

Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela

Validžić, Ana-Marija

Master's thesis / Diplomski rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:158:827624>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-19**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela

Ana-Marija Validžić

Zagreb, rujan, 2018.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela

Ana-Marija Validžić

Mentorica: Izv.prof.dr.sc. Anita Jandrić-Nišević

Zagreb, rujan, 2018.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad (Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela) i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Ana-Marija Validžić

Mjesto i datum: Zagreb, 2018.

Naslov rada: Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela

Ime i prezime studenta/studentice: Ana-Marija Validžić

Ime i prezime mentora/mentorice: izv.prof.dr.sc. Anita Jandrić-Nišević

Program/modul na kojem se polaže diplomski ispit: Socijalna pedagogija/Odrasli

Sažetak rada:

Neubrojeni počinitelji kaznenih djela su oni koji u trenutku počinjenja zločina nisu mogli shvatiti značenje svojeg postupanja. Oni nisu krivi i ne može im se izreći kazna. Kaznena djela koja su počinili su pretežito teška kaznena djela poput ubojstva i pokušaja ubojstva te su ih počinili prvi put. Država oduzimanjem njihove slobode preuzima odgovornost za brigu o njihovu zdravlju. Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela nije jednostavan. U njihovu liječenju koriste se razne metode, farmakoterapija, grupna i individualna psihoterapija, kognitivno-bihevioralne metode te se kombinacijom ovih tretmana nastoji ispuniti svrha izrečene kaznenopravne sankcije. Svrha je da osobe ne počine teže kazneno djelo. Prevencija u kontekstu neubrojivih počinitelja najviše se očitava nakon počinjenja kaznenog djela, odnosno ona je usmjerena prema nastojanjima da osoba ne počini teže kazneno djelo. Preventivni programi trebaju biti usmjereni i na edukaciju o mentalnoj bolesti općenito, na cjelokupnu edukaciju društva o ovim bolestima te na smanjenje stigmatizacije, najprije psihički bolesnih osobe te neubrojivih počinitelja koji su u još težem položaju.

Ključne riječi: neubrojeni počinitelji, forenzički pacijenti, tretman

Summary:

Forensic patients are those who at the time of committing a crime could not understand the meaning of their conduct. They are not guilty and can not be punished. The offenses they committed were predominantly serious offenses such as murder and attempted murder and they committed them for the first time. When the state seizes their freedom, it takes responsibility for their health. The treatment of forensic patients is not easy. Various methods, pharmacotherapy, group and individual psychotherapy, cognitive-behavioral methods are used in their treatment, and the combination of these treatments attempts to fulfill the purpose of their sanction. The purpose is that the person does not commit a more serious criminal offense. Prevention in the context of forensic patients is most evident after the criminal offense, it is directed towards the attempts to persuade a person not to commit a more serious criminal offense. Preventive programs should also focus on education on mental illness in general, on the overall education of the society about these diseases and on the reduction of stigmatization, primarily of all the mentally ill persons and then forensic patients who are in an even more difficult position.

Key words: forensic patients, treatment

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Zakonska određenja postupanja prema neubrojivim počiniteljima.....	3
2.1.	Kazneni zakon (NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17).....	4
2.2.	Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama (NN 76/14).....	6
3.	Etiologija neubrojivih počinitelja kaznenih djela	13
4.	Fenomenologija.....	16
5.	Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela.....	22
5.1.	Povijest tretmana neubrojivih počinitelja kaznenih djela	22
5.2.	Status neubrojivih počinitelja u drugim državama.....	26
6.	Vrste tretmana	27
6.1.	Medicinski pristup	28
6.1.1.	Benzodiazepini.....	28
6.1.2.	Tipični i atipični antipsihotici	28
6.1.3.	Beta-blokatori.....	30
6.1.4.	Stabilizatori raspoloženja	30
6.2.	Psihosocijalni i psihoterapijski pristupi	31
6.2.1.	Individualna psihoterapija.....	34
6.2.2.	Grupna psihoterapija	35
6.3.	Ostale vrste tretmana.....	36
6.3.1.	Terapija za povećanje suradljivosti (Adherence Therapy).....	36
6.3.2.	Metoda edukacija o prepoznavanju ranih simptoma bolesti i plan prevencije recidiva bolesti	37
6.3.3.	Rad s obitelji	37
6.3.4.	Trening socijalnih vještina	37
6.3.5.	Art terapija	38
6.3.6.	Muzikoterapija	39
7.	Ishodi tretmana.....	40
8.	Prevencija.....	43
9.	Zaključak.....	45
10.	Literatura.....	47

1. Uvod

Neubrojivi počinitelji kaznenih djela čine specifičnu skupinu počinitelja. Pod njih podrazumijevamo one počinitelje kojima je sud odredio prisilno liječenje u ustanovi, one kojima je određeno „liječenje na slobodi“ te oni kojima je izrečena mjera psihijatrijskog liječenja. Forenzički pacijent je onaj koji je u zakonskom sustavu identificiran kao počinitelj s duševnim poremećajem, može imati psihopatologiju u rasponu od demencije do psihotične, uključujući i psihopatske osobnosti. Svi oni dijele nesposobnost promišljanja prije neke radnje (Bion, 1959; prema Welldon, 1997).

Potrebno je napraviti osnovnu razliku između počinitelja sa duševnim smetnjama i onih koji to nisu. Neki počinitelji imaju profesionalnu orijentaciju prema svojim kriminalnim aktivnostima. Oni sagledavaju posljedice svojih radnji, neki idu toliko daleko da računaju koliko bi mjeseci ili godina bili u zatvoru, odnosno koliko mjeseci ili godina bi bilo vrijedno provesti u zatvoru za određeno kazneno djelo (Welldon, 1997). S druge strane, imamo počinitelje koji pate od nekog duševnog poremećaja te zbog utjecaja bolesti nisu odgovorni za svoje kazneno djelo, odnosno, pravno, ne smatraju se krivima upravo zbog svoje bolesti. Neubrojiva osoba tijekom počinjenja kaznenih djela nije mogla shvatiti značenje svojeg postupanja ili nije mogla upravljati svojom voljom zbog svoje bolesti.

U Hrvatskoj, neubrojivi počinitelji kaznenih djela smještaju se na forenzičke odjele psihijatrijskih bolnica. Psihijatrijske bolnice koje primaju ove počinitelje su:

- Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan",
- Psihijatrijska bolnica "Lopača",
- Neuropsihijatrijska bolnica "Dr. Ivan Barbot" – Popovača,
- Psihijatrijska bolnica "Rab",
- Psihijatrijska bolnica "Ugljan",
- Klinika za psihijatriju "Vrapče" – Zagreb,
- Psihijatrijska bolnica za djecu i mlade – Zagreb.

U forenzičko-psihijatrijskom tretmanu pokušava se ispraviti ponašanje pacijenta i procijeniti rizik društveno opasnog ponašanja. Prema Robertson, Barnao i Ward (2011) glavni cilj rada s neubrojivim počiniteljima kaznenih djela je rehabilitacija. Tretmani neubrojivih počinitelja usmjereni su na rješavanje problema, kontrolu ljutnje te na intervencije koje su usmjerene na samoozljeđivanje (Ashford i sur., 2009; prema Ljubičić, 2014).

Cilj ovog rada je pregledom dostupne literature prikazati kako se provodi tretman nebrojivih počinitelja kaznenih djela te koje su mogućnosti za njegov napredak.

2. Zakonska određenja postupanja prema neubrojivim počiniteljima

Položaj neubrojivih počinitelja kaznenih djela u hrvatskom zakonodavstvu se definira kroz nekoliko zakona – Kazneni zakon, Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, Zakon o kaznenom postupku (Škorić i Srdoč, 2015).

Neubrojivi počinitelji kaznenih djela pravnim normama se ne suprotstavljaju svjesno i voljno. Njihovo ponašanje je uvjetovano psihopatološkim čimbenicima koji djeluju na njihove mentalne i voljne sposobnosti tako da ih onemogućuju da svoje ponašanje usklade s važećom, pravnom regulativom (Škorić i Srdoč, 2015).

Kada se postupa prema neubrojivim počiniteljima kaznenih djela, nastoji se pomiriti nekoliko različitih potreba – potrebe društva, potrebe osoba oštećenih takvim djelom i potrebe osoba koje su počinile protupravno djelo. Društvo ne upućuje prijekor neubrojivim osobama jer ono uočava i prihvaća da one nisu krive za počinjenje protupravnog djela. No, društvo je svjesno da postoji opasnost da neubrojiva osoba ponovno počini takvo djelo. Nadalje, uzimaju se u obzir i potrebe osobe koja je oštećena tim protupravnim djelom. Zato je potrebno na odgovarajući način istražiti okolnosti djela te na njih primjereno reagirati. Na kraju, osobi koja je počinila protupravno djelo u stanju neubrojivosti potrebna je pomoć i zaštita društva. Takva osoba ima pravo i na suđenje u kojem će se sumnja i okolnosti počinjenja protupravnog djela objektivno i detaljno razjasniti. Ravnoteža svih ovih potreba se odražava kroz nekažnjavanje neubrojivih počinitelja kaznenih djela (Burić i Tripalo, 2012).

Ne postoji sumnja da neubrojive osobe mogu predstavljati opasnost za sigurnost drugih ljudi. Zadaća društva je da svoje građane zaštiti od osoba koje im mogu nauditi ili ih ugroziti, neovisno o tome koji je uzrok njihovog agresivnog ponašanja. Upravo zbog toga, prema neubrojivim počiniteljima se moraju poduzeti odgovarajuće mjere kojima je cilj otklanjanje takve opasnosti. Takve mjere impliciraju ograničavanje ili oduzimanje temeljnih ljudskih prava. Zbog toga je važno da se u postupku u kojem se te mjere izriču poštuju najviši pravni standardi. Ovim osobama je potrebno pružiti dodatna pravna jamstva kako bi se nadoknadila njihova ograničenost da se same prosuđuju i štite svoja prava i interese (Škorić i Srdoč, 2015). Postoji mogućnost da se prema tim počiniteljima primjene druge mjere. Druge mjere mogu biti kaznenopravne sankcije čija primjena nije vezana za krivnju ili mjere psihijatrijskog prava (Burić i Tripalo, 2012).

Stajališta kaznenopravnih sustava suvremenih europskih država govore da se pojedincu mogu uračunati samo one radnje koje su rezultat njegova izbora. Nadalje, kaznu zaslužuje samo ona osoba koja može svjesno i samostalno odlučiti hoće li ili neće poduzeti neku radnju. Neubrojive osobe zbog svoje bolesti nisu sposobne shvatiti značenje i posljedice svojih postupaka. Njihove radnje im se ne mogu uračunati te je zbog toga i njihovo kažnjavanje isključeno (Škorić i Srdoč, 2015).

U posljednjih nekoliko godina kaznenopravni sustav u Republici Hrvatskoj je prošao kroz temeljitu promjenu. Zakon o kaznenom postupku je usvojen 2008. godine, a od siječnja 2013. godine na snagu je stupio novi Kazneni zakon. Ove promjene su se odrazile na sve koji su uključeni u funkcioniranje kaznenopravnog sustava – oni koji ga primjenjuju i oni na kojima se primjenjuje, što znači da ovdje pripadaju i osobe koje su počinile protupravno djelo u stanju neubrojivosti (Burić i Tripalo, 2012).

2.1. Kazneni zakon (NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17)

Novi Kazneni zakon je uveo novu koncepciju krivnje te je pored dotadašnje tri sastavnice – ubrojivost, neki od oblika krivnje (namjera ili nehaj) i svijest o protupravnosti, uveo četvrtu sastavnicu krivnje, nepostojanje ispričavajućih razloga. Također, u njemu su propisana dva ispričavajuća razloga – „prekoračenje nužne obrane zbog ispričive jake prepasti prouzročene napadom (čl. 21. st. 4.) i krajnja nužda“ (čl. 22. st. 2.; prema Škorić i Srdoč, 2015).

Prema Kaznenom zakonu (KZ/11, čl. 23) za protupravno djelo kriv je počinitelj koji je u vrijeme počinjenja protupravnog djela bio ubrojav, postupao s namjerom ili iz nehaja te koji je bio svjestan ili je bio dužan i mogao biti svjestan da je njegovo djelo zabranjeno, a ne postoji nijedan ispričavajući razlog. Ubrojav znači moći djelovati u skladu s pravnim normama i tako biti sposoban za krivnju (Škorić i Srdoč, 2015).

Za krivnju je sposobna samo ubrojiva osoba. Ni u jednom kaznenom propisu nije definirana ubrojivost, već samo neubrojivost iz kojeg se onda izvodi i definicija ubrojivosti. Prema tome, ubrojivost ima dvije komponente – intelektualnu i voljnu. Intelektualna je ona koja omogućava shvaćanje značenja svoga postupka, a voljna je ona koja omogućava vladanje svojom voljom. Kada se isključi jedna od dvije sastavnice ubrojivosti, a uzrok je neka od duševnih smetnji, dolazi do neubrojivosti (Burić i Tripalo, 2012).

Ubrojivost je pretpostavka kaznene odgovornosti. U slučaju da osoba u vrijeme počinjenja protupravnog djela nije bila ubrojiva, ono postupanje koje bi inače ostvarilo elemente protupravnog djela ne može se nazvati „izvršenjem krivičnog djela“ – kao što je to bilo u Osnovnom krivičnom zakonu Republike Hrvatske.

Kazneni zakon (čl. 40. st. 2) iz 1997. godine je propisao da je neubrojiva osoba ona koja za vrijeme „ostvarenja zakonskih obilježja kaznenog djela nije mogla shvatiti značenje svojeg postupanja ili nije mogla kontrolirati svoju volju zbog duševne bolesti, privremene duševne poremećenosti, nedovoljnog duševnog razvitka ili neke druge teže duševne smetnje“. Prema članku 4 Kaznenog zakona iz 1997. godine, cilj kaznenog postupka prema neubrojivim počiniteljima kaznenih djela bio je zaštita osoba s duševnim smetnjama koja je bila usmjerena na njihovo liječenje i ozdravljenje, ali i zaštita društva od neubrojivih počinitelja zbog njihove opasnosti za okolinu koja se poduzima prema ZZODS-u, a ne primjenom kaznenih sankcija (Burić i Tripalo, 2012). Novoselec (2009; prema Burić i Tripalo, 2012) kritizira rješenje Kaznenog zakona iz 1997. godine te govori da, kako bi se uopće pristupilo utvrđivanju neubrojivosti, nije dovoljno da je počinitelj ostvario biće kaznenog djela, već ne smije postojati niti jedan razlog isključenja protupravnosti. Traži se da neubrojivost postoji u vrijeme počinjenja kaznenog djela. Značajnija izmjena u definiciji neubrojivosti bila je ona iz Kaznenog zakona iz 1997. godine kada je kao biopsihološka osnova neubrojivosti propisana i neka druga teža duševna smetnja. Zbog novih spoznaja u psihijatriji koje su pokazale da postoje psihički abnormalna stanja koja se ne mogu kategorizirati niti pod jednu do tada priznatu osnovu neubrojivosti, ta se nadopuna pokazala nužnom (Škorić i Srdoč, 2015).

Prema Kaznenom zakonu (KZ/11, čl. 24) neubrojiva osoba nije kriva i ne može joj se izreći kazna. Ovo je osoba koja u vrijeme počinjenja protupravnog djela nije mogla shvatiti značenje svojeg postupanja ili nije mogla vladati svojom voljom zbog duševne bolesti, privremene duševne poremećenosti, nedovoljnog društvenog razvitka ili neke druge teže duševne smetnje. Prema neubrojivom počinitelju se postupa prema odredbama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama te joj se može izreći sigurnosna mjera zabrane obavljanja određene dužnosti ili djelatnosti, zabrane upravljanja motornim vozilom, zabrane približavanja, udaljenje iz zajedničkog kućanstva i zabrane pristupa Internetu.

Postupak kojim se ostvaruju obilježja kaznenog djela propisana zakonom zabranjen je, odnosno protupravan je. Ali, osoba koja je u vrijeme počinjenja kaznenog djela bila neubrojiva,

ne čini kazneno djelo. Ovako je izvršena usklađenost terminologije koju koriste temeljni kaznenopravni zakoni – Kazneni zakon i Zakon o kaznenom postupku (Burić i Tripalo, 2012).

Novi Kazneni zakon (KZ/11) u članku 3, stavku 2., propisao: „Ako se zakon nakon počinjenja kaznenog djela, a prije donošenja pravomoćne presude, izmijeni jednom ili više puta, primijenit će se zakon koji je najbliži za počinitelja“. Ova odredba je preciznija od one iz članka 3, stavka 2. Kaznenog zakona iz 1997. godine. Točno određeno se navodi da je obvezno primijeniti blaži zakon sve do donošenja pravomoćne presude, uz to se obvezuje i žalbeni sud (Garačić i Novoselec, 2012).

