnih značilnosti: ena združuje simptome z emocionalnega področja (sposobnost empatije, prepoznavanje socialnih dogajanj, potreba po navezovanju in pripadnosti, obvladovanje impulzov, čustveni odziv na frustracije), druga pa zajema simptome na področju kognicije in socialnega vedenja (projiciranje krivde v druge, kritičen in sovražen slog pojmovanja drugih ljudi, kršenje socialnih norm, ustrahovanje drugih, manipulativno in nasilno vedenje). Intenzivnost in način pojavljanja značilnosti iz teh dveh skupin simptomatike odloča tudi o možnostih in učinkovitosti sprememb. Disocialno vedenje je z določenimi vedenjskimi pristopi mogoče vsaj delno modificirati, vrzeli na emocionalnem področju pa so izjemno rezistentne.

Pri disocialnih osebah, pri katerih ob čustvenih motnjah ni izrazitega antisocialnega vedenja, je, zlasti ob visokih intelektualnih kapacitetah, možen razvoj tako imenovane konstruktivne psihopatije. Oseba s takšno naravnostjo je lahko tudi zelo uspešna in učinkovita in ostaja še na pravi strani zakona. Ker pa je celoten kognitivni slog takega posameznika disocialen (sovražen, slepo kritičen, morda še narcističen ali/in paranoiden), je ta lahko močno destruktiven in škodljiv za krog, ki ga obvladuje. Mladostniki s takšno naravnostjo znajo okoli sebe zbirati »vernike« in občudovalce, preko katerih izvajajo dejanja ali usmerjajo dogajanja, ki toliko bolj dvigujejo njihov ego, kolikor bolj so destruktivna in škodljiva. Srečujemo jih praviloma tudi med iniciatorji in vodji vrstniškega nasilja.

Diferencialnodiagnostično moramo pri še ne povsem odraslih osebah upoštevati možnosti prekrivanja in zamenjevanja te motnje z vedenjskimi motnjami druge etiologije, katero od motenj iz avtiističnega spektra (na primer aspergerjev sindrom) (6) ali z naravnostjo v katero od drugih osebnostnih motenj (paranoidno, čustveno neuravnovešeno, narcistično). Potek razvoja v smeri odraslosti to ali drugo motnjo prej ali slej izključi ali potrdi.

Etiologija in razvoj disocialne osebnostne motnje

Tako kot pri večini drugih duševnih motenj je v etiologiji disocialne osebnostne motnje pomembna soigra več različnih dejavnikov, tako genetskih in drugih bioloških kot socialnih in razvojnopsiholoških. (2) Delež in prodornost vsakega od teh je različen od enega do drugega posameznika.

Že dalj časa so znana spoznanja o pomenu socialnih dejavnikov, ki prek družbe in družine določajo človekov razvoj sposobnosti za usklajevanje svojega vedenja z normami, zahtevami in pričakovanji družbe ter z zakonsko določenimi mejami. Spoznanja psihodinamike o možni neskladnosti med človekovimi nagonskimi težnjami in zavornimi vedenjskimi mehanizmi odpirajo večno zanimiva razmišljanja o vlogi superega, vesti in samonadzora, prisotnosti in odsotnosti notranjega cenzorja, ki je hkrati blagoslov človekovemu dostojanstvu in tudi njegovo prekletstvo.

Ob vsem tem pa bi danes strokovno zelo nedosledno zaobiti dognanja nevroznosti, ki že leta daje vrsto zanimivih odgovorov predvsem na vprašanja o biološki osnovi posameznih prvin disocialnosti. Še posebno mesto imajo ta dognanja pri razumevanju oblikovanja disocialne motnje v razvojnem

obdobju, saj je to čas najbolj aktivnega učenja prilagajanja vedenja omejitvam realnosti, upoštevanja posledic, ki jih imajo sedanje odločitve v prihodnosti, in utrjevanja sposobnosti za obvladovanje težnje po takojšnjem ugodju.

Sodobne diagnostične metode (slikovna diagnostika, posebno fMRI, nevropsihološke preiskave) povezujejo klinično sliko oziroma manifestne značilnosti disocialne osebnostne motnje s patofiziološkimi posebnostmi v prefrontalnih predelih možganov in drugih možganskih strukturah, funkcionalnih enotah in njihovih medsebojnih povezavah, ki odločajo o nadzorovanju impulzov, selekciji dražljajev, ki usmerjajo vedenja in pojmovanja, ter predvidevanju posledic konkretnih odločitev in vedenj. (9, 10) Raziskovalci antisocialnega vedenja usmerjajo posebno pozornost tudi v funkcije limbičnega sistema (11) in amigdalnega jedra, posebno ob proučevanju prepoznavanja nevarnosti, odzivanja na stres in nasilnega vedenja. Zanimive ugotovitve prinašajo študije kompleksnih kognitivnih funkcij pri načrtovanju vedenj in izbiri vedenjskih strategij. Na molekularni ravni je največ raziskav usmerjenih na nevrottransmitterje, predvsem na serotoninški, pa tudi na dopaminski in noradrenalinški sistem. (6) V povezavi z nasiljem in odzivnostjo na stres so se izkazale kot obetavne študije stresnih hormonov, predvsem dejavnikov, ki v zelo zgodnjih obdobjih razvoja vplivajo na raven kortizola še kasneje v življenju. Od tega je – ob mnogih drugih značilnostih posameznika – odvisno vedenje v stresu in potreba po vznemirjenju in tveganjih. (4, 6)

Epidemiološka dognanja, temelječa na izsledkih genetskih raziskav, tako tistih zelo klasičnih (študije dvojčkov in posvojencev) kot na vse bolj razdelanih molekularnih genetskih analizah, potrjujejo klinično izkušnjo, da se disocialnost pojavlja in nadaljuje v družinah, da je torej v pomembni meri dedno determinirana. (12, 13) Če zberemo in poenostavimo obsežne raziskovalne rezultate proučevanja povezanosti genov in okolja pri razvoju te osebnostne motnje, lahko verjamemo, da za disocialnost kot sklop značilnih osebnostnih značilnosti ni odgovoren en sam gen, pač pa so z dednostjo povezane posamezne značilnosti psihosocialnega funkcioniranja (impulzivnost, prepoznavanje izrazov emocij ...). Izražanje in prodornost genetskih sporočil pa povečujejo vplivi okolja, ki jim je otrok izpostavljen, še posebno v svojem zgodnjem razvojnem obdobju. Odločilni za izid soigre genov in okolja, prirojenega in pridobljenega torej, sta določena genetska zasnova in izpostavljenost neugodnim okoljskim vplivom. (6) Med temi

raziskave najbolj izpostavljajo zgodnje izkušnje otroka z nasiljem v družini, grožnjami in zastraševanjem ter manipulativno ravnanje z otrokom s strani oseb, od katerih je vsestransko odvisen. Tako je potrjeno tudi z več študijami (6, 14), da hladni in nečustveni otroci izjemno pogosto odraščajo v okolju, kjer je kronično prisotna možnost nasilja, različnih zlorab in temeljnih emocionalnih prikrajšanosti.

Terapevtska obravnava mladih z disocialno osebnostno motnjo

Pri mladostnikih, ki so prekoračili mejo zakonitega zaradi katere koli druge duševne motnje, imamo sorazmerno veliko možnosti učinkovite terapevtske pomoči, s tem pa tudi preprečevanja podobnega vedenja v prihodnosti. Psihoterapija pri depresivnih, kognitivno-vedenjska terapija pri mladih z »navadnimi« vedenjskimi motnjami (tistimi, ki ne izhajajo iz disocialne motnje), psihofarmakoterapija (v kombinaciji s socioterapijo) pri psihotičnih in nekaterih psihoorgansko motenih, družinska terapija in vzgojno svetovanje v primerih, kjer spodbuja in vzdržuje vedenjske motnje disfunkcionalnost družine ali/in neutrezen vzgojni slog – vsi ti terapevtski pristopi, še posebno, če so dovolj zgodnji in je za njih mlado-stnik motiviran, so večinoma dovolj učinkoviti.

Pri disocialno naravnanih storilcih kaznivih dejanj, pri katerih pa je v primerjavi z vsemi drugimi verjetnost ponavljanja kaznivih dejanj še celo največja, pa nam ostane za zmanjševanje te nevarnosti še najmanj izbire. Ena od osnovnih, že temeljnih ovir uspešni obravnavi, je njihovo popolno pomanjkanje uvida v lastni delež pri neustreznem vedenju (»vsega so krivi drugi«, »z drugimi ljudmi, razmerami ..., je nekaj narobe« ...). Drugi, skoraj univerzalen razlog za neučinkovitost običajnih terapevtskih pristopov, je odsotnost motivacije za spremembe pri sebi. Tretji, bolj zapleten in kompleksen vzrok za neizvedljivost uspešnega psihoterapevtskega procesa, so vrzeli v čustvenih kapacitetah teh oseb, saj je zmožnost smiselne samorefleksije in pogumnega soočenja s svojimi notranjimi dogajanja tesno povezana s sposobnostjo prepoznavanja čustev pri sebi in drugih ljudeh.

Pri izbiri bolj kompleksnih psihoterapevtskih metod, vključno s sistemsko družinsko terapijo, se na sodelovanje pomembnih drugih članov družine disocialnega mladostnika največkrat ne moremo zanesti. Razlog za to je – če že ne jasno izražena osebnostna motnja pri enem ali kar obeh starših – pa vsaj njuna lastna disocialna naravnost. Ta se kaže z neuvidevnostjo starša do neustreznega ravnanja mladega člana svoje družine

ali pa celo z bolj ali manj prikritim odobravanjem mladostnikovih ravnanj. (15) Njihov način pojmovanja stvari (kognitivni slog) se pogosto izkaže kot identičen z mladostnikovim. To se pri kliničnem delu z disocialnimi mladoletnimi prestopniki kaže tako, da starša – enako kot mladostnik – sploh ne razumeta, o čem govorimo, ko poizkušamo z njimi skupaj osvetliti pomen potrebnih sprememb.

Poglabljeno in podrobno poznavanje kognitivnih in emocionalnih disfunkcij pri osebah z disocialno osebnostno motnjo je na prvi pogled morda s kliničnega stališča manj pomembno. Vendar pa zmanjševanja posledic ravnanj disocialnih oseb ni mogoče načrtovati in izvajati brez upoštevanja zbranih ugotovitev. Tako kot velja za mnoge druge motnje duševnega zdravja, je tudi učinkovitost obravnave oseb s to motnjo odvisna od tega, kako zgodaj in na katera polja psihosocialnega funkcioniranja usmerimo terapevtska prizadevanja. Empirično je potrjeno, da so terapevtske spremembe pri disocialnih osebah bolj dosegljive na področju vedenja in kognitivnih funkcij kot pa na emocionalnem polju. Bolj učinkoviti so vedenjski pristopi (kolikor zgodnejši so, toliko bolje), ki upoštevajo lastnost disocialnih oseb, da so jim pomembni zelo kratkoročni cilji in da njihovo motivacijo za spremembe povečuje le zelo konkretna in njim prilagojena nagrada. V tako načrtovani vedenjski terapiji so koristne strategije dejavnega doseganja zadovoljstva in potrditve s preprostimi, enodimenzionalnimi vedenjskimi vzorci.

Ker so najbolj smiselni dovolj zgodnji terapevtski pristopi, so starši lahko zelo odločilen medij za spodbujanje sprememb pri rizičnem otroku: treningi zdravega starševstva, utrjevanje vloge naklonjenega, dovolj občutljivega in čustveno odzivnega, a hkrati doslednega vzgojitelja, ki se dovolj odziva na pozitivno vedenje otroka in odločno zastavlja meje negativnemu in nasilnemu obnašanju, učenje (staršev in otrok) različnih socialnih spretnosti (16) in sposobnosti za prepoznavanje ter motivacijo za upoštevanje čustev še koga drugega, ne le samega sebe. Ni pa dovolj, da ti projekti potekajo le v družini, usklajeni morajo biti s pozitivnimi sporočili in realnimi zadoščenji ob spremembah v šoli in povsod tam, kjer se otroci socializirajo. Cilji, ki bi bili povezani s prebujanjem emocionalne občutljivosti, so pri mnogih – žal – nedosegljivi. Možgani pač niso neskončno plastični. Bolj realne pa so spremembe v vedenju, ki na drugačen, neškodljiv način privede do izpolnitve otrokovih potreb.

