

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

(Fortsættelse).

RESULTATER

På grund af ydre omstændigheder, stigende arbejdsbyrder og personalemæssige forhold, var det ikke muligt for os at gennemføre behandlingen efter de foran skitserede retningslinier længere end til midt i sommeren 1951, hvorfor vi har foretaget en opgørelse pr. 1/6 1951. Observationstiderne for de personer, der indgår i materialet varierer en del efter tidspunktet for deres prøveudskrivning eller løsladelse.

Observationstider.

	7-12 md.	13-18 md.	19-24 md.	25-31 md.	gennemsnit
Gruppe 1:	10	6	11	14	20,5 md.
Gruppe 2:	5	4	17	12	21,2 md.

Der er ikke her taget hensyn til, at nogle er recidiveret eller døde, idet kun tidsrummet fra patienten kom på fri fod (eller i behandling) til 1/6 1951 er beregnet.

Status med hensyn til drikkeri.

Ved behandlingens ophør den 1/6 1951 var af de 41 ptt. i gruppe 1 1 død, 1 forsvundet til udlandet, 1 kommet på optagelseshjem og 1 på sindssygehospital, mens 5 var recidiveret kriminelt (og til alkoholmisbrug). Hos de resterende 32 var drikkevanerne uforandrede hos 10, 6 var misbrugere, men drak sjældnere og i kortere ture, 12 var ikke-misbrugere og 4 var total afholdende.

Som nævnt under behandlingens forløb seponerede man i 10 tilfælde efter et gentleman-agreement antabus, efter at det havde vist sig, at de pågældende patienter klarede sig nogenlunde. Ved opgørelsen fandt man, at kun to af disse patienter var blevet misbrugere, mens de to var afholdende og seks var ikke-misbrugere. Ingen af dem var recidiveret kriminelt.

De fem kriminelt recidiverede var alle misbrugere, og tre af dem tilhørte den lille gruppe på fire personer, som reagerede negativt overfor vore behandlingsforsøg og hjælpeaktioner. For fire af de fem stod det kriminelle recidiv i direkte relation til deres alkoholmisbrug.

Resultatet med hensyn til den sociale, arbejdsmæssige og økonomisk situation. (Kun gruppe 1).

9 patienter er udgået af behandlingen (5 recidiverede, 4 udgået af andre grunde). De resterende 32 har man forsøgt at vurdere gennem en grov tredeling:

	Ikke-misbrugere	misbrugere	Ialt
Udsigt til social tilpasning	13	2	15
Usikker	1	9	10
Social deroute sandsynlig	2	5	7
	16	16	32

Det kriminelle recidiv.

Ved opgørelsen af det kriminelle recidiv kan man foretage opgørelse for begge grupperne, idet man gennem rigsregistraturen kan få oplysning om recidiverne i *gruppe 2*. Man møder dog en række vanskeligheder. Visse former for kriminalitet har kun begrænset interesse. Det gælder overtrædelse af afholdspålæg, gadeuorden o. lign. Man har heller ikke nogen sikkerhed for, at hovedparten af sådanne forhold bliver registreret; i mangfoldige tilfælde afgøres sagen på stedet med en tilrettevisning, og alene den omstændighed, at en person med afholdspålæg begår noget kriminelt i samme øjeblik han køber eller nyder alkohol, viser, hvor tilfældig en opgørelse over disse lovovertrædelser ville blive.

Under gennemgangen af materialet fra rigsregistraturen er man hyppigt stødt på sager, der er henlagt eller sluttede af statsadvokaten, og da man ikke er i stand til at finde ud af, i hvilke tilfælde, der bag disse skjuler sig reel kriminalitet, har man først anset en person for kriminelt recidiveret i det øjeblik, der foreligger en dom til frihedsstraf for egentligt kriminelt forhold (herunder altså ikke den tidligere nævnte »alkoholkriminalitet«). Man har ikke taget hensyn til, om den kriminelle handling er begået i alkoholpåvirket tilstand eller med den hensigt at skaffe sig alkohol.

Under hensyn til, at det kunne tænkes, at de fra Psykopat-anstalterne prøveudskrevne forvarede i visse tilfælde i stedet for genindsættelse ville modtage en indskærpelse af vilkårene, er materialet gennemgået med henblik herpå.