Kazneni zakon se dosta mijenjao tijekom godina. Načelo krivnje se redefiniralo te je sad prema nebrojivim počiniteljima kaznenih djela moguće primijeniti sigurnosne mjere koje nisu medicinskog karaktera. Mjera psihijatrijskog liječenja nije u sustavu kaznenopravnih sankcija te se uređuje psihijatrijskim pravom (ZZDOS) (Burić i Tripalo, 2012). Ovo je zapravo korak unatrag za položaj nebrojivih počinitelja. Kazneni zakon iz 1997. godine propisivao je zaštitu nebrojivih počinitelja, ali i zaštitu društva od počinitelja. No, novim zakonom oni su uvedeni pod okrilje kaznenopravnih sankcija i nemedicinskih sigurnosnih mjera.

2.2. Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama (NN 76/14)

Osobe koje pate od duševnih smetnji pripadaju posebnoj skupini ranjivih i ugroženih osoba. Njihova je zaštita predviđena Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama koji je u skladu sa međunarodnim aktima Ujedinjenih naroda, Vijeća Europe i Europske unije (Filipović, 2014).

Zakon o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama stupio je na snagu 11. lipnja 1998. godine. Nakon njegovog stupanja na snagu, tadašnji ministar zdravstva, Željko Reiner, donosi odluku o „mreži“ forenzičko-psihijatrijskih kreveta prema kojoj se za svaku bolnicu određuje broj kreveta. Prema toj odluci Klinici za psihijatriju „Vrapče“ određeno je 70 kreveta, neuropsihijatrijskoj bolnici „dr. Ivan Barbot“ u Popovači 200 kreveta, psihijatrijskoj bolnici „Rab“ 54 kreveta i psihijatrijskoj bolnici „Ugljan“ 27 postelja koja je od nedavno dobila još 6 kreveta te sada ima ukupno 33. Prema ovim brojkama, u Hrvatskoj je ukupno 357 forenzičko-psihijatrijskih kreveta (Jukić, 2013).

Ovaj Zakon je predviđen za zaštitu prava osoba s duševnim smetnjama jer se one same, zbog svoje nedovoljne mentalne kompetentnosti (duševne bolesti, privremene duševne

poremećenosti, nedovoljnog duševnog razvoja ili nekog drugog težeg duševnog poremećaja) ne mogu braniti svoje interese, boriti se za svoja prava, niti sebe zaštititi od nepotrebnih, a ponekad se radi i o protupravnom zatvaranju u psihijatrijsku ustanovu (Kozarić-Kovačić, D., Grubišić-Ilić, M., Grozdanić V., 2005; prema Filipović, 2014).

Osobe smještene u psihijatrijske ustanove imaju pravo na jednake uvjete i standarde liječenja kao i osobe smještene u druge zdravstvene ustanove (čl.6, st. 2 ZZODS). Prema Ustavu Republike Hrvatske, članku 16., ako je potrebno ograničiti bilo kakvu slobodu i prava osoba s duševnim smetnjama, mogu se pripisati jedino zakonom, u ovom slučaju ZZODS-om. Mjere imaju dva suprotna zahtjeva. Prve mjere se odnose na zahtjev za zaštitu pojedinca s pravima osoba, a druge na zahtjev za zaštitu društva (Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić, Grozdanić, 2005; prema Filipović, 2014). Kod mjere zaštite društva se primjenjuju prisilni smještaj i zadržavanje sa ciljem da se tim osobama pruži liječenje u specijaliziranim medicinskim ustanovama (Filipović, 2014).

Zakonom o zaštiti osoba sa duševnim smetnjama, prema članku 1., „propisuju se temeljna načela, zaštita prava te uvjeti za primjenu mjera i postupanje prema osobama s duševnim smetnjama“.

Prema članku 2., „zaštita osoba sa duševnim smetnjama ostvaruje se poštovanjem i zaštitom njihovih prava te unapređivanjem njihova zdravlja, primjenom odgovarajućeg medicinskog postupka prema njima, njihovim uključivanjem u redovite obrazovne programe ili u posebne programe namijenjene osobama s duševnim smetnjama, njihovim uključivanjem u obiteljsku, radnu i društvenu sredinu, poticajem rada udruga kojima je cilj ostvarivanje prava i interesa tih osoba te izobrazbom osoba koje se bave zaštitom prava i unapređivanjem zdravlja osoba s duševnim smetnjama“.

U glavi 2. Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama opisuju se temeljna načela. Prema članku 6., *„osoba sa duševnim smetnjama ima pravo na zaštitu i unapređivanje svoga zdravlja. Osoba s duševnim smetnjama smještena u psihijatrijsku ustanovu ima pravo na jednake uvjete i standarde liječenja kao i osobe smještene u druge zdravstvene ustanove. Slobode i prava osobe s duševnim smetnjama mogu se ograničiti pod uvjetima i u postupku propisanim zakonom i u mjeri u kojoj je to nužno radi njezine zaštite ili zaštite drugih osoba“.*

Nadalje, prema članku 7., *„dostojanstvo osobe s duševnim smetnjama mora se štiti i poštovati u svim okolnostima. Osoba s duševnim smetnjama ima pravo na zaštitu od svih oblika iskorištavanja, zlostavljanja te nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja. Radna terapija*

osobe s duševnim smetnjama mora biti dobrovoljna i određena programom liječenja i ne smije obuhvaćati radne zadatke zdravstvenog osoblja“.

Prema članku 15. „osoba s duševnim smetnjama u sudskim postupcima, propisanim ovim Zakonom, mora imati odvjetnika. Ukoliko ga ona, osoba od povjerenja ili zakonski zastupnik sam ne izabere, sud će po službenoj dužnosti postaviti odvjetnika vodeći računa o njegovoj stručnosti iz područja forenzičke psihijatrije“.

Prema članku 26., osobe s duševnim smetnjama mogu se smjestiti dobrovoljno u psihijatrijsku ustanovu uz njihov pisani pristanak i ako se takvo liječenje ne može provesti u drugoj ustanovi. Pristanak osoba može opozvati u bilo kojem trenutku, a osobi koja to napravi moraju se objasniti posljedice prestanka primjenjivanja određenog medicinskog postupka. Ukoliko je osoba smještena u psihijatrijsku ustanovu bez pristanka, potrebno je bez odgode te najkasnije u roku od 48 sati od dobivanja pisanog pristanka osobe od povjerenja ili zakonskog zastupnika, obavijestiti pravobranitelja za osobe s invaliditetom.

Prema postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj smjestit će se u psihijatrijsku ustanovu osobe s težim duševnim smetnjama koje zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožavaju vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost (članak 27., st.1. ZZODS). Kada policija postupi po pozivu ili po službenoj dužnosti te navedene osobe dovodi u psihijatrijsku ustanovu obavezna je postupati s posebnom pažnjom, štiti dostojanstvo osobe s duševnim smetnjama te se držati uputa liječnika (Filipović, 2014).

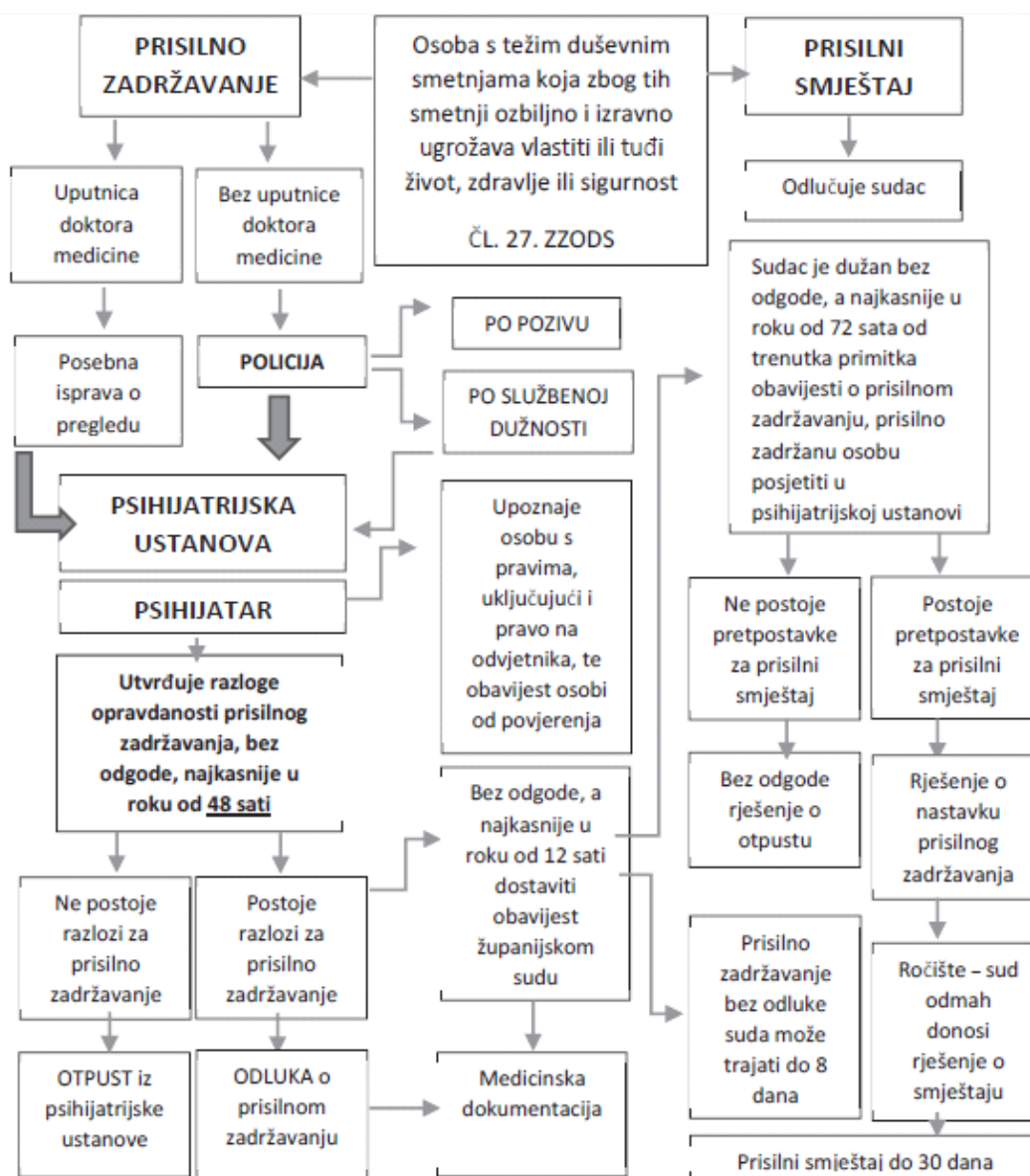
Prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama pod pojam duševne smetnje ubraja sve poremećaje prema važećim međunarodno priznatim klasifikacijama mentalnih poremećaja. Teža duševna smetnja je ona koja po svojoj naravi ili intenzitetu ograničava ili otežava psihičke funkcije osobe toliko da joj je potrebna psihijatrijska pomoć (ZZODS; prema Pleić, 2014).

Za neubrojive osobe se najviše se odnosi glava 7., „Prisilni smještaj i liječenje na slobodi neubrojive osobe“. Prema članku 50. „na neubrojivu osobu kojoj je prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu ili liječenje na slobodi odredio sud u kaznenom postupku primijenit će se odredbe ovoga Zakona ako odredbama ove glave nije što posebno propisano“.

U članku 51., navedeno je kako će sud u kaznenom postupku odrediti prisilni smještaj neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu u trajanju od šest mjeseci. Ovo će odrediti ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra sud uvidio da postoji vjerojatnost da bi ta osoba zbog svog duševnog stanja mogla ponovno počiniti kazneno djelo te da je za otklanjanje tog rizika

potrebno njezino liječenje u psihijatrijskoj ustanovi. Nadalje, sud će odrediti psihijatrijsko liječenje neubrojive osobe na slobodi u trajanju od šest mjeseci ako je na temelju mišljenja vještaka utvrđeno da postoji vjerojatnost, da bi osoba zbog svog duševnog stanja, mogla ponovno počiniti kazneno djelo te da je za otklanjanje te opasnosti dovoljno njeno liječenje na slobodi. Ova odluka sadrži upozorenje da će osoba biti prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu ako do dana određenog rješenjem o upućivanju u psihijatrijsku ustanovu ne započne liječenje na slobodi.

Prema članku 56., st. 1., prisilni smještaj neubrojive osobe u psihijatrijskoj ustanovi može trajati najdulje do isteka najviše propisane kazne za protupravno djelo koje je neubrojiva osoba počinila, a ono se računa od početka psihijatrijskog liječenja. Prema članku 56., st. 2., psihijatrijsko liječenje neubrojive osobe na slobodi može trajati najdulje pet godina računajući od početka liječenja. Neubrojiva osoba može privremeno izaći iz psihijatrijske ustanove. Ovo se uglavnom traži radi forenzičke terapije, rehabilitacije i socijalne adaptacije ili nekih drugih opravdanih razloga. Odobrit će se ukoliko postoji visoki stupanj vjerojatnosti da za vrijeme izlaska osoba neće ugroziti vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost (članak 57., st. 1).



Slika 1 Mjere prisile; Filipović, H. (2014)

Mjere prisile su definirane člankom 60., st. 1. te su to sredstva i metode za fizičko ograničavanje kretanja i djelovanja osobe s težim duševnim smetnjama koja je smještena u psihijatrijskoj ustanovi. Dalje, prema članku 61., st. 1. mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama smiju se primijeniti samo iznimno, i to samo ako su one jedino sredstvo koje može otkloniti neposrednu opasnost koja proizlazi iz njezinog ponašanja te kojom ozbiljno i izravno ugrožava svoj ili tuđi život ili zdravlje. Psihijatar može donijeti odluku o primjeni prisile, a također ju i nadzire (Goreta, 2009; prema Filipović, 2014). Kada dođe do primjeni mjera prisile zapravo se radi o „terapijskom pritvoru“ koji se nastoji smanjiti na što kraći vremenski period tako da se odluka što prije preda „pravom“ sucu uz uključivanje i drugih

mehanizama kontrole opravdanosti prisilnog tretmana (Filipović, 2014). Ako odluku o primjeni mjera prisile ne može dati psihijatar, odnosno ako nije moguće čekati njegovu odluku, može ju donijeti doktor medicine, medicinska sestra ili drugo zdravstveno osoblje. Oni su onda obavezni obavijestiti psihijatra koji će zatim pregledati osobu s težim duševnim smetnjama te odlučiti kako dalje postupiti, to jest o daljnjoj primjeni mjera prisile (članak 62

Članak 65. govori o tome kako policija ako po pozivu primjenjuje sredstva prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama koja je smještena u psihijatrijskoj ustanovi, mora postupati s posebnom pažnjom, štiti njezino dostojanstvo i držati se uputa zdravstvenog osoblja. Nadalje, nadležni sud mora biti obaviješten o primjeni mjera prisile ako osoba s duševnim smetnjama prema kojoj su one primijenjene, osoba od povjerenja ili njezin zakonski zastupnik to pisano zatraži (članak 66.). Tada će sud ispitati opravdanost, intenzitet i trajanje mjera prisile i donijeti odluke potrebne za zaštitu osobe s duševnim smetnjama (Filipović, 2014).

Ovim zakonom pokušalo se na najbolji mogući način štiti prava i dostojanstvo osoba s duševnim smetnjama. Zakon prati i odredbe Europske konvencije za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda.

U Europskoj konvenciji za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda u nekoliko odredbi se navode ili izvode prava koja imaju osobe s duševnim smetnjama (Filipović, 2014). Prema članku 3. EKLJP *„nitko se ne smije podvrgnuti mučenju ni nečovječnom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju“*.

Prema članku 7. dostojanstvo osobe s duševnim smetnjama mora se štiti i poštovati u svim okolnostima. Osoba s duševnim smetnjama ima pravo na zaštitu od svih oblika iskorištavanja, zlostavljanja te nečovječnog ili ponižavajućeg postupanja.

Upravo zbog ponižavajućeg postupanja Ministarstvo socijalne politike i mladih zatvorilo je 2012. godine nekoliko domova za psihičke bolesnike (<http://www.jutarnji.hr/ministarstvo-zatvorilo-dom-za-psihički-bolesne-u-breznici-to-je-potpuno-neprihvatljivo-i-ne-zadovoljavaju-osnovne-uvjete-za-rad-/1053121/>), prema Filipović, 2014).

