

Behandlingen af kriminelle alkoholister.

Kan socialpsykiatrisk behandling nedsætte recidivhyppigheden blandt alkoholister, udskrevet på prøve fra Psykopatanstalterne?

Af læge HANS ALOIS HANSEN og dr. med. KARL TEILMANN

Ved psykopatanstalterne i Herstedvester ved København har man fra efteråret 1948 gjort forsøg på en mere intensiv behandling af kriminelle alkoholister.

MATERIALET.

Vort materiale består af 79 mandlige kriminelle alkoholister, der forud for alkoholistbehandlingens begyndelse har gennemgået en forvaringsperiode i Psykopatanstalterne eller i et tidsrum har afsonet straf i et af landets fængsler.

Materialet falder i 2 hovedgrupper, der i det følgende kaldes gruppe 1 og gruppe 2.

Gruppe 1 består af 41 udtalt psykisk abnorme, der gennem længere tid har opholdt sig i Psykopatanstalterne. Af disse er de 30 idømt forvaring på ubestemt tid; de er udskrevet på prøve og vil i tilfælde af fornyet kriminalitet ved rettens foranstaltning kunne forvente at blive genindlagt på ubestemt tid. De har opholdt sig i anstalterne gennemsnitligt ca. 3 år. De 11 resterende er idømt fængselsstraf af bestemt længde, men har under strafafsoningen vist sig så psykisk afvigende, at de har måttet overføres fra almindeligt fængsel til fængselsvæsenets observationsafdeling, der deler lokaler med psykopatanstalterne. De er ligeledes løsladt på prøve, men vil ved fornyet kriminalitet blive genindsat i fængsel til udståelse af reststraffen, medmindre de bliver idømt internering på ubestemt tid. De har opholdt sig i Psykopatanstalterne i mere end 30 dage og mindre end 1 år.

Gruppe 2 består af 38 kriminelle alkoholister, der er idømt straf af bestemt længde i sædvanligt fængsel. De er med en enkelt undtagelse løsladt på prøve. Forinden har man på Psykopatanstalterne foretaget en undersøgelse af dem og har påbegyndt behandling med antabus.

Gruppe 1 indeholder foruden samtlige alkoholister, der i tiden 1/11 1948 til 1/11 1950 er udskrevet fra Psykopatanstalterne, ialt 31, yderligere 10, der tidligere var udskrevet på prøve, men som efter udskrivelsen havde frembudt problemer med hensyn til alkoholisme.

Gruppe 2 består af samtlige, der i tiden 1/11 1948 til 1/11 1950 er henvist fra andre institutioner under fængselsvæsenet til påbegyndelse af alkoholistbehandling. I de fleste tilfælde udgik initiativet fra fangen selv.

Materialet rummer således samtlige alkoholister, der i det ovenfor nævnte tidsrum var udskrevet på prøve fra Psykopatanstalterne eller var henvist dertil fra andre myndigheder. Der er ikke fra vor side foretaget nogen udvælgelse af materialet.

I undersøgelsen optræder *gruppe 1* som det egentlige materiale, idet disse personer har været underkastet den kombinerede social-psykiatriske behandling under anvendelse af antabus, som senere skal beskrives, mens *gruppe 2* er en kontrolgruppe, der har påbegyndt en behandling med antabus, men som ikke er behandlet social-psykiatrisk. De har været undergivet det tilsyn, som er sædvanligt for fanger, der er løsladt på prøve.

Aldersfordeling ved udskrivning fra anstalterne:

	20-24 år	25-34 år	35-44 år	45-51 år	55- år	gennemsnitligt
Gruppe 1:	5	12	12	10	2	37,4 år
Gruppe 2:	2	6	20	6	4	40,0 år

Kriminalitet:

Kriminalitet fordelt efter hovedkriminalitet:

	tyveri	bedrageri	sexuel kriminalitet	vold	brandstiftelse	kombineret	lands-skadelig virksomhed	alt
Gruppe 1:	15	2	5	1	2	15	1	41
Gruppe 2:	24	3	5	0	1	5	0	38

Antal lovovertrædere indenfor hver enkelt kriminalitetsform.

(Den enkelte kan optræde i flere af kolonnerne, men kun een gang i den enkelte kolonne):

	tyveri	bedrageri	sexuel kriminalitet	vold	brandstiftelse	lands-skadelig virksomhed	antal ptt.
Gruppe 1:	29	11	10	7	4	2	41
Gruppe 2:	30	10	6	5	1	0	38

Antal afsonede interneringer, fordelt efter interneringernes form:

	fængsel og forbedringshus	arbejds-hus	psykopat-förvaring	psykopat-fængsel	frifindelse mod sinds-sygehospital	sik-rings-anstalt
Gruppe 1:	204	13	55	6	4	1
Gruppe 2:	191	4	0	0	0	0

Gennemsnitlig antal interneringer for hver patient:

Gruppe 1: 6,9

Gruppe 2: 5,1

63 % af gruppe 1 og 50 % af gruppe 2 er straffet 5 gange eller mere.

Personer fordelt efter antallet af interneringer:

	1. int.	2. int.	3. int.	4. int.	5. int.	6-10. int.	11.-int.	ialt
Gruppe 1:	3	2	6	4	3	16	7	41
Gruppe 2:	6	3	7	2	4	14	2	38

Tidsrummet fra første til sidste dom (udover bøde og hæfte) er beregnet for de 2 grupper. Der er ikke medregnet sager, der er endt med anbringelse under børneforsorg.

For *gruppe 1* er tidsrummet gennemsnitligt 15,4 år, for *gruppe 2* gennemsnitligt 9,9 år.

Barndomsmiljø:

5 af 41 i *gruppe 1* er født uden for ægteskab, for *gruppe 2* gælder det 8 af 38.

Økonomisk klassificering af barndomshjem:

	elendigt	småt	Jævnt	bedre	uoplyst
Gruppe 1:	9	13	13	6	0
Gruppe 2:	1	9	12	8	8

Ved jævnt forstås økonomisk miljø svarende til faglært arbejder, ved småt svarende til ufaglært, ved elendigt asocialt miljø.