Principielt er det i virkeligheden umuligt at afgøre, om nogle af de prøveudskrevne forvarede kunne have fået en dom til frihedsberøvelse, dersom de i stedet havde været løsladt efter almindelig fængselsstraf. På forhånd vil man være tilbøjelig til at have en formodning om, at de i visse tilfælde slipper med indskærpelse af vilkårene for lovovertrædelser, der havde indbragt personer i *gruppe 2* en frihedsstraf.

Det viser sig, at 9 patienter har modtaget sådanne indskærpelser. I nogle tilfælde er sagen samtidig sluttet p. g. a. bevisets

stilling, i andre har det drejet sig om bagatelsager, hvor det er yderst tvivlsomt, om de under andre forhold havde fået andet end dagbøder, indskærpelse af prøveløsladelsesvilkår eller henlæggelse af sagen. 4 af de 10 langtidsobservationspatienter, der indgår i *gruppe 1* (se side 1) har haft sluttede sager.

I *gruppe 2* har 7 patienter haft sluttede sager. Man har i begge grupper kun medregnet tiden fra løsladelsen til et evt. recidiv eller for de ikke-recidiverede indtil 1/1 1955.

Med en hensigt at undersøge, hvordan patienterne i *gruppe 1* har klaret sig i sammenligning med andre prøveudskrevne psykopater, har man undersøgt recidivhyppigheden for de 118 ikke-alkoholister, der i tidsrummet 1/11 1948—1/11 1950 blev prøveudskrevet fra psykopatforvaringen. Dette materiale er i tabellerne og kurverne betegnet som *gruppe 3*. I denne gruppe findes sexuel kriminalitet som hovedkriminalitet hos 38 (32 pct.), mens de tilsvarende tal i *gruppe 1* er 5 (12 pct.). I *gruppe 2* er tallene 5 (13 pct.).

Opgørelse er foretaget på følgende datoer: 1/6 1951, 1/3 1952, 1/2 1953, 1/1 1954 og 1/1 1955.

I *gruppe 1* er 5 personer døde, 1 befinder sig i Den tyske demokratiske republik, og 2 er indlagt på sindssygehospital. I *gruppe 2* er 1 person og i *gruppe 3* er 3 personer døde.

Man har foretaget opgørelsen på to måder:

1) For hver af grupperne har man opgjort, hvor mange procent der var tilbage af det oprindelige antal, efter at recidiverede, døde, forsvundne og langvarigt indlagte er trukket fra. Dette stiller ganske vist *gruppe 1* ugunstigt i forhold til *gruppe 2*, idet man i sidstnævnte gruppe ikke kan være sikker på at have viden om alle dødsfald eller om evt. langvarige ophold på sindssygehospital. Da de døde, forsvundne eller langvarigt indlagte imidlertid ikke har haft mulighed for kriminelt recidiv, ville man stille *gruppe 1* for gunstigt i forhold til *gruppe 2* ved at se bort fra de kendte tilfælde.

2) Man har for hver gruppe og for hvert opgørelsestidspunkt beregnet, hvor stor den kriminelle recidivprocent pr. år var i perioden siden foregående opgørelse. Som udgangsmateriale har man anvendt det antal personer, som har været levende og på fri fod ved periodens begyndelse og altså haft mulighed for at recidivere.

Det skal endelig bemærkes, at man ikke ved opgørelsen har interesseret sig for forløbet efter det første kriminelle recidiv. Er en person recidiveret een gang, betragtes han som udgået af materialet.

	Oprindeligt antal	Løsladelse —1/6-51		1/6-51—1/3-52		1/3-52—1/2-53		1/2-53—1/1-54		1/1-54—1/1-55	
		kriminelt recidiv	død o. a.	kriminelt recidiv	død o. a.	kriminelt recidiv	død o. a.	kriminelt recidiv	død o. a.	kriminelt recidiv	død o. a.
Gruppe 1	41	5	3	3	—	3	1	—	4	—	1
Gruppe 2	38	14	1	5	—	4	—	1	—	1	—
Gruppe 3	118	28	1	9	—	11	2	2	—	3	—

Tabellen viser i absolutte tal afgangen af de forskellige årsager, mens de følgende to tabeller viser opgørelsen efter de to nævnte fremgangsmåder.