Temeljem odredbi Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama te Europske konvencije provela se inspekcija domova za psihičke bolesnike te se nakon sagledavanja uvjeta reagiralo. Iako se ovaj slučaj odnosio na domove psihičkih bolesnika, psihijatrijske bolnice koje primaju neubrojive počinitelje kaznenih djela isto tako moraju biti na dobrom nivou funkcioniranja. Izgradila se nova zgrada Zavoda za forenzičnu psihijatriju Psihijatrijske

bolnice Vrapče te će se njenim otvorenjem dobiti dodatnih sedamdeset mjesta za neubrojive počinitelje. Zgrada će biti visokog stupnja sigurnosti. Ovo je jedan korak u poboljšanju uvjeta za ove počinitelje, od tretmana do života u takvoj instituciji.

3. Etiologija nebrojivih počinitelja kaznenih djela

Kriminologija je interdisciplinarna znanost. Bavi se proučavanjem kriminaliteta kao individualnog i socijalnog fenomena što uključuje njegovu incidenciju, formu, uzroke i posljedice (Sycamnias, 2007; prema Ricijaš, 2009). Kriminološke teorije žele objasniti uzroke kriminaliteta i naći rješenja za njegovu kontrolu. Biološke, psihološke i sociološke teorije razvile su se iz tri kriminološke škole – klasične škole, pozitivističke škole i čikaške škole. Razlikujemo biološke, psihološke i socijalne pristupe kriminalitetu (Ricijaš, 2009).

Za nebrojive počinitelje naglasak možemo staviti na biološkim pristupu. Ellis (1990; prema Burke, 2009) je pokušao preko teorije prirodne selekcije temeljene na genetskoj evoluciji objasniti neke aspekte kriminalnog ponašanja te je naveo kako su neke kriminalne aktivnosti, poput silovanja, napada, zlostavljanja djece i imovinske delikte snažno povezani sa genetskim čimbenicima. Prema Burkeu (2009) mnoge bolesti su pod velikim utjecajem nasljednih čimbenika. Jones (1993; prema Burke, 2009) govori kako su genetičari oprezni u tvrdnjama da je ljudsko ponašanje određeno nasljednim karakteristikama, ali govore da neke osobine ličnosti mogu biti objašnjene njima. Ovo nam ukazuje na to da se neka kriminalna ponašanja koja su izazvana čimbenicima okoline mogu objasniti genetikom.

Kod psihološkog pristupa, uzroci kriminaliteta regulirani su ljudskim umom, načinom ponašanja pojedinca (Burke, 2009; Buzina, 2011). Hans Eysenck htio je napraviti opću teoriju kriminalnog ponašanja baziranu na psihološkom konceptu kondicioniranja, a u središtu njegove teze bila je ljudska svijest za koju je smatrao da je kondicionirani refleks. Eysenck (1970; prema Burke, 2009) tvrdi kako su osobe genetski nadarene određenim sposobnostima učenja. On opisuje tri dimenzije karaktera – ekstraverzija, neuroticizam i psihoticizam. Psihodinamska uvjetovanost uzrok traži u dubokoj regresiji na najranije obrasce razvoja u prvoj godini života. Time dolazi do raspada ega i povlačenja iz objektivnog svijeta. Osoba zatim koristi najprimitivnije obrambene mehanizme (Buzina, 2011).

Sociološki pristup odbacuje individualna objašnjenja ponašanja počinitelja. Prema njemu, kriminalna ponašanja su ona koja odstupaju od društvenih normi. Sociološki pozitivisti prepoznaju da je zločin rezultat društva, ali isto tako znaju da je on prijetnja društvu te da se mora kontrolirati (Burke, 2009). Psihosocijalni i okolinski čimbenici podrazumijevaju pretjeranu ekspresiju emocija i neodgovarajuće izražavanje emocija u obitelji te

neodgovarajuće odnose između roditelja i djeteta, posebice majke (Kaplan i Sadock, 1995; prema Buzina, 2011).

Cesare Lombroso smatrao je da osoba koja počini kazneno djelo rođena kao kriminalac te da je kazneno djelo rezultat primitivnih osobina preživljavanja kod pojedinca (Burke, 2009). On asocijalne osobe opisuje kao imbecile koje karakterizira nedostatak krivnje, izražena agresivnost, impulzivnost, samohvalisanje i neosjetljivost na društvenu kritiku i fizičku bol. Takve je osobe htio smjestiti u azile za umobolne i tako zaštititi društvo od kriminaliteta (Lombroso 1911; Dinitz, 1986; prema Buzina, 2011). Lombroso je tvrdio da je kod osoba koje čine kaznena djela i mentalno bolesnih osoba dominantnija desna moždana hemisfera te je tako postavio temelje za buduća istraživanja o organskoj podlozi psihičkih poremećaja (Kushner, 2011; prema Buzina, 2011).

Kraepelin (1915; Dinitz, 1986; prema Buzina 2011) smatra psihopatske ličnosti nerazvijene forme psihoze te ističe da su one posljedica nasljednih čimbenika ili organskih promjena u mozgu. Nadalje, Birnbaum (1926; Dinitz, 1986; prema Buzina, 2011) pretpostavlja da psihopatija nastaje kao posljedica degenerativnih promjena mozga.

Pojam psihopatija podrazumijeva samo urođene psihičke devijacije koje se nalaze na granici između zdravog i bolesnog psihičkog funkcioniranja. Prema tome, konstitucija i nasljeđe imaju primarnu ulogu. No, ova činjenica ne isključuje važnost socijalnih čimbenika koji u određenim slučajevima mogu imati ulogu provocirajućih čimbenika (Bleuler, 1969; prema Buzina, 2011).

Psihički poremećaj koji se najčešće povezuje sa kriminalnim ponašanjem je shizofrenija (Buzina, 2011). Uzrok njenog nastanka nije još poznat (Kecmanović, 1989:819; Kaplan i Sadock 1995:78; Kaličanin, 2002:590; Sadock i Sadock, 2005:1239; Hotujac, 2006; prema Buzina, 2011).

Buchanan i Carpenten (2005; prema Buzina, 2011) kao glavne teorije o etiologiji shizofrenije navode promjenu genske ekspresije, neuroimunološku teoriju, neurorazvojnu teoriju i neurodegenerativnu teoriju. Model stres-dijateza najčešće se koristi. Osoba kod koje se razvije shizofrenija ima specifičnu biološku osjetljivost koju aktivira stres te dovodi do simptoma shizofrenije. Stres može biti genetski, biološki, psihosocijalni i okolinski (Kaplan i Sadock, 1995; prema Buzina, 2011).

Kaplan i Sadock (1995; prema Buzina 2011) navode kako niti jedna genetska teorija i hipoteza nije definitivno dokazana. No, kod shizofrenije je poznato to da se ona češće pojavljuje kod

krvnih srodnika te nas to dovodi do genetskih čimbenika. Još nije poznato jesu li uključeni uvijek isti ili različiti geni. Biološki čimbenici također imaju veliki značaj te se oni temelje na receptorskoj i neurotransmitterskoj regulaciji.

Većina istraživanja koja su pokušala otkriti jesu li psihički poremećaji povezani s kriminalitetom rađena je nad zatvorenicima. Teplin (1990; Williams, 1997; prema Buzina, 2011) govori kako suvremene studije ukazuju na ozbiljne mentalne bolesti među zatvorenicima u rasponu od 5 do 12%. No, ovo ne dokazuje da su kaznena djela počinili psihički bolesnici direktno izazvani svojom bolešću. Isto tako, ne dokazuje da je mentalni problem postojao prije počinjenja kaznenog djela. Kako bi se mogla dokazati uzročna povezanost trebalo bi proučavati kriminalno ponašanje kod psihijatrijskih pacijenata (Buzina, 2011).

4. Fenomenologija

Pojam agresija dolazi iz latinskog jezika (*ad-+gradi*) što znači koračati, kretati se naprijed. U osnovi agresije nema ništa loše, poželjno je kretati se naprijed. Erich Fromm (1992; prema Jukić i Savić, 2014) benignom agresijom naziva onu agresiju koja se upotrebljava u pozitivnom smislu. Na primjer, sportaš mora biti agresivan, ako nije takav onda neće postići željene rezultate. Maligna agresija je ona koja je negativna i koja može imati razne destruktivne učinke (Fromm, 1992; prema Frančišković i Moro, 2009).

Kada govorimo o agresiji uglavnom mislimo na namjerno fizičko agresivno ponašanje koje je usmjereno prema drugim osobama. Isto tako, agresija može biti usmjerena i prema stvarima i predmetima. Uz problem agresije se veže i namjera. Nesretan slučaj je kada netko ozlijedi drugoga ili oštetiti neke predmete nenamjerno. Za ponašanje koje je prethodilo tom činu ne upotrebljava se pojam agresija, to jest ne smatra se to kao posljedica agresivnog ponašanja. Ovakav pristup kvalifikaciji uzroka onoga što bi moglo biti posljedica agresije, najsloženiji je u forenzičko-psihijatrijskim vještačenjima duševnih bolesnika, počinitelja kaznenih ili prekršajnih djela, odnosno ako se utvrdi da je počinitelj bio neubrojiv (Jukić i Savić, 2014).

Između agresivnog ponašanja psihotičnog i nepsihotičnog pojedinca postoji bitna razlika. U agresivnom i nasilničkom ponašanju duševnih bolesnika često nema namjere u užem smislu te riječi, iako posljedica (patnja, invalidnost, ozljeda...) može biti ista (Jukić i Savić, 2014).

Prema Cima, Maaïke i Nijman (2003) postoji nekoliko bitnih razlika u pozadini i vrstama kaznenih djela počinjenih od strane psihotičnih i nepsihotičnih prekršitelja. U istraživanju uzorak su činili psihotični počinitelji osuđeni na prisilni smještaj u dvije psihijatrijske bolnice, u Njemačkoj i u Nizozemskoj te nepsihotični počinitelji. Rezultati su pokazali kako su psihotični počinitelji imali relativno stabilno djetinjstvo uz roditelje i rodbinu te vrlo dobru razinu obrazovanja općenito. Razina inteligencije pokazala se sličnom u objema grupama. Što se tiče kriminalne aktivnosti, psihotična grupa počinitelja sačinjavala je pretežno osobe koje su počinile kazneno djelo prvi put, a starosna dob je bila slična u obje grupe. Psihotični počinitelji imaju veću tendenciju ka teškom nasilju, ali su značajno manje uključeni u seksualne zločine. Njihove česte mete su bliske osobe te rijetko napadaju nepoznate osobe. Psihotični počinitelji u vrijeme počinjenja kaznenih djela sa fatalnim posljedicama bili su pod manjim utjecajem psihoaktivnih tvari. Ovo je potrebno napomenuti jer je zlouporaba psihoaktivnih tvari bila utvrđeni rizik povećanja nasilnog ponašanja kod tih osoba. Većina

počinitelja (85%) je prije počinjenja kaznenog djela već bila na nekoj vrsti psihoterapije. Prema Welldon (1997) većina forenzičkih počinitelja ima jako problematično djetinjstvo. Neki imaju kriminalne dosjee i jako nisko samopouzdanje koje je nerijetko skriveno iza arogantnog i drskog ponašanja. Impulzivni su i sumnjičavi te puni mržnje prema ljudima koji imaju autoritet. Neki pacijenti imaju veliki kapacitet za izražavanje bijesa, no istovremeno se čime sramežljivi te ne znaju kako pokazati nježnosti ili ljubav prema nekome (Welldon, 1997).

Rezultati istraživanja Kovačević i sur. (2015) pokazali su da neubrojive osobe najčešće ostvaruju protupravna djela ubojstva i pokušaja ubojstva (48%), slijede imovinski delikti, krađe, uništavanje groblja i pronevjera (19,8%) te razbojstva (16,1%). Nadalje, neubrojive osobe najmanje čine protupravna djela seksualnih delikata na štetu djece (3,1%) i prijetnji (3,1%). Ovi rezultati su u skladu sa ranije provedenim istraživanjem u Zavodu za forenzičku psihijatriju Neuropsihijatrijske bolnice „Dr. Ivan Barbot“ u Popovači. Istraživanje je pokazalo da neubrojivi i smanjeno ubrojivi počinitelji kaznenih djela najčešće čine protupravna djela protiv života i tijela. Naime, Kovačević i Kovač (2001; prema Kovačević i sur., 2014) proveli su istraživanje na uzorku od 494 počinitelja kaznenih djela kojima je izrečena sigurnosna mjera psihijatrijskog liječenja u zdravstvenoj ustanovi. Najveći broj protupravnih radnji je ostvaren kod osoba koje su počinile protupravno djelo ubojstva (27,73%), pokušaja ubojstva (18,2%) i nanošenja teških tjelesnih ozljeda (4,25%). Isto tako, Goreta i sur. (2007; prema Kovačević i sur., 2015) govore da neubrojive osobe najčešće čine protupravno djelo ubojstva.

Prosječna dob počinitelja koji su počinili najviše protupravnih djela u neubrojivom stanju je između 21 i 30 godina (28,8%) te između 31 i 40 godina (28,2%). Razlog tome je što su počinitelji u tim godinama socijalno aktivniji pa imaju više prilika ući u konfliktne situacije. Također, u toj dobi su fizički najsnažniji. Što se tiče smještaja ispitanika, duljina prisilnog smještaja osoba s ostvarenim protupravnim djelom ne razlikuje se prema vrstama ostvarenih protupravnih djela, ali postoji razlika u odnosu na određene vrste psihijatrijskih bolesti. Ovime se zaključuje da se prisilni smještaj provodi isključivo prema težini bolesti osobe, procjeni opasnosti neubrojive osobe za okolinu te prema utvrđenim visokim stupnjem vjerojatnosti da bi zbog duševnih smetnji mogla ponovno počiniti kazneno djelo. Neubrojive osobe uglavnom prolaze kroz duži institucionalni tretman. Iz samog poremećaja proizlazi društvena opasnost da će počinitelj ponoviti kazneno djelo, sam poremećaj utječe na duljinu prisilnog smještaja (Kovačević i sur., 2015).

Ponašanje osoba koje zbog svog poremećenog psihičkog zdravlja i teških duševnih smetnji izravno ugrožavaju svoje zdravlje i sigurnost te zdravlje i sigurnost drugih osoba ozbiljno je društveno pitanje (Rash, 1999; Nedopil, 2000; Kozarić-Kovačić i sur., 2005; Gunn i Taylor, 2014; prema Kovačević, Pavelić Tremac, Treursić i Žarković Palijan, 2015).

U Europi oko 10% ubojstava počinjeno je od strane osoba koje pate od psihotičnih poremećaja (Taylor i Gunn, 1999; prema Cima, Maaïke i Nijman, 2003). U suprotnosti sa ostalim državama, u Njemačkoj i Nizozemskoj pacijenti sa poremećajima ličnosti uvjerljivo su nadmašili broj onih sa psihotičnim poremećajima (Emmerik, 2001; prema Cima, Maaïke i Nijman, 2003).

Kod shizofrenije, većinu nasilnih djela bolesnici počinju u akutnoj fazi bolesti, pogotovo ako su prisutni pozitivni simptomi (Folnegović-Šmalc, Henigsberg, Kalember i Kovačić, 2009). Istraživanje Johnsona i suradnika (1986; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009) pokazalo je kako je 19% bolesnika s dijagnozom shizofrenije, koji su bili prvi puta primljeni na bolničko liječenje, agresivno. Travin i suradnici (1990; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009) pokazali su kako je prevalencija agresivnog ponašanja kod bolesnika primljenih na hitne psihijatrijske odjele 6,8%, a kod većine je dijagnosticirana shizofrenija ili ovisnosti, a kod 4,4% bolesnika bila je postavljena dijagnoza poremećaja osobnosti ili nekog oblika organskog oštećenja

U istraživanju Kovačević i sur. (2015) utvrđeno je da su pacijenti s dijagnozom shizofrenije bili u puno manjem postotku alkoholizirani *tempore criminis*. Isto tako, utvrđeno je da su u prosjeku značajno duže u tretmanu liječenja u odnosu na pacijente iz ostalih dijagnostičkih kategorija. Prema Kovačević i Žarković Palijan (2002; prema Kovačević i sur., 2015) osobe koje su oboljele od shizofrenije ostvaruju najviše nasilničkih protupravnih djela. Nadalje, one su u znatno manjem postotku bile alkoholizirane *tempore criminis* prilikom počinjena protupravnog djela ubojstva i ubojstva u pokušaju. Isto tako, bili su značajno duže u tretmanu liječenja u odnosu na osobe s drugim vrstama bolesti shodno procijenjenoj opasnosti za okolinu. Istraživanja su pokazala da osobe sa shizofrenijom učestalo vrše nasilje nad osobama koje su im bliske, npr. roditeljima (Nestor, Haycock, Doiron, Kelly i Kelly, 1995, Gottlieb et al., 1987., Dolan i Parry, 1996, Nestor i Haycock, 1997; prema Cima, Maaïke i Nijman, 2003).