Literatura

1. Tomori M. Vstopanje v svet odraslih in vedenjske motnje v razvojnem obdobju. In: Gorenc M, Anderluh M (eds). Razdiralno vedenje otrok in mladostnikov na stičišču strokovnih služb. Zbornik seminarja. Kranjska Gora: ZOMP; 2013: 6-10.
2. Tomori M. Psihosocialni dejavniki pri mladoletniškem prestopništvu. In: Šelih A. (ed) Prestopniško in odklonsko vedenje mladih. Vzroki, pojavi odkrivanje. Ljubljana: Bonex založba; 2000: 89-111.
3. Zupančič M. Psihološke teorije intelektualnega, socialnega in moralnega razvoja v mladostništvu. In: Justin J (ed) Etika, družba, država II. Ljubljana: Pedagoški inštitut; 1997: 23-105.
4. Blair J, Viding E. Psychopathy. In: Rutter M et al. (eds) Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Hong Kong: Blackwell Sciences; 2010: 852-63.
5. Rutter M. Commentary: What is the meaning and utility of the psychopathy concept? *Journal of Abnormal Child Psychology* 2005; 33: 499-503.
6. Hill J. Disorders of Personality. In: Rutter M et al. (eds) Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Hong Kong: Blackwell Sciences; 2010: 841-51.
7. Moffitt TE, Scott S. Conduct Disorders of Childhood and Adolescence. In: Rutter M et al. (eds) Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Hong Kong: Blackwell Sciences; 2010:543-58.
8. Janjušević P. Psihološke značilnosti otrok in mladostnikov z agresivnim vedenjem in ocenjevanje tveganja za nasilno vedenje mladostnikov. In: Gorenc M, Anderluh M. (eds) Razdiralno vedenje otrok in mladostnikov na stičišču strokovnih služb. Zbornik seminarja. Kranjska Gora: ZOMP; 2013: 19-26.
9. Blair JRJ. The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain and Cognition* 2004; 55: 198-208.
10. Blair JRJ. Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy. *Development and Psychopathology* 2005; 17: 865-91.
11. Kiel A. A cognitive neuroscience perspective in psychopathology: Evidence of paralymbic system dysfunction. *Psychiatry Research* 2006; 142: 107-28.
12. Holmes J, Thapar A. Genetics and juvenile antisocial behavior. In: Bailey S, Dolan M. (eds) *Adolescent Forensic Psychiatry*. London: Arnold; 2004: 87-96.
13. Viding E, Blair JRJ, Moffitt TE, Plomin R. Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7 years olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2005; 46: 592-7.
14. Caspi A, McClay J, Moffitt TE. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851-4.
15. Tomori M. Družina mladoletnega prestopnika. In: Žagar D. (ed) *Prestopništvo mladih*. Zbornik 8. seminarja forenzične psihiatrije. Ljubljana: Psihiatrična klinika, CMZ; 1997: 27-31.
16. Hawes DJ, Dadds MR. The treatment of conduct problems in children with callous unemotional traits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73: 737-41.

Disocialna osebnostna motenost, kako jo prepoznati pri klientih in kakšna je njihova prognoza

Mag. Vanja Fran Rejec, dr.med.

Bohoričeva 5A
1000 Ljubljana

Povzetek

Disocialna osebnostna motnja sodi med osebnostne motnje, se pravi, ne gre za bolezensko stanje, ampak za deficit osebnosti na področju odnosov z okoljem, natančneje deficit upoštevanja dogovorjenih družbenih norm, ob tem da je vedenje o njih neokrnjeno.

Definicija disocialne osebnostne motnje

Mednarodna klasifikacija bolezni MKB-10 v svoji dikciji opredeljuje disocialno osebnostno motnjo (dalje DOM) kot stanje, za katero je značilno neupoštevanje družbenih obveznosti in popolna nezainteresiranost za čustva drugih. Med vedenjem in veljavnimi družbenimi normami je veliko neskladje. Neugodne izkušnje, vključno s kaznovanjem vedenja, zlahka ne preoblikujejo. Toleranca do neuspehov je nizka, prav tako prag za sprostitev agresivnosti, vključno z nasiljem; obstaja tendenca h grajanju drugih in k verjetnim racionalizacijam vedenja, ki spravlja pacienta v spore z družbo. Pojmi, ki so vključeni v to motnjo: amoralna, antisocialna, asocialna, psihopatska, sociopatska motnja.

Pojavljanje v populaciji

Pogostnost pojavljanja v celotni populaciji je 1 do 3%, pri čemer nekoliko vodijo moški, pri varovancih penalnih inštitucij pa ta odstotek naraste do 75%.

Iz družinske anamneze ljudi z DOM jasno izhaja, da je najti elemente DOM tudi pri neposrednih prednikih, so pa seveda različno izraženi.

Patogeneza

Po Kaplan & Sadocku (1) je DOM povezana z življenjem v revnih okoljih, kjer je prisotna tudi vzgojna zanemarjenost v zgodnjem obdobju, kar pa seveda ne izključuje pomembnosti dednih zasnov, saj starši takih otrok s kasnejšim razvojem DOM sami izražajo elemente DOM; to predstavlja ne le genetski substrat, ampak tudi vzorec vedenja. DOM se izraženo pojavlja nekako po končanem osnovnem šolanju, pa tudi v osnovni šoli z izostajanjem od pouka, zgodnjo zlorabo opojnih substanc, delinkventnim in promiskuitetnim vedenjem. Tudi če se takšno vedenje registrira zgodaj, pogosto z drugačno vzgojo ni mogoče zagotoviti njegovih sprememb.

Pojavljanje v izvedenskih situacijah

Največkrat izvedenec naleti na osebo z DOM pri izvedenstvu v kazenskih procesih, nemalokrat v pravnih postopkih in le izjemoma v družinskih postopkih. V psihiatrični eksploraciji osebe, pri kateri so že

podani elementi DOM, bo izvedenec usmeril svojo pozornost v preiskovančevo zgodnje neupoštevanje dogovorjenih družbenih norm, pa naj si bo to izostajanje od pouka, razni prekrški, posamična ali skupinska delinkvenca. Vse to bo pomenilo sumiranje dejavnikov, ki govorijo za DOM v zreli dobi.

Klinična slika DOM

DOM ima številne obraze. V osebnem kontaktu so lahko zelo aktivni, na trenutke celo simpatični, pomembna ločnica od ostale populacije pa je večje ali manjše, včasih popolno pomanjkanje empatije, čustvovanje je torej deficitarno. Frustracijska toleranca, sposobnost prenašanja psihičnih obremenitev, je pri osebah z DOM znižana in zato pogosto prihaja do vedenja, imenovanega acting out, neredko s poškodovanjem tujih stvari ali oseb. Pomembno za ljudi z DOM je, da pri njih ni najti anksioznosti, njihovo vedenje je neustrašno.

Posebno pozornost bo izvedenec posvetil preiskovančevi sposobnosti empatije, saj ta sposobnost pri osebah z DOM manjka, v naslednjem bo verjetno ugotovil tudi slabšo sposobnost doživljanja strahu ali tesnobe, kar se bo v vedenju kazalo kot neustrašnost, pretiran pogum in drznost, iz česar izhaja tudi povezava, da tudi pod grožnjo sankcij ne sprejemajo dogovorjenih družbenih norm ter iz morebitnega kaznovanja ne potegnejo konstruktivnih zaključkov in ne spremenijo vedenja.

Osebe z DOM so pogosto razumsko dobro opremljene, kar pa jim služi za spretno uporabo manipulativnih manevrov in so zato lahko do laika zelo prepričljivi in zato nekritičnega poslušalca lahko zavedejo v sodelovanje v socialno nedopustnih ravnanjih.

Oseba z DOM načelno razume, da izvaja socialno nezaželena dejanja, vendar je grožnja s sankcijami ne odvrne od njih. V izrednih razmerah, na primer vojna, so lahko celo konstruktivni, ker so neustrašni in se lotijo tudi nevarnih akcij, po pravilu pa se njihova disocialnost potem manifestira v mirnem času.

V sklopu DOM obstajajo različne intenzivnosti, ponekod je opazno samo pomanjkanje empatije, ponekod pa je stanje razvito do stopnje, ko je okolica neposredno ogrožena. Ekstremi imajo tudi močno seksualno komponento, tako je iz polpreteklosti znana povezava z intenzivnim spolnim življenjem in hudimi krvnimi delikti (primera Trobec in Plut).

Terapija

Specifične terapije ni, Kaplan sicer poroča o poskusih zdravljenja z antiepileptiki in psihostimulansi, vendar tudi nekdanja veljavna teorija, da se disocialno vedenje umiri in reducira po 60. letu starosti, ne velja v popolnosti, saj so iz dokumentacije ZPKZ Dob znani primeri ogrožanja življenja drugih tudi v pozni starosti, celo med prestajanjem zaporne kazni za prejšnja kazniva dejanja. Tako psiho- kot farmakoterapevstki ukrepi pri osebah z DOM nimajo zanesljive učinkovitosti.

Izvedenec bo torej v sodnem procesu dobil naročilo sodnika, naj opredeli duševno stanje obdolženca, njegovo sposobnost razumevanja in obvladovanja vedenja, naj definira metode morebitnega zdravljenja in po možnosti tudi čas zdravljenja. Ker ob samih vplivih DOM ni okvar razumevanja, torej ne gre za psihotični odmik od realnosti in torej gre za popolno razumsko ohranjenost v času storitve, bo izvedenec svoje zaključke temeljil le na morebitni obtoženčevi omamljenosti z alkoholom ali drugimi opojnimi snovmi, medtem ko bo glede naslednjih sodnikovih vprašanj v zadregi. Dolžnost izvedenca je, da čim bolj plastično opredeli način funkcioniranja pri osebi z DOM, kjer samo nasprotovanje zakonom in dogovorjenim družbenim normam ne predstavlja psihiatrične bolezni z vplivom na razumevanje, se pravi, da izvedenec ne more potrditi razloga za oceno zmanjšane prištevnosti in da ne ugotavlja nesposobnosti za razumevanje in s tem tudi ni razloga za ugotovitev zmanjšane prištevnosti.

Osebe s hudo stopnjo DOM in z velikim heteroagresivnim tveganjem bi potrebovale trajno izločitev iz okolja, česar pa pri nas ne omogočata niti penalni niti zdravstveni sistem, zato te osebe ostajajo problematične, obstaja torej velika nevarnost, da bodo huda kazniva dejanja z nevarnostjo za okolje ponavljali, kar pomeni nevarnost, s katero je treba računati, saj absolutno učinkovite terapije zaenkrat ni.

V perspektivi bo treba razmisliti o spremembah zakona, ki bi v posameznih ekscenčnih primerih omogočal izločitev osebe iz okolja tudi na daljši rok, na primer v obliki posebne zavodske enote, kar sedaj ni mogoče.

Literatura

1. Kaplan & Sadocks Synopsis of Psychiatry, Ninth Edition 2003

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 izrečeni 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 izrečeni 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 PAS¹, če je bilo potrebno; prehodno depresivno epizodo, v enem primeru ADHD², 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 dosedanjih 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

¹ Psihoaktivne substance

² 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 tudi 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.th05792
 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.
-

Izvenbolnišnična psihiatrična obravnava disocialne osebnostne motnje

Bojan Filipič, dr. med., specialist psihiater in psihoterapevt

Psihiatrična ambulanta

Vošnjakova ulica 20

Maribor

Uvod

Disocialni sindrom predstavlja vedenjsko manifestacijo trajnega konflikta med zavestno osebnostjo in njenimi nezavednimi kontrolnimi mehanizmi (vestjo). Ti so v načelu kruti in kaznujoči. Izoblikuje se v razvoju osebnosti, že primarno v otroštvu, zelo pogosto sekundarno v adolescenci in izjemoma terciarno v odrasli dobi. Konflikt, ki v svoji nezavedni, dinamični vsebini terja izrinjenje tesnobe in krivde, se bolj ali manj trajno ali v prebojih razrešuje z negativnim samopotrjevanjem navzven in/ali samokaznovanjem (hkratna hetero in avtoagresivnost). (1)

Disocialnost pomeni potrjevanje samega sebe na negativni način. Kaj je negativno, določa vsakokratna družba. Vsebina negativnega se lahko spreminja, mehanizem takšnega potrjevanja pa je enak v različnih družbenih sistemih in tudi ni omejen na obstoječe časovno obdobje. (2)

Z antisocialnim vedenjem uresničujejo disocialne osebe oba bistvena sestavna dela svoje deviiranosti: potrjujejo sebe in kaznujejo sami sebe. Nasilnost do okolja in avtoagresivnost sta v tipičnih primerih neločljivo povezani. S svojim vznemirljivim vedenjem so disocialni v stalni disharmoniji z drugimi ljudmi. (3)

V našem prostoru uveljavljena kategorija disocialna osebnostna motnja (F60.2 po veljavni Mednarodni klasifikaciji bolezni MKB-10. revizija) je zgodovinsko povezana s kategorijo psihopatija, od leta 1968 pa s kategorijo antisocialna osebnostna motnja, ki se je kot diagnostična kategorija uveljavila z DSM in je diagnostično opredeljena v sedaj veljavni DSM-5.4 Med njima je pomenska razlika in sicer se prva nanaša bolj na osebnostno strukturo z oškodovanimi kontrolnimi mehanizmi, druga bolj na oblike vedenja. (5)

Psihoanaliza in psihodinamske teorije nasploh so tiste, ki največ prispevajo k razumevanju deficitov v osebnostni strukturi disocialnih oziroma antisocialnih osebnosti, vedenje samo pa Kernberg v večji meri povezuje s primitivno obliko narcisistične motnje kot z idejo, da gre za svojsko strukturo. (5) Tako gledano, ni več te pomenske razlike med disocialno in antisocialno osebnostno motnjo. Ta druga je kategorija, ki je v svetovnem merilu, še posebej pa v literaturi, veliko pogosteje uporabljena.

