

Tretman forenzičko psihijatrijskih pacijenata

Naglaš, Tihana

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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:158:475406>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-14**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Tretman forenzičko psihijatrijskih pacijenata

Studentica: Tihana Naglaš

Zagreb, rujan 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

Diplomski rad
Tretman forenzičko psihijatrijskih pacijenata

Ime i prezime studentice:

Tihana Naglaš

Ime i prezime mentorice:

Doc.dr.sc. Nadica Buzina

Ime i prezime komentorice:

Izv.prof.dr.sc. Anita Jandrić Nišević

Zagreb, rujan 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad *Tretman forenzičko psihijatrijskih pacijenata* 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: Tihana Naglaš

Mjesto i datum: Zagreb, rujan 2020.

TRETMAN FORENZIČKO PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA

Tihana Naglaš

Mentorica: Doc.dr.sc. Nadica Buzina

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

Modul : Odrasli (Počinitelji kaznenih djela)

SAŽETAK

Forenzičko psihijatrijski pacijenti predstavljaju posebnu grupu bolesnika koji zbog svog duševnog stanja zahtijevaju pojačan tretman jer su pod utjecajem psihopatoloških doživljaja počinili kaznena djela. Pod navedeni termin najprije ubrajamo nebrojive pacijente kojima je odlukom suda, radi velike opasnosti za okolinu, određen prisilni smještaj na forenzičkom odjelu, izrečena mjera psihijatrijskog liječenja ili određeno „liječenje na slobodi“, odnosno ambulatno liječenje. Oni zbog svog stanja nisu krivi pa im se iz tog razloga ne može izreći kazna. Kod većina nebrojivih počinitelja kaznenih djela prisutna je dijagnoza shizofrenije ili drugog psihotičnog poremećaja, koja je nerijetko u komorbiditetu s drugim poremećajima, poput poremećaja osobnosti i poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari i ovisnosti. Kaznena djela ne čine češće od ostatka populacije, no kada ih čine, to su obično teška kaznena djela poput ubojstva i pokušaja ubojstva nasilnog karakteta. Tretman forenzičko psihijatrijskih pacijenata dosta je složen, stoga je on kombinacija biološke, psihološke i sociološke metode, poput farmakoterapije, individualne i grupne psihoterapije i ekspresivne art terapije. Glavni cilj tretmana je pružanje pomoći počinitelju u razvijanju odgovornosti za svoje djelo te da se na taj način spriječi počinjenje novog kaznenog djela. Cilj ovoga rada je objedinjavanje dosadašnjih spoznaja u području tretmana forenzičko psihijatrijskih pacijenata, odnosno načine na koje se on provodi.

Ključne riječi: forenzičko psihijatrijski pacijenti, nebrojivi počinitelji, tretman

TREATMENT OF FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS

Tihana Naglaš

Mentorica: Doc.dr.sc. Nadica Buzina

Komentorica: Izv.prof.dr.sc. Anita Jandrić Nišević

Module: Adults (Offenders)

ABSTRACT

Forensic psychiatric patients represent a special group who require intensive treatment due to their mental state as they have committed criminal offences under the influence of psychopathological experiences. The term mostly includes innumerable patients who, due to a great danger to the environment, were ordered to be placed in a forensic ward or given a measure of psychiatric treatment. They are not guilty because of their condition, so they cannot be punished for that reason. Most innumerable offenders are diagnosed with schizophrenia or another psychotic disorder, which is often in comorbidity with other disorders, such as personality disorders and psychoactive substance and addiction disorders. They do not commit crimes more often than the rest of the population, but when they do, they are usually serious crimes such as murder and attempted murder of a violent nature. The treatment of forensic psychiatric patients is quite complex, so it is a combination of biological, psychological and sociological methods, such as pharmacotherapy, individual and group psychotherapy and expressive art therapy. The main goal of treatment is to assist the perpetrator in developing responsibility for his crime and thus to prevent the commission of a new crime. The aim of this paper is to consolidate previous knowledge in the field of treatment of forensic psychiatric patients, and the ways in which it is carried out.