Nekoliko istraživanja o psihotičnim pacijentima koji su počinili teška seksualna kaznena djela provodila su se putem „*case-study*“ metode pokazala su da su shizofrenija i seksualno nasilje vrlo povezani (Craissati i Hodes, 1992, Smith i Taylor, 1999; prema Cima,

Maaik i Nijman, 2003). S druge strane, empirijska istraživanja pokazuju suprotno, odnosno da je ta veza vrlo slaba ili čak nepostojeća (Modestin i Ammann, 1996; prema Cima, Maaik i Nijman, 2003). Statistički podaci govore da kriminalno ponašanje koje pokazuju shizofreni bolesnici, nije veće od kriminalnog ponašanja prosječnih ljudi, ali ako shizofreni bolesnici vrše kaznena djela, tada su osobito skloni krvnim deliktima". Nadalje, ne postoje objektivni kriteriji koji bi se mogli koristiti za procjenu redukcije opasnosti i kriminološku prognozu. Osim da pažljivo proveden sveobuhvatni tretman, kad je postignuta dobra klinička remisija i kada su ispunjeni svi socijalni kriteriji su jedini pokazatelj za otpust s liječenja (Magerle i Koludrović, 2001).

Neubrojivost kod postraumatskog stresnog poremećaja očituje se kroz proživljavanje „*flashbackova*“ te kod poremećenog ciklusa spavanja kod osobe koja pati od PTSP-a. Kada osoba počinu nasilje dok je proživljavala „*flashbackove*“ ona je to počinila u okolnostima promijenjene percepcije svijeta oko sebe, testiranje stvarnosti u tom trenutku bilo je smanjeno ili potpuno iskrivljeno. Afekt ne pripada sadašnjosti te je vezan uz traumatska doživljavanja. Ovakvo nasilje je češće vezano uz nepoznate ljude. Ako je neko nasilje počinjeno tijekom poremećenog ciklusa spavanja, za njega ne postoji ni sjećanje. Nasilna djela su najčešće usmjerena prema članovima obitelji, partnericama (Kovačević i sur., 2014).

U forenzičnim vještačenjima često se može susresti sa osobama koje imaju poremećaje osobnosti, a karakteristično im je agresivno ponašanje, nasilje ili povećana impulzivnost. Ovo se posebice odnosi na antisocijalni poremećaj ličnosti, granični poremećaj ličnosti te na emocionalno nestabilnu ličnost (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Prema klasifikaciji ICD-10 (1993; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009) osobina antisocijalnog poremećaja je *vrlo malen prag tolerancije na različite frustracije te s tim u vezi čestu pojavu agresivnog ponašanja koje uključuje i različite oblike nasilja tj. tendenciju impulzivnog reagiranja bez obzira na druge te nemar za posljedice takvog ponašanja*. Poremećaji impulsa podrazumijevaju ponavljajuća djela koja nemaju jasnu stvarnu motivaciju i koja općenito štete samom bolesniku te drugim osobama kojima je bolesnik okružen (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Prema Jukić i Savić (2014) najčešći počinitelji agresivnih djela i nasilja spadaju upravo u ovu skupinu. Osobe sa disocijalnim, to jest, asocijalnim i antisocijalnim poremećajem ličnosti posebno se izdvajaju kao nasilnici. U starijoj psihijatrijskoj literaturi ove osobe su se nazivale psihopatima. Njihove karakteristike su egocentričnost, tendencija da se njihovi prohtjevi, želje i namjere zadovolje odmah, odnosno bez odgađanja i neovisno o posljedicama. Viši socijalni nagoni su slabo izraženi. Agresivni su, nasilni te često reagiraju impulzivno. Nedostaje im empatija, ne mogu

se zamisliti u poziciji druge osobe te ne mogu emocionalno osjetiti tuđu bol. Kako svoju krivicu ne doživljaju svjesno, tako svoje ponašanje racionaliziraju. Osobe sa poremećajima ličnosti iz vlastitog lošeg iskustva nisu kadri izvući pouku za budućnost. Imaju izrazito nizak prag tolerancije na frustraciju. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti znaju upasti u disforično stanje koje može biti opasno za njih i za okolinu. Česti psihološki zlostavljači su osobe sa narcističkim poremećajem ličnosti. Osobe koje boluju od paranoidnog poremećaja mogu druge optuživati za različite događaje te ih tako psihički zlostavljati, ponekad će to prijeći i u fizičko nasilje (Jukić i Savić, 2014).

Istraživanja o kaznenim djelima psihotičnih pacijenata dovele su do podataka koje je teško uskladiti (Cima, Maaïke i Nijman, 2003). Među psihotičnim pacijentima raširene su gotovo sve vrste kaznenih djela te teški napadi, sa izuzetkom seksualnog nasilja i prometnih prekršaja (Modestin i Ammann, 1996; prema Cima, Maaïke i Nijman, 2003). Važno je uspostaviti postoji li specifična povezanost psihoze i seksualnog nasilja (Cima, Maaïke i Nijman, 2003).

U dva istraživanja (Welldon, 1997, Cima, Maaïke i Nijman, 2003) zaključci o djetinjstvu psihotičnih počinitelja se ne poklapaju. Prema jednom (Welldon, 1997) počinitelji su najvjerojatnije imali problematično djetinjstvo, impulzivni, imaju kriminalni dosje te su agresivni prema drugim ljudima. Dok Cima, Maaïke i Nijman (2003) govore kako počinitelji imaju stabilno djetinjstvo uz roditelje i rodbinu te vrlo dobro obrazovanje. Simptomi bolesti pojavljuju se u djetinjstvu te je nekim roditeljima možda teško uočiti da se njihovo dijete drugačije ponaša, pogotovo ako su ti simptomi suptilni, odnosno ako djeca ne pokazuju velika odstupanja u ponašanju od svojih vršnjaka. Dok se ne dogodi neki veći incident s djetetom, roditelji neće primijetiti da je njihovom djetetu potrebna terapija. Isto tako, hoće li dijete agresivno reagirati u nekoj stresnoj situaciji ovisi o nizu čimbenika. Prvotno su tu genetski čimbenici, zatim socijalni i psihološki. O socijalnim i psihološkim čimbenicima ovisi kako će osoba reagirati u stresnim situacijama. Ukoliko je osoba odrastala u poticajnom okruženju te ako je uspostavila dobre odnose sa obitelji i bliskim osobama ona će puno smirenije reagirati u njoj stresnim situacijama. A ako osobi njene bliske osobe ne pružaju podršku te je ona kritizirana zbog svog ponašanja, ona će u situacijama koje joj se čine kao prijetnja reagirati neadekvatno te će doći do ispoljavanja negativnih ponašanja, najčešće sa najtežim posljedicama. Kod osoba koje su imale traumatično djetinjstvo brže dolazi do toga da im neka stresna situacija postane okidač za „pokretanje“ bolesti.

Razlike u zaključcima vezanim za djetinjstvo neubrojivih počinitelja mogu se objasniti time što je u istraživanju Cime, Maaïke i Nijmana (2003) promatrani počinitelji koji su se nalazili u dvije psihijatrijske ustanove, jedna koja se nalazi u Nizozemskoj, a druga u Njemačkoj. Nadalje, velik broj testova proveden je na malom broju počinitelja (Cima, Maaïke i Nijman, 2003). Zbog ovih razloga rezultati njihovog istraživanja trebaju se uzeti sa zadržkom.

Neubrojivi počinitelji najviše čine teška kaznena djela, protiv života i tijela, a najmanje seksualne zločine. Razlog tome bi mogao biti što osobe koje boluju od neke psihičke bolesti, a nisu primili nikakvu pomoć u vidu tretmana, terapije, u sebi nakupljaju sve te negativne emocije. Zatim, kada osoba dođe u neku stresnu situaciju, ne zna adekvatno reagirati. Takve situacije djeluju kao okidači bolesti koje su kod osobe genetski određene. Osobe zatim u svojoj prvoj epizodi reagiraju iznimno agresivno te su zato kaznena djela koja čine ona najteža.

5. Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela

Tretman duševnog oboljelih u nekim je dijelovima ostao nepromijenjen sve do danas. Pod tretmanom podrazumijeva se podvrgavanje neke osobe postupku ili utjecaju (English i English, 1972; prema Ljubičić, 2013). Tretman su niz mjera i postupaka, od onih medicinskih, preko psiho i socioterapijskih, savjetodavnih ili neposrednih načina pomoći (Ljubičić, 2013). Prema Žižak (2010) tretman su različiti procesi/aktivnosti ili intervencije usmjerene na redukciju simptoma i rizika te poticanje pozitivnih promjena u ponašanju i funkcioniranju.

5.1. Povijest tretmana neubrojivih počinitelja kaznenih djela

Društvo je kroz cijelu povijest imalo poseban odnos prema duševno oboljelima. Do danas regulirani su različiti aspekti postupanja sa duševno bolesnim osobama koje su počinile kazneno djelo, a mijenjanje postupanja prema njima je bilo uvjetovano društvenim prilikama i razvojem medicine i prava, no i samozaštitom društva. Odgovornost za zaštitom društva uglavnom su preuzimali najmoćniji koji su onda imali slobodu odlučivanja što učiniti sa tim osobama (Ljubičić, 2013).

Duševno bolesni počinitelji kaznenih djela prvo su prostorno izdvajani i zatvoreni te su na taj način mogli biti adekvatno kontrolirani. Nakon što bi osobu zatvorili, njen nadzor se počeo provoditi kroz liječenje (Foulcalt, 1971; prema Ljubičić, 2013). Tijekom vremena nadzor nad duševno oboljelim počiniteljima kaznenih djela se mijenjao, ciljevi kontrole ostali su isti. Ovi ciljevi uključuju potrebu društva da se zaštiti od opasnih, duševno oboljelih osoba kroz izdvajanje i liječenje koje oboljelog može učiniti manje opasnim. Isto tako, oboljeli imaju poseban pravni tretman (Drakić, 2007b; prema Ljubičić, 2013).

Tijekom kršćanske vladavine, o duševno oboljelim osobama, sve do kraja srednjeg vijeka, brinulo se društvo. Redovnici su smatrali kako je deset udaraca bičem dnevno po leđima sasvim odgovarajući lijek za takve osobe (Jarvis, 1841; prema Ljubičić, 2013). Oni koji su se smatrali bezopasnima u to doba dopušteno je da lutaju, a ozbiljno duševno bolesne osobe su morali držati zatvorenima u kućama (Foucault, 1980, Bowers, 1998; prema Ljubičić, 2013). Kasnije, došlo je i do formalnijeg razdvajanja, na siromašne i bolesne. Duševno oboljeli su od 18. stoljeća zatvarani u kule ili tamnice. Prvo utočište za duševno bolesne osobe otvoreno je 1247. godine u biskupiji Svete Marije od Betlehema, a ni deset godina nakon utemeljeni su duševne bolnice i u Valenciji, Barceloni, Manchesteru, New Castlu i Yorku te su svi bili pod

utjecajem religijskih redova. Poslije će biti otvarani i privatne duševne bolnice i kuće za izolaciju, pored javnih o kojima je brigu vodila država. U javne duševne bolnice bili su slani siromašni, a u privatne i u kuće za izolaciju samo oni iz viših slojeva. Nakon 1810. godine bolnice za duševno bolesne počele su se po cijelo Europi graditi jer su se države međusobno natjecale koja će sagraditi suvremenije institucije po čijem se broju i izgledu moglo ocijeniti na kojem su stupnju humani uvjeti u toj državi (Danić i Cvijetić, 1895; prema Ljubičić, 2013). Uvjeti u tadašnjim duševnim bolnicama su bili dosta loši. Najbolji prikaz uvjeta u tim duševnim bolnicama je dao Cummings (1852; prema Ljubičić, 2013). On je putovao po Njemačkoj, Češkoj, Engleskoj te posjećivao i promatrao stanja u bolnicama te njihove bolesnike. Institucije koje je posjetio bile su pretrpane, higijenski uvjeti su bili loši. Liječenje se svodilo na fizičko sputavanje oboljeli, a tzv. moralni tretman je izostajao. Što se tiče doktora, bili su nepristupačni te nisu baš vodili evidenciju o oboljelima. No, naveo je i jedan dobar primjer tretmana u duševnoj bolnici Sonnenstein kod Dresdena, u kojemu je bio potpuno usvojen tzv. moralni tretman. Posebno ga se dojmila radna terapija gdje su oboljeli obrađivali vrt ili šetali po parkovima te to što se za pacijente brinuo veliki broj doktora. Također, u ovoj bolnici je bio otvoren i odjel za osobe koje su bile na oporavku, a koje su bile u potpunosti odvojene od ostalih pacijenata (Cumming, 1852; prema Ljubičić, 2013).

U 18. stoljeću, i u Europi i u Americi, postojao je rašireni optimizam kada je u pitanju tretman mentalne bolesti. Naime, vjerovalo se da je duševnu bolest moguće medicinski izliječiti. Ovo su potvrđivali izvještaji iz europskih duševnih bolnica, u prvom redu oni iz „Royal Bethlem“ bolnice u Londonu (Russel, 1996; prema Ljubičić, 2013). Kako se tijekom prosvjetiteljstva o duševnim bolesnicima pisalo kao o iracionalnim ljudima koji se ne daju kontrolirati, koji su često agresivni prema sebi i drugima, tako se smatralo da je njima manje potrebna briga, odnosno njega, a više nadzor (Wright i Miller, 2005; prema Ljubičić, 2013). Postoji spor oko toga kada su doneseni prvi propisi u Europi koji su dozvoljavali zatvaranje kriminalaca, duševno oboljelih počinitelja kaznenih djela u duševne bolnice i oko toga kada su te bolnice otvorile vrata za njih (Ljubičić, 2013). Prema Bloom-Cooper (2006; prema Ljubičić, 2013) prvi zakon koji je regulirao zatvaranje duševno bolesnih počinitelja kaznenih djela je bilo englesko običajno pravo iz 1482. godine. Prema njemu, osobu za koju se smatralo da je opasna trebalo se zatvoriti u kući ili u lokalnu tamnicu. Takve osobe nisu bile liječene sve dok „Vagrancy act“ iz 1744. godine nije propisao da se duševno oboljeli počinitelji kaznenih djela i medicinski tretiraju. Prema Kelly (2009; prema Ljubičić, 2013) prvi zakon o mentalno oboljelim počiniteljima kaznenih djela donesen je znatno kasnije, 1789. godine irski „Prison

act“. Prema njemu, omogućeno je otvaranje odjela za duševno bolesne osobe u kućama za siromašne. Godine 1838. u Irskoj ubijen je direktor irske banke od strane mentalno oboljele osobe te je tada usvojen „Criminal lunatics act“ koji je dozvoljavao da se iz zatvora u bolnicu za mentalno oboljele premjeste svi oni za koje se vjerovalo da su opasni, mentalno oboljeli ili intelektualno zakinuti. Odluku o prijemu u duševnu bolnicu donosilo je dvoje sudaca koji su se vodili mišljenju doktora. Duševna bolnica „Central criminal lunatic asylum“ u Dublinu bila je prva takva u koju su se slale duševno oboljele osobe koje su počinile kazneno djelo. Za 11 godina svog postojanja zbrinula je ukupno 131 osobu te je za svo to vrijeme samo jedna osoba preminula što je značilo da je institucija bila na zavidnom sanitarnom nivou. No, nakon par godina od otvaranja, kao i sve ostale institucije u to doba u Irskoj, postao je prenapučen (Kelly, 2009; prema Ljubičić, 2013).

Tretman oboljelih može se podijeliti na četiri skupine s obzirom na sredstva koja se koriste u tretmanu te ciljeve koje tretman treba ispuniti. On se ne može odvojiti od teorijskih postavki o uzrocima svake pojedine bolesti i njihovim pretpostavkama o metodama i mogućnostima liječenja. Jedna od prvih primjenjivanih metoda bio je fizički tretman, odnosno tretman tijela oboljelih kako bi se „liječila ili držala pod kontrolom njihova bolesna duša“ (Foucault, 1971; prema Ljubičić, 2013).

U prvim duševnim bolnicama postojala je i farmakoterapija, koja je danas uz psihoterapiju, osnova liječenja mentalno oboljelih osoba. Neke od ranijih metoda liječenja duševno oboljelih su bile transfuzije krvi, okretanje naglavačke, vezivanje u okove. Neke od humanijih metoda liječenja je bilo oblačenje osobe u luđačku košulju i terapija antipsihoticima. Sve ove metode su služile da se postignu dva cilja, a to su liječenje oboljelog te njegovo držanje na sigurnoj udaljenosti od drugih ljudi, „normalnog“ društva općenito (Ljubičić, 2013).