Đurić poudarja pomen patologije selfa pri antisocialni osebnostni motnji (dalje ASOM) z obračanjem destruktivne agresivnosti proti sebi v primeru samopoškodovanja ali dejanja samomora in v primeru pojavljanja interpersonalnega nasilja. Poudarja kognitivni stil antisocialnih osebnosti, ki se lahko opiše kot devianten, egocentričen in impulziven. Ego ideal in

zavest o etičnem pomenu ravnanj sta pri antisocialnih osebnostih nerazvita, zato v njihovem vedenju ni korekcijskega poriva, ki ga dajeta ti dve strukturi. Njihovo vedenje je opredeljeno z možnostjo trenutnega zadovoljevanja egocentričnih potreb in s težnjo po osvoboditvi od frustracij. Takšno vedenje podpirajo pomanjkanje uvida, slab nadzor nad vedenjem in stališče oproščanja samemu sebi. Đurić opozarja tudi na nevrobiološke raziskave, ki kažejo na povezavo med zmanjšanim avtonomnim odzivom in agresivnim vedenjem na eni strani ter reducirano prefrontalno sivo maso in disfunkcijo orbitofrontalnega korteksa in amigdal na drugi strani. (6)

Psihodinamika psihopatije, disocialnosti, antisocialnosti

Antisocialne osebe se označuje kot psihopate, disocialce, sociopate, osebe s karakternimi motnjami ali celo kot kriminalce. Gre za širok spekter pacientov od tistih, ki jih je popolnoma nemogoče zdraviti, do tistih, ki jih je mogoče pod določenimi pogoji. Razumevanje tega kontinuuma je potrebno, če se jim želi pomagati. Na dnu kontinuuma so psihopati, popolnoma neodgovorni in brez najmanjše empatije oziroma upoštevanja čustev in potreb drugih. Imajo nekatere osnovne nevropsihološke posebnosti, ki jih razlikujejo od nepsihopatov. So izjemno neusmiljeni, kruti, brez emocionalne navezanosti z izjemo sado-mazohističnih interakcij z okolico, ki temelji na moči, ter so brez vsakršne empatije in občutkov krivde. Pri psihopatih gre za masivno okvaro razvoja superega brez vsakršnega moralnega čuta. Gabbard na drugo mesto kontinuuma, gledano iz dna navzgor postavi, antisocialno osebnostno motnjo z diagnostičnimi kriteriji, ki so opredeljeni v DSM-5. Pomembnejše od fenomenološkega opisa njihovega vedenja je psihodinamsko razumevanje, ki upošteva interakcijo tako genetskih dejavnikov kot dejavnikov maladaptacijskega okolja (zloraba, zanemarjanje). Superego je tudi pri teh osebah nefunkcionalen, se pa lahko pokažejo superego lakune oziroma jezerca, zaradi česar se pri njih lahko pojavi izrazita anksioznost in depresija. Na istem kontinuumu je vsa narcisistična patologija, ki se začne z malignim narcisizmom, za katerega sta značilni ego sintoni sadizem in paranoidna usmeritev. (6,7) Na četrtem mestu so narcisistične osebnosti z antisocialnim vedenjem, ki so za realizacijo svojih ciljev sposobne brezčutno izkoriščati druge, vendar včasih zmorejo občutiti krivdo in imajo lahko realistične načrte za prihodnost. Gabbard pravi, da so to uspešni psihopati z boljšimi

eksekutivnimi funkcijam v primerjavi z neuspešnimi psihopati. (7)

Na naslednjih stopnjah antisocialnega kontinuuma je antisocialno vedenje pri različnih motnjah osebnosti (mejnih, histrioničnih, paranoidnih). Nato so nevrotično strukturirane osebnosti, ki se obnašajo antisocialno. Na vrhu pa je antisocialno vedenje kot del simptomatskih nevroz, kjer se posamezniki vedejo antisocialno običajno z zavestno željo, da bi bili kaznovani. (6,7)

Za razumevanje teh osebnosti je potrebno poznati naravo obrambnih in adaptacijskih procesov pri psihopatskih osebnostih. Prevladujejo obrambe primarnega procesa: onipotentna kontrola, projekcijska identifikacija, disociacija in tudi acting out oziroma odreagiranje. Pomembno je razlikovati med psihopatsko manipulacijo in tisto pri histeričnih in borderline pacientih. Prva je zavesten, sinton način zlorabe drugih, pri drugi pa se pacient ne zaveda manipulativnega namena. (8)

Obravnavna in pristopi k zdravljenju

Psihiater, psihoterapevt ali kakšne druge vrste strokovnjak s področja duševnega zdravja, ki se pri svojem delu srečuje s pacienti z ASOM bi moral poznati in upoštevati specifičnosti teh osebnosti in specifičnosti transfernega in kontratransfernega dogajanja pri obravnavi teh osebnosti.

Terapevti se morajo zavedati svojih lastnih čustev in morajo biti pozorni na svoje čustvene odzive na te bolnike, ker lahko takšni odzivi zmotijo proces obravnave ali celo pripeljalo do prekinitve. Ne glede na to, da se je terapevt odločil pomagati antisocialnemu bolniku, je mogoče, da ga bolnik z zgodovino kaznivih dejanj ter s svojo neodgovornostjo in nepredvidljivimi težnjami k nasilju naredi povsem drugačnega. Najboljše možnosti za zdravljenje imajo zato strokovnjaki, ki so dobro podkovani v poznavanju ASOM, ki lahko predvidijo svoja čustva in vzdržujejo sprejemanje teh bolnikov brez nepotrebnega moraliziranja, ki so dojemljivi za legalne zaplete pri zdravljenju in ki imajo glede zdravljenja realistična pričakovanja. (7)

McWilliamsova pravi, da je psihopatski bazični transfer na terapevta projekcija njegovega lastnega izkoriščanja, zato domneva, da terapevt namerava uporabiti pacienta za svoje sebične namene. Običajni kontratransfer je občutek terapevtske neustreznosti, na katero se neizkušen terapevt odzove še z večjo angažiranostjo. Ko tudi to ne uspe, lahko terapevt začuti sovražnost, prezir in moralistično ogorčenje.

Druge pogoste kontratransferne reakcije so bolj komplementarne kot konkordantne in vključujejo strah pred psihopatsko zlovesčo prijaznostjo in občutek, da ima pacient terapevta v oblasti. S tem v zvezi so pogoste prave srhljive slutnje. Izkušen terapevt prepozna te reakcije in jih do neke mere tolerira, razen kadar je sam neposredno ogrožen. Izkušnja, da je podcenjevan s strani pacienta, lahko izzove pri terapevту sovražne občutke do pacienta in resignacijo. (8)

Gabbard opozarja na fenomen, da se psihopatom večkrat daje drugačna diagnoza, na primer zloraba droge, narcisistična motnja osebnosti. Gre za dvom ali nevero kot obliko zanikanja, da je pacient v resnici slab. Racionalizacija antisocialnega vedenja zaradi problemov z zlorabo drog ali beganja pri adolescentih ima lahko za posledico zanikanje psihopatskih lastnosti, kar pa vodi do tega, da je pacient narobe razumljen in ocenjen, na primer neozdravljiv pacient je ocenjen kot pacient, ki ga je mogoče zdraviti. Zato tudi občutki nemoči in nesposobnosti terapevta pri pacientih z motnjo, ki je rezistentna na zdravljenje. (7)

Ena najbolj problematičnih oblik kontratransferja je koluzija ali konspiracija, običajno se to pogosteje dogaja v bolnišničnih pogojih. V prepričanju, da pacientu pomaga, se terapevti ali drugo osebje bolnišnic zapletejo v takšno kontratransferno agiranje, ki je lahko celo kriminalno. Lažejo v korist pacienta, ponarejajo izvide, se zapletejo v seksualne zveze s pacienti, pomagajo tem pacientom, da bežijo iz bolnišnice in podobno. Nastanek takšnega kontratransferja je mogoče razumeti kot del projekcijske identifikacije, saj koruptivni del pacientovega selfa vstopi v terapevta in spremeni njegovo vedenje. Kasneje terapevti poročajo, da »niso delovali kot oni sami«. (7)

V izvenbolnišničnih pogojih osebe z ASOM redko poiščejo psihiatrično pomoč zaradi težav v zvezi s svojo osebnostno motnjo, saj imajo slab uvid v svoje težave in zavračajo diagnozo ASOM ali pa zanikajo svoje simptome. Pogosteje iščejo pomoč zaradi drugih težav, kot so razdor v zakonu, zloraba oziroma odvisnost od alkohola ali drog ali zaradi samomorilnosti. Običajno pa so družinski člani ali sodišča tista, ki pritiskajo na osebe z ASOM, da se ti znajdejo pri psihiatru ali drugih strokovnjakih s področja duševnega zdravja.

Antisocialni pacienti, ki vendarle sami poiščejo pomoč, se praviloma lahko obravnavajo kot ambulantni pacienti, ki jim v pogojih izvenbolnišničnega ambulantnega zdravljenja lahko ponudimo paleto storitev, vključno z nevropsihološko diagnostiko,

psihoterapevtsko obravnavo, zdravljenje z zdravil in pa družinsko oziroma zakonsko svetovanje.

Ker antisocialni običajno krivijo druge, imajo nizko toleranco za frustracije, so impulzivni in redko ustvarijo zaupne odnose, je delo s temi pacienti težko. Pogosto jim primanjkuje motivacije za izboljšanje in so notorično slabi self opazovalci. Preprosto ne vidijo sebe, kot je to pri drugih. Zato psihoanalitično orientirane psihoterapije praviloma niso indicirane. Izjema je suportivna psihodinamska psihoterapija pri pacientih, ki niso psihopati. Ta pristop vključuje poslušanje, konfrontacijo in konverzijo. (9)

Terapevt mora vedno znova konfrontirati pacienta z njegovim zanikanjem in minimalizacijo antisocialnega vedenja. Konfrontacije pacientovega vedenja »tu in sedaj vedenja« so bolj učinkovite kot konfrontacije nezavednih vsebin iz pacientove preteklosti. (7)

Pri konverziji gre za to, da se postopoma preide od pacientovega navideznega uvida in obžalovanja, ki zgolj krepi njegov lažni self bližje pristnemu selfu. Terapevt to poskuša na ta način, da pacientu pomaga priti do pomembne disforične točke v njegovem razvoju. Terapevt poskuša prekiniti povezavo med pacientovimi dejanji in njegovo genezo, kar lahko pacientu pomaga pri razvijanju bolj sprejemljivih oblik vedenja. Poskuša uporabiti pacientov lastni interes kot osnovo za sprejemanje zunanje morale in družbenih pravil. Pri tem je edino možen narcističen transfer, saj pacient v bistvu vidi zgolj samega sebe. Potrebno pa je vedeti, da vrednost takšnega terapevtskega odnosa ni konstantna in se nanj ne moremo zanašati. (9)

Kognitivna terapija, ki je bila primarno razvita za pomoč bolnikom z depresijo, se v zadnjem obdobju poskuša uporabljati tudi pri pacientih z ASOM. Terapevt mora določiti pravila in program vključitve pacienta v takšno terapijo, kar vključuje redno prihajanje na terapijo, aktivno udeležbo in realizacijo vseh načrtovanih dejavnosti izven obiskov pri terapevtu. Terapija mora biti več kot sredstvo, s katerim se antisocialni pacient poskuša izogniti posledicam svojega negativnega vedenja, kot je zaporna kazen. Glavni cilj kognitivne terapije je, da pomaga pacientu razumeti, kako sam ustvarja svoje težave in kako mu njegovo izkrivljeno dožemanje preprečuje, da sebe vidi na način, kod ga vidijo drugi.

Poseben pristop je na mentalizaciji temelječa psihoterapija za nasilne moške paciente z ASOM, ki vodi k zmanjšanju agresivnih dejanj. (7)

Če se pri pacientih z ASOM pojavita anksioznost in depresija, ju je potrebno identificirati in zdraviti. (7)

Obe motnji sta prognostično ugodna dejavnika, ki kažeta na to, da je pri pacientu superego vsaj deloma razvit.

Visoka komorbidnost oziroma sočasno pojavljanje tudi drugih duševnih motenj, zlasti zlorabe in odvisnosti od alkohola in drog, zahteva vso terapevtsko pozornost, saj je pogosto odločilen dejavnik za zdravljenje pacientov z ASOM. (6)

Obravnava v terapevtskih skupnostih in druge skupinske oblike terapevtskega vplivanja naj bi bile učinkovite pri pacientih z ASOM, ker skupinski procesi dovolj uspešno določijo in omejijo terapevtsko polje. Na ta način skupina tudi terapevta zavaruje pred pacientovimi manipulacijami, kar se tako pogosto dogaja v individualni terapiji. (3)

Zaključek

V kodeksu etičnih načel delavcev v psihiatriji (Havajska deklaracija) je v 2. členu zapisano, da je vsakemu bolniku treba dajati najboljše možno zdravljenje in ga obravnavati s skrbnostjo in spoštovanjem, kot smo to dolžni do slehernega človeškega bitja, upoštevajoč, da ima vsakdo pravico do svojega življenja in zdravja. (10)

Kobal, ki se je veliko posvečal problemu disocialnosti, v svoji doktorski disertaciji pravi, da mora psiholog prodreti skozi oklep, ki je nastal zaradi duševnih travm takšnih oseb. In takrat odkrije prestrašeno, polno krivde, občutljivo, zmedeno, prizadeto bitje, pogosto z zelo toplim in bogato niansiranim, vendar zelo lahko ranljivim čustvenim življenjem. (11)

Ne prvo in ne drugo pa psihiatra ali druge vrste strokovnjaka, ki se ukvarja z disocialno oziroma antisocialno osebnostno motnjo, ne sme zavesti k lažnemu in škodljivemu prepričanju, da je sposoben zdraviti neozdravljivega pacienta. Le tako se izognemu lahko tudi tragičnim zapletom pri obravnavi pacientov s to motnjo.