Sadržaj

1. Uvod	2
2. Zakonski okvir postupanja prema forenzičko psihijatrijskim (nebrojivim) pacijentima	3
2.1. Zakon o kaznenom postupku (NN 152/08, 76/09, 80/11, 121/11, 91/12, 143/12, 56/13, 145/13, 152/14, 70/17, 126/19, 126/19)	4
2.2. Kazneni zakon (NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19)	7
2.3. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14)	9
2.5. Usporedba zakonskih određenja postupanja i statusa nebrojivih počinitelja kaznenih djela u drugim državama	15
3. Etiologija kriminalnog ponašanja forenzičko psihijatrijskih pacijenata	20
4. Fenomenologija rizičnog ponašanja forenzičko psihijatrijskih pacijenata.....	27
5. Tretman forenzičko psihijatrijskih pacijenata	34
5.1. O tretmanu.....	34
5.2. Prikaz razvoja tretmana forenzičko psihijatrijskih počinitelja kaznenih djela kroz povijest.....	35
6. Tretmanske metode u liječenju forenzičko psihijatrijskih pacijenata	41
6.1. Medicinski pristup	41
6.2. Psihosocijalni i psihoterapijski pristup.....	44
6.2.1. Grupna psihoterapija	48
6.2.2. Individualna psihoterapija	49
6.3. Ostale tretmanske metode	50
7. Ishodi tretmanskih metoda	56
8. Zaključak	59
9. Literatura.....	61

1. Uvod

Ponašanje osoba koje zbog poremećenoga psihičkog zdravlja i težih duševnih smetnji izravno ugrožavaju svoje zdravlje i sigurnost, kao i zdravlje i sigurnost drugih osoba, predstavlja značajno društveno pitanje koje je u fokusu mnogih institucija (Rash, 1999; Nedopil, 2000; Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić i Grozdanić, 2005; Gunn, Taylor, 2014). Osobe s takvim ponašanjem predstavljaju visokorizičnu populaciju, stoga su procjena i kontroliranje rizika postali esencijalni elementi u gotovo svim djelatnostima koje se bave mentalnim zdravljem (Gunn, 2000; Tengstrom, Hodgins, 2002; Angermeyer, 2000; prema Kovačević, Pavelić Tremac, Treursić i Žarković Palijan, 2015).

Termin „forenzičko psihijatrijski pacijenti“ u Hrvatskoj predstavlja specifičnu grupu bolesnika koji zbog svoje bolesti zahtijevaju pojačan tretman jer se radi o osobama koje su pod utjecajem psihopatoloških doživljaja počinile i/ili čine kaznena djela. Navedeni termin prvenstveno obuhvaća neubrojive pacijente kojima je sud zbog velike opasnosti za okolinu odredio prisilni smještaj na forenzičkom odjelu (čl. 51 Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama), kojima je izrečena mjera psihijatrijskog liječenja, kao i one kojima je određeno „liječenje na slobodi“, odnosno ambulatno liječenje (Kovačević i sur., 2015). Forenzičko psihijatrijski pacijent u zakonodavnom je sustavu okarakteriziran kao počinitelj s duševnim poremećajem kod kojeg može biti prisutna psihopatologija na dimenziji od demencije do psihotične, kao i psihopatske osobnosti, a isto tako je nesposoban promišljati neposredno prije poduzimanja određene radnje (Bion, 1959; Welldon, 1997; prema Validžić, 2018).

Postoji osnovna razlika između počinitelja s duševnim smetnjama i onih koji to nisu. Naime, određeni počinitelji profesionalno su orijentirani prema svojim kriminalnim aktivnostima na način da sagledavaju posljedice svojih radnji, dok neki idu do te mjere da računaju potencijalno vrijeme provedeno u zatvoru za određeno kazneno djelo (Welldon, 1997; prema Validžić, 2018). S druge strane, počinitelji koji pate od nekog duševnog poremećaja upravo zbog utjecaja bolesti nisu u mogućnosti snositi odgovornost za svoje kazneno djelo pa se pravno ne smatraju krivima. Neubrojiva osoba tijekom počinjenja kaznenog djela zbog svoje bolesti nije mogla upravljati vlastitom voljom niti je mogla shvatiti značenje svog postupanja.