Kao što je već navedeno, u prvim duševnim bolnicama oboljele osobe su bile tretirane okrutnim postupcima koji tada nisu bili smatrani takvima jer je njihova primjena bila u skladu sa tadašnjim medicinskim saznanjima. Za oboljelog se smatralo da je zlo, teško izlječivo biće koje nema sposobnost osjećati bol, hladnoću ili glad (Foucault, 1971; prema Ljubičić, 2014). Oboljele osobe smatrale su se nepredvidivima te ih je bilo najsigurnije držati po kontrolom – zavezanih ruku i nogu – kako ne bi mogli nauditi sebi, a ni drugima (Bakewell, 1809, Conolly, 1830, Cummings, 1852, Williamson, 1864, Barrows, 1898; prema Ljubičić, 2013). Također, smatralo se da se takvim osobama ne treba vjerovati niti obraćati pozornost što govore te im se nikada ne bi trebalo dozvoliti previše slobode (Williamson, 1864; prema Ljubičić, 2013).

Sredinom 19. stoljeća, duševno oboljele osobe su se počele tretirati tzv. moralnim tretmanom uz fizički tretman. Moralni tretman je napredovao do današnjih psihoterapijskih metoda (Ljubičić, 2013). Tada se oboljelu osobu počelo gledati drugačije. Uz to, porastao je broj doktora u velikoj većini zemalja koji su bili specijalno obučeni za rad sa ovim bolesnicima (Porter, 2002; prema Ljubičić). Nakon mnogo vremena, ideja o moralnom tretmanu oboljelih proizašla je iz kršćanskog poimanja da svaki čovjek u sebi nosi nešto dobro. Oboljele osobe više nisu poistovjećivane sa životinjama već se s njima radilo, išle su na rekreaciju te na intelektualne i religijske aktivnosti s kojima se pokušale zaokupiti njihove misli i pripremiti ih za život u društvu. Moralna terapija se provodila kroz dvije osnovne ideje, a to su da se prema oboljelima treba primjenjivati minimalna fizička sila te da se kontrola ponašanja oboljelih osoba uspostavlja pomoću nagrada i pohvala (Bowers, 1998; prema Ljubičić). Moralni tretman kao takav primjenjivao se diljem Europe i Amerike. Lindsay (1859; prema Ljubičić, 2013) opisuje kako je izgledao moralni tretman u jednoj od duševnih bolnica, a on je izgledao tako što su se oboljeli rekreirali tijekom zime održavajući koncerte ili plesove, igrajući karte, čitajući, a ljeti su boravili izvan institucije. Nadalje, odlazili su na piknike, u ribolov ili na izlete. Treba naglasiti kako su ovakav tretman imale samo osobe koje su se smatrale „gospodom“.

Smatralo se kako je moralni tretman bio najdjelotvorniji u slučajevima nebrojivih počinitelja. Prema Mayo (1847; prema Ljubičić, 2013) pomoću moralnog tretmana moguće je čak i nebrojive počinitelje dovesti do „moralnog stanja uma“. S njim se slaže i Williamson (1864; prema Ljubičić, 2013) koji govori kako svaki nebrojivi počinitelj kaznenog djela koji radi, boravi u sobi te šeta svoju preporučenu dnevnu rutu, prestane biti agresivan i destruktivan nakon 19 tjedana.

Do 20. stoljeća moralni tretman je podijeljen na niz specijaliziranih podvrsta koje podrazumijevaju brojne metode, koje su uklopljene u individualnu i grupnu psihoterapiju (Porter, 2002; prema Ljubičić, 2013). U 20. stoljeću tretman forenzičkih pacijenata usmjeren je na nekoliko glavnih ciljeva. Prvo je potrebno stabilizirati simptome bolesti te je to korak koji je neophodan za ostale faze tretmana. Nadalje, kao značajnim navodi se i uključivanje pacijenata u proces planiranja tretmana. Za svakog pacijenta potrebno je izraditi individualni plan tretmana te napraviti procjenu rizika. Na stručnjaku je da se posveti pacijentu koliko je moguće ukoliko pacijent sam sebi ne može pomoći. Autori smatraju da je čak i kod forenzičkih pacijenata oporavak moguć, ako je usmjeren na nadu, poštovanje te ojačavanje individualne brige u praksi koja je orijentirana oporavku (McLaughlin i Geller, 2011; prema Ljubičić, 2013).

Što se tiče prijema, dinamika prijema nije pratila dinamiku otpusta, što se da zaključiti iz podataka o prenapučenosti svih institucija koje su otvorila svoja vrata nakon stupanja na snagu ovih zakona u Engleskoj i Irskoj. U 20. stoljeću se nije puno toga promijenilo što se tiče prostornog izdvajanja i nadzoru neubrojivih osoba. (Ljubičić, 2013). Neubrojivi počinitelji kaznenih djela se i dalje zatvaraju u posebne institucije koje ukazuju na njihov poseban društveni i pravni položaj.

5.2. Status neubrojivih počinitelja u drugim državama

Različite države imaju različitu praksu te ne postoje ujednačeni kriteriji za proglašavanje neke osobe neubrojavom. Jedan od drastičnijih primjera prakse događa se u dijelu Sjedinjenih Američkih Država gdje se određene osobe osuđuju na smrt. Radi se o osobama s umjerenom mentalnom retardacijom, koje nemaju intelektualni kapacitet za planiranje počinjenja djela, koje nisu sposobne pomoći odvjetniku u svojoj obrani te ne razumiju sudski proces niti kaznu koja im je namijenjena (Perske, 2001; Olvera i sur., 2000; prema Kovačević i sur., 2015). Nadalje, u dijelu SAD-a za mnoge počinitelje kaznenih djela uopće se ne vrši procjena ubrojavosti iako bi se trebala (Reid, 2004; prema Kovačević i sur., 2015).

U Engleskoj i Walesu osobe koje boluju od ozbiljnih mentalnih bolesti koje utječu na počinjenje kaznenih djela dobivaju zatvorske kazne (Shaw i sur., 2006; prema Kovačević i sur., 2015). U Velikoj Britaniji neubrojivi počinitelji kaznenih djela smještaju se u institucije različitog stupnja sigurnosti od onih sa najvišim stupnjem do onih sa niskim stupnjem sigurnosti. Pacijenti iz Irske smještaju se u „Škotsku državnu bolnicu“, a velški u engleske bolnice sa maksimalnim stupnjem sigurnosti, prvenstveno u „Ashworth“. Specijalne bolnice srednjeg i niskog stupnja sigurnosti su intenzivne psihijatrijske jedinice za akutne pacijente te zaključani odjeli općih psihijatrijskih bolnica koji služe za rehabilitaciju pacijenata koji imaju kontroliran pristup zajednici. Također, u Engleskoj i Walesu postoje i nezavisne sigurne psihijatrijske institucije. Oko 50% sigurnih kreveta u psihijatrijskim institucijama osigurava nezavisni sektor (Thompson, 2008; prema Ljubičić, 2013).

Što se tiče Njemačke, neubrojivi počinitelji kaznenih djela za koje se procjeni da su visokorizični, šalju se u bolnice sa stupnjem sigurnosti na nivou zatvora te u kojima je od 250 do 350 kreveta i u kojima je sigurnost na nivou zatvora (Müller-Isberner i sur., 2010; prema Ljubičić, 2013).

Prema Ciszewski i Sutula (2000; prema Ljubičić) u Poljskoj postoje tri skupine institucija u koje se smještaju nebrojivi počinitelji kaznenih djela. Počinitelji koji predstavljaju opasnost za druge osobe smještaju se u institucije sa pojačanim osiguranjem. U tim institucijama odjeli, sobe i hodnici nadziru se elektronski te se primjenjuju i druge mjere sigurnosti. Postoje i institucije sa maksimalnim stupnjem osiguranja koje su specijalizirane za izričito opasne pacijente. Uz svo osiguranje koje imaju institucije sa pojačanim osiguranjem, u institucijama maksimalnog osiguranja osoblje mora biti opremljeno elektronskim alarmom te oko same ustanove mora postojati ograda da bi se spriječio bijeg pacijenta. Nadalje, osoblje mora biti specijalno obučeno za rad u ovakvoj instituciji. Smještaj nebrojivog počinitelja ovisi o procjeni Nacionalnog odbora za zaštitne mjere, koji odlučuje o tome koji se stupanj sigurnosti određuje svakom pojedinom počinitelju.

U Finskoj, nebrojivi počinitelji kaznenih djela upućuju se u jednu od dvije bolnice, a to su „Niuvanniemi“ bolnica koja ima 284 kreveta i „Vanja Vassa“ bolnica koja ima 125 kreveta za nebrojive pacijente. Svakih šest mjeseci se vrši procjena o neophodnosti tretmana u slučaju nebrojivih počinitelja te se šalje sudu kojeg mišljenje doktora ne obavezuje. Osoba je nakon otpusta pod nadzorom još šest mjeseci te se svakog mjeseca mora javiti psihijatru. NAMA („National authority of medicolegal affairs“) ima pravo da nakon tih šest mjeseci predloži da se supervizija produži za još šest mjeseci. Treba napomenuti kako u Finskoj ne postoji nikakva vrsta posebnog izvanbolničkog tretmana za osobe koje su se prije liječile u psihijatrijskoj ustanovi (Eronen i sur., 2000; prema Ljubičić, 2013).

6. Vrste tretmana

U sklopu tretmana nebrojivih počinitelja postoji nekoliko pristupa, medicinski pristup (farmakoterapija), psihosocijalni i psihoterapijski pristupi.

Prema Kovačević i Kovač (2001) u forenzičko-psihijatrijskom tretmanu pokušava se korigirati ponašanje pacijenta i procijeniti rizik društveno opasnog ponašanja. Primarni cilj terapijskog rada sa forenzičkim pacijentima je rehabilitacija. Najbolja rehabilitacijska terapija je ona koja je multidimenzionalna te usmjerena na čimbenike problematičnog ponašanja, na značajne aspekte rehabilitacije (motivaciju, smanjenje rizika...), a uz to je relativno jednostavna i učinkovita kada je riječ o integraciji (Robertson, Barnao i Ward, 2011).

6.1. Medicinski pristup

Najčešći način terapije agresivnog ponašanja je farmakoterapija. Liječenje putem farmakoterapije dugotrajnog agresivnog poremećaja i nasilničkog ponašanja znatno je manje uspješno. Tretman akutnog, prolaznog agresivnog ponašanja, posebno kod različitih psihijatrijskih poremećaja je znatno uspješnije. Skupine psihofarmaka koji se najčešće koriste u terapiji su benzodiazepini, antipsihotici i stabilizatori raspoloženja, dok u manjoj uporabi su antidepressivi ili betablokatori (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Sljedeći psihofarmaci najviše se koriste u liječenju osoba s duševnim bolestima.

6.1.1. Benzodiazepini

Jedan od najučinkovitijih lijekova iz skupine benzodiazepina je lorazepam. On je prvi izbor za liječenje agitirani bolesnika, pogotovo kada etiologija agresivnog ponašanja nije u potpunosti jasna. Dostupan je u oralnom, sublingvalnom, intramuskularnom i intravenoznom obliku. Prednost mu je što ima kratko poluvrijeme raspada, 10 do 12 sati, te što nema aktivnih metabolita. Nuspojave uzimanja lorazepama uključuju depresiju disanja i paradoksalnu reakciju na benzodiazepine u smislu dodatnog povećanja agresivnosti. Ova nuspojava je vrlo rijetka i javlja se kada se benzodiazepini daju kao monoterapija, što je vrlo rijedak slučaj u hitnim stanjima (Citrome i Green, 1990; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Prema Folnegović-Šmalc i sur. (2009) najveći nedostatak liječenja benzodiazepinima u dugoročnom smislu su pojava ovisnosti i tolerancije.

6.1.2. Tipični i atipični antipsihotici

Antipsihotici imaju sedativni učinak, a najveći je kod niskopotentnih antipsihotika. Agitirane i agresivne bolesnike teško je pridobiti na uzimanje oralne terapije te se kod njih antipsihotici u pravilu primjenjuju intramuskularno. Jedan od najčešće primjenjivanih antipsihotika je haloperidol. Njegova prednost je manji hipotenzivni učinak, manji antikolinergički učinak i manje snižavanje epileptičkog praga. Neki po atipičnih antipsihotika koji postoje u formi za intramuskularnu primjenu su ziprazidon, olanzapin i aripiprazol (prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

Tipični antipsihotici pokazali su se uspješnim u kontroli i liječenju agresivnog ponašanja kod shizofrenih bolesnika, no ako se primjenjuju u velikim dozama mogu dovesti do teških nuspojava kao što su akatizija, koja kod nekih bolesnika može dovesti do pojave većeg agresivnog ponašanja. Doza od 60 mg dnevno pokazala se povezanom s pojavom agresivnog ponašanja kod kroničnih shizofrenih bolesnika (Citrome, 2007.b; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Akatizija je ekstrapiramidalni poremećaj motorike koji je karakteriziran subjektivnim osjećajem nemira koji može biti popraćen i objektivnim motoričkim znakovima (Bušelić, 2015).

U liječenju dugotrajnog agresivnog ponašanja pokazao se učinkovit klopazin (Glazer i Dickson, 1998; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Također, pokazao se učinkovit u kontroli agresivnog ponašanja shizofrenih bolesnika i bolesnika sa shizoafektivnim poremećajem (Citrome i sur., 2001; Citrome, 2007.b.; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

Ekstrapiramidni sustav dio je središnjeg živčanog sustava koji je uključen u kontrolu motorike. Nadalje, nalazi se izvan piramidnog, kortikospinalnog puta koji je zadužen za izvođenje voljnih pokreta (Bušelić, 2015). Prema Krakowski i sur. (2006; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009) atipični antipsihotici imaju manje ekstrapiramidnih nuspojava. Atipični antipsihotici modelirani su prema lijeku klopazinu jer je to jedini antipsihotik koji je pokazao učinak i u liječenju refraktorne shizofrenije te je prvi lijek koji nije izazvao ekstrapiramidalne nuspojave. Očekivanja da će farmakodinamske osobnosti novijih antipsihotika razdvojiti antipsihotični učinak od ekstrapiramidalnih nuspojava nisu se u potpunosti ispunila. Svi antipsihotici novije generacije, osim klopazina i kветiapina, mogu izazvati određeni stupanj poremećaja pokreta, stoga te nuspojave ostaju značajan problem u liječenju psihoza (Bušelić, 2015).

Trećina shizofrenih bolesnika nema odgovarajuću reakciju na primijenjenu terapiju. Visoke doze, u nekim slučajevima, mogu pogoršati simptome agresivnosti ili uzrokovati akatiziju. Antisocijalni poremećaj ličnosti i komorbidna zlouporaba alkohola i psihoaktivnih tvari zahtijevaju dugoročnije planiranje terapije (Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

Što se tiče poremećaja raspoloženja, manije, depresije, bipolarnog poremećaja ili distimije, antipsihotici pokazali su svoju učinkovitost samo kod psihotičnih simptoma ili manije. Antipsihotici se ne koriste ukoliko nije dokazano postojanje psihotičnih simptoma ili manije. Snižene vrijednosti serotonina povezane su s agresivnim ponašanjem. Pretpostavka je

da povećanje koncentracije serotonina u sinaptičkoj pukotini dovodi do smanjenja agresivnog ponašanja (Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

Pri kontroli agresivnog ponašanja, osim antipsihotika, beta-blokatori, stabilizatori raspoloženja te neki antidepresivi isto pomažu pri kontroli agresivnog ponašanja (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). U nastavku rada će biti navedena njihova djelovanja.