Tilbageblevne o: ikke recidiverede, levende og på fri fod, i procent af udgangsmaterialet.

	oprindeligt antal	1/6-51	1/3-52	1/2-53	1/1-54	1/1-55
Gruppe 1:	41 ptt.	78%	71%	64%	54%	51%
Gruppe 2:	38 »	61 »	47 »	37 »	34 »	32 »
Gruppe 3:	118 »	75 »	68 »	57 »	55 »	53 »

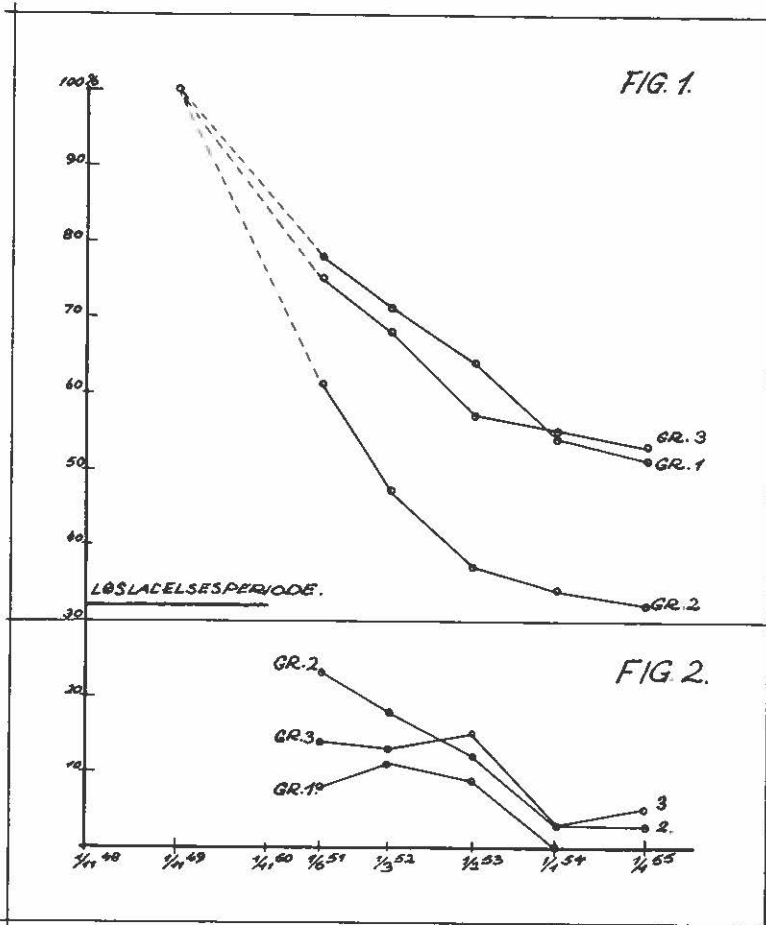
Kriminelt recidiv pr. år i procent af det antal personer, der havde mulighed for at recidivere ved periodens begyndelse.

	oprindeligt antal	1/6-51	1/3-52	1/2-53	1/1-54	1/1-55
Gruppe 1:	41 ptt.	8%	11%	9%	0%	0%
Gruppe 2:	38 »	23 »	18 »	12 »	3 »	3 »
Gruppe 3:	118 »	14 »	13 »	15 »	3 »	5 »

Figur 1 og 2 viser de to tabeller fremstillet i grafisk form. Den punkterede del af kurverne i figur 1 svarer til det gennemsnitlige tidsrum fra løsladelsen til 1. opgørelse.

Ved begge opgørelsesmåder ser man en tydelig forskel på gruppe 2 og de øvrige grupper. Derimod ligger ved den første gruppe 1 og gruppe 3 meget nær hinanden. Når dette ikke er tilfældet ved den anden opgørelsesmåde, skyldes det, at afgangen af andre årsager end kriminalitet (død o. a.) er meget betydelig i gruppe 1, men meget ringe i gruppe 3.