Literatura

1. Kobal MF. Psihopatologija za varnostno in pravno področje. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve, Visoka policijsko-varnostna šola; 2000.
2. Kobal M. Vedenjske motnje v otroštvu in adolescenci. In: Lokar J, ed. Pedopsihiatrija 2. Ljubljana: Katedra za psihiatrijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Klinična bolnišnica za psihiatrijo Ljubljana; 1976. p. 7-23.
3. Kobal M. Nepsihotične osebnostne motnje. Devirane osebnosti. In: Miličinski L, ed. Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1986. p. 347-56.
4. Black DW, Borenstein J, Frank E, Hales RE, Kupfer DJ, Schultz SK. Understanding mental disorders: your guide to DSM-5. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2015.
5. Erić L, ed. Psihodinamična psihiatrija IV, Motnje osebnosti. Ljubljana: Hermes IPAL; 2012.
6. Đurić Z. Antisocialna motnja osebnosti. In: Erić L, ed. Psihodinamična psihiatrija IV, Motnje osebnosti. Ljubljana: Hermes IPAL; 2012. p. 213-37.
7. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
8. McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York: The Guilford Press; 1996.
9. Novalis PN, Rojcewicz SJ, Peele R. Clinical Manual of Supportive Psychotherapy. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1993.
10. Miličinski L, ed. Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1986.
11. Kobal M. Reintegracija vedenja in rigidnost motenih osebnosti [PhD thesis]. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1970

Izvedenec pod pritiskom in grožnjami

doc.dr. Matej Kravos, dr. med., spec. psih.

ZPA dr. Kravos
Trg svobode 26
2310 Slovenska Bistrica

Uvod

Kljub napredku medicine in vse številnejšim možnostim preiskav je osnova psihiatrične diagnostike in zdravljenja še zmeraj vezana na neposreden odnos pacient – zdravnik. Odnos je obojestranski in zahteva veliko empatije, spoštovanja, sodelovanja, predvsem pa uskladitve pričakovanj in možnosti. Vsem željam in pričakovanjem vselej ni mogoče ugoditi. Pritiski in grožnje so pogost zaplet. Za psihiatrično izvedenstvo se odloči le manjšina psihiatrov, večinoma verjetno prav zaradi še večje izpostavljenosti, pritiskov in groženj. Približno 15 odstotkov slovenskih psihiatrov je tudi sodnih izvedencev.

Nekaj osnovnih razmišljanj in postavk

Izvedenec je v večini literature označen kot sodnikov pomočnik. Izvedensko mnenje je dokazni material kot vsak drug. Na osnovi svojega strokovnega znanja izvedenec podaja zaključke, ki jih laik s svojim znanjem ne more razumeti. Strokovno znanje in sposobnosti mu omogočajo, da medicinska in psihološka spoznanja strokovno ovrednoti in se s tem loči od ostalih prič. Diagnostika v psihiatriji je, v nasprotju z ostalimi medicinskimi vedami, veliko bolj odvisna od dogovorov. Kajti nauk o duševnih motnjah oblikujejo različne šole, nauki in mnenja. Meje med bolezenskimi in normalnimi psihološkimi spremembami vedenja ter čustvovanja so pogosto zabrisane. Zaradi tega so pogosti negotovost in nedorečenost, ki vodita v razhajanja mnenj, razlog, da izvedenec naročniku čim bolj razumljivo obrazloži osnove in lastna logična sklepanja, na katerih je mnenje izdelal. Psihiatrični izvedenec mora pri izdelavi mnenja posedovati in posredovati bistveno več informacij kakor drugi zdravniki. Izvedenec mora tako poznati za psihiatrijo pomembna načela pravnega razmišljanja, poznati mora zakone in predpise za delo in odločanje o pacientih ter mora imeti sposobnost, da strokovno znanje posreduje na sodišču razumljiv način.

Psihiatrična obravnava je posebno intenzivna in pogosto vodi v dolgotrajen odnos pacient – zdravnik. Izvedenstvo, ki ima za večino ljudi ogromne in ne zmeraj zelene posledice, lahko poruši zaupanje v obravnavo ali celo nadaljnje zdravljenje. Pri izdelovanju izvedenskega mnenja je psihiatrova pozornost usmerjena drugače kakor pri zdravljenju. Medtem ko terapevt postavlja diagnoze, iz katerih bo naredil načrt zdravljenja pacientovih težav, pa si izvedenec prizadeva posledično iz diagnoz zagotoviti čim bolj obsežne pravne zaključke. Upoštevati mora

še navedbe preiskovalnega postopka in iskati nepravilnosti. Kljub temu ne sme igrati detektiva, saj je še zmeraj vezan na pravila medicinske etike. Psihiater kot izvedenec ni samo posredovalec medicinskega znanja sodišču in javnosti, ampak se mora pri tem ustrezno približati s pacientom delujočemu kliničnemu kolegu glede nadaljnje psihiatrične oskrbe in terapevtskih priporočil v okviru pravnih, etičnih in kliničnih norm. Pri tem s svojimi odločitvami ni odgovoren samo pacientu kot zdravnik v klinični praksi, ampak tudi širši družbi. Zaradi tega je izvedenčeva odgovornost bistveno večja kakor psihiatrova v običajni praksi.

Forenzična psihiatrija je v zadnjih letih močno pridobila na pomenu. Porastel je pritisk javnosti zaradi zvečanih potreb po izvedenstvu in terapevtskih možnostih. Toda bistveno več je tudi znanstvenih podatkov in znanja o duševnih motnjah in načinih zdravljenja.

Izvedenec lahko med pregledom pridobi nove informacije, ki bi jih moral posredovati sodišču, in bi tako postal ne samo izvedenec, ampak tudi priča. V takšno vlogo je izvedenec pogosto nehote potisnjen v primerih, ko mu preiskovani zaupa podatke, ki jih je na predlog zagovornika sodišču zamolčal. V tem primeru je v stiski zaradi različnih vlog, saj nima ne tehnik, ne znanj in ne pooblastil, kot jih ima sodišče, kljub morebitni kriminalistični vnemi raziskovanja pri pridobivanju novih podatkov ali dokazovanja protislovij. Toda osnovna naloga izvedenca je, da zbere psihopatološke simptome, ugotovi duševne motnje, razkrije globlje duševne povezave in ni krivičen, če mora prevzeti še vlogo preiskovalca. Če se spozabi kot samooklicani pomočnik v preiskavi, lahko povzroči še nezaupanje v svojo nepristranskost, s čimer ga je nato potrebno izločiti iz postopka. Zaradi tega je potrebno zaupne in nove podatke iz izvedenskega poročanja izločiti.

Izvedenec ni poklican pred sodišče samo kot izvedenec, ampak tudi kot priča, ki naj poroča o svojih opažanjih v okviru kliničnih dejavnosti. Psihiater je pogosto soočen tudi z izvedenci drugih strok, na primer sodnomedicinskimi izvedenci v zvezi s toksikološkimi izvidi ali psihologi, katerih ugotovitve mora ustrezno povezati in obrazložiti v zvezi z izvedenskim mnenjem. Čeprav mora z njimi razglabljeti, pa ne sme prekoračiti svojih pristojnosti. Zaradi tega je priporočljiva delitev dela in sočasno sodelovanje, ki je pri večini sodišč običaj.

Izvedenčev odnos do preiskovanca je ambivalenten. Po eni strani potrebuje zaupen odnos, da lahko

izpelje in izvede smiselno raziskovanje in pregled, saj lahko doživi ali naleti na ustrezno sodelovanje in pomoč preiskovanca, lahko pa na odklanjanje, sočutje ali antipatijo. Po drugi strani pa potrebuje ustrezno kritično distanco in pod določenimi pogoji tudi nezaupanje, da slepo ne sledi pripovedi preiskovanega. Izvedenec naj bi se v času svojega poklicnega izobraževanja in z izkušnjami naučil svoje občutke prepoznavati in jih s premislekom vključiti v svoje zaključke in mnenje. Predvsem je potrebna previdnost pri oblikovanju mnenja in izražanju, saj psihiatrični pojmi in razlage občasno lahko spodbujajo neprimerne moralistične vrednote in povzročajo označevanje. Z izrazi, kot so histeričen ali psihopacija, lahko v stroki pod določenimi pogoji označimo nekatere motnje, a z njimi lahko, če so izraženi neprimerno ali ob neprimernem času, tudi kompromitirajo preiskovanega. Zaradi uporabe istih izrazov v vsakodnevem govoru in stroki je bilo veliko strokovnih izrazov spremenjenih, a vseh tudi ni mogoče spremeniti.

Psihiater kot izvedenec naj bi bil pred sodiščem pozoren, da svoje stroke ne poenostavi na laično raven in s tem postane glasnik laičnih interesov. Taka nevarnost obstaja v primerih, ko je pritegnjen v obravnavo primerov, ki ležijo zunaj obsega njegove stroke ali ko te meje prestopi sam. Predvsem zato, ker lahko psihiater ugovarja ali zanika le tisti del mnenja, ki ga zmore razložiti na osnovi medicinskih zaključkov.

Nekaj duševnih motenj, ki so lahko razlog za pritiske in grožnje izvedencu

Osebe z duševnimi motnjami v osnovi niso nič bolj agresivne ali manipulativne kakor ostala populacija. Razlika je predvsem v njihovi nepredvidljivosti. Za duševno zdravo osebo je mogoče predvidevati, v katerih okoliščinah se bo odzvala nenavadno ali v nasprotju s siceršnjim funkcioniranjem, kar pa za osebe z duševnimi motnjami ne velja. Kolikor bolj je zdravi del osebnosti pod vplivom bolezensko spremenjenega, bolj je posameznik v svojih dejanjih in reakcijah nepredvidljiv. Duševne motnje smo včasih delili na duševne bolezni in duševne motnje. V slednje so bile zajete motnje osebnosti, ki niso duševna bolezen v ožjem pomenu besede, ampak skupek osebnostnih značilnosti, ki posameznika kot osebo zaznamujejo in jih ni sposoben bistveno spremeniti, razen ob zelo intenzivnem psihoterapevtskem delu. Osebnostna motnja zaznamuje pojmovanje ali razumevanje z izrazitejšo osebno noto, ki je lastna samo

posamezniku, a je še zmeraj v mejah normalnega. To je trajno stanje, ki ga, tudi ob ustreznem psihoterapevtskem zdravljenju, ni mogoče bistveno spremeniti, v nasprotju z duševnimi motnjami v ožjem pomenu (po starem duševnih boleznih), ki so lahko ali prehodne ali pa imajo kroničen potek s fazami akutnih poslabšanj.

Najpogostejše duševne motnje, ki so razlog za pritiske in grožnje, so motnje, ki vplivajo na presojo realnosti in doživljanje realnosti tudi spremenijo:

To so **vse vrste shizofrenskih motenj** (paranoična, hebefrenska, katatonska, nediferencirana, shizotipska in shizoafektivna motnja), ki temeljno in značilno izkrivljajo mišljenje in zaznavanje, čustvovanje postane neustrezno ali otopelo, pojavljajo se še fenomeni miselnega odmeva, vsiljevanje, vcepljanje ali odtegotanje misli, pošiljanje misli po radiu, blodnjavo zaznavanje in blodnje nadzorovanja, vplivanja ali oviranja, prisluhi, ki v tretji osebi opravljajo pacienta.

Blodnjave motnje, pri katerih je dolgotrajna blodnja edina ali najbolj očitna klinična posebnost.

Akutne psihotične motnje, za katere je značilen akuten nastop psihotičnih simptomov, kot so blodnje, halucinacije in hud razkroj običajnega vedenja, in so kratkotrajne.

Manična epizoda je razpoloženska vznesenost, povečana energija in aktivnost ter navadno izrazito dobro počutje, ki se jim pridruži še razdražljivost, domišljavost, neolikano in surovo vedenje.

Organske duševne motnje s podobno simptomatiko, le da je pri njih vzrok bolezen ali poškodba možganov (po poškodbah, tumorjih, epilepsija ...).