6.1.3. *Beta-blokatori*

S agresivnim ponašanjem povezani su i organski uvjetovana oštećenja mozga i različite vrste demencija. *Propanol* se pokazao učinkovit u kontroli agresije i impulzivnosti kod organskih oštećenja mozga. Njegov učinak se može vidjeti nakon četiri do osam tjedana kontinuirane primjene. Neke od nuspojava su bradikardija (usporeni rad srca) i hipotenzija (niski krvni tlak). Beta-blokator *pindolol* uzrokuje manje kardiovaskularnih nuspojava zbog svog beta-adrenergičkog djelovanja te ga je lakše primjenjivati nego *propanol*. Isto tako, pokazao se sigurnijim i pogodnijim za liječenje agresije kod psihijatrijskih poremećaja i indikacija (Citrome, 2007.a; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

6.1.4. *Stabilizatori raspoloženja*

Lijekovi koji djeluju kao stabilizatori raspoloženja, a dokazana im je učinkovitost u smanjenju agresivnog ponašanja, pogotovo kod manije i bipolarnog poremećaja su *litij* i *valproat*. Danas se u smanjenju agresije i agitacije kod bolesnika s bipolarnim poremećajem najviše koristi *litij*. Međutim, nije se pokazao učinkovitim u terapiji shizofrenih bolesnika (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Što se tiče *valproata*, on i *karbamazepin* najčešće se koriste kod agresivnosti u terapiji demencije, graničnog poremećaja ličnosti, organskog afektivnog poremećaja, bipolarnog poremećaja, shizofrenije, shizoafektivnog poremećaja i mentalne retardacije. Osobama koje boluju od shizofrenije sa izraženijim agresivnim ponašanjem, ovi se lijekovi koriste kao dodatak terapiji antipsihoticima (Citrome, 2007.a; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

Danas je dostupan velik broj psihofarmaka u različitim oblicima i mogućnostima primjene. No, liječenje dugotrajnog agresivnog ili nasilničkog ponašanja je još uvijek komplicirano, a često i neuspješno. Potrebno je raditi i na edukaciji zdravstvenih djelatnika,

socijalnih radnika i ostalih stručnjaka, obitelji, ali i društva općenito o tome kako na vrijeme prepoznati u prevenirati moguću pojavu agresivnog ponašanja (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Iako se često govori o učinkovitosti antipsihotika, oni ne djeluju jednako kod svih počinitelja. Tome u prilog ide to što nisu poznati mehanizmi koji su odgovorni za dobro djelovanje antipsihotika, stoga je nepoznato kada promjena lijekova ili dodatak drugog lijeka dovodi do pozitivnog ili negativnog kliničkog djelovanja. Zatim, pacijenti koji bi inače profitirali od uzimanja lijekova odbijaju ih. Naposljetku, praksa se ponekad ne podudara s empirijskim istraživanjima. Harris (1989; prema Harris i Rice, 1997) pokazao je da su neki počinitelji koji borave u korekcijskim institucijama reagirali na određene lijekove, dok drugi nisu. Među onima koji nisu klinička poboljšanja pokušala su se pronaći kroz zamjenu lijekova i promjenom doza. No, ove promjene nisu bile povezane sa poboljšanjem pacijentovog stanja. Iako lijekovi imaju značajnu ulogu u kontroli psihotičnih simptoma, ne mogu naučiti počinitelja kako ponašati se u socijalnim situacijama poput života u zajednici ili traženja posla (Harris i Rice, 1997).

6.2. Psihosocijalni i psihoterapijski pristupi

Psihosocijalni postupci su značajni u sveobuhvatnom liječenju oboljelih te se oni primjenjuju i prema nebrojivim počiniteljima kaznenih djela. Što se tiče izbora psihosocijalnih intervencija, on ovisi o individualnim potrebama bolesnika u različitim fazama bolesti. Kada se govori o kliničkoj praksi, psihosocijalni postupci primjenjuju se zajedno sa farmakološkim liječenjem te se oni kombiniraju u različitim programima rehabilitacije. Liječenje antipsihoticima je prva komponenta liječenja, no psihosocijalne metode su jednako važne (Scott 1995, Penn, Mueser 1996, Kendall, 2011; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Novija istraživanja upozoravaju na važnost psihosocijalnih postupaka jer su pokazala da su rezultati liječenja psihosocijalnim metodama bez antipsihotika dobri te se preporučuju istraživanja u tom području (Harrow . i sur, 2012; Faber . i sur, 2012; Wunderink i sur, 2013 cit prema NICE; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Cilj psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka je poboljšanje psihološkog i socijalnog funkcioniranja osobe. Specifični ciljevi ovih postupaka prema NICE smjernicama (2014) uključuju smanjenje intenziteta i pojave simptoma, smanjenje nepovoljnog utjecaja stresa, poboljšanje vještina nošenja sa stresom i stresnom situacijom, povećanje kvalitete života, poboljšanje komunikacije što uključuje i komunikaciju sa obitelji. Nadalje, ovi ciljevi

uključuju i smanjenje negativnog učinka stigme na kvalitetu života te smanjenje posljedica zlostavljanja, zanemarivanja i nepovoljnih modela privrženosti i prevenciju recidiva psihoze (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Nespecifični psihosocijalni postupci i principi dio su standardnog liječenja oboljelih od poremećaja sa psihozom. Oni su i važan preduvjet za uspostavljanje i održavanje suradnje u liječenju. Uključuju uspostavljanje terapijskog odnosa i terapijskog saveza, stavove oporavka, biopsihosocijalnu formulaciju i informacije o bolesti. Terapijski odnos jedan je od najvažnijih pokazatelja uspješnosti tretmana te mu se posvećuje posebna pozornost u standardnom liječenju oboljelih od psihoze i shizofrenije (Martin i sur., 2000, McCabe, Priebe, 2004; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Terapijski odnos zajednička je odluka terapeuta i pacijenta te je on način na koji terapeut i bolesnik surađuju da bi postigli promjene kod pacijenta. Odnos mora sadržavati međusobno povjerenje, poštovanje, nadu za oporavkom i zajednički dogovor o ciljevima liječenja. Ovaj je odnos često jedini čimbenik koji ove pacijente motivira za liječenje te je jedan od najvećih motivatora na početku liječenja jer je to period kada su pacijenti najnepovjerljiviji prema cjelokupnom liječenju ili izdržavanju kazne. Zbog toga je potrebno istražiti potencijalne prepreke do kojih bi moglo doći te raditi na njihovom otklanjanju (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Isto tako, u terapijskom odnosu su bitne karakteristike terapeuta. Bilo bi poželjno kada bi terapeut mogao odgovoriti na sva pitanja pacijenta bez obrambenog stava i neprikladnih emocionalnih reakcija te da je u mogućnosti pomoći pacijentu u izjašnjavanju vlastitih ciljeva u liječenju i ciljevima terapije. Nadalje, mora razumjeti pacijentov način doživljavanja okoline i sebe kako bi mu mogao pomoći u ispravljanju krivih vjerovanja te raščišćavanju potencijalnih nesporazuma oko ciljeva terapije (Gunderson i sur, 1978; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Još jedan nespecifičan psihosocijalni postupak je način na koji se iznose *informacije o bolesti* te je on uključen u obvezu informiranja pacijenta. Potrebno ga je razlikovati od primjene specifičnog postupka psihoedukacije (Mueser i sur, 2002; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Psihobiosocijalna formulacija je razumijevanje psihičkog poremećaja u sadašnjoj epizodi ili u nekim ranijim epizodama na temelju procjene interakcije psihičkih, bioloških i socijalnih čimbenika. Poznavanjem svih tih čimbenika postiže se sveobuhvatno razumijevanje pacijenta što je najvažnije za plan liječenja (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Sveobuhvatno liječenje uključuje lijekove i psihosocijalne metode te dovodi do poboljšanja ishoda liječenja (Mojtabai , 1998; Marder , 2000; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Hollin (2004) govori kako je od pedesetih godina 20. stoljeća razvoj psiholoških teorija utjecao na oblikovanje terapijskih pristupa u radu sa počiniteljima kaznenih djela te to uključuje psihodinamski pristup te teorije učenja. Psihodinamski pristup danas je široko definiran. On podrazumijeva konceptualni okvir u kojem su svi terapijski pristupi prihvatljivi, a to uključuje i farmakoterapiju, psihoterapiju, bolnički i dnevnobolnički tretman te grupni i obiteljski pristup. Psihodinamski pristup, u dijagnostici i liječenju, karakteriziran je načinom razmišljanja o obje strane uključene u terapijski proces, znači i bolesniku i terapeutu koji uključuje nesvjesni konflikt, deficite i distorziju intrapsihičkih struktura i objektivnih odnosa (Gabbard, 1994, Gregurek i Klain, 2001; prema Gregurek, 2004).

Kognitivno-bihevioralni pristup imao je poseban utjecaj na razvoj tretmana prema neubrojivim počiniteljima te je zaživio sedamdesetih godina 20. stoljeća (Ashford, Sternbach, Balaam, 2009; prema Ljubičić, 2013). Kognitivno-bihevioralna terapija je strukturirani, racionalni, fokusirani, aktivni i eksperimentalno orijentirani oblik psihoterapije te se temelji na kontinuiranim empirijskim provjerama učinkovitosti i njeguje suradnički odnos s pacijentima koje su njezini aktivni sudionici (Crvelin, 2016). Ona je psihološki postupak u kojem osoba uči kako uspostaviti vezu između misli, osjećaja i ponašanja u odnosu na trenutno ponašanje ili ranije funkcioniranje. Preduvjet za uspješno provedenu kognitivno-bihevioralnu terapiju je izgradnja odnosa u kojem se pacijent osjeća sigurnim. Specifični simptomi se identificiraju kao problematični te im se posvećuje više pažnje. Terapeut putem postavljanja pitanja pomaže pacijentu usredotočiti se na vlastita vjerovanja oko simptoma i načina sučeljavanja sa simptomima (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Tretman neubrojivih počinitelja najuspješniji je kada se provodi u najmanje ograničavajućem okruženju te kada se provodi u zajednici. Jedini razlog zbog kojeg se tretman odvija u instituciji je taj što je tako određeno zakonom ili je potreban zbog zaštite društva ili samog počinitelja (Andrews, 1990, Test, 1992; prema Rice i Harris, 1997). Tretmani poput bihevioralne terapije, treninga vještina i obiteljske terapije nužne su u kombinaciji sa lijekovima, odnosno farmakoterapijom (Rice i Harris, 1997). U Hrvatskoj se on provodi u instituciji, odnosno psihijatrijskim bolnicama.

Ashford i sur. (2009; prema Ljubičić, 2013) tvrde da se tretman sa forenzičkim pacijentima može podijeliti na one tretmane koji su usmjereni na rješavanje problema, kontrolu

ljutnje, intervencije koje ciljaju na sprječavanje samoozljeđivanja i ostale. Nadalje, Roesch i suradnici (2010; prema Ljubičić, 2013) smatraju da kad je riječ o forenzičkim pacijentima mora se krenuti od procjene duševnog poremećaja kao čimbenika kriminalnog ponašanja. Zatim slijedi procjena stupnja opasnosti počinitelja izvan i unutar institucije kako bi počinitelja moglo poslati u određenu instituciju. Prema Welldon (1997) cilj forenzičke psihoterapije je razumijevanje počinitelja i njegova tretmana, bez obzira na ozbiljnost njegovog kaznenog djela. Uključuje razumijevanje nesvjesnog, svjesnog, motivaciju počinitelja te pogotovo ponašanje tijekom počinjenja kaznenog djela. Nije joj cilj da se kazneno djelo osuđuje niti da se opravdava. Upravo suprotno, cilj je da se počinitelju pomogne da postane odgovoran za svoja djela te na taj način spriječiti ponovno počinjenje novog kaznenog djela. Forenzička psihoterapija se više ne usmjerava samo na odnos između pacijenta i psihoterapeuta, već se usmjerava na odnos između pacijenta, psihoterapeuta i društva. Ova disciplina treba puno šire objašnjenje. Dok je tretman žrtava potican te je društvo zabrinuto za njihovu dobrobit, isto se ne može reći za počinitelje jer se njih optužuje te ih se etiketira kao „zle“. (Welldon, 1999).

Paul i Lentz (1977; prema Rice i Harris, 1997) pokazali su da se specifičnim načinom upravljanja slučajem kronično psihotične pacijente može opremiti sa vještinama koje su im potrebne kako bi izašli iz bolnice te mogli živjeti u zajednici gdje velika većina nije koristila psihotropne lijekove. Nakon ovog tretmana, skoro svi pacijenti su bili otpušteni iz bolnice i 85% ih je ostalo u zajednici te nisu više koristili lijekove. Također, ovim tretmanom Paul i Lentz (1977; prema Rice i Harris, 1997) pokazali su da su ovi pozitivni ishodi postignuti promjenama u ponašanju tretmanskog osoblja prema pacijentima. Glavna karakteristika tretmana bio je fokus na sistematsko omogućivanje pozitivnih socijalnih i materijalnih posljedica za samostalna, prosocijalna ponašanja, a istovremeno i smanjenje ili eliminacija ovisničkog i simptomatskog ponašanja.

6.2.1. Individualna psihoterapija

Individualna psihoterapija je proces u kojem posebno educiran terapeut pomaže emocionalno uznemirenoj osobi kako bi ona pronašla konformniji i efikasniji način adaptacije (Halleck, 1987; prema Ljubičić, 2014). Ona nije toliko zastupljena u forenzičkom miljeu, a razlozi tome su manjak obučenog osoblja te da intervencije oduzimaju velik dio vremena terapeutu – terapeut je obično opterećen velikim brojem pacijenata. Stručnjaci smatraju da u terapijskom procesu ključnu ulogu ima terapeut jer je on taj koji treba stvoriti sigurnu bazu za

pacijenta (Wellson, 1997). Terapeut mora imati razvijeno umijeće slušanja, pogotovo uznemirujućih sadržaja, bez da prekida pacijenta tijekom izlaganja. No, ne može se cjelokupna odgovornost za terapijski proces pripisati isključivo terapeutu. Postoji niz drugih stvari koje utječu na terapijski proces. Ne znamo točno koliko će seanse trajati jer ovisi o tome na čemu se mora raditi, je li počinitelj opasan za sebe ili druge, prijeti li da će prekinuti tretman, je li iskren u komunikaciji i/ili trivijalizira te je li se tijekom seanse i nakon nje ponašao impulzivno. Naročito je važno da se terapeut ne osjeća ugroženim jer je to preduvjet iskrenog ulaganja u terapijski odnos (Kernberg, 2003; prema Ljubičić, 2014).

Prema Ljubičić (2014) postoje i oni počinitelji kojima se ne može pomoći. Ovo može postati problem ukoliko terapeut vjeruje da je moguće pomoći pacijentu. Tako terapeut može predvidjeti neadekvatno ponašanje počinitelja, a u isto vrijeme prema njemu se odnositi prezaštitnički.

Prema Pilgrimu (1997; prema Ljubičić, 2014) na uspjeh individualne psihoterapije poseban utjecaj ima institucionalni kontekst. Porter (2002; prema Ljubičić, 2014) razmatra utjecaj veličine institucije na tip tretmana, njegovu uspješnost i na kraju, na recidivizam. Specijalne forenzičke bolnice koje su uglavnom velike, utječu na diskriminaciju pacijenata. Velike institucije su sposobne primijeniti različite vrste specijalnog tretmana te se mogu prilagoditi počiniteljevim karakteristikama i potrebama. Sve u svemu, stopa recidivizma je puno niža u slučaju primjene specijaliziranih tretmana (Müller- Isberner i sur., 2000; prema Ljubičić, 2014).

6.2.2. *Grupna psihoterapija*

Grupna psihoterapija je osnovana na činjenici da je i bolestan čovjek socijalno biće. Grupe koje su namjenjene tretmanu se mogu podijeliti na one unutar kojih se obavljaju neke aktivnosti, na socioterapijske te na psihoterapijske (Opalić, 1986; prema Ljubičić, 2014).

Kako bi se grupe smatrale psihoterapijskim one moraju uključivati verbalnu komunikaciju između članova. Razlike između socio i psihoterapijskih grupa su vrlo male, no one ipak postoje. Kod psihoterapije cilj je da pacijent pokaže svoje osjećje prema drugim ljudima, dok socioterapija izbjegava emocionalne teme te je usredotočena na to da nauči članove grupe kako da na nepatološki način svladaju svoju vlastitu emocionalnu napetost (Ljubičić, 2014).

Grupna psihoterapija je naročito korisna u specijalnim bolnicama. Ona se koristi u ograničenom okruženju, no vrijeme trajanja nije definirano zbog većih terapijskih mogućnosti te tako oblikuje ljudsku razmjenu u sigurnom okruženju (Cox, 2003; prema Ljubičić, 2014). Cilj ove psihoterapije je da smanji opasnost te da smanji ili u potpunosti otkloni rizične čimbenike za počinjenje kriminalnog djela. Prema Müller-Isberner i sur. (2010; prema Ljubičić, 2014) kod kroničnih bolesnika, cilj terapije je smanjenje simptoma, stabilizacija i učenje socijalnih vještina.

Grupni rad se koncentrira na teme socijalne percepcije, asertivnosti i neverbalnog ponašanja jer one smatraju problematičnim kod neubrojivih počinitelja kaznenih djela. U specijalnim bolnicama koristi se i grupna terapija „perspektiva budućnosti“. Terapija traje 20 minuta te je ograničena na 10 termina. Usmjerena je na učenje oboljelih kako da prihvate bolest koju imaju te kako živjeti, naučiti živjeti sa ograničenjima koje imaju. Nadalje, može se koristiti i stres menadžment program koji traje 90 minuta te treba se održati bar osam puta. Ovaj program usmjeren je na učenje oboljelih opuštanju i uživanju u fizičkoj aktivnosti Welldon, Van Velsen, 1997; prema Ljubičić, 2014).