Geografisk miljø i barndommen:

	storby	købstad	land	uoplyst
Gruppe 1:	18	10	11	2
Gruppe 2:	12	8	5	13

Emotionelle forhold i barndomshjemmet:

	uheldige forhold	upåfaldende	uoplyst	ialt
Gruppe 1:	27	11	3	41
Gruppe 2:	16	20	2	38

De i ovenstående tabel omtalte emotionelt uheldige forhold er følgende:

	Gruppe 1.	Gruppe 2.
Fader ukendt eller død	7	6
— brutal	9	4
— fordrukken	15	13
Moder død	2	1
Forældre separeret eller skilt	5	3
— asociale	7	0
Alvorlige konflikter mellem forældrene	9	3
Opvokset i plejehjem	0	2
Børnehjem før 14 års alderen	9	3
Skiftende opdragelsesmiljøer	6	3

Børneværnsforsorg (fjernet af BV til anbringelse på institution):

	Under forsorg p. g. a. egne vanskeligheder	Under forsorg p. g. a. andre forhold	Ialt
Gruppe 1:	15	4	19
Gruppe 2:	0	3	3

Det sociale forløb:

	faglærte	ufaglærte	(heraf forsøgt lære)	Ialt
Gruppe 1:	9	32	(12)	41
Gruppe 2:	13	25	(8)	38

Ægteskabelig stilling på udskrivningstidspunktet:

	aldrig gifte	forhen gifte	gifte	Ialt
Gruppe 1:	20	16	5	41
Gruppe 2:	11	12	15	38

Social stabilitet*):

	nogenlunde	dårlig	Ialt
Gruppe 1:	8	33	41
Gruppe 2:	22	16	38

Legemlige sygdomme (af betydning for forløbet):

I *gruppe 1* er 1 pt. i betydelig grad generet af tunghørighed, 1 har i 1924, 1927, 1943 og 1944 været udsat for alvorlige ulykkestilfælde med langvarige sygelejer, og en 53-årig pt. har fra 21 års alderen lidt af knoglemarvsbetændelse, mavesår, galdesten, ischias og blodprop i rygmarspulsåren med ca. 25 hospitalsindlæggelser. 1 pt. i *gruppe 2* er i betydelig grad generet af tunghørighed.

Hovedlæsioner:

	alvorlige	lette	tvivlsomme	ingen	uoplyst
Gruppe 1:	10	1	3	21	6
Gruppe 2:	1	1	2	25	9

Alvorlige hovedlæsioner: sikre tilfælde af kraniebrud eller sværere hjernerystelse. Lette: andre sikre tilfælde af hjernerystelse. Tvivlsomme: hjernerystelse uden oplyste enkeltheder.

*) Forklaring af begrebet side 112.

Alkoholisme:

	Gruppe 1. antal oplyste	Gruppe 2. antal oplyste
Gennemsnitsalder ved mis- brugets begyndelse	38	32
	19,6 år	20,3 år
Misbrugets varighed før be- handlingens begyndelse.....	38	36
	17,2 år	18,8 år
Hvad de drikker:	29	35
Øl	8 ptt.	15 ptt.
Øl plus snaps	5 ptt.	5 ptt.
Forskelligt, overvejende stærke drikke, exclusive kogesprit ...	9 ptt.	12 ptt.
Forskelligt, overvejende stærke drikke, inclusive kogesprit ...	7 ptt.	3 ptt.
Omstændigheder ved drikkeriet	30	35
Udelukkende eller overvejende alene	7 ptt.	11 ptt.
Kun i selskab med andre	23 ptt.	24 ptt.
Lav alkoholkritisk tærskel*) ...	18	23
.....	10 ptt.	16 ptt.
Tidligere behandlingsforsøg	41	38
Forsøgt behandlet	19 ptt.	20 ptt.
Sammenlagt for gruppen:		
Afholdspålæg	16 gange	13 gange
Afholdsforening	5 gange	1 gang
Drankerhjem	7 gange	7 gange
Helbredelsesanstalt (Fanø) ...	7 gange	18 gange
Antabusbehandling	0 gange	1 gang
Ikke tidligere forsøgt behandlet	22 ptt.	18 ptt.
Påvirkethed under kriminalitet	32	34
Altid påvirket	21 ptt.	27 ptt.
Sommetider påvirket	6 ptt.	6 ptt.
Aldrig påvirket	5 ptt.	1 pt.

For nogle ptt. har der gennem flere år eksisteret et vist misbrug, som derefter på et givet tidspunkt er blevet tydeligt accentueret. Det gælder i *gruppe 1* for 14 ptt. (gennemsnitligt ved en alder af 26,5 år) og i *gruppe 2* for 17 ptt. (gennemsnitligt ved en alder af 28,4 år).

I ovenstående tabel findes misbrugets varighed oplyst for 36 personer i *gruppe 2*, mens alderen ved misbrugets begyndelse kun er oplyst for 32. Dette skyldes, at man i 4 tilfælde, hvor man ikke

*) d.v.s.: Når pt. har fået et bestemt, ret ringe antal »genstande«, mister han evnen til at stoppe drikkeriet.

havde oplysninger om begyndelsestidspunktet, har regnet varigheden fra misbrugets accentuering.

En del af patienterne har tidligere været beskæftiget i erhverv, hvor de har haft særlig let adgang til alkohol. Det drejer sig blandt de 79 patienter om 9, hvoraf de fleste har arbejdet som tjenere, nogle som hotelkarle, en enkelt har været kusk på en spritfabrik, og en har været bryggeriarbejder. En anden form for »erhvervsbetinget drikkeri« er det, at der indenfor visse erhverv (havnearbejdere o. a.) erfaringsmæssigt drikkes meget. Patienter fra sådanne erhverv er ikke medregnet.

Kommentarer til tabellerne.

De fremlagte tabeller vil være i stand til at give et vist indtryk af de to grupper, både som helhed og i forhold til hinanden, et indtryk, som vil blive uddybet gennem den psykiatriske karakteristik af patienterne, der følger i næste afsnit.

Kriminalitet:

Om materialet som helhed kan siges, at det drejer sig om langt overvejende svært kriminelle, idet kun 9 er førstegangsstraffede (med frihedsstraf), mens omkring halvdelen er straffet med mere end 6 ganges fængsel eller anden frihedsberøvelse.

Der viser sig ingen sikker aldersmæssig forskel på de to grupper.

Gruppe 1 viser en betydelig alvorligere kriminalitet end *gruppe 2*, udtrykt både ved kriminalitetsformen, antallet af straffe, formen for samfundets reaktion og tidsrummet fra første til sidste dom.