U Hrvatskoj do pedesetih godina prošlog stoljeća nije postojalo organizirano liječenje forenzičko psihijatrijskih pacijenata. Krajem 50-ih godina, u Klinici za psihijatriju „Vrapče“ (1957.), a kasnije i u Neuropsihijatrijskoj bolnici „dr. Ivan Barbot“ - Popovača

(1963.), otvaraju se forenzičko psihijatrijski odjeli, dok se devedesetih godina prošlog stoljeća isti otvaraju u Psihijatrijskoj bolnici „Rab“ i Psihijatrijskoj bolnici „Ugljan“ (Jukić, 2013). U Republici Hrvatskoj postoje četiri ustanove za prisilni smještaj nebrojivih osoba s ukupnim kapacitetom od 351 osobe (NN, 86/98):

- Klinika za psihijatriju „Vrapče“
- Psihijatrijska bolnica „Rab“
- Psihijatrijska bolnica „Ugljan“
- Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ - Popovača

Forenzičko psihijatrijskim tretmanom nastoji se pokušati ispraviti ponašanje pacijenata i prosuditi razina rizika njihovog društveno opasnog ponašanja. Glavna svrha tretmana forenzičko psihijatrijskih pacijenata je razvijanje njihove samosvijesti o mentalnom stanju i funkcioniranju, a uključuje biološke, psihološke i sociološke metode, poput farmakoterapije, individualne i grupne psihoterapije, socioterapije u okviru terapijske zajednice, rehabilitacije i resocijalizacije te pripremu i izvršenje privremenih otpusta i povratka u društvo (McGauley and Humphrey, 2003; prema Ljubičić, 2013). Robertson, Barnao i Ward (2011) navode da je rehabilitacija glavni cilj rada s nebrojivim počiniteljima kaznenih djela. Stoga, tretman nebrojivih počinitelja usmjeren je na rješavanje problema, kontrolu ljutnje i na intervencije kojima je u fokusu samoozljeđivanje (Ashford i sur., 2009; prema Ljubičić, 2013).

Shodno svemu navedenom, ključno istraživačko pitanje bilo bi, pregledom literature, prikazati koncept pojma „forenzički pacijent“ u Hrvatskoj i drugim državama te, s obzirom da je ono u različitim državama drugačije definirano, napraviti usporedbu njihovog zakonskog određenja. Cilj ovog rada je pregledom nalaza postojeće literature konceptualizirati načine na koje se tretmanske metode u radu forenzičko psihijatrijskih pacijenata provode, kako u Hrvatskoj, tako i u drugim državama, te ustanoviti potencijalne mogućnosti njihova unaprjeđenja.

2. Zakonski okvir postupanja prema forenzičko psihijatrijskim (nebrojivim) pacijentima

Reguliranje pravnog položaja nebrojivih počinitelja protupravnih djela smatra se velikim izazovom za kaznenopravnu znanost i praksu. Razlog tome leži u činjenici da se nebrojive osobe, suprotno ostalim počiniteljima kaznenih djela, pravnim normama ne suprostavljaju voljno i svjesno (Srdoć i Škorić, 2015). Na delinkventno i neprimjereno ponašanje njihovih kaznenih djela utječu upravo psihopatološki čimbenici kroz djelovanje na njihove mentalne i voljne sposobnosti, onemogućujući time usklađivanje njihovog ponašanja s važećom pravnom regulativom. Narav njihove bolesti čini ih opasnima i nepredvidivima za društvo, ali i nesposobnima da sami štite vlastita prava.

Upravo zbog prethodno navedenog, od iznimne je važnosti uspostaviti primjerene pravne mehanizme kojima će biti osigurana dvostruka zaštita; zaštita društva od potencijalno agresivnog ponašanja nebrojivih osoba koje može predstavljati opasnost za druge i zaštita nebrojivih osoba kojima je zbog njihovog mentalnog stanja potrebna pomoć društva. Međutim, uspostavljanje ravnoteže između ova dva zahtjeva nije nimalo lagana zadaća, zbog čega je pitanje uređenja pravnog statusa ove kategorije počinitelja već desetljećima u fokusu interesa znanstvene javnosti, ali prvenstveno psihijataru i pravniku koji se u svom profesionalnom radu direktno susreću s ovom vrstom delinkvenata (Srdoć i Škorić, 2015).

Primarno je polazište kaznenopravnih sustava suvremenih europskih država stajalište da se osobi mogu uračunati samo one radnje koje su rezultat njezinog izbora i da, shodno tome, kaznu zaslužuje isključivo onaj pojedinac koji je sposoban svjesno i samostalno odlučiti hoće li ili neće poduzeti određenu radnju (Škorić i Srdoć, 2015). Kao što je već rečeno, nebrojive osobe nemaju navedene kapacitete jer zbog svoje bolesti nisu sposobne shvatiti značenje i posljedice svojih postupaka, što u konačnici rezultira isključenjem pravnog kažnjavanja. No, isto tako