Det fremgår tydeligt af den sidste tabel og figur 2, at den store forskel på grupperne findes i den første tid efter løsladelsen. Det



kriminelle recidiv er ved første opgørelsestidspunkt omtrent tre gange så stort i *gruppe 2* som i *gruppe 1* og omtrent dobbelt så stort i *gruppe 3* som i *gruppe 1*. Efter tredje opgørelsestidspunkt, godt 3 år efter løsladelsen, er der kun få recidiver i alle grupper, hvad der tyder på, at den afgørende behandlingsmæssige indsats må gøres i de første 3 år.

KONKLUSIONER

Gennem det foran beskrevne arbejde med 41 psykisk og kriminelt svært belastede mandlige alkoholister har vi høstet en lang række værdifulde erfaringer.

Vi kan nævne følgende punkter, som forekommer os af særlig betydning.

1) Hvor der foregår institutionel behandling af alkoholister forud for ambulat behandling, er kontinuiteten mellem disse behandlinger af afgørende vigtighed. Kontakten mellem patienten og den, der skal behandle ham i det frie miljø, må være fast etableret allerede før patientens udskrivning.

2) Behandlingens vigtigste dele er den psykiatriske og sociale behandling af patientens hele situation og personlighed.

3) Antabus kan anvendes som et værdifuldt hjælpemiddel, der dels kan holde patienten afspærret fra alkohol i kritiske perioder, dels giver lægen anledning til hyppige kontakter med patienten. For et klientel af den art, som vi har arbejdet med, må man ikke forvente at kunne gennemføre regelmæssig antabusbehandling over længere tidsrum.

4) Det er nødvendigt, at både læge og forsorgsmedarbejder er indstillet på en arbejdsform, der imødekommer patientens behov for behandling på de tidspunkter, hvor denne er påkrævet. Dette vil principielt sige, at de, der behandler ham, må være til rådighed på alle tider af døgnet.

5) Vi har under arbejdet hårdt savnet et »pensionat«, hvor patienterne i akutte situationer kunne anbringes, indtil de øjeblikkelige problemer var løst og den sociale situation bragt i orden.

6) Man kan ikke med sikkerhed udlede noget om den optimale varighed af behandlingen, men den omstændighed, at recidivhyppigheden ved første opgørelsetidspunkt (1/6 1951), hvor patienterne gennemsnitligt har været prøveløsladt 20 måneder i *gruppe 1* (alkoholister, udskrevet på prøve fra Psykopatanstalterne) er langt lavere end i *gruppe 2* (alkoholister, prøveløsladt fra statsfængsel) og i *gruppe 3* (ikke-alkoholister, udskrevet på prøve fra Psykopatanstalterne), tyder på, at en behandlingsperiode på omkring et par år i betydelig grad hjælper patienterne over den første vanskelige tid. Det ses på figur 2, hvorledes antallet af kriminelle recidiver bliver ganske ringe i alle grupper, når der først er gået ca. 3 år, og det vil derfor være rimeligt at fortsætte behandlingen i et tidsrum af denne længde.

7) Set fra et samfundsøkonomisk synspunkt synes den ambulante behandling af kriminelle alkoholister i høj grad at kunne betale sig. Selv i de tilfælde, hvor behandlingen må strække sig ud over mange år, bliver omkostningerne langt fra så store, som de udgifter, en indespærring medfører. Den af patienterne, der krævede mest arbejde, har inclusive arbejds løn til læger og forsorgsmedarbejdere højest kostet 1.500 kr. pr. år, mens udgifterne ved en internering i Psykopatanstalterne på samme tidspunkt kunne anslås til ca. 10.200 kr. pr. år.

8) Det vil ses, at den intenst behandlede *gruppe 1* fremviser et overraskende stort antal døde, idet ikke mindre end 5 patienter af 41 er døde før 1/1 1955. Yderligere een patient er død i

januar 1955. I *gruppe 2* har vi kun oplysning om et dødsfald, og da rigsregistraturen gennemgår dødsfaldslisterne, er det sandsynligt, at alle tilfælde er kommet med, måske med undtagelse af eventuelle dødsfald i den allersidste del af observationsperioden.