Najpogostejše motnje osebnosti, ki so razlog za pritiske in grožnje, so motnje, ki posameznika zaznamujejo in tako težje sprejema pravni red ali bolj subjektivno in intenzivno doživlja sam sodni postopek:

paranoidna osebnostna motnja, ki jo označuje pretirana občutljivost za različne ovire, nespravljenost zaradi žalitev, sumničavost, težnja k izkrivljanju izkušenj, ponavljajoča se neutemeljena sumničenja;

disocialna osebnostna motnja, ki jo označuje slaba prilagodljivost socialnemu okolju s pogostimi prekrški, konflikti, delikventnimi dejanji, impulzivnost, znižana sposobnost empatije;

čustveno neuravnovešena (impulzivna) osebnostna motnja, ki jo označuje težnja k impulzivnemu reagiranju, ne glede na posledice, s tendenco k prepirljivosti, sporom ter intenzivni in nestabilni medosebni odnosi.

Nekaj najpogostejših situacij, ki so lahko priložnost za pritiske in grožnje izvedencu

Situacije so izbrane na osnovi lastnih izkušenj in razmišljanj, saj ustrezne literature ni na razpolago:

Hlinjenje: predvsem pri pregledih glede zmožnosti sodelovanja v razpravi. Običajno ni velika težava prepoznati hlinjenja, ker je duševne motnje ob vsej razpoložljivi dokumentaciji (spis, priče, zdravstvena dokumentacija in pregled) z veliko verjetnostjo mogoče izključiti. Bolj zahtevno je dokazovanje, saj ni pravih metod, ocene so lahko različne, predvsem ko je na razpolago več strokovnih mnenj. V pomoč sta doslednost, spoštovanje diagnostičnih kriterijev in možnost bolnišničnega opazovanja.

Maščevanje: je zmeraj nepričakovano in s krajšim ali daljšim zamikom v obliki nadlegovanja na domu, nadlegovanja svojcev, poškodovanja lastnine, ogrožanja življenja in občasno tudi nagajanje. Preventiva je kvalitetno in strokovno izdelano mnenje, nemoč pa popolna nezaščitenost zaradi javno dostopnih in tudi morebitnim osebam posredovani osebni podatki izvedenca in svojcev.

Napad: je običajno v obliki maščevanja in groženj, je povsem nepredvidljiv, pri čemer napad v ordinaciji ni redkost. Prisotnost več oseb, ustrezne evakuacijske poti v prostorih in znanje borilnih veščin niso odveč.

Obisk na domu: pogosto ga je potrebno izvesti, predvsem pred hospitalizacijami proti volji ali pri postopkih zaradi odvzema poslovne sposobnosti. Obisk je zmeraj nepredvidljiv, običajno v odročnih krajih ali povsem opustošenih bivališčih ali v stanovanja zaprtih oseb. Zahteva natančno opazovanje, izdelan načrt umika in večino komunikacije z radovednimi sosedi. Izogniti se jim ni mogoče. Zaželeno je spremstvo.

Odredba in vabilo: v primerih duševno manjrazvitih, oseb s shizofrenijo ali pri organsko pogojenih motnjah je dojetanje sporočil napačno razumljeno, predvsem ker so umske sposobnosti okrnjene ali pa psihopatološki fenomeni prehudo motijo dojetanje realnosti. Realna nevarnost so osebni podatki z domačim naslovom izvedenca v odredbi, ki jo preiskovani dojemata že kot vabilo in se oglasi na domu, običajno še pred vabilom.

Odrejanje in nezmožnost vpliva na terapijo: sodišče od izvedenca pogosto zahteva, da se odloči o vrsti zdravljenja in terapevtskih ukrepov, vendar izvedenec nima vpliva na izbiro terapije. Enako velja pri odločanju o podaljšanju ukrepov obveznega zdravljenja, ko se pristopi lečečega (-ih) psihiatra (-ov) ne

skladajo s terapevtskimi pričakovanji ali ocenami izvedenca. Dialog bi bil najprimernejša rešitev.

Razgovor: kadar so pričakovanja preiskovanega povsem jasna, da se želi rešiti obravnav ali doseči nedolžnost skozi izvedenčevo delo, so pogojevanja ali grožnje običajno neposredne brez prikrivanja, jasno izrečene in tudi nakazane, redkeje je pritisk posreden z namigovanji. Psihiatrični pregled je oseb in naj bi bil zmeraj pogovor med pacientom in psihiatrom brez prisotnosti tretje osebe; ob tem je zaupanje samoumevno. Nasprotno si je pri izvedenskem pregledu potrebno zaupanje šele pridobiti, a nameni preiskovanega nikdar niso povsem jasni. Ustrezno znanje in veščina vodenja pogovora sta najbolj zanesljivi obliki preventive. Glede na literaturo si nekateri izvedenci pomagajo še s tretjimi osebami ali vadbo borilnih veščin.

Telefon: anonimni klic ali klic tretje osebe z grožnjami, pogojevanjem ali izsiljevanjem. Izogniti se mu je praktično nemogoče. Uporaba telefonov, ki beležijo pogovore in telefonske številke, je najprimernejša preventiva ob takojšnji prekinitvi pogovora.

Tolmač: vse pogostejši zaradi tujcev in beguncev. Tolmač ni strokovnjak, strokovnega psihiatričnega jezika ne pozna, predvsem osnovnih psihopatoloških pojmov, katerih pomen je pomemben za razumevanje. Tolmač potrebuje dodatno izobraževanje in razlago izvedenca, da lahko smiselno prevede vprašanja in odgovore.

Osebe

Osebe, ki so del sodnega postopka, so sicer strokovnjaki na svojih področjih, izobraženi v komunikaciji in večji komunikacije, a kljub temu vstopajo v svet sodnih obravnav z lastno osebnostjo. Da bi imeli hujše oblike duševnih motenj, je malo verjetno zaradi zahtevnosti poklicnih nalog, ki jih verjetno ne bi bili sposobni izvajati. Medtem ko je verjetnost, da bo kateri izmed udeležencev oseba z motnjo osebnosti, povsem realna in se verjetno v odstotkih bistveno ne razlikuje od siceršnje populacije, za katero velja ocena, da ima okrog 15 odstotkov vse populacije motnjo osebnosti.

Zagovornik: dobro razgledan in svetovljanski zagovornik je lahko strokovni izziv izvedencu. Nasprotno je zagovornik, ki se v veliki meri poistoveti s klientom ali si zada nalogo, da ga rešuje, ne glede na posledice in ugled. Provokacije, podtikanja, omalovaževanje, negiranje strokovnosti, domačnost, spremljanje preiskovanega do izvedenca in nastavljanja pasti (insceniranje lažnega pregleda) so

stalnica, na katere mora biti izvedenec pripravljen. V kombinaciji z motnjo osebnosti zna biti izjemno zahteven.

Preiskovani: je v bistvu v podrejenem položaju, ker se mora dati pregledati, a že sam pregled lahko dojema kot grožnjo, redkeje kot igro, tako da je izmikanje sestavni del komunikacije s preiskovanimi. Izmikanja so preprosta z neudeležbo na vabila in s tem zamujanjem rokov za oddajo mnenja na sodišče do neposrednih groženj, ki pa se bistveno ne razlikujejo od groženj v klinični praksi. Morda jih je več, ker osebe predvsem s paranoidno in disocialno motnjo osebnosti ne prihajajo tako pogosto v ordinacijo, kakor so potrebni pregledov za sodišče.

Sorodniki preiskovanih: poskušajo izrabiti priložnost in podati svoje videnje sodnega postopka ali funkcioniranja preiskovanega. Poslužujejo se vseh oblik komunikacij s pritiski, navzočnostjo in redkeje z neposrednimi napadi na izvedenca ali člane njegove družine. Potrebna je ustrezna previdnost, zmanjšanje komunikacije na najnujnejše in odstranitev svojcev.

Kolega izvedenec: je lahko domač, prijateljski in s tem nevaren za spreminjanje mnenja, lahko pa tekmovalen, z napadi, diskreditacijami, osebnim napadom, omalovaževanjem stroke in zagovarjanjem svojega prav, ne glede na argumente. V kombinaciji z motnjo osebnosti zna biti izjemno zahteven. Polemične razprave med izvedenci na sodišču ali v medijih niso v korist niti sodnemu primeru niti stroki.

Mediji in javnost: v odmevnih procesih z velikim zanimanjem spremljajo psihiatrična izvedenstva. Takšni postopki so kot izložba, skozi katero večina ljudi dobi vpogled v psihiatrijo in si ustvarja ustrezno mnenje o stroki. Vendar je pravilo, da so v medijih najpogosteje obravnavani negativni forenzični psihiatrični dogodki. Hoffmann - Richterjeva (1998) je v analizi objav švicarskih časopisov o forenzični psihiatriji ugotovila, da je bilo manj kakor 2% objavljenih člankov brez negativnih povodov. Angermeyer (2001) je ugotovil, da je bila več kot polovica poročil v nemških medijih, ki so poročali o psihiatriji, vezana na sodne postopke, ko naj bi psihiater storilca rešil globe ali pravične kazni. Toda odmevni proces lahko naredi za razvoj in razumevanje forenzične psihiatrije več kakor znanstveno podprta prizadevanja forenzičnih združenj. Kljub temu se mora izvedenec zavedati nevarnosti novinarskega poročanja, v katerem mora biti problem predstavljen kratko, preprosto in za bralca ali gledalca učinkovito.

Psihiatrični izvidi in zaključki so zapleteni ter potrebujejo pri podajanju izvedenskih mnenj uravnoteženo obrazložitev, sicer so neprimerni za objavljanje v medijih. Toliko bolj, ker so mediji še posebej zainteresirani za razkrivanje motivov ali psihodinamskih vzrokov storjenega dejanja preiskovanega. Forenzični psihiater je pogosto potisnjen v vlogo, ki so je bili v preteklosti deležni šamani in duhovniki, da razloži nerazložljivo. Večinoma brez tega, da bi se te vloge zavedal, ima izvedenec svoj del odgovornosti pri oblikovanju moralnih vrednot.

Pritiski

Pogostnost zastraševanja, nadlegovanja in besednih ali telesnih napadov forenzičnih psihiatričnih pacientov na psihiatre je enaka kakor običajnih psihiatričnih pacientov. Pri osebah, pri katerih je anamnestično znano, da so že bile nasilne ali da so grozile, je veliko bolj verjetno, da bodo tak vzorec vedenja uporabile tudi v procesu psihiatričnega izvedenskega mnenja. V dveh tretjinah primerov je verjetno, da bo preiskovanec, ki je že izvajal nasilje, uporabil katero od nasilnih rešitev pri stiku z izvedencem. Dodaten dejavnik tveganja je zloraba psihoaktivnih snovi.

V letnem poročilu angleškega združenja izvedencev za leto 2014 so izvedenci poročali, da je bilo največ pritiskov povezanih z zahtevami, naj spremenijo ali ponovno napišejo določene dele mnenj v korist preiskovanca ali da spremenijo podatke, povzete iz zdravstvene dokumentacije. 45 odstotkov izvedencev je imelo občutek, da so jih izkoristili za podajanje mnenj po želji preiskovanih in njihovih odvetnikov.

Prijazen izvedenec je pristranski, a je prijaznost lahko obramba pred možnimi grožnjami ali negativnimi posledicami, ne samo v sodnem postopku, ampak tudi v osebnem življenju.

Izvedenec je v vsakodnevem delu praktik, vendar je v sodni dvorani pogosto izpostavljen hipotetičnim vprašanjem, na primer, kaj bi povprečen psihiater storil ali kako bi ukrepal v dani situaciji. V tem primeru se je primoran odločiti, kateri deli primera bi lahko bili preiskovancu v korist in kateri v škodo, ter poskrbi za tisto, kar bi bilo zanj najboljše. Toda klinični psihiater ima dolžnost, da pacientu pomaga najbolje, kot zna, kar pa je v nasprotju z dolžnostjo forenzičnega psihiatra, ki je zavezan resnici.

Popolna odprtost, upoštevanje strokovnih načel in poštenost so najboljši način, kako zagovarjati in učiti nasprotne zagovornike ter strokovnjake pri ugotavljanju resnice.

Namesto zaključka

Zmanjšanje nevarnosti bi bilo mogoče doseči z nekaj popravki zakonodaje, sodne prakse in sodelovanja. Ker je izvedenec zaprisežen, sodnemu sistemu znan z vsemi svojimi podatki, ga je mogoče ustrezno zaščititi tako, da se pojavlja samo z imenom in priimkom. V pomoč bi tudi bili: klicna številka za pomoč v sili bi pripomogla k hitrejši dostopnosti in pomoči ali policije ali varnostne službe; možnost uporabe varovanja; poostrena zaščita ob grožnjah; upoštevanje groženj in pritiskov pri morebitnih izrekih kazni.