Barndomsmiljø:

Økonomisk og socialt dårlige barndomshjem forekommer langt hyppigere i *gruppe 1*, hvor ikke mindre end 9 ptt. kommer fra udtalt asociale, fattige og elendige hjem. I *gruppe 2* drejer det sig kun om 1 patient, her mangler dog oplysning for 8 af de 38. Den emotionelle atmosfære i hjemme har som helhed været langt dårligere for patienterne i *gruppe 1*.

Socialt forløb:

Der findes en del færre faglærte i *gruppe 1* end i *gruppe 2*, og den sociale stabilitet for patienterne i *gruppe 1* er i det hele tydeligt dårligere end for ptt. i *gruppe 2*. Det er vanskeligt at angive nogen brugelig målestok for den sociale stabilitet. Der indgår i begrebet både arbejdsmæssig, erhvervmæssig, familiemæssig og bolig-mæssig stabilitet foruden andre faktorer som økonomisk forvaltning af indtægt. Patienterne af den type, som indgår i nærværende materiale, vil i almindelighed sammenfattende blive kaldt socialt ustabile på grund af de gentagne knæk i social henseende, som betinges af deres gentagne kriminalitet og deres alko-

holisme. Ved at stille meget små krav kan man dog få en graduering indenfor gruppen. I *gruppe 1* har vi ved et skøn over levnedsløbet som helhed indtil sidste dom kun kaldt 8 personer nogenlunde stabile (nr. 16, 18, 26, 27, 32, 35, 37 og 41). De øvrige patienter i *gruppe 1* frembyder et langt mere broget billede. Størsteparten har haft et utal af kortvarige pladser, ofte indenfor de forskellige arbejdsområder. Der har været mange arbejdsløshedsperioder og perioder, hvor patienterne har måttet leve af offentlig understøttelse. Adskillige har periodisk vagabonderet, og hyppige flytninger har været almindelige.

Også i ægteskabelig henseende er der tydelig forskel på de to grupper. I *gruppe 1* har 20 mod i *gruppe 2* 11 ikke formået at nå frem til forsøg på at knytte varig forbindelse. Af de 21, for hvem det er lykkedes, er ved udskrivelsen kun 5 gifte, mens der af de 27 oprindeligt gifte i *gruppe 2* ved løsladelsen stadig er 15 gifte. Den støtte, som en hustru kan være, mangler således langt hyppigere i *gruppe 1*.

Hvad angår legemlige sygdomme, er det værd at hefte sig ved det store antal overvejende alvorlige hovedlæsioner (10 af 35 oplyste), som *gruppe 1* kan opvise.

Alkoholisme:

Alle patienter er alkoholister med undtagelse af nr. 62 (*gruppe 2*), der under beruselse har begået brandstiftelse, men som ikke kan kaldes alkoholist. For de øvriges vedkommende må alkoholismen betegnes som alvorlig. Dette fremgår af misbrugets lange varighed, næsten halvdelen af gennemsnitsalderen, og af de ret store tal for ensomhedsdrankere og drankere, der drikker kogsprit. Pålidelige oplysninger om forbrugets størrelse har vi ikke kunnet fremskaffe. Der synes ikke at være nogen tydelig forskel på de to grupper med hensyn til alkoholismen, selv om det kan fremhæves, at der er flere rene øldrikkere i *gruppe 2* og flere, der drikker kogsprit i *gruppe 1*.

Alkoholisk demens er på løsladelsestidspunktet kun konstateret hos 2 patienter (nr. 55 og 75), begge i *gruppe 2*; men i adskillige tilfælde er i tidligere observationserklæringer, udfærdiget på tidspunkter, hvor patienterne umiddelbart forud havde været i en drikkeperiode, nævnt, at der forelå alkoholisk demens. Denne synes således i en del tilfælde af reversibel natur.

Trods de ovenanførte mangler ved oplysningerne må man dog på grund af misbrugets længde, de relativt mange patienter med lav alkoholkritisk tærskel og forekomsten af en del sprittere antage, at det i de fleste tilfælde drejer sig om ret svære drankere. Dette støttes stærkt af de oplysninger, der findes i akterne, som udtalelser fra politifolk, arbejdsgivere og familiemedlemmer.

Selv om et ret betydeligt antal af patienterne i begge grupper tidligere har været underkastet behandlingsforsøg af den ene eller

anden art, må man snarere undre sig over, at dette ikke har været forsøgt overfor dem alle. Forklaringen herpå må utvivlsomt søges i den pessimistiske indstilling, der tidligere har rådet med hensyn til behandlingsmulighederne for alkoholister.

Psykiatrisk karakteristik:

Familier disposition:

Forekomst af sjælelige abnormtilstande o. l. i familien:

	sinds- sygdom	ånds- svaghed	epi- lepsi	krimi- nalitet	alkoho- lisme	(faderen alko- holist)	Ingen oplys- ninger
Gruppe 1:	11	6	0	12	23	(18)	8
Gruppe 2:	5	0	0	9	16	(12)	3

Fælles for grupperne er, at alle patienterne — med kun een undtagelse (se pag. 113) — er alkoholister, der gennem en længere årrække har været stærkt forfalden til misbrug af alkohol; på en række andre punkter er der derimod betydelige forskelle mellem *gruppe 1* og *2*.

Gruppe 1, klientelet fra Psykopatanstalterne, udgør sammen med de personer, der dømmes til anbringelse på sindssygehospital eller i åndssvageanstalt, den psykisk mest afvigende del af landets kriminelle. *Gruppe 2* består derimod af kriminelle, hvis psykiske egenskaber ikke har givet anledning til andre særforanstaltninger end dem, der har været en følge af deres alkoholisme (d. v. s. at en del af dem efter at have afsonet sædvanlig fængselsstraf har været anbragt i en helbredelsesanstalt for drankere).

Også de to gruppers berøring med børneværnet giver udtryk for denne forskel i psykisk henseende. Af *gruppe 1* har omtrent halvdelen (19) været fjernet fra hjemmet og anbragt på institution under børneforsorgen, og i 15 af disse tilfælde var det foranlediget ved vanskeligheder hos patienterne selv (ikke sjældent kriminelle handlinger). I *gruppe 2* har det kun drejet sig om 3 patienter, og det skyldtes i intet tilfælde deres egne vanskeligheder.