Što se tiče korištenja psihodrame kod neubrojivih počinitelja, osmišljeno je nekoliko radionica koje bi oni mogli proći, iako teško razdvajaju vlastiti pogled na svijet oko sebe. „*Joe Blaggs*“ je zamišljeni devijant o kojemu počinitelj stvara priču pomoću pitanja terapeuta. Priča se zatim glumi, a pomoću pravila za zaustavljanje moguće je istovremeno osmisлити alternativni način reakcije. Zatim „*The Pump*“ je radionica u kojoj počinitelj uči kako napraviti razliku između činjenica koje je moguće promijeniti ili provokacija, prijetnji od drugih ljudi i unutarnji misli i interpretacija koje povećavaju njegov bijes. Na taj način počinitelj se uči kako obuzdati misli koje mu se nameću te kako na kontrolira ljutnju (Ljubičić, 2014).

6.3. Ostale vrste tretmana

6.3.1. Terapija za povećanje suradljivosti (*Adherence Therapy*)

Terapija za povećanje suradljivosti kratkotrajni je psihosocijalni postupak koji koristi tehniku i principe motivacijskog intervjua, psihoedukaciju i kognitivnu terapiju. Obično se sastoji od 8 seansi u trajanju od 30 do 60 minuta (Miller i Rollnick, 1991, Kemp i sur., 1996, 1998; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Terapija suradljivosti ima djelomični učinak na promjenu stavova o lijekovima, ali nema učinak na simptome, kvalitetu života te

prevenciju recidiva ili hospitalizacije. Zbog toga se ona koristi prema individualnoj procjeni terapeuta (Kemp, 1996; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

6.3.2. Metoda edukacija o prepoznavanju ranih simptoma bolesti i plan prevencije recidiva bolesti

Ova metoda pokazala se uspješnom u prevenciji recidiva kod jednog dijela bolesnika (Brickword, 1995; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Pacijent pomoću metode karata, na kojima su napisani specifični i nespecifični simptomi povezani sa dijagnozom bolesti, uz pomoć terapeuta ili člana obitelji, pokušava identificirati simptome bolesti koji su se pojavili prije posljednjeg recidiva bolesti te ih se stavlja u vremenski slijed kako bi se mogli identificirati rani nespecifični simptomi. Na ovaj način otvara se mogućnost intervencije putem psihosocijalnih i/ili farmakoloških metoda (Štrkalj Ivezić, 2011; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

6.3.3. Rad s obitelji

Rad s obitelji također je vrlo bitan za ovaj tip pacijenta/počinitelja. On kao terapijski okvir koristi bihevioralne i sistemske metode koje su prilagođene za rad s obiteljima koje imaju psihotičnog člana. Cilj je pomoć obiteljima u suočavanju s poteškoćama koje imaju obolje članovi njihove obitelji. Također, ovim putem se i pruža pomoć i edukacija obitelji o bolesti, smanjuje razina stresa, poboljšava komunikacija unutar obitelji te se radi na rješavanju problema i prevenciju relapsa bolesti. Preporuča se najmanje deset sastanaka s obitelji (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Većina istraživanja pokazuju da rad s obitelji mora trajati najmanje 9 mjeseci da bi bio učinkovit (Schooler i sur.1995, Pitschel-Walz i sur. 2001; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

6.3.4. Trening socijalnih vještina

Trening socijalnih vještina koristi bihevioralne tehnike ili tehnike učenja kako bi osoba naučila vještine poput brige o sebi, kako imati interpersonalne odnose te kako se nositi sa zahtjevima društva (Lieberman i sur. 1989; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Odnosi se na razne tehnike koje se koriste kako bi se promijenilo ponašanje osobe u određenim situacijama te donosi dugotrajne učinke i može povećati mogućnost prilagodbe u društvo te smanjiti hospitalizaciju (Harris i Rice, 1997). Ciljevi treninga socijalnih vještina su poboljšanje socijalnog ponašanja osobe, smanjenje stresa i poteškoća koje se pojavljuju u socijalnim situacijama (radna sredina, obitelj i sl.). on započinje s detaljnom procjenom i analizom pojedinčevih individualnih socijalnih vještina. Trening uvijek sadrži bihevioralne elemente (modeliranje, igranje uloga, povratne informacije, trening) (Quinsey i Varney, 1977, Foxx, McMorro, Bittle i Fenton, 1985; prema Harris i Rice, 1997). Nakon toga slijedi individualna ili grupna intervencija. Prvo se radi na jednostavnijim zadacima poput neverbalnih znakova te se nakon toga postepeno radi na zahtjevnijim vještinama poput vođenja razgovora. Pacijenti dobivaju i domaće zadaće kako bi mogli naučeno vježbati i izvan terapijskog okruženja, u stvarnoj životnoj sredini. Socijalne vještine se uče kroz igranje uloga, demonstraciju terapeuta te se može provoditi individualno, ali se najčešće provodi u malim grupama od 6 do 8 pacijenata (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

6.3.5. *Art terapija*

Smeijsters i Cleven (2006) navode kako se u psihijatrijskim bolnicama gdje borave nebrojivi počinitelji kaznenih djela koristi art terapija te ona služi kako bi počinitelj promijenio mišljenje, osjećaje i ponašanja koja su vezana za njegovo problematično ponašanje. Kroz umjetničko izražavanje pacijent je u mogućnosti aktivno sudjelovati u terapijskom procesu.

Art terapija može se provoditi u obliku individualno ili grupnog rada, ovisno o tome što je pacijentu potrebno. Bit art terapije je u tome što se komunikacija može ostvariti bez verbalizacije. U nekim slučajevima psihijatrijski bolesnik može verbalizaciju doživjeti kao preintruzivnu. Na primjer, osobe koje boluju od shizofrenije art terapija omogućuje postepeno uključivanje u odnos s drugom osobom i terapijom na način na koji verbalni modaliteti ne uspijevaju. Osoba razvija osjećaj da može ostaviti svoj trag u svijetu te razvija vlastiti identitet izvan identiteta osobe s psihičkim poremećajem. Uz to, razvija i osjećaj pripadnosti i prihvaćenosti jer terapeut prihvaća što god je izraženo na papiru. Osoba sama bira kojom će se metodom koristiti u svom izražavanju, koji će materijal i umjetnički pribor koristiti te kontrolira hoće li joj se netko pridružiti u njen stvaralački proces što kod te osobe stvara osjećaj autonomije i kontrole (Barun, Ivanović i Jovanović, 2014).

6.3.6. Muzikoterapija

Rak (2014; prema Mikulec, 2016) definira muzikoterapiju kao korištenje glazbe kako bi se izliječile ili smanjile zdravstvene tegobe pomoću njenog blagotvornog učinka, to jest, ona je skup tehnika koje koriste zvuk u dijagnostičke, terapijske i preventivne svrhe. Ona se rabi na aktivan način, kao kombinacija sviranja instrumenata, pjevanja, pokreta, ali i na pasivan način što se očituje kroz slušanje i raspravu o glazbi (Škrbina, 2013; prema Mikulec, 2016).

Prema istraživanju Staricoffa (2004; prema Mikulec, 2016) korištenje glazbe ima pozitivan učinak na ponašanje pacijenata u različitim situacijama i okolnostima. Na primjer, puštanje smirujuće glazbe dovelo je do smanjenja agitacije, agresivnog i disruptivnog ponašanja te do kooperacije pacijenata s osobljem. Nadalje, dok su pacijenti obavljali neke zajedničke aktivnosti tijekom kojih se puštala pozadinska glazba, na primjer, kad je bio ručak ili večera, smanjio se broj ekscesivnih situacija i svađa između pacijenata. Također, pacijenti su se osjećali manje anksiozno što ih je potaknulo na traženje pomoći te im pomoglo da otvoreno razgovaraju o svojim problemima (Staricoff, 2004; prema Mikulec, 2016). Smeijsters i Cleven (2006) govore kako je ova vrsta terapije vrlo efikasna, pogotovo kada je riječ o smanjenju agresivnosti, frustracije i impulzivnosti.

Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela nije točno određen, već se koriste razni pristupi i metode kako bi se ostvario cilj da osoba ponovno ne počini kazneno djelo što je svrha izrečene kaznenopravne sankcije. Koristi se kognitivno-bihevioralni pristupi, bihevioralni, grupna i individualna psihoterapija. U Hrvatskoj, u tretman uvrštene su sigurnosne mjere obveznog psihijatrijskog liječenja, obveznog liječenja od ovisnosti te obvezni psihosocijalni tretman.

Tretman neubrojivih počinitelja može sadržavati i art terapiju, terapiju plesom, muzikoterapiju. Sve su to terapije koje na zanimljiv način pomažu počiniteljima u smanjenju agresivnog i impulzivnog ponašanja. Također, pomaže im u razvijanju komunikacijskih vještina. Na primjer, art terapijom imaju mogućnost nešto reći, poručiti bez verbalizacije što nekim osobama koje pate od duševnog poremećaja čini veliki problem. Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela ima puno prostora za napredak, od uvjeta provođenja tretmana do načina provedbe tretmana.

7. Ishodi tretmana

Istraživanje Emmelkampa i Timmermana (2005) imalo je za cilj proučiti ishode kognitivno-bihevioralnog tretmana za neubrojive počinitelje sa poremećajem ličnosti u psihijatrijskim bolnicama s visokim stupnjem osiguranja. U istraživanju sudjelovalo je 39 pacijenata, no tijekom istraživanja nekoliko pacijenata je odustalo. Glavni cilj tretmana bio je smanjenje rizika od ponovnog počinjenja protupravnog djela putem poboljšanja vještina nošenja sa stresom te socijalnih vještina, smanjenje nepovjerenja, ljutnje i agresije te poboljšanje samouvjerenosti. Usmjerenost je bila na izmjeni ponašanja putem bihevioralnog tretmana (modeliranje, „*time-out*“). Većini pacijenata tretman je trajao cijeli dan te se većinom sastojao od okupacijske terapije. Isto tako, provodio se i trening socijalnih vještina, kognitivna terapija, neverbalna terapija te psihoterapija kada je bilo prikladno. Također, pacijenti i terapeuti napravili su analizu protupravnih djela počinitelja te prema tome napravili preventivni plan recidiva (Emmelkamp i Timmerman, 2005).

Rezultati su pokazali kako je kognitivno-bihevioralni tretman uspješan kod interpersonalnog funkcioniranja. No, iako je naglasak u istraživanju bio na kognitivno-bihevioralnom tretmanu, nemoguće je bilo ishod tretmana pripisati isključivo tom vidu tretmana. Ipak, kognitivno-bihevioralni tretman može ponuditi razumna objašnjenja za promjene u ponašanju koja su se dogodila kod pacijenata. Pacijenti su, kao grupa, doživjeli manje simptoma depresije i disocijacije tijekom nekog vremena što može ukazivati na to da su uspjeli dobiti više kontrole nad svojim životima tijekom tretmana. Pozitivno osnaživanje (verbalni komplimenti) bihevioralna je tehnika koja se često koristi kako bi se povećalo pozitivno ponašanje kod pacijenta. Pacijenti koji od osoblja dobivaju pozitivne komentare osjećaju se više vrijednima što dovodi do smanjenja depresivnih osjećaja. Većina ovih pacijenata doživjela je neuspjeh na nekoliko polja (edukacija, veze, društvo) i većinom su bili kritizirani za svoje devijantno ponašanje, a rijetko hvaljeni za dobro ponašanje. Tijekom tretmana, pacijente se učilo da su oni odgovorni za svoje ponašanje. Kada je osoba svjesna da je ona odgovorna za svoje ponašanje, tada se povećava osjećaj kontrole nad samim sobom. Stoga su se pacijenti mogli osjećati manje nemoćno, a kao posljedicu i manje depresivni. Nalaz da su pacijenti zabilježili manje disocijativnih simptoma tijekom istraživanja, moglo bi se pripisati činjenici da u tretmanu njihova je pozornost konstantno bila usmjerena prema sadašnjosti i na svakodnevne probleme te na njihovo trenutno ponašanje. Što se tiče karakternih osobina, značajne promjene su bile vidljive kod poštovanja i egoizma, što bi značilo da su pacijenti bili manje zabrinuti za svoje vlastite potrebe te su pokazivali više zanimanja za druge

ljude i njihove probleme. Smanjenje egoizma označava i povećanje društvene osviještenosti. Nadalje, nakon 2 i ½ godine tretmana, kod pacijenata je bilo manje vjerojatno da će reagirati anksiozno, prestrašeno, ljuto ili agresivno u stresnim situacijama. Ove promjene mogu biti povezane i sa tretmanom u kojem su pacijenti bili ohrabrivani da pričaju o svojim osjećajima i stresnim situacijama. Također, pacijenti su pokazali da koriste više strategija suočavanja koje uključuju društvenu podršku, a manje one koje uključuju izbjegavanje. Pacijenti su pokazali značajan pad u nepoželjnim ponašanjima, ali nisu pokazali značajan rast u poželjnim ponašanjima (Emmelkamp i Timmerman, 2005).

Buchanan (1998; prema Coid i sur., 2007) smanjenje recidiva nakon otpusta neubrojivih počinitelja objašnjava da postoji mogućnost da je to rezultat promjene u populacijama, specifično u smanjenju prijema onih kojima je primarna dijagnoza poremećaj ličnosti, a ne u poboljšanom posttretmanu. Ostala istraživanja koja su provedena nad ovim tipom počinitelja (McMurran et al, 1998, Baxter et al, 1999, Maden et al, 1999, Falla et al, 2000, Castro et al, 2002; prema Coid i sur., 2007) provedena su nad nereprezentativnim uzorcima, nad pacijentima koji su imali jednu dijagnozu ili je istraživanje bilo ograničeno na jedno geografsko područje.

Coid i sur. (2007) pratili su veliku, reprezentativnu grupu počinitelja koji su pušteni iz psihijatrijske institucije kako bi se vidjela incidencija ponovnog počinjenja kaznenih djela, kako bi se identificirali rizični čimbenici te otkrile implikacije za buduće upravljanje rizikom. Rezultati istraživanja su pokazali da su pacijenti i dalje predstavljali rizik, a trećina njih dobila je nove osude. No, mali broj su bila teška kaznena djela. Ovi zaključci doneseni su temeljem kriminalne karijere počinitelja, a ne tretmana psihijatrijske institucije. Također, autori zaključuju da je upitno je li tretman koji su prolazili počinitelji imao utjecaja na njih nekoliko godina nakon otpusta, odnosno je li tretman bio učinkovit. Govore da bi programi tretmana te supervizija nakon otpusta trebali biti više usmjereni prema onima koji imaju najveći rizik od recidivizma, oni pacijenti koji su počinili najteža kaznena djela (Coid i sur., 2007).

Je li moguće prevenirati kazneno djelo ili ponovno kazneno djelo koje bi počinila neubrojiva osoba? Ishodi tretmana u stranim istraživanjima govore kako su osobe nakon otpusta iz psihijatrijske ustanove ponovno počinila kazneno djelo, da su i dalje bila rizik za društvo. Druga istraživanja govore kako su osobe pokazivale značajan pad negativnih ponašanja nakon tretmana, odnosno otpusta. No, isto tako, ta istraživanja se moraju uzeti sa zadrškom jer uzorci nisu bili reprezentativni. Na području Hrvatske, potrebno je napraviti istraživanje koje će

pokazati koji su ishodi tretmana na našem području kako bi se stručnjaci znali usmjeriti sa tretmanima, programima. Po pitanju tretmana neubrojivih počinitelja kaznenih djela imamo malo podataka, uglavnom su to istraživanja o karakteristikama počinitelja, koja kaznena djela čine najviše, a koja najmanje. Ni strana istraživanja nam ne daju najbolju sliku djelovanja tretmana te se sve manje prema njima možemo voditi.

8. Prevencija

Tijekom tretmana nebrojivih počinitelja kaznenih djela stručnjaci rade na rehabilitaciji, resocijalizaciji počinitelja te na prevenciji recidiva, ponovnog počinjena kaznenog djela. Prevencija kod nebrojivih počinitelja kaznenih djela se temelji na prevenciji recidiva te su tretmani koncipirani kako počinitelji nakon izlaska iz psihijatrijske ustanove ne bi počinili još teže kazneno djelo. Prvo se treba raditi na detekciji poremećaja i bolesti te u skladu s time i djelovati. Potrebno je dodatno educirati društvo o ovim bolestima.