Literatura

1. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence on public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry* 2001, 24: 1-19.
2. Devor KM, Wilson GI. How Dangerous Is It That This Man Goes Loose! *Forensic Examiner*.
3. Dietz PE. The Quest for Excellence in Forensic Psychiatry. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, Vol. 24, No. 2, 1996
4. Gutheil TG, Commons ML, Miller PM. Withholding, Seducing, and Threatening: A Pilot Study of Further Attorney Pressures on Expert Witnesses. *J Am Acad Psychiatry Law*, 2001.29:336-9.
5. Hoffmann-Richter U, Dittmann V: Die forensische Psychiatrie im Spiegel der Schweizer Presse. Eine empirische Untersuchung von Presseberichten. *Recht und Psychiatrie*. 1998,16;19-24
6. Leavitt N, Presskreischer H, Maykuth PL, Grisso T. Aggression Toward Forensic Evaluators: A Statewide Survey. *J Am Acad Psychiatry Law*, 2006 34:231–9.
7. Nedopil N. *Forensische Psychiatrie* 3. Auflage, Thieme Verlag Stuttgart, 2007
8. Pathe MD, Reid Meloy J. Commentary: Stalking by Patients— Psychiatrists' Tales of Anger, Lust and Ignorance. *J Am Acad Psychiatry Law*, 2013. 41:200–5.
9. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Synopsis of psychiatry* 11th ed. Wolters Kluvert Philadelphia, 2015.
10. Solon M. The Bond Solon Annual Expert Witness Survey. Conducted at the Bond Solon Annual Expert Witness Conference, 7 November 2014.

Delo s posamezniki z disocialno motnjo osebnosti v Zavodih za prestajanje kazni zapora v RS

Working with antisocial personality disorder inmates in Slovenian correctional facilities

Asist. dr. Melita Zver Makovec, univ. dipl. psih

Zavod za prestajanje kazni zapora Dob, Slovenska vas 14, 8233 Mirna na Dolenjskem

Korespondenca:

melita.zver-makovec@gov.si, melita.zver-makovec@zrc-sazu.si, tel. 07 346 6741

Opis članka:

Osebe z disocialno osebnostno motnjo pogosto pristanejo v zaporu. Delo z njimi je izredno zahtevno tako s strokovnega vidika kot tudi vidika osebnega soočanja posameznega delavca z lastnimi vsebinami.

Article description:

Persons with antisocial personality disorder often end up in correctional facilities. Working with them is extremely demanding due to severity of the disorder and the professional has to be able to adequately cope with his or her own issues, which might arise during the process.

Ključne besede: Obsojenci, disocialna osebnostna motnja, Zavod za prestajanje kazni zapora RS, obravnava, ovire

Key words: Offenders, antisocial personality disorder, Slovenian correctional facilities, treatment, obstacles

Izvleček

Izhodišča: Osebe z disocialno osebnostno motnjo pogosto pristanejo v zaporu, predvsem zaradi kršitev socialnih norm vedenja in zakonskih predpisov. V zaporskem okolju jih je mogoče prepoznati kot arogantne/nastopaške in zelo samozavestne posameznike s pretirano dobro samopodobo in površinskim šarmom. Pogosto so kaznovani zaradi kaznivih dejanj z elementi nasilja in v redkejših primerih tudi zaradi kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost.

Metoda: V članku predstavljamo primer obravnave obsojenca v zaporu z diagnozo disocialne osebnostne motnje.

Zaključek: Delo z disocialno osebnostno motenimi posamezniki je izredno zahtevno tako s strokovnega vidika kot tudi vidika osebnega soočanja posameznega delavca z lastnimi vsebinami, ki povečujejo možnosti izgorelosti na delovnem mestu.

Abstract

Background: Persons with antisocial personality disorder often end up in correctional facility because they break social norms or law. When in the facility they behave in an arrogant manner. They are very self-confident with excessively good self-image and superficial charm. They are often incarcerated due to criminal acts with elements of violence and in some cases even sexual criminal acts.

Method: Article describes the treatment of a offender, diagnosed with antisocial personality disorder.

Conclusions: Working with such persons is extremely demanding due to severity of the disorder. Furthermore, the professional also has to be able to adequately cope with his or her own issues, which might arise during the process and which could lead to burnout.

Uvod**Značilnosti oseb z disocialno osebnostno motnjo**

Osebe z disocialno osebnostno motnjo pogosto pristanejo v zaporu, predvsem zaradi kršitev socialnih norm vedenja in zakonskih predpisov. Njihovo moralno presojanje in občutek odgovornosti je okrnjen. Ti posamezniki ne upoštevajo potreb, pravic in čustev drugih in so pogosto manipulativni ter zavajajoči/goljufivi, z namenom pridobitve lastne koristi. (1) Trpljenje drugih jih ne zanima in ne prizadene. Imajo nizko frustracijsko toleranco ter nizek prag za izražanje agresije in nasilja. (2) Odrasle osebe z disocialno osebnostno motnjo so pogosto impulzivne, razdražljive in agresivne, nagnjene so k tveganemu vedenju ter iskanju vznemirljivih dražljajev. Čustva, ki jih disocialno osebnostno moteni posamezniki prepoznajo, so: jeza, občutljivost na sram ali ponižanje, zaviranje, dolgočasje, prezir, navdušenje in doseganje užitka prek prevlade. Pogosto jih označuje brezglavo neupoštevanje varnosti njih samih in drugih, in kažejo le malo ali nič obžalovanja svojih dejanj. Pri disocialno motenih osebah so pogosto prisotna tudi naslednja komorbidna stanja/diagnoze (3): anksiozne motnje, depresivne motnje, težave s kontrolo impulzov, zloraba psihoaktivnih snovi, somatizacijske motnje, ADHD, mejna osebnostna motnja, histrionična osebnostna motnja, narcisistična osebnostna motnja, sadizem, samopoškodbeno vedenje.

Osebe z disocialno osebnostno motnjo označujejo (1):

- Bazična prepričanja o sebi – močan, samozadosten/avtonomen, samotar, boljši od drugih, dovoljeno mi je kršiti pravila.
- Prepričanja o drugih – drugi so ranljivi, izkoriščevalski.
- Prepričanja o svetu – svet je sovražen.
- Razvidna/opazna vedenja – impulzivnost, napad, sleparjenje.
- Medosebne strategije – goljufanje in manipuliranje.

V zaporskem okolju jih je mogoče prepoznati kot arogantne/nastopaške in zelo samozavestne posameznike s pretirano dobro samopodobo in površinskim šarmom. Pogosto so kaznovani zaradi kaznivih dejanj z elementi nasilja in v redkejših primerih tudi zaradi kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost.

Zdravljenje disocialno osebnostno motenih in delo z njimi

Osebe z antisocialno osebnostno motnjo vidijo svet kot sovražen, kjer je edina strategija preživetja ta, da druge izrabijo za svojo korist, intimna razmerja pa vidijo v kontekstu dominantnosti ali submisivnosti. (1) Disocialna osebnostna motnja se izraža skozi širši diapazon vedenjskih produktov in resnosti posledic teh vedenj. Na enem koncu antisocialnega spektra so storilci kaznivih dejanj z visoko stopnjo psihopatije, ki predstavljajo visoko tveganje za poškodovanje drugih. Pri takšnih posameznikih so bile velikokrat že v otroštvu prisotne motnje vedenja. Ne poznajo usmiljenja ali so celo sadistični, na druge gledajo

z prezirom. Imajo visoko potrebo po dominanci in nizko frustracijsko toleranco. Uporabljajo instrumentalno agresijo, so zelo nasilni, za doseg lastnih ciljev uporabijo/zlorabijo druge in so povečini terapevtsko nedostopni. Na drugi strani kontinuuma so osebe z antisocialnimi potezami, ki pa povzročajo manj škode. Odklonsko vedenje pri takih osebah se pojavi v mladostništvu in ne vztraja po zgodnji odraslosti. Te osebe so bolj terapevtsko dostopne in se boljše odzivajo na različne terapevtske programe. (1)

Ali je torej zdravljenje smiselno in lahko uspešno?

Delo s takšnimi posamezniki je zelo zahtevno in občasno lahko tudi kontraindicirano, saj lahko relativno dobro kognitivno opremljen posameznik s sodelovanjem pridobi določena znanja in veščine, ki jih nato spretno uporablja v vsakdanjem življenju. V zaporskem sistemu je odločitev za obravnavo pogosto vezana na pridobitev določenih ugodnosti – izhodov iz zavoda in morebitnega pogojnega odpusta. Motivacija za obravnavo je torej zunanja.

Kot indikator uspešnosti zdravljenja lahko navedemo anksioznost, saj le-ta nakazuje na prisotnost obstoja tudi drugih čustev in možnost, da oseba lahko ponotranji odnos do druge osebe.

Teorija navezanosti kot razlaga kaznivega dejanja

Motnje osebnosti so pomemben dejavnik pri določenih kaznivih dejanjih zoper spolno nedotakljivost ter kaznivih dejanjih z elementi nasilja. (1) Tovrstna kazniva dejanja so namreč vedno interpersonalna dejanja ter prek odnosa med storilcem kaznivega dejanja in žrtvijo nakazujejo na določene osebne značilnosti in težave storilca.

Odnos med storilcem kaznivega dejanja in žrtvijo je lahko (1):

- simboličen – storilec kaznivega dejanja se niti ne zaveda simbolike, ki jo zanj nosi žrtev,
- objektivni in realni – storilec si namerno izbere žrtev zaradi njenih osebnostnih karakteristik,
- premeščanje neprijetnih čustvenih stanj – kaznivo dejanje je posledica dejanskih izkušenj iz otroštva ali neuspešnih partnerskih zvez v odraslosti.

Terapevtske intervencije v zaporskem sistemu

Pogosto uporabljane intervencije v zaporskem sistemu temeljijo na kognitivno-vedenjski paradigmi (4), kjer se osredotočamo na miselna izkrivljanja/kognitivne distorzije. Za posameznike z disocialno motnjo osebnosti so posebej učinkoviti programi obvlado-

vanja impulzivnega vedenja, uravnavanja čustev ali treninga socialnih veščin¹ ter psihoedukacija. (4)

- Področja, na katera se je smiselno osredotočiti (4):
- Mišljenje in načrtovanje (prosocialne veščine: kontrola impulzov, načrtovanje, sposobnosti logičnega sklepanja ter medosebno reševanje problemov).
 - Nasilje – obvladovanje jeze, kontrola impulzov (ekspresivno nasilje) ali instrumentalno nasilje.
 - Obravnava storilcev spolno kaznivih dejanj.
 - Zloraba psihoaktivnih snovi.

Uspešni programi kombinirajo individualno in skupinsko obravnavo, vključujejo širše socialne mreže, so dlje časa trajajoči (vsaj eno leto), značilen je koheziven timski pristop, pomembno je redno udeleževanje srečanj in zaključevanje obravnave. Osredotočajo se na visoko rizične skupine, pri katerih pričakujejo vsaj 10–15 % zmanjšanja tveganja za ponovitev kaznivega dejanja. (1)

Terapevtske intervencije so vezane na naslednje prioritete:

- Osredotočanje na najbolj rizične dejavnike, ki lahko privedejo do najtežjih dejanj.
- Osredotočanje na težave, ki najbolj pestijo storilca.

Pri tem moramo zahteve obravnave zmanjšati do minimuma in obravnavamo te, ki najbolj napovedujejo tveganje – nato jih pogojujemo konsistentno in dosledno/rigoročno.

Posamezniki z antisocialno motnjo osebnosti kažejo malo sprememb v deficitu empatije ali sposobnosti usmiljenja, kažejo pa večjo sposobnost kontrole vedenja, kot je večja stopnja odgovornosti, zmanjšana impulzivnost in postavljanje bolj realističnih ciljev. (1)

PRIKAZ PRIMERA

Moški, zgodnja odraslost, prestaja daljšo zaporno kazen zaradi več različnih kaznivih dejanj z elementi nasilja, dokončan skrajšan program, poročen, oče treh otrok; diagnoza v izvedenskem mnenju: disocialna osebnostna motnja.

Anamneza

Obsojenec ni poročal, da bi kdaj doživel spolno zlorabo. Poročal je o vzgojnem zanemarjanju s strani staršev ter pomanjkanju primerne in konsistentne skrbi zanj v otroštvu. Oče je bil alkoholik in nasilnež, mati nebogljenka in odvisna od očeta, s tendenco obtoževanja otrok. V otroštvu je doživljal konstanto fizično nasilje s strani očeta. Rodil se je kot drugi

izmed treh otrok, tretji sin je duševno manjrazvit. Bil je nemiren otrok, ki je kmalu povzel očetovo vedenje in postal nasilen in pretepaški. V šoli je imel učne in vedenjske težave. Pojavljalo se je odklanjanje in nasilje do avtoritet. Kasneje je sklepal površne promiskuitetne stike z namenom zadovoljitve užitek. Imel je več spolnih partnerk, le malo resnejših partnerskih zvez. Vedenjski odkloni in kazniva dejanja so mu omogočali ohranitev močne slike o sebi v odnosu do sovrstnikov. S pomočjo kontrole drugih je ohranjal lastno neodvisnost in spoštovanje. Zlorabljal je alkohol in različna psihoaktivna zdravila z namenom zmanjševanja čustvenih stisk.

Prestajanje kazni

Obsojenec je bil na začetku prestajanja kazni večkrat nameščen v posebej varovanem oddelku zaradi več verbalnih in fizičnih konfliktov in agresivnega vedenja ter disciplinsko obravnavan zaradi večjih kršitev hišnega reda. Občasno se je pojavila slabša kontrola čustvene napetosti in nočne more zaradi kaznivega dejanja. Ob takšnih dogodkih je iskal pomoč v obliki razbremenilnih razgovorov. V zadnjih dveh letih je bil ponovno nastanjen v strožje varovanem oddelku zaradi večje kršitve.