I *gruppe 3* er der sket 3 dødsfald, men denne gruppe er ca. 3 gange større end *gruppe 1*.

Ved gennemgang af dødsfaldene finder man, at af de 6 dødsfald i *gruppe 1* er de tre sikre selvmord, mens to er naturlige dødsfald, og det om det sidste blot hedder, at han har drukket sig ihjel.

Det ene dødsfald i *gruppe 2* er muligt et selvmord. Patienten, der foruden alkohol misbrugte chloral i stor udstrækning, blev fundet bevidstløs og døde efter indlæggelsen.

De to af de tre dødsfald i *gruppe 3* betegnes som naturlige, mens det tredje skyldes en trafikulykke.

Det påfaldende er det relativt store antal selvmord i den behandlede gruppe, og man kan ikke ganske udelukke, at man i nogle tilfælde gennem behandlingen kan give patienterne en større skyldfølelse og afskære dem fra deres sædvanlige måde at afreagere vanskeligheder på, og at dette kan forhøje selvmordsrisikoen.

9) Med hensyn til behandlingens effektivitet mener vi at kunne gøre følgende betragtninger:

Gruppe 1 og *gruppe 2*, hvis kriminelle recidiver vi har sammenlignet, frembyder m. h. t. alder og observationstid ingen forskelle. Med hensyn til muligt arvelige faktorer, barndomsmiljø, sociale løbebane, kriminalitet og psykiske struktur afviger de to materialer i væsentlig grad fra hinanden, og overalt, hvor man kan påvise forskelle, går disse i retning af en sværere belastning af *gruppe 1*.

Den store forskel i recidivhyppigheden kunne tænkes at skyldes mange forskellige faktorer. Alderen kunne spille en rolle, idet der almindeligt findes en tendens til aftagende kriminalitet med stigende alder, men der er ingen forskel på de to gruppers gennemsnitsalder. Kriminalitetens form kunne ligeledes have betydning, idet navnlig seksuelt kriminelle har mindre recidivhyppighed end andre grupper. Der er imidlertid lige mange patienter med sexuel hovedkriminalitet i de to grupper. Den kriminelle periode er gennemsnitligt længere og antallet af straffe gennemsnitligt større for *gruppe 1*, hvilket snarest skulle betyde størst recidivfare for patienterne i denne gruppe. Også barndomsmiljø og social status er sværere belastende for patienterne i *gruppe 1*, og antallet af svære hovedlæsioner er langt større i denne gruppe. Med hensyn til alkoholisme synes der ikke at være større forskelle hvad angår begyndelsesalderen, misbrugets varighed, omstændigheder ved drikkeriet, lav alkoholkritisk tærskel eller påvirkethed under kriminalitet. Der er flere, der drikker sprit, og færre, der drikker øl

i *gruppe 1* end i *gruppe 2*, men forskellene er små. Med hensyn til patienternes psykiske struktur er det derimod tydeligt, at patienterne i *gruppe 1* er væsentlig mere afvigende fra det normale end patienterne i *gruppe 2*. Disse forhold medfører, at recidivchancen på forhånd må skønnes at være størst for patienterne i *gruppe 1*.

Straffetruslen i tilfælde af fornyet kriminalitet er ikke ens for de to grupper. For flertallet af patienterne i *gruppe 1* vil fornyet lovovertrædelse blive fulgt af et fornyet ophold i psykopatanstalterne af ubestemt varighed. For flertallet af patienterne i *gruppe 2* vil sanktionen i tilfælde af fornyet kriminalitet være fængselsstraf af bestemt varighed, selv om nogle af dem må regne med en væsentlig risiko for at blive idømt psykopatforvaring eller arbejds-hus. Selvom vi ikke fuldstændig tør benægte muligheden af, at dette forhold kunne spille en rolle for recidivhyppigheden, mener vi dog udfra vort kendskab til patienterne, at straffetruslens størrelse er uden betydning.