Ligeledes er der tydelig forskel på hyppigheden af psykiske lidelser i familien hos patienterne i de to grupper, navnlig er forskellen på antallet af patienter med sindssygdom og åndssvaghed i slægten påfaldende.

En inddeling i grupper efter forløbstyper eller tilstandsbillede har vi ikke fundet mulig. Med det kendskab vi efterhånden har til patienterne i *gruppe 1* forekommer anvendelse af de undertiden brugte inddelinger (f. eks. Schneiders) ikke dækkende, snarest misvisende. Ganske vist kan man hyppigt fremdrage et eller et par enkelte træk som dominerende, men der findes altid derudover andre træk, og *manifestationen af de enkelte træk synes i høj grad at afhænge af det miljø, som patienten lever i. Netop derfor ser man også ændringer af deres fremherskende karakter-*

egenskaber under opholdet på Psykopatanstalterne og under den videre ambulante behandling. Hver enkelt patients personlighed danner et broget mønster, og de forskellige personligheder synes kun at have tilfælles, at de alle er disharmonisk udviklet.

Hos en betydelig del af patienterne finder man neurotiske mekanismer. En del er sinker, flere er seksuelt abnorme, og 7 har under opholdet på Psykopatanstalterne frivilligt ladet sig underkaste kastration på grund af sexuel kriminalitet.

Det skal understreges, at der i hele materialet kun findes 1 patient, der har frembudt tegn på egentlig sindssygdom (manier og depressioner), og at der ikke forekommer åndssvage personer.

Sammenfattende kan man sige, at mens alle patienterne i *gruppe 1* er i udtalt grad psykisk abnorme, gælder det kun få af patienterne i *gruppe 2*, i hvilken der forekommer et betydeligt antal lettere abnorme og 9 patienter, som bortset fra alkoholisme må betegnes som normale.

Vort kendskab til patienterne i *gruppe 1* er p. g. a. deres langvarige ophold i Psykopatanstalterne og den efterfølgende behandling betydelig mere dybtgående end vort kendskab til patienterne i *gruppe 2*. Dette gælder dog især patienternes psykiske struktur, mens mange andre forhold som alder, kriminalitet, straffe, forhold til børneværn, erhverv, ægteskabelig stilling, tidligere somatisk og psykisk sygdom og alkoholisme er lige veloplyst for de to grupper. Ganske enkelte forhold er bedre oplyst for *gruppe 2* (se de enkelte tabeller).

Dersom den ene gruppe var betydelig bedre oplyst end den anden, kunne man risikere, at der i den dårligst kendte gruppe forekom en række belastende faktorer, som man var uden kendskab til, hvilket ville kunne kompromittere vurderingen af behandlingsresultaterne.

Den risiko, som vi i det foreliggende tilfælde har, er da, at der i *gruppe 2* skulle findes ikke-erkendte psykiske faktorer, som betingede, at denne gruppe i virkeligheden var langt mere afvigende, end hvad der fremgår af de psykiatriske karakteristikker. Noget sådant kan dog med sikkerhed udelukkes, når man betænker følgende 2 forhold:

1) Alle patienter i *gruppe 2* er blevet psykiatrisk undersøgt på Psykopatanstalterne før løsladelsen, og selv om denne undersøgelse for et stort antal patienter i gruppen kun har bestået i eet psykiatrisk interview + to drikkeprøver, så skulle man dog alene herigennem kunne udelukke forekomsten af alvorligere psykiske afvigelser.

2) Patienterne i *gruppe 2* er gennemsnitlig straffet 5 gange (6 dog kun een gang), og hertil kommer i mange tilfælde yderligere en række sigtelser. Man er fra rettens side ikke tilbageholdende med at anmode om psykiatrisk observation, hvis en sigtet eller hans handlinger giver mistanke om, at han er sjæleligt unor-

mal, og under strafafsoningen har ethvert fængsel mulighed for at tilkalde psykiatrisk assistance, så snart fangens adfærd er påfaldende; betydeligere sjælelige abnormiteter vil derfor ikke kunne passere uden at blive erkendt.

Vi kan således fastslå, at der næppe er mulighed for, at ukendte faktorer skulle kunne forrykke det billede, vi har fremlagt af de to grupper.

Pladsforholdene tillader ikke gengivelse af udførlige »case-histories«, men for dog at give et indtryk af patienterne har vi fra *gruppe 1* udvalgt nogle eksempler, som vi gengiver i telegramstil. De udvalgte eksempler er hverken de mest eller de mindst komplicerede tilfælde.*)

Nr. 2. 38 år. Tyveri og bedrageri.

Faderen drak, en broder massiv dranker, en anden broder død på sindssygehospital. Moderen uligevægtig, flere selvmordsforsøg.

Pt. skal $\frac{1}{2}$ år gl. have haft »hjernebetændelse«. Som 19 årig hjernerystelse, atter hjernerystelse som 23 årig, siden mange kramper.

Nr. 3 af 4, disharmonisk hjem. Skal have været ganske almindelig, til han som 12 årig fik gigtfeber og St. Veitsdans, derefter karakterændring, blev upålidelig, rapsede. Klarede sig dårligt i skolen.

Som 17 årig på børneforsorgsinstitution efter bedrageri. Faglært maler, men mest haft tilfældige job. Småtbegavet, stemningssvingende med talrige selvmordsforsøg, viljesvag, affektepileptiker. Har drukket fra 14 års alderen, accentueret ved 38 års alderen af økonomiske og ægteskabelige grunde.

Nr. 8. 41 år. Bedrageri.

Psykiatrisk disposition ikke oplyst. Som 22 årig let hjernerystelse uden blivende følger. Født i ægteskab. Opdraget i borgerligt hjem. Opførselen som barn var upåklagelig, men da faderen døde, gled han lidt efter lidt fra moderen, fik dårlige kammerater. Efter skolen i budpladser, bedrog og kom efter moderens anmodning på børnehjem. Er ufaglært slagter, men har fra 17 års alderen intet væsentligt arbejde haft, altid ganske kortvarige pladser. Adskillige gange forlovet, een gang gift, skilt. Mellem strafafsoningerne altid boet hos moderen, som han plukker.

*) Et større antal »case-histories« er offentliggjort i Q. Journ. Stud. Alc. 1954 15:246.

Han er dårligt begavet, IK 89, foretagsom, udadvendt, selvfølede, storpralende og pågående, i perioder nedtrykt, irritabel, forurettet.

Har drukket fra 18—20 års alderen, drikkeriet tiltager voldsomt, når noget går ham imod.

Nr. 39. 31 år. Revolverrøveri og tyveri.

Faderen drikkfældig. En søster på pigehjem, en broder kriminel (uterlighed over for drenge), 2 gange hjerne-rystelse. Syfilis 21 år gl.

Opvokset i et elendigt landarbejdermiljø, moderen var polak og katolik, der var stadige konflikter mellem forældrene. Under børneforsorg fra 14 års alderen. Kortvarige pladser, da han altid let kom i konflikt. Talrige selvmordsforsøg.

Han er tidligere bedømt som sinke eller imbecil, psykopat, stejl, rethaverisk. Efter neurosebehandling viser han sig normalt begavet.

Han er usædvanlig groft miljøskadet med svær angst-neurose, hvoraf forsvarsberedskab, alarmreaktioner. Han har drukket fra 14-15 års alderen, alle former for alkohol, incl. kogesprit.

BEHANDLING

Det er vor opgave at prøve at resocialisere eller — for manges vedkommende — for første gang socialisere vore patienter således, at samfundet kan anerkende dem og de selv føle sig anerkendt som medmennesker på lige fod med andre.

Denne opgave søges løst gennem en behandling, der varer i mange år, og hvis første led foregår indenfor anstaltens mure, mens det andet led foregår som ambulante behandling efter udskrivningen på prøve.

Løsladelsesdatoen betegner for patienten overgangen fra behandling i anstalten til en fortsættelse af *den samme* behandling udenfor, blot afpasset efter de specielle krav, miljøændringen stiller.

Behandlingen i anstalten.

Psykopatanstaltens opgaver er at forvare psykisk afvigende kriminelle og indenfor de rammer, som denne opgave afstikker, at søge at behandle og resocialisere patienterne.

Den første opgave medfører, at anstalterne i det ydre har karakter af et fængsel, mens man af hensyn til den anden opgave så vidt muligt søger at fjerne restriktioner, der ikke tjener sikkerhedsformål eller er nødvendige for den rolige gang i institutionen.

Der er arbejdspligt i anstalterne, med 8—9 timers arbejdsdag; kun få arbejder i celle, mens langt de fleste arbejder i fællesværk-

steder eller i gartneriet. En del af arbejdsudøveren kan de forvarede selv disponere over til småfornødenheder under opholdet, mens resten sættes hen til prøveudskrivningen.

De forvarede har alle eneceller. Udenfor arbejdstiden er der muligheder for at deltage i underholdning, sport, studiekredse og kurser*).

I sin hidtidige tilværelse er det ikke lykkedes den forvarede at træffe hensigtsmæssige afgørelser. Man søger derfor i det hele at give ham anledning til så mange selvstændige afgørelser som muligt, hvad der ofte føles som en byrde for disse patienter, der er vant til at lade et mere stift fængselsreglement afgøre tingene for sig. Også til det spørgsmål, om han ønsker direkte kontakt med lægerne, må patienten selv tage stilling, *et behandlingsbehov hos pt. er nødvendigt, før behandlingen kan føre til noget*, og man søger derfor, som det fremgår af det følgende, at lægge situationen op til, at pt. ønsker at komme i forbindelse med lægerne.

Alle problemer, store eller små, der opstår i anstalten, for den enkelte eller grupper, søges i alle instanser løst efter retningslinier, der har behandlingsmæssigt sigte. Dette fordrer, at der bestandig er den nøjeste kontakt mellem de enkelte medlemmer af »team'et«, der bredest set omfatter alle fra overlægen til det menige medlem af vagtkorpset.

Ved ankomsten til anstalten er pt. næsten altid positivt indstillet overfor et samarbejde. På basis af samtaler med ham i forbindelse med samtlige oplysninger, der i akterne foreligger fra pt.s nuværende og foregående sager, skaffes i den første tid et udgangspunkt til en behandlingsplan, der under opholdet bestandig revideres efter det øgede kendskab til ham. Oftest er pt.s villighed til samarbejde dog af den karakter, at han i lighed med, hvad der er tilfældet på et almindeligt hospital, stiller sig til lægernes disposition, er villig til passivt at lade sig underkaste en eller anden form for indgreb. Når man derfor fortæller ham, at resultatet først og fremmest beror på hans eget positive arbejde med sig selv, følger ofte en længere trods- og retraheringsperiode, inden han er villig til at acceptere dette og drage konsekvenserne heraf. Når denne periode er gennemlevet, vil der ofte opstå et reelt kontaktbehov, fremmet af den indirekte behandling, som hele anstaltens klima udgør. Enhver af anstaltens personale kan komme til at fungere som den første kontakt med den forvarede, og herfra kan kontakten overføres til lægerne, så evt. direkte psykoterapi kan iværksættes.

Under opholdet i anstalten varetages alle de talrige forhold, som angår pt.s forhold til omverdenen, af en forsorgsmedarbejder i samarbejde med pt. Den samme forsorgsmedarbejder, som

*) En mere detaljeret redegørelse for behandlingen findes i Stürup: Lægelig, psykologisk og pædagogisk behandling af kriminelle. N. T. f. K. 1952, 40:3.

pt. således har lært at kende under opholdet i anstalten, tilrette­ lægger pt's forhold, når han i henhold til retskendelse overgår til ambulante behandling.

Specielle forhold for alkoholikere.

Da alkoholikeren har særlige vanskeligheder for resocialise­ ring, retter man under hans ophold i anstalten særlig opmærk­ somheden imod en klarlæggelse af de faktorer i hans personlig­ hedsudvikling, livsførelse og miljø, der har haft betydning for, at netop denne pt. er blevet alkoholiker.

Det er sjældent, at pt. ved indlæggelsen i anstalten frembyder noget »akut« symptom på alkoholisme, idet han som regel har været fængslet, evt. indlagt på sindssygehospital til mentalob­ servation igennem flere måneder.

Under det flerårige ophold i anstalten, afskåret fra alkohol, under stadig lægetilsyn, med god og rigelig kost, og med en dag­ lig, rimelig arbejdsydelse bringes pt. efterhånden i den bedst mulige fysiske form, således at han ved prøveudskrivningen har forvundet alkoholismens legemlige følgesymptomer.