Većina počinitelja su počinila teška kaznena djela protiv života i tijela, ubojstvo te ubojstvo u pokušaju. Kazneno djelo nije povezano s vrstom počiniteljeve bolesti što govori da je potrebno djelovati već pri prvim znacima iste. S osobama treba raditi na smirivanju bijesa te na mirnom rješavanju konflikata. Stoga, preporuča se na intenzivniji rad s osobama oboljelim od psihičkih bolesti kako ih ona ne bi potpuno preuzela. Ovdje se povlači i pitanje organizacije cjelokupnog sustava djelovanja prevencije i tretmana prema tim osobama.

Prema Burić i Tripalo (2012) kada se postupa sa nebrojivim počiniteljima kaznenih djela, nastoji se pomiriti nekoliko različitih potreba, a to su: potrebe društva, potrebe osoba oštećenih takvim djelom i potrebe počinitelja.

Kada govorimo o potrebama društva, ono se želi osjećati sigurnim. Psihički bolesne osobe su stigmatizirane što čini položaj nebrojivih počinitelja kaznenih djela još i težim. Oni ne samo da su stigmatizirani zbog svoje bolesti, već su stigmatizirani i zbog kaznenog djela kojeg su počinili. U ovom smislu se treba raditi na osvještavanju društva o prirodi psihičkih bolesti te načinu postupanja prema oboljelim osobama. Osvještavanje može krenuti od osnovne škole gdje djeca prvi put svjesno razvijaju prve odnose sa vršnjacima, stvaraju prijateljstva. Rano ih se treba naučiti kako se odnositi prema osobama oboljelim od psihičke bolesti, u smislu da ih se ne zadirkuje što je najčešće kod djece, a što kod njihovog oboljelog vršnjaka može biti okidač za agresivno ponašanje. Svjedoci smo da u svijetu, najviše u SAD-u, počinitelji masovnih pucnjava po školama upravo su djeca, odnosno mlađi punoljetnici. Ovo samo govori kako o psihičkim bolestima trebamo govoriti vrlo rano, u skladu sa dobi osoba koje se educira.

Burić i Tripalo (2012) navode da društvo ne upućuje prijekor nebrojivim osobama jer ono uočava i prihvaća da one nisu krive za počinjenje kaznenog djela. Iako ih se pravno ne smatra krivima za počinjeno kazneno djelo, oni su zauvijek stigmatizirani.

U Hrvatskoj nebrojivi počinitelji uglavnom imaju od 21 do 30 godina te od 31 do 40. Osoba nakon 18. godine završava srednju školu te "kreće u svijet odraslih" i smatra se zreloom i sposobnom za samostalan život. Ipak, podatak da je najviše počinitelja staro između 21. i 30. godine govori da kao društvo ne prepoznavamo nekoga kome treba pomoć. U tim godinama osobe se najviše psihički razvijaju, imaju svoj pogled na svijet, izgrađuju. Također, osobe su najviše socijalno aktivne te zato imaju više prilika za ulazak u konflikte situacije (Kovačević i sur., 2015). Ovo su neki od razloga zašto toliko mladih osoba obolijeva i čini kaznena djela. Kao jedan vid prevencije su i programi o mentalnom zdravlju. U sklopu radionica o mentalnom zdravlju potrebno je govoriti i o ovim skupinama ljudi. Socijalni pedagozi kao stručnjaci u ovom polju mogu podijeliti znanje o psihičkim bolestima te raditi na osvještavanju društva općenito kroz razne preventivne programe u osnovnim i srednjim školama te u raznim udrugama. Neke osobe ne progovaraju o svojoj bolesti, ni sa kime ne dijele svoje probleme, povlače se u sebe dok ne dođe neka situacija koja će djelovati kao okidač te će tada ono najgore iz njih izaći na vidjelo zbog čega će biti obilježeni cijeli život. Programima o mentalnom zdravlju te raznim drugim radionicama bi se dalo do znanja ljudima da je u redu govoriti o svojoj psihičkoj bolesti, tražiti pomoć, obratiti se svojim najbližima. Teplin je još 1985. godine pisala kako je reintegracija u društvo posebno teška za mentalno oboljele pacijente zbog stigme da su oni opasni i naklonjeni kriminalitetu te da je potrebno raditi na tome da okolina bude otvorenija za reintegraciju počinitelja. Stigmatizacija oko psihičkih bolesti je velika, stoga je teško odmah vidjeti rezultate preventivnih programa. Mora proći puno vremena da bi se vidjelo je li se nešto "primilo" u način funkcioniranja društva, pogotovo jedna ovakva tema.

Nadalje, treba raditi na educiranju obitelji o psihičkim bolestima kako bi na vrijeme mogla uočiti rizična ponašanja. Oni su najbliži osobi te ako i primijete da ona pokazuje znakove rizičnog ponašanja mogu brže djelovati. No, isto tako, nebrojivi počinitelji kaznenih djela najviše čine kaznena djela prema svojim bližnjima te su nerijetko članovi obitelji i međusobni odnosi unutar obitelji oboljeloj osobi okidač za počinjenje kaznenog djela. Zbog toga obitelji treba pristupiti sa posebnim programom za obitelj, jedan generalni za prevenciju počinjenja kaznenog djela te jedan kada je osoba već počinila kazneno djelo gdje će se obitelj ili najbliži naučiti kako se odnositi prema osobi koristeći psihoterapijske metode.

Ovo su sve prijedlozi kako bi sustav trebao, mogao funkcionirati. Na tome se treba raditi postupno. Što se tiče tretmana nebrojivih počinitelja kaznenih djela, potrebno je provesti istraživanje na teritoriju Republike Hrvatske o tome kakav učinak ima tretman na te osobe i u skladu s tim rezultatima vidjeti na koji način bi se mogao poboljšati.

9. Zaključak

Neubrojivi počinitelji kaznenih djela se pravnim normama ne suprotstavljaju svjesno i voljno. Njihovo ponašanje je uvjetovano psihopatološkim čimbenicima koji djeluju na njihove mentalne i voljne sposobnosti tako da ih onemogućuju da svoje ponašanje usklade s važećom, pravnom regulativom (Škorić i Srdoč, 2015). Oni nisu krivi za počinjenje kaznenih djela jer u trenutku njegova počinjenja nisu mogli shvatiti značenje svoga postupanja. Kaznena djela koja počine su pretežito počinili prvi put, no to su teška kaznena djela protiv života i tijela, ubojstvo ili pokušaj ubojstva. U njihovu liječenju koriste se razne metode, farmakoterapija, grupna i individualna psihoterapija, kognitivno-bihevioralne metode te se kombinacijom ovih tretmana nastoji ispuniti svrha izrečene kaznenopravne sankcije. Svrha je da osobe ne počine teže kazneno djelo

Prema Welldonu (1997) većina forenzičkih počinitelja ima jako problematično djetinjstvo. Neki imaju kriminalne dosjee i jako nisko samopouzdanje koje je skriveno iza arogantnog i drskog ponašanja. Neki pacijenti imaju veliki kapacitet za izražavanje bijesa, no istovremeno se čime sramežljivi te ne znaju kako pokazati nježnosti ili ljubav prema nekome. Impulzivni su i sumnjičavi te puni mržnje prema ljudima koji su im autoritet.

Rezultati istraživanja su pokazali kako su psihotični počinitelji imali relativno stabilno djetinjstvo uz roditelje i rodbinu te vrlo dobru razinu obrazovanja općenito. Psihotični počinitelji imaju veću tendenciju ka teškom nasilju, ali su značajno manje uključeni u seksualne zločine. Njihove česte mete su bliske osobe te rijetko napadaju nepoznate osobe. Psihotični počinitelji u vrijeme počinjenja kaznenih djela sa fatalnim posljedicama bili su pod manjim utjecajem psihoaktivnih tvari. Ovo je potrebno napomenuti jer je zlouporaba psihoaktivnih tvari bila utvrđeni rizik povećanja nasilnog ponašanja kod tih osoba te je čak 85% počinitelja prije počinjenja kaznenog djela već bila na nekoj vrsti psihoterapije (Cima, Maaïke i Nijman, 2003). Ovo nam govori kako je potrebno uvesti promjene u programe koji rade na prevenciji i tretmanu neubrojivih počinitelja kaznenih djela, odnosno osoba oboljelih od psihičkih bolesti.

Tretman neubrojivih počinitelja najuspješniji je kada se provodi u najmanje ograničavajućem okruženju te kada se provodi u zajednici. Jedini razlog zbog kojeg se tretman odvija u instituciji je taj što je tako određeno zakonom ili je potreban zbog zaštite društva ili samog počinitelja (Andrews, 1990, Test, 1992; prema Rice i Harris, 1997). Tretmani poput bihevioralne terapije, treninga vještina i obiteljske terapije nužne su u kombinaciji sa lijekovima, odnosno farmakoterapijom (Rice i Harris, 1997). Terapija bi trebala biti

prilagođena svakom pacijentu tako da se uvažavaju njegove potrebe i karakteristike ličnosti (Robertson, Barnao i Ward, 2011). Tretman sa forenzičkim pacijentima može se podijeliti na one tretmane koji su usmjereni na rješavanje problema, kontrolu ljutnje, intervencije koje ciljaju na sprječavanje samoozljeđivanja i ostale (Ashford i sur. 2009; prema Ljubičić, 2013).

Većina počinitelja su mlade osobe od 21 do 30 godina, slijede ih osobe od 31 do 40 godine života. Ovo su mlade osobe te je potrebno preventivno djelovati kako ne bi došlo ni do prvog počinjenja kaznenog djela. Prevencija se temelji na prevenciji počinjenja težeg kaznenog djela. Potrebno je djelovati puno ranije provođenjem različitih programa i radionica tijekom školovanja koje će se baviti edukacijom društva o mentalnim bolestima te raditi na smanjenju stigmatizacije ovih osoba. Njima je najteže vratiti se ponovno u društvo i živjeti normalan život. Tijekom tretmana osobu se priprema na izlazak u društvo, na resocijalizaciju, no, dok društvo općenito ne bude senzibilizirano na ovu temu, ovim osobama će biti jako teško započeti novi život.

10. Literatura

- Barun, I., Ivanović N., Jovanović N. (2014). Art terapija – teorijske postavke, razvoj i klinička primjena. *Socijalna psihijatrija*, 42, 190 – 198.
- Burić Z., Tripalo D., (2012). Položaj neubrojivih počinitelja protupravnih djela u kontekstu novog hrvatskog kaznenog zakonodavstva. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 19, 503 – 531.
- Burke, R. H. (2009). *An introduction to criminological theory*. Devon: Willan Publishing.
- Bušelić, Š. (2015). *Nuspojave antipsihotika*. Zagreb: Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.
- Buzina, N. (2009). *Shizofreni počinitelji kaznenih djela i novi pristup u ispitivanju njihovih psihopatskih struktura*. Zagreb: Izvandoktorski studij Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Cima, M., Merckelbach, H., Nijman H. (2003). Nature and antecedents of psychotic patients' crimes. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14, 542 – 553.
- Cleven G., Smeijsters, H. (2006). The treatment of aggression using arts therapies in forensic psychiatry: Results of a qualitative inquiry. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 37 – 58.
- Coid, J., Hickey, N., Kahtan, N., Zhang, T., Yang, M. (2007). Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. *British journal of psychiatry*, 190, 223 – 229.
- Corrigan, P.W. (2002). Empowerment and serious mental illness: treatment partnerships and community opportunities. *Psychiatric Quarterly*, 73, 217 – 228.
- Crvelin, K. (2016). *Kognitivno-bihevioralna terapija anksioznih i depresivnih poremećaja*. Zagreb: Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.
- Emmelkamp, M. G., Timmerman, G. H. (2005). The effects of cognitive-behavioral treatment for forensic inpatients. *International journal of offender therapy and comperative criminology*, 49, 590 – 606.
- Europska komisija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda (Međunarodni ugovori, br. 18/97., 6/99., 14/02., 13/03., 9/05., 1/06., 2/10.)
- Filipović, H. (2014). Prikaz novog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Policija i sigurnost*, 23, 187 – 196.
- Folnegović Šmalc, V., Henigsberg, N., Kalember, P., Kovačić, Z. (2009). Farmakoterapija agresivnog ponašanja. U: Kovačević, D., Žarković Palijan, T. (Ur.), *Iz forenzičke psihijatrije 3* (str. 335 - 342). Zagreb, Ceres d.o.o.
- Frančišković, T., Moro, Lj. (2009). Psihički razvoj i nasilje. U: Kovačević, D., Žarković Palijan, T. (Ur.), *Iz forenzičke psihijatrije 3* (str. 27 – 24). Zagreb, Ceres d.o.o.

Garačić, A., Novoselec, P. (2012). Primjena blažeg zakona nakon stupanja na snagu novog Kaznenog zakona. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 19, 533 – 553.

Gregurek, R. (2004). Psihoterapija depresija. *Medicus*, 13, 95 – 100.

Gruber, E., Marković, B., Rendulić, K., Sušić, E. (2013). Terapijska zajednica odjela forenzičke psihijatrije Zatvorske bolnice Zagreb. *Kriminologija i socijalna integracija*, 21, 143 – 153.

Harris, G.T., Rice, M.E. (1997). The treatment of mentally disordered offenders. *Psychology, Public Policy and Law*. 3, 126 – 183.

Hollin R.C. (2004). To Treat or not to Treat? An Historical Perspective. U: Hollin R.C. (Ur.) *The Essential Handbook of Offender Assessment and Treatment*. (str. 1 – 13). Leicester: University of Leicester.

Hrvatsko psihološko društvo (2017). *Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju*. Preuzeto 7.6.2018. s <http://www.psihijatrija.hr/site/?p=2903>

Jukić V. (2013). Mreža centara za izvanhospitalno liječenje forenzičko psihijatrijskih pacijenata. *Socijalna psihijatrija*, 41, 208 – 210.

Jukić V., Savić A. (2014). Psihološko-psihijatrijski aspekt nasilja. *Socijalna psihijatrija*, 42, 102 – 108.

Kazneni zakon (pročišćeni tekst, Narodne novine, br. 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17).

Kovač, M., Kovačević, D. (2001). Vještačenje osoba koje podmeću požare. *Vještak*, 21, 4 – 14.

Kovač, M., Kovačević, D., Mustapić, J., Žarković Palijan, T. (2007). Neubrojivi mentalno retardirani počinitelji kaznenog djela. *Policija i sigurnost*, 17, 90 – 100.

Kovačević D., Mustapić J., Šakić M., Žarković Palijan, T. (2009). Forenzički aspekti perzistirajućeg sumanutog poremećaja. U: Kovačević, D., Žarković Palijan, T. (Ur.), *Iz forenzičke psihijatrije* 3 (str. 309 - 320). Zagreb, Ceres d.o.o.

Kovačević D., Pavelić Tremac, A., Treursić, I., Žarković Palijan, T. (2015). Obilježja kaznenih djela kod neubrojivih počinitelja. *Policija i sigurnost*, 24, 48 – 64.

Kovačić Z., Kozarić-Kovačić, D., Rukavina, L. (2007). Posttraumatski stresni poremećaj. *Medix - Specijalizirani medicinski dvomjesečnik*, 71, 102 – 106.

Ljubičić, M.M. (2013). *Sociopatološki profil i tretman lica smještenih na liječenje i čuvanje u zatvorsku psihijatrijsku bolnicu*. Beograd: Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.

Mikulec, S. (2016). *Međupovezanost umjetnosti i psihijatrije*. Zagreb: Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Novaco, R.W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. U: Monaha, J., Steadman, H.J. (Ur.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (21 - 47). Chicago, The University of Chicago Press.

Pleić, M. (2014). Izvršenje sigurnosnih mjera obveznog psihijatrijskog liječenja i obveznog liječenja od ovisnosti s aspekta zaštite prava zatvorenika s duševnim smetnjama. *Hrvatski ljetopis za kazнено pravo i praksu*, 21. 467 – 508.

Ricijaš, N. (2009). *Pripisivanje uzročnosti vlastitog delinkventnog ponašanja mladih*. Zagreb: Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu.

Robertson P., Barnao M., Ward T. (2011). Rehabilitation frameworks in forensic mental health, *Aggression and Violent Behavior*, 16, 472 – 484.

Škorić, M., Srdoč, E. (2015). Pravni položaj nebrojivih počinitelja protupravnih djela u Republici Hrvatskoj. U: Arsen Bačić (Ur.), *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu* (str. 933 – 953). Split: Pravni fakultet Sveučilišta u Splitu.

Teplin, L. A. (1985): The criminality of the mentally ill: a dangerous misconception. *American Journal of Psychiatry*, 142, 593-599.

Welldon V.E., Van Velsen C. (1997). *A Practical Guide to Forensic Psychotherapy*, Jessica Kingsley Publishers, London, Great Britain, Philadelphia, USA.

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Narodne novine, br. 76/14).

Žižak, A. (2010). *Teorijske osnove intervencija – socijalnopedagoška perspektiva*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.