Når vi til trods for de ovenfor anførte forhold finder en lavere recidivhyppighed for patienterne i *gruppe 1*, mener vi, at dette må forklares udfra forskellen i den behandling, som de to grupper har været underkastet. Patienterne i *gruppe 2* har vel fået antabus, men kontrollen med denne behandlings gennemførelse har været bristfældig, og hvad der er mere betydningsfuldt: De har ikke fået den kontinuerte psykiatriske og sociale hjælp og støtte, som patienterne i *gruppe 1* har nydt godt af.

Vi mener derfor gennem vore undersøgelser at have sandsynliggjort, at en omfattende, kontinuert og dybtgående social-psykiatrisk behandling med antabus som hjælpemiddel er egnet til at forebygge kriminelt recidiv hos udtalt psykisk abnorme, svært kriminelle alkoholister.

Hyppigheden af kriminelt recidiv er mindre i *gruppe 1* end i *gruppe 3*. Her drejer det sig om en sammenligning mellem to grupper patienter, der i psykisk, kriminel og social henseende må regnes for lige svært belastede. Der er endog forholdsvis færre sexuellet kriminelle i *gruppe 1*, hvilket på forhånd skulle betyde større recidivfare.

Vi opfatter alkoholismen som en tilstand, hvis årsager må søges i et sammenspil af mange faktorer af social, psykisk og evt. somatisk art, og en tilsvarende genese mener vi at måtte antage for kriminalitet. Den rationelle behandling af såvel alkoholister som kriminelle bliver derfor en intensiv social-psykiatrisk, evt. somatisk behandling, og vi finder det af denne grund rimeligt at antage, at forskelle i kriminelt recidiv har en sammenhæng med forskelle i behandlingen. De prøveudskrevne ikke-alkoholister har været undergivet anstaltens almindelige ambulante behandling. Denne er langt mere intensiv, end det tilsyn, som tildeles personer, der løslades fra statsfængslerne, men den er på den anden side ikke så intensiv, som den behandling vi indtil 1/6 1951 har

udøvet overfor alkoholisterne. Det må specielt fremhæves, at psykiaterne kun ved ganske særlige lejligheder har deltaget i den ambulante behandling af de prøveudskrevne ikke-alkoholister, men også forsorgsmedarbejdernes arbejde har af tidsmæssige grunde ikke kunnet være så intensivt overfor denne gruppe som overfor alkoholisterne.

Vi finder derfor, at vore resultater indicerer, at en mere intensiv behandling også af de øvrige fra Psykopatanstalterne prøveudskrevne ville give resultater i form af en nedsættelse af de kriminelle recidivers antal.

10) Selve den kendsgerning, at det har vist sig muligt ved behandling at opnå visse resultater med så svært alkoholskadede, psykisk afvigende kriminelle, retfærdiggør efter vor mening en vis optimisme og vil kunne begrunde, at man med større energi og bedre hjælpemidler fortsætter det påbegyndte arbejde.

Hans Alois Hansen.

Karl Teilmann.

Om retspsykiatriske planer i Holland.

Af overlæge, dr. med. AAGE KIRKEGAARD.

I undersøgelsen og behandlingen af psykisk abnorme forbrydere har man et område, hvor to akademiske discipliner — juraen og psykiatrien — har mulighed for at etablere et godt og effektivt samarbejde til gavn for samfundet; men den modsatte mulighed, at samarbejdet bliver dårligt og ineffektivt, synes primært mere nærliggende, da problemerne ses fra to helt forskellige synsvinkler: Juristen skal først og fremmest varetage samfundets interesser, medens lægen professionelt er indstillet på at hjælpe den person, han har til undersøgelse. Selv om samfundets interesser ligger lægen på sinde, og selv om juristen selvfølgelig også interesserer sig for delinkventen, er det dog de to ovennævnte grundsynspunkter, der må dominere de pågældendes indstilling over for sagerne.

Det er Dansk kriminologisk selskabs fortjeneste, at det to gange i det sidste halve år har ladet de her henhørende spørgsmål diskutere. Under diskussionen viste det sig, at mange misforståelser vedrørende observationer og erklæringer blev ryddet af vejen, når »modparten« fik forelagt de relevante begrundelser. Men en del ulemper ved systemet er der alligevel.

I det følgende skal jeg tillade mig at fremdrage et par af de