Som oftest har han selv taget initiativet og anmoder om at »komme på antabus« ved prøveudskrivningen. De fleste af vore patienter mente i begyndelsen, at alkoholistbehandling blot be­ står i at tage antabus — en opfattelse, man stadig kan støde på.

Indtagelsen af antabus starter 1—2 måneder før udskrivnin­ gen. Kun i enkelte tilfælde, og da mest hos de få pt., der ved forsøgsperiodens begyndelse allerede gennem nogen tid havde været prøveløsladt, er der afvejet herfra. Når vi har ladet patien­ terne få tabletterne i et så langt tidsrum, inden de udsættes for muligheden for at drikke, er det for at eventuelle bivirkninger så vidt muligt kan være klinget af inden prøveløsladelsen.

Den ambulante behandling.

Ved enhver løsladelse fra en institution for kriminelle står den løsladte med det handicap, det er, at komme fra et sted, som af befolkningen opfattes som en straffeanstalt. Hvis han uden støtte skal søge at få et job, er han væsentlig dårligere stillet end sine konkurrenter: lægger han kortene på bordet og oplyser, hvorfra han kommer, medfører det oftest, at han afvises, og vælger han at fortie, hvorfra han kommer, vil det ofte, når det senere op­ dages, medføre øjeblikkelig afskedigelse med den motivering, at »manden ikke er til at stole på«.

Et andet handicap findes i manden selv: Det er en normal re­ aktion hos de fleste straffede, at de er overfølsomme for omgi­ velsernes reelle eller indbildte hentydninger til strafafsoning. På grund af deres særlige psykiske struktur er denne overfølsomhed voldsomt forstærket hos størsteparten af de af os behandlede patienter, og derfor kan en tilfældig bemærkning, et øjekast, en

misforstået telefonopringning være nok til, at de i panik forlader et godt arbejde.

Som følge af den lange indespærring føler pt. sig ude af kontakt med og usikker overfor verden udenfor. Ofte står han uden familie eller andre, der ved at acceptere ham kunne lette ham omstillingen til det almindelige samfunds mønstre og normer, og vil alene af den grund være tilbøjelig til at vende tilbage til et kendt, men asocialt miljø.

Rent praktisk gælder, at han for at kunne glide ind på en plads i samfundet skal være i stand til at svare til de krav, der i almindelighed stilles til en ufaglært arbejder, eller til dem, der stilles i det fag, han arbejder i, og han skal være sikker på at have tag over hovedet. Han må desuden være sikret mod straks at møde gamle fordringer fra det offentlige (ikke betalt skat, alimentationsbidrag o.s.v.).

For samtlige vore patienter i *gruppe 1* gælder, at de er udskrevet på prøve og står under tilsyn og behandling af anstalten. Ved løsladelsen har forsorgsmedarbejderen skaffet arbejde, så vidt muligt af den karakter og på det sted, som stemmer overens med patientens ønsker. Ofte har han ønsket, at arbejdsgiveren er bekendt med hans stilling. Han har i samråd med forsorgsmedarbejderen indkøbt tøj, såvel arbejdstøj som fritidstøj, således at han ikke vil virke påfaldende i sit nye miljø. Vi regner det for psykologisk vigtigt, at patientens tøj betales af de penge, han har opsparet af sin arbejds løn, således at han kan betragte sig som en selvstændig person og ikke skal stå i et belastende taknemlighedsforhold til anstalten. Der er skaffet ham logis, hvis han er enlig. Det nødvendige medlemskab af sygekasse og fagforening er så vidt muligt i orden, og der er truffet ordninger m. h. t. økonomiske mellemværender med myndigheder. Gennem de første uger aflægger forsorgsmedarbejderen flere uanmeldte besøg, foretager eventuelle drikkeprøver, og patienten ringer ofte hver dag for at drøfte problemer, Han har desuden pligt til omgående at meddele arbejds- og bopælsforandringer.

Ved behandlingsforsøgets begyndelse anvendte man principielt en arbejdsform, hvor lægens indsats væsentligst lå, før patienten forlod anstalten, idet han foretog den psykiatriske undersøgelse, vurdering og behandling, satte antabusbehandlingen i gang og gennem drikkeprøver kontrollerede, at stoffet virkede efter hensigten, hvorefter arbejdet i marken væsentligst påhvilede forsorgsmedarbejderen. Det var således kun i undtagelsestilfælde, at lægen deltog i arbejdet i marken.

Det viste sig hurtigt, at denne arbejds måde ikke var sufficient. Overfor alkoholikeren kan undersøgelse, diagnose og behandling ikke, som i den almindelige medicinske praxis, komme i den klassiske rækkefølge: først undersøge, derefter stille en diagnose og endelig på basis heraf instituere en behandling; her bliver alle

tre elementer langvarige og sideløbende. Man må bestandig have opmærksomheden henledt på nyopdukkende faktorer, altså til stadighed fortsætte sin undersøgelse, man må drage konsekvensen i form af ændring eller supplerung af diagnosen, og man må endelig rette sin behandling efter, hvad man finder. Mere end på noget andet medicinsk felt er smidighed og individualisering af betydning. Konsekvensen heraf er, at det i vidt omfang er af betydning — i en række tilfælde endda nødvendigt — at lægens arbejde ikke begrænses til arbejdet før patientens løsladelse og derefter kun kontrol og ledelse af forsorgsmedarbejderens arbejde med patienten. Lægen er nødt til i intimt samarbejde med forsorgsmedarbejderen, hvis arbejde ikke af den grund bliver af mindre omfang eller betydning, at deltage regelmæssigt i den ambulante virksomhed: Han har direkte personlig kontakt med patientens miljø og træder især til, hvor konflikter af speciel art er ved at indtræffe eller er indtruffet. Slaget står i patientens miljø, det er der, han møder sine vanskeligheder og har sit behov for psykiatrisk støtte og hjælp, af Lemert*) udtrykt således: (I almindelighed) *there is poor or little coordination in time of therapeutic services with the needs of the pathological drinker. By this is meant that the psychiatrist or clinician often is not available at times when he is most needed by the alcoholic... The alcoholic needs specific assistance at the time his guilt, depressions or whatever urges him to start drinking reach a critical point*.

Det er derfor nødvendigt, at ikke blot forsorgsmedarbejderen, men også lægen er til at få fat i; alkoholistbehandlingen må virke som en ambulance, således at såvel forsorgsmedarbejder som læge er i stand til at rykke ud til patienten i hjem eller på værtshus så vidt muligt uden hensyn til tidspunktet, så patienten netop på det tidspunkt, hvor han har brug for hjælpen, har en levende fornemmelse af kontakt.

I de fleste tilfælde vil det skade patienten, dersom man aflægger ham besøg på hans arbejdsplads, og også på bopælen må man passe på ikke for ofte at komme forgæves og spørge efter patienten, da der herved let opstår en for patienten generende nysgerrighed hos omgivelserne. Af samme grund må man sørge for at optræde så diskret som muligt og i påklædning og væremåde være sådan, at man kan passere for en bekendt eller slægtning til patienten.

I de første uger efter prøveudskrivningen besøges patienten almindeligvis 1 til 2 gange ugentligt, derefter med ca. 10 dages mellemrum, hvis intet særligt foreligger. Det rutinemæssige tilsyn er imidlertid ofte den mindre del. Hyppigst besøges patienten, fordi man ved eller har mistanke om, at der foreligger vanske-

*) Lemert, E. M.: Social Pathology. N.Y. 1951, s. 366.

ligheder. En væsentlig del af dette arbejde må nødvendigvis ligge om aftenen eller om natten, og det er derfor vigtigt at indstille sig på, at arbejdet ikke kan foregå som en sædvanlig konsultationsvirksomhed med fast træffetid, men at det er endnu mere uroligt end den alment praktiserende læges.

Den ambulante antabusbehandling.

Det er overmåde vigtigt at finde en person, der kan være behjælpelig med at støtte patienten i den daglige antabusindtagelse. Vi har i høj grad savnet et kontor, med beliggenhed i byen, hvor de patienter kunne komme, for hvem det ikke var muligt at finde en passende ordning. For de gifte patienter ville det ligge nær at tage hustruen som medhjælper og kontrollant, men denne ordning har vi søgt så vidt muligt at undgå, da det har vist sig at være en næsten uudholdelig belastning for en kvinde på en gang at skulle være hustru, barnepige og spion overfor manden, og som sådan opfattes hun let, når patientens alkoholtrang bliver overvældende, og han søger at snyde sig fra tabletterne. Bedre synes vi om ordninger, hvor en arbejdsformand eller tillidsmand eller i nogle tilfælde patientens arbejdsgiver påtager sig at holde kontrol med tabletindtagelsen og at rapportere uregelmæssigheder til terapeuten. Patienten er ofte først og fremmest angst for at miste sit arbejde, og det kan ligefrem være en lettelse for ham, at man på hans arbejdsplads er klar over, at han får antabus, så han ikke daglig behøver at komme med nye undskyldninger for ikke at deltage i kammeraternes drikkeri. En sådan ordning træffes dog kun med patientens billigelse.

Trods vore forsøg på at holde tabletbehandlingen i gang viste det sig umuligt i langt det store flertal af tilfældene. Først og fremmest lå der bag ved ophør med tabletterne i de fleste tilfælde et ønske om atter at prøve at drikke. Det var utvivlsomt ikke altid patienten selv bevidst, og det tilhylledes med alle mulige forklaringer og rationaliseringer. I enkelte tilfælde optrådte typisk hysteriske bivirkninger, der svandt så snart man holdt op med tabletterne, men genopstod ved fornyet indtagelse af tabletter, selv hvor man i stedet uden patientens vidende anvendte tabletter uden virksomt indhold. En vis irritation over tabletterne sporedes ofte, og hyppigt følte patienten noget nedværdigende i at være afhængig af stoffet og ude af stand til at klare sig med indsats af egen viljestyrke. Når behandlingen derfor gennem et stykke tid var forløbet planmæssigt, ønskede de fleste at holde op og vise, at de kunne klare sig uden tabletter. De overså, at med antabus er det kun nødvendigt at vise viljestyrke een gang dagligt, mens det uden er nødvendigt døgnet rundt.

Resultatet var de mange alkoholrecidiver, som senere skal omtales nærmere. Her skal kun nævnes, at recidiverne ikke alene er af det onde. Mens de naturligvis frembyder en akut risiko,

ikke mindst for et klientel som det foreliggende, hvor kriminalitet ofte er den mest nærliggende reaktion under beruselse, vil det på den anden side tit vise sig, at når terapeuten er i stand til at træde til og hjælpe patienten i den akutte situation, er betingelserne for et dyberegående arbejde med patienten og hans konflikter skabt. Det er derfor af største betydning, at terapeuten såvidt muligt får kontakt med patienten, netop når han har et alkoholrecidiv.

Forløbet af behandlingen af patienterne i gruppe 1.

Forløbet af behandlingen indtil 1. juni 1951 skal i det følgende først belyses talmæssigt og derefter gøres til genstand for en nærmere kommentar. Der er stadig kun tale om *gruppe 1*, og opgørelsen omfatter kun 40 personer, idet en enkelt patient (nr. 2) er afgået ved døden.

Kontakten mellem patient og behandlingsteam var ved overgang til ambulant behandling positiv i 33 tilfælde, 3 var ambivalent indstillet, og 4 var negativt indstillet. Kontakten blev i perioden styrket i 20 tilfælde, uforandret i 18 tilfælde og svækket i 2 tilfælde. I begge tilfælde var det af geografiske grunde praktisk umuligt at opretholde tilsyn og behandling i det sædvanlige omfang.

Vanskeligheder. 31 patienter mødte vanskeligheder, som kunne afledes af deres afvigende psyke. 21 patienter mødte vanskeligheder, som i det væsentlige beroede på ydre forhold og var uafhængig af deres psykiske afvigelser. Disse vanskeligheder var i 7 tilfælde af social, i 12 tilfælde af økonomisk, i 13 tilfælde af arbejdsmæssig og i 7 tilfælde af familiær art. I 4 tilfælde drejede det sig om andre vanskeligheder. 22 patienter havde haft støtte over for disse vanskeligheder gennem omgivelsernes forstående holdning, i 16 tilfælde fra ægtefælle eller kæreste, i 1 tilfælde fra arbejdsgiveren, i 1 tilfælde fra en kammerat og i 4 tilfælde fra andre.

Arbejde. 8 havde arbejde under hele perioden, 25 gennem størstedelen, 5 i perioder og 2 var overvejende ikke i arbejde.

Offentlig hjælp. 20 har ikke fået offentlig hjælp, 1 har fået aldersrente, 11 har i kortere tid og 7 i længere tid fået offentlig hjælp, og om 1 savnes oplysninger.

Årsagen til hjælpen var i 1 tilfælde sygdom, i 1 tilfælde sygdom og arbejdsløshed, i 8 tilfælde arbejdsløshed alene og i 1 tilfælde arbejdsskyhed. I de øvrige 7 tilfælde er årsagen ikke oplyst.

Antabus. Vi forsøgte i alle tilfælde at gennemføre antabusbehandling. Ingen af patienterne gennemførte denne i hele perioden, men to gennemførte den regelmæssigt i $\frac{1}{2}$ år, hvorefter tabletterne blev seponeret efter aftale med patienterne. Yderligere 8 patienter, som tog tabletterne periodisk, holdt op efter aftale, men 11 tog tabletterne periodisk og viste sig villige til at genop-

tage behandlingen, når de blev opfordret dertil. I 19 tilfælde viste det sig umuligt at gennemføre en blot nogenlunde regelmæssig tabletbehandling.

Hos ialt 16 patienter fik vi støtte til gennemførelsen af antabusbehandlingen hos familie, arbejdsgiver eller kammerater.

Vor støtte til patienterne kan sammenfattes således: Forsøg på antabusbehandling 40 ptt., psykisk støtte 40 ptt., arbejdsanvisning (ofte flere gange) 36 ptt., beskedent lån i akut situation 32 ptt., hjælp under konflikt med familie, arbejdsgiver, politi, skattevæsen, socialkontor eller andre offentlige myndigheder 25 ptt.

4 af patienterne reagerede negativt overfor disse hjælpeaktioner, mens to var ambivalent indstillet. Resten reagerede positivt.

Kommentar til behandlingsforløbet.

Det forekommer os bemærkelsesværdigt, at langt den største del af patienterne ved afslutningen af behandlingen i den lukkede anstalt havde god og positiv kontakt med anstaltens læger og forsorgsmedarbejdere. Man må betænke, at patienterne har været interneret på ubestemt tid, og at de med en vis ret har haft den indstilling, at tidspunktet for deres prøveudskrivelse i realiteten afhang af vor bedømmelse af deres chancer for at klare sig i samfundet og ikke af deres kriminalitets alvorlighed — megen bitterhed opstår deraf, at den forvarede altid finder sig egnet til losladelse et langt stykke tid, før vi gør det.

I halvdelen af tilfældene uddybedes kontakten yderligere under den ambulante behandling, hvilket antageligt hænger sammen med, at man til stadighed har søgt at møde patienten på lige fod uden moralsk vurdering eller fordømmelse. Vi har diskuteret med ham, ikke hvad der var rigtigt eller forkert, men hvad der i den givne situation og på længere sigt var hensigtsmæssigt for ham. Patienterne har i langt højere grad opfattet os som rådgivere end som kontrollanter og tilsynsførende, hvad der bl. a. fremgår af de mange spontane henvendelser fra patienterne, selv i situationer, hvor de har kunnet frygte, at vi måtte tilråde myndighederne genindsættelse i den lukkede anstalt.

De vanskeligheder, som patienterne har mødt, har været af samme art som enhver prøveudskreven eller løsladt vil møde, men de har været accentueret af den større holdningsløshed, sensitivitet, stemningslabilitet, dysforitendens og aggressionstrang, som udmærker dette klientel.

Klienteletets stabilitet i arbejdsmæssig henseende er en meget vigtig ting. Det betyder ikke, at størstedelen af dem bliver, hvor de een gang er anbragt, de skifter tværtimod hyppigt arbejde, men det betyder, at de gennemgående gerne vil og kan arbejde, og at det ved en betydelig indsats i form af en altid villig og effektiv arbejdsanvisning gennem forsorgsmedarbejderen er mu-

ligt at holde dem i arbejde. Værdien heraf for patienterne selv er indlysende, men den anden side er de store summer, som kommer samfundet til gode, dels i form af sparet økonomisk hjælp, dels i form af produktivt arbejde. Dette illustreres yderligere af tallene for, hvor få der måtte have offentlig hjælp.

Antabusbehandlingen kunne synes ret værdiløs. Ingen af patienterne gennemførte denne del af behandlingen gennem hele perioden, og kun to kan siges at have gennemført den tilfredsstillende. Alligevel mener vi, at denne del af behandlingen har haft sin meget store betydning. Antabus har betydet, at man gennem perioder, hvor patientens situation var usikker, har kunnet holde ham afspærret fra alkohol, mens man arbejdede med hans øvrige problemer. Tidligere blev arbejdet alt for hyppigt afbrudt af alkoholrecidiver, evt. med efterfølgende kriminelt recidiv, og i hvert fald meget hyppigt med social deroute og familiære forviklinger. Antabus har endvidere medført, at patienterne i langt højere grad end tidligere accepterer alkoholismen som en sygdom, og hermed er der skabt en naturlig lejlighed for lægen til hyppige kontakter med patienten, hvorunder den egentlige personlighedsbehandling kan finde sted.

Med hensyn til vor støtte til patienterne skal hjælpen i konfliktssituationer nærmere omtales. Denne hjælp blev altid ydet med patienternes viden og billigelse, i reglen efter hans opfordring. Vi passede på ikke i tide og utide at blande os i patienternes forhold til omverdenen. Det var imidlertid ofte påkrævet at komme patienten til hjælp, ikke mindst når han var kommet i vanskeligheder overfor myndighederne. De offentlige kontorers ofte noget stive og skematiske fremgangsmåde harmonerer dårligt med de psykiske egenskaber, som præger vort klientel. En direkte forhandling mellem forsorgsmedarbejder og den myndighed, det drejer sig om, vil ofte kunne medføre en mere smidig og hensigtsmæssig løsning. Med hensyn til kriminelle handlinger var vort synspunkt, at man i første række må se på patientens helbredssituation. Hvor denne tegner godt, vil man tilråde så vidt muligt at nøjes med en indskærpelse af prøvevilkårene, mens man, hvor det tegner mørkt, vil tilråde genindlæggelse i anstalten, selv om kriminaliteten er minimal og for en ikke-prøveudskrevet evt. kunne være sluttet med tiltalefrafald. *(fortsættes)*