Obravnava v zaporu

• Obravnava odvisnosti

Obsojenec je bil vključen v obravnavo odvisnosti od prepovedanih substanc, ki jo je tudi zaključil.

• Psihološka obravnava za storilce spolno kaznivih dejanj

V slovenskem zaporskem sistemu je storilec kaznivih dejanj zoper spolno nedotakljivost nudena psihološka obravnava. Obravnava ni obvezna, obsojenec se po lastni presoji lahko vanjo vključi. Sestavljena je iz dveh delov – edukativne psihološke skupine, v kateri so predstavljene specifične psihološke teme in predstavlja osnovo oziroma senzibilizira obsojenca za nadaljnjo individualno psihološko obravnavo. V individualni obravnavi skušamo pridobiti čim več anamnestičnih podatkov, ugotavljamo posameznikovo funkcioniranje na različnih področjih, s posebnim poudarkom na spolnosti, ter njegova kazniva dejanja. Cilj je doseči uvid v lastno dinamiko, zmanjšanje možnosti recidiva in opredelitev preventivnih strategij, ki ga varujejo pred ponovnim kaznivim dejanjem.

V obeh delih psihološke obravnave je dokaj primerno sodeloval in se je soočal s hudimi občutki krivde

zaradi storjenega kaznivega dejanja. Govoril je dokaj odkrito, pokazala se je težnja po boljši lastni predstavitvi ter odkrenljivost v primeru dotika vsebin, ki so bile za obsojenca čustveno težje obvladljive. Takrat je uporabljal obrambne mehanizme minimaliziranja, premeščanja, zanikanja. Določene informacije je tudi prikrival z namenom ustvarjanja boljše slike o sebi. Agresivne impulze in vedenjske produkte fizičnega nasilja se je naučil kontrolirati v dokaj dobri meri, pri tem pa je izbrusil oziroma okreplil mehanizme manipulacije oziroma psihološke premoči nad ostali obsojenci. Na to dejstvo je bil sam zelo ponosen, kar je tudi verbaliziral v enem izmed srečanj. V individualno obravnavo je bil vključen več kot eno leto.

• Poskus samomora

Med samo obravnavo in ob zanj kritičnih dogodkih (približevanje datuma kaznivega dejanja ter razpad partnerske zveze in odtujitev otrok), ki so mu povzročali velike čustvene stiske, je poskušal samomor z obešenjem. Takoj po dogodku je bil odpeljan v psihiatrično bolnišnico, kjer je ostal na opazovanju. Ob vrnitvi je povedal, da je v zaporu boljše, ker na psihiatriji so pa res norci.

• Trenutna situacija in zunajzavodske ugodnosti

Trenutno je obsojenec poročen in oče dojenčka. Stikov z otroki iz prejšnje partnerske zveze nima. Deluje dokaj urejeno, čeprav je še zmeraj zelo vključen v zaporniško subkulturo. Še vedno, čeprav v manjši meri, uporablja prikriivanja ter kršenje socialnih norm zaradi lastne koristi.

Težave pri delu z disocialno motenim posameznikom

Obstaja več težav, s katerim se strokovni delavec sooča pri delu z osebnostno motenimi storilci kaznivih dejanj(1):

- Obsojenec dobro funkcionira v zaporu in sodeluje v obravnavi, ko pa se približuje koncu kazni ali pa je izpuščen na prostost, pa reagira obupano.
- Deluje mirno, kontrolirano in motivirano za delo na sebi, potem pa se kaotično samopoškoduje.
- Verbalizira, da si želi pomoči in jo tudi potrebuje, hkrati pa je sovražen, žaljiv, spodkopava in omalovažuje posameznikove poskuse pomoči.
- Neprenehoma preverja naše motive, zadržuje informacije in redno testira, ali je naša verodostojnost dovoljšna.
- Govori o tem, kaj je storil drugim, pri tem pa dejanje mirno racionalizira, minimalizira ali zanika.

- Nakazuje visoke zahteve do osebja z sovražnostjo in verbalnim zmerjanjem.
- Kaže, da napreduje, hkrati pa nadaljuje s kaznivimi dejanji ali se vede disocialno.

Pomemben je tudi spol strokovnega delavca. Osebe z disocialno osebnostno motnjo namreč pogosto skušajo impresionirati strokovnega delavca nasprotnega spola z barvitimi in privlačnimi osebnostnimi karakteristikami, medtem ko jih strokovni delavci istega spola dojemajo kot manipulativne in zahtevne. (5)

Pred začetkom obravnave je nujno postaviti jasne meje. Terapevt/psiholog mora najti način, kako se sooča z (samo)destruktivnim vedenjem obsojenca. Ohranjati mora primerno mero frustracije, da obsojenca usmeri h konstruktivnim medosebnim odnosom in zmanjša njegovo tendenco pred begom iz pristnih medosebnih odnosov zaradi obsojenčevega strahu pred intimnostjo. (5)

Ob delu z disocialno motenim posameznikom nas prevevajo različna čustva, kot so jeza, odklanjanje in nepoštenost. Reakcije osebja ob diametralno nasprotnih vedenjih obsojenca so občutja zbeganosti, razdraženosti, frustracije, nemoči, ko se soočamo z neuspelimi poskusi pomoči, obrambne reakcije, strah pred vznemirjanjem klienta in konfliktom z njim, občutek, da je manipuliral z nami. (1)

Vedenja, ki jih strokovni delavec lahko uporabi, so: kaznovanje in sovražnost, smo pretirano vpleteni ali pa se jim izogibamo. Vse to povečuje možnosti izgorelosti na delovnem mestu.

Izzivi, s katerimi se sooča posamezen delavec, je razlikovanje med kontrolo vedenja obsojenca in kaznovanjem ter ločevanje pomoči in konfrontacije od socialne izolacije in kaznovanja. (5)

Motivacija disocialno motenih oseb za sodelovanje v terapiji je problematična in vprašljiva. K uspešnosti obravnave oziroma terapije pripomore tudi zavedanje terapevta, da ne sme biti v vlogi razsodnika, ampak v vlogi sodelavca in pomočnika pri spreminjanju. Lastnosti, ki pripomorejo k ugodnemu/konstruktivnemu terapevtskemu odnosu, so: terapevtovo samozaupanje, objektivnost, sproščenost, neobrambni stil komunikacije, jasen občutek osebne meje in izrazit smisel za humor. (6)

Zaključek

Delo z disocialno osebnostno motenimi posamezniki je izredno zahtevno tako s strokovnega vidika kot tudi vidika osebnega soočanja posameznega delavca

z lastnimi vsebinami. Pri tem je potrebno opozoriti tudi na dejstvo, da je zaporski sistem zelo rigiden in nefleksibilen z jasnimi prioriteta in postavljenimi mejami tudi za strokovne delavce.

Za zaposlitev na delovnem mestu psihologa v slovenskem zaporskem sistemu je potrebna diploma iz psihologije in nekajmesečne delovne izkušnje. Zaporski sistem psihologom nudi mesečno supervizijo. Postavlja se vprašanje, ali smo dovolj usposobljeni za delo z osebnostno motenimi posamezniki in imamo dovoljšen nadzor nad kvaliteto našega strokovnega dela.

Literatura

1. Craissati, Joseph, Skett. Working with offenders with personality disorder: A practitioners guide. Second Edition - September 2015. Dosegljivo s spletne strani: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/468891/NOMS-Working_with_offenders_with_personality_disorder.pdf
2. Đurić, Z. Antisocialna osebnostna motnja. V Erić, L. ed. Psihodianmična psihiatrija IV. del: Motnje osebnosti. Ljubljana: Hermes Ipal; 2012.
3. Adrian, R., Lydia, L., Yaling, Y., & Patrick C. Neurodevelopmental marker for limbic maldevelopment in antisocial personality disorder and psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, (2010).197, 186-192.
4. Hills, Siegfried, Ickowitz. EFFECTIVE PRISON MENTAL HEALTH SERVICES: Guidelines To Expand and Improve Treatment. U.S. Department of Justice National Institute of Corrections.
5. Sadock, B. J. in Sadock, V.A.,. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: behavioral sciences/clinica psychiatry – 10th ed.: 2007.
6. Tacol, D. Kognitivno vedenjska terapija motenj osebnosti. V Anić, N. ed. Prispevki iz vedenjsko kognitivne terapije. Zbornik 1; Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije: 2009.

Ali svobodna volja v času nevroznanosti še obstaja?

Peter Pregelj^{1,2} in Jure Bon¹

1 Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
Studenec 48
1260 Ljubljana-Polje
e-naslov: peter.pregelj@psih-klinika.si

2 Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za psihiatrijo
Vrazov trg 2
1000 Ljubljana

Povzetek

Svobodna volja je sposobnost posameznika, da lahko svobodno izbira med različnimi možnostmi in pri tem ni omejen, oviran ali pod pritiskom drugih. Nasprotno determinizem predvideva, da so dogodki vnaprej predvidljivi in posledica predhodnih dogodkov. Z vse boljším poznavanjem delovanja osrednjega živčevja človeka je vse manj prostora za

nepredvidljivost in s tem za obstoj svobodne volje, ki se osredotoča bolj na zmožnost posameznika preprečiti načrtovano ali pogojeno dejanje, vse manj pa na iniciacijo dejanja samega, ki se, kot kaže, skriva v nezavedni aktivnosti osrednjega živčevja. Umikanje svobodne volje in iluzija o njej ima pomemben vpliv tudi na razumevanje odgovornosti in morebitne krivde za izvršena ali nepreprečena dejanja.

Uvod

Svobodno voljo posameznika je mogoče okvirno opredeliti kot sposobnost, da lahko svobodno izbira med različnimi možnostmi in pri tem ni omejen, oviran ali pod pritiskom drugih. Opredeljuje sposobnost, da posameznik sam izbira možne izide določene situacije, in torej zajema časovno komponento odločanja v sedanjosti glede prihodnosti. Iz filozofskega gledišča sta se v zahodni misli izoblikovala dva nasprotujoča si pogleda: determinizem na eni strani in metafizični libertarianizem na drugi. Gre za izključujoča se filozofska pogleda, ki sta lahko povsem ali delno nekompatibilna. V primeru popolne nekompatibilnosti je razpravljanje o odgovornosti posameznika in njegovi krivdi v okviru determinizma vprašljivo, ker se predvideva, da je prihodnost vzročna posledica dogodkov v preteklosti, na katero posameznik ne more vplivati (vzročno-posledični determinizem), ali pa gre za posledice delovanja stvarnika (teološki determinizem). V primeru delne nekompatibilnosti tovrstna opredelitev za izhodišče niti ni potrebna, saj naj bi tu prav determinizem omogočal svobodno voljo. Po Heglu lahko na primer sklepamo, da je svoboda v tem, da posameznik svobodno sprejme nujnost, ki človeka determinira. Vprašanje obstoja svobodne volje pri posamezniku je mogoče postaviti tudi v kontekstu nevroznosti, ki preučuje delovanje osrednjega živčevja in na različnih ravneh opredeljuje odgovor posameznika na dražljaje iz okolja (trenutne in pretekle).

Genetika kot oblika determinizma

Dejavnike, ki vplivajo na razvoj posameznika, njegovih morebitnih zdravstvenih težav in vsesplošno funkcioniranje, je v grobem mogoče deliti na genetske dejavnike in dejavnike okolja. V osnovi je posameznik opredeljen, determiniran z genetskimi dejavniki, na katere nima vpliva, ker posamezne genske različice prejme od svojih bioloških staršev. Dedni zapis v obliki zaporedja nukleotidov opredeljuje posameznikove biološke lastnosti – od zgradbe telesa, vključno z osrednjim živčevjem, pa vse do delnega vpliva na njegovo funkcioniranje. Vendar enostavna, vzročno-posledična povezava tudi v primeru genetike ni mogoča. Tako na primer ni mogoče na osnovi zaporedja nukleotidov v posameznikovi DNK sklepati na strukturo osrednjega živčevja in prek tega na funkcioniranje posameznika. Nevroznanost namreč ne razpolaga z zadostnimi podatki, da bi bilo tovrstno sklepanje mogoče. Ideja o enem genu in eni beljakovini, ki nastane iz posameznega gena, že dolgo ne velja več.

Znano je namreč, da en gen utegne kodirati več beljakovin, dodatno pa je pomembna tudi regulacija izražanja genov. Zlasti v osrednjem živčevju človeka posamezen gen nosi zapis za veliko število beljakovin. Glede izražanja genov je možno že na primeru metulja in gosenice ugotoviti, da oba nosita isti genski zapis, a sta si zaradi različnega izražanja genov po videzu zelo različna. Podobno je znano tudi, da je človeški genom skoraj identičen šimpanzovemu, pri čemer predvsem regulacija izražanja genov privede do pomembnih razlik v zgradbi telesa in živčevja ter s tem sposobnostih funkcioniranja.

Znano je, da že neznatne spremembe v zgradbi molekule DNK privedejo do pomembnih sprememb v delovanju posameznih beljakovin v telesu posameznika. Za primer vzemimo encim katehol-o-metil transferazo (COMT), ki sodeluje v razgradnji živčnih prenašalcev v osrednjem živčevju. Sprememba le enega od nukleotidov v navedenem genu privede do večkratnega ojačanja delovanja tega encima in posledično do hitrejše razgradnje živčnih prenašalcev, vključno z dopaminom, ki je odgovoren med drugim tudi za doživljanje ugodja. Ugotavljajo, da posledično ljudje s hitrejšo razgradnjo dopamina zaradi omenjene spremembe encima doživljajo subjektivno manj ugodja in so bolj nagnjeni k razvoju odvisnosti od psihoaktivnih snovi. Podobno spremembe v drugem pomembnem encimu za razgradnjo živčnih prenašalcev, monoaminoooksidazi (MAO), privedejo do sprememb posameznikovega reagiranja na neugodne dražljaje iz okolja in s tem do večje verjetnosti, da se bodo pojavile težave v kontroli impulzov, kar utegne voditi v agresivno vedenje.

Eno od različic encima MAO-A povezujejo z večjo verjetnostjo za agresivno vedenje, kar je bilo že uporabljeno v pravne namene, kot podatek pri izdelavi izvedenskega mnenja, na primer v primeru Bradley Waldroup v ZDA. (1) Izvedenec William Bernet z Univerze Vanderbilt je navedel, da je ta genska različica, prisotna pri preiskovancu, povečala tveganje za izražanje agresivnega vedenja v kombinaciji z zlorabo v otroštvu. Ocenil je, da se pri posamezniku s kombinacijo omenjenega genskega in okoljskega dejavnika poveča verjetnost, da bo obsojen zaradi agresivnega kaznivega dejanja, na 400% v primerjavi s situacijo, kjer teh dejavnikov ne bi bilo prisotnih.

Bistveno težavo pri ugotavljanju in zanesljivosti vzročnih povezav med takimi genskimi različicami in določenim neprilagojenim vedenjem pa zaenkrat predstavlja prav pomanjkljivo poznavanje uravnava- nja izražanja posameznih genov, zlasti pod vplivom

okoljskih dejavnikov. Le maloštevilne raziskave so proučevale kombinacije součinkovanja posameznih genskih različic ob sočasnem okoljskem dejavniku na poznejše vedenje posameznika v odrasli dobi. Na uravnavanje izražanja genov lahko delujejo zelo različni dejavniki na različnih ravneh. Tako je pomembno na primer uravnavanje izražanja genov na ravni promotorja, to je dela molekule DNK, ki običajno leži tik ob genu in na katerega se vežejo encimi, ki ob molekuli DNK tvorijo molekulo mRNA, ki prenese informacijo za tvorbo beljakovin do ribosomov. Tako se lahko kljub prisotnosti »patološke« različice vpliv gena ne izrazi, če je tvorba kodirane beljakovine zavrta.

Dražljaj in odgovor

Delovanje živčevja pri človeku je mogoče razumeti kot sistem odzivanja na dražljaje iz okolja z namenom vplivanja na prihodnost. Poenostavljeno je tako mogoče dražljaj razumeti kot odraz preteklosti, procesiranje informacij v živčevju kot sedanost in odgovor na dražljaj kot vplivanje na prihodnost. Živčni sistem je tako usmerjen k odgovoru posameznika na dražljaje iz okolja s predvidevanjem prihodnosti. Iz gledišča determinizma je v tem okviru mogoče živčevje prepoznavati kot sistem, skozi katerega se pretaka energija, pridobljena z dražljajem iz okolja in odgovorom organizma v trenutnem ali odloženem vedenju. S sledenjem energije skozi posamezne živčne celice bi bilo teoretično mogoče napovedati odgovor posameznika na določen dražljaj. V primeru da je mogoče že vnaprej predvideti odgovor posameznika na določen dražljaj in je ta tudi že vnaprej determiniran, prostora za svobodno voljo ni več, saj posameznik, ne glede na lastno voljo, ne zmore več preprečiti že vnaprej predvidenega odgovora s strani opazovalca. Tovrsten odgovor organizma na dražljaj iz okolja je mogoče enačiti z delovanjem elektronskega računalna. (2) Če na primer pritisnemo na tipko 6, se bo na zaslonu pojavila številka 6. Odgovor elektronskega računalna je predvidljiv in determiniran. Podobno je na ravni enostavnega refleksnega loka pri človeku mogoče z veliko verjetnostjo pričakovati, da se bo ob udarcu s kladivom pod kolonom delno iztegnil kolenski sklep. Odgovor je tako predvidljiv, pričakovan in determiniran. Ne glede na morebiten obstoj svobodne volje posameznika, le-ta ne more vplivati na odgovor organizma ob vneseni energiji v telo z dražljajem (udarcom kladiva). Dražljaj se prek proprioceptorjev prenese na živčna vlakna, po njih potuje do hrbtenjače, kjer se preklopi na motorične nevrone, potuje do

mišic, ki se skrčijo, in spodnja okončina posameznika se premakne. Podobno je z bolečinskimi dražljaji in že bolj kompleksnimi umaknitvenimi refleksi. Posameznik bo odmaknil roko od vročega predmeta, ne da bi tovrstno vedenje načrtoval ali zavestno predvidel posledice. Če gre torej za vnaprej določene odgovore organizma na dražljaje iz okolja, ni mogoče pričakovati drugačnih odgovorov, kot so vnaprej določeni nevrobiološki odgovori organizma. Vprašanje svobodne volje v tovrstnih primerih ne obstaja in tudi ni pričakovati, da bi posameznik bil sposoben spreminjati tovrstne refleksne odgovore. Vprašanje krivde je pri posledicah tovrstnih odgovorov posameznika na dražljaje iz okolja v povezavi z deterministično osnovo tovrstnih odgovorov. Če na primer posameznik izpusti dvignjen vroč lonec vrele vode iz rok in ob tem opari bližnjega, ni bil zmožen s svobodno voljo vplivati na svoje vedenje ob neugodnem dražljaju.

Prek enostavnih refleksnih lokov

Delovanje možganov kot bolj kompleksne strukture osrednjega živčevja je mogoče v okviru kognitivne znanosti primerjati z delovanjem osebnega računalnika ali računalniških mrež. Tudi v tem primeru je mogoče do določene mere slediti poteku energije dražljaja po samem sistemu in v določeni meri pričakovati odgovor. Postavlja se tudi vprašanje možnosti predvidevanja odgovora preiskovanca – računalniškega sistema in predvidevanja s strani opazovalca. V primeru bolj kompleksnega računalniškega sistema so predvidevanja vse manj zanesljiva in predvidljiva. Tako lahko sicer predvidimo, da bomo ob pritisku na tipko »K« dejansko dobili na zaslonu izpisan »K«, vendar le, če bo vključena možnost velikih črk. Kadar vpišemo v spletni iskalnik določeno iskalno geslo, pa po večini ne moremo več predvideti, katere iskalne zadetke bomo pridobili na zaslonu. Ali gre torej še za vnaprej determiniran odgovor ali za svobodno voljo sistema? Glede na dobro poznavanje delovanja računalniških sistemov in pretoka energije po njih ne moremo trditi, da je odgovor posledica »svobodne volje« sistema, pač pa vnaprej predvidenih in določenih algoritmov. S podrobnim proučevanjem specifičnega odgovora je mogoče prepoznati algoritme, ki so pripeljali do njega. Tok energije in informacije je tako mogoče določiti. Z razvojem analogije delovanja osrednjega živčevja z računalnikom se je vse bolj razvijala misel, da je odgovor človeka na zunanje dražljaje iz okolja zgolj posledica procesiranja teh dražljajev po vnaprej

določenih algoritmih, ob tako imenovanem notranjem stanju sistema (spominu). (3) Odgovor (output) je tako posledica dražljaja (inputa) in internega stanja sistema (spomina).

Čeprav so nevronske mreže in delovanje možganov na različnih ravneh, od celičnega, medceličnega in systemskega, vse bolj poznane, pa ni mogoče tovrstne analize izvesti pri posamezniku v večini primerov kompleksnejših odgovorov na dražljaje iz okolja, ki zajemajo delovanje možganov. Že sami avtorji tovrstnih primerjav so opozarjali na njihove pomanjkljivosti. (4)

Svobodna volja kot iluzija

Benjamin Libet je s svojimi elektrofiziološkimi eksperimenti ugotovil, da se v osrednjem živčevju že okvirno 550 milisekund pred zavedanjem odločitve o izvedbi dejanja pojavlja za dejanje značilna aktivnost, medtem ko se občutek odločitve za dejanje pojavi šele 150 do 200 milisekund pred samim dejanjem. (5) Eksperimenti so postavili dvom o obstoju svobodne volje, ker nakazujejo, da je mogoče s svobodno voljo neko dejanje le preprečiti, nastanek impulza zanj pa verjetno ni posledica svobodne volje.

Poznejše raziskave z možnostjo draženja posameznih struktur osrednjega živčevja so omogočile dodatne manipulacije občutka svobodne volje. Pri draženju s transkranično magnetno stimulacijo so ugotovili, da lahko vplivajo na dejansko odločitev posameznika, ki pa jo je kljub temu doživljal kot lastno in posledico svobodne volje, čeprav je bila posledica zunanjega vpliva in s tem vnaprej določena. (6) Ponovitve eksperimenta so sprva potrdile to povezavo, nadaljnje podrobnejše raziskave povezav pa so bile večinoma negativne. Nekatere raziskave čas od pojava aktivnosti v osrednjem živčevju do izvedbe dejanja razširjajo na več sekund, kar je bistveno pred pojavom občutka svobodne odločitve za dejanje. Tako je mogoče vlogi opazovalca in preiskovanca obrniti. S posebno analizo zbranih podatkov med funkcijskim magnetnoresonančnim slikanjem osrednjega živčevja (multivariatna analiza vzorcev aktivnosti) je možno pri posamezniku napovedati, za katero izbiro se bo odločil (desni ali levi gumb) že 7 sekund prej, kot zazna občutek lastne odločitve (svobodne volje). (7) Obstajajo tudi stanja, ko je sposobnost inhibicije že začetega vedenja onemogočena, na primer v primerih epilepsije ali nekaterih težjih psihičnih motenj.

Svobodna preprečitev dejanja

Glede na organizacijo osrednjega živčevja je tako mogoče ugotoviti, da se vplivi dražljajev iz okolja, ki se v globljih strukturah možganov preklapljajo na sisteme, ki vodijo v določeno vedenje, lahko zavrejo z dejavnostjo prefrontalne možganske skorje. Tako obstaja sposobnost človeka, da določenega dejanja kljub dražljajem iz okolja ali notranjim impulzom ne izvrši. V primerih ko so ti »nadzorni sistemi« okrnjeni, se tovrstni dražljaji lahko neovirano prevedejo v neustrezno vedenje posameznika. Odvisno od stopnje in vzroka okrnjenosti navedenih sistemov je možno ugotavljati odgovornost in krivdo posameznika za določeno vedenje. Bolj zapleteno postane razmišljanje o opustitvi določenega dejanja posameznika, kadar dražljajev iz okolja ni in je aktivnost pogojena z »internim stanjem sistema«, na primer s shranjenimi spomini.

Zaključek

Ugotoviti je mogoče, da svobodna volja pri posamezniku obstaja v obliki možnosti preprečitve odgovora na dražljaje iz okolja ob predvidevanju negativnih posledic tovrstnega odgovora, v omejenem segmentu funkcioniranja posameznika in ob predpostavki, da osrednje živčevje deluje nemoteno. Del odgovorov posameznika na dražljaje iz okolja je bolj ali manj avtomatski in determiniran, ob tem pa zmotno razumljen kot svobodna volja. Svobodna volja tako tudi v času nevroznanosti obstaja vsaj v delu, kjer nevroznanosti ne uspe pojasniti mehanizmov delovanja osrednjega živčevja posameznika.

Literatura

1. Barber N. Pity the poor murderer, his genes made him do it. *The Human Beast: Why we do what we do*. Psychology Today 2010; (spletna stran, povzeto 26.12.2015).
2. Putnam H. 1961. *Brains and Behavior*. American Association for the Advancement of Science; 1961.
3. Horst S. *The Computational Theory of Mind*. The Stanford Encyclopedia of Philosophy; 2005.
4. Putnam H. *Representation and Reality*. Cambridge MA: Harvard University Press; 1988.
5. Libet B, Gleason CA, Wright EW, Pearl DK. Time of Conscious Intention to Act in Relation to Onset of Cerebral Activity (Readiness-Potential). *Brain* 1983; 106 (3): 623–42.
6. Ammon K, Gandevia SC. Transcranial magnetic stimulation can influence the selection of motor programmes. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 1990; 53 (8): 705–7.
7. Gray J. *Consciousness: Creeping up on the Hard Problem*. Oxford University Press; 2004.
8. Soon CS, Brass M, Heinze HJ, Haynes JD. Unconscious determinants of free decisions in the human brain. *Nature Neuroscience* 2008; 11 (5): 543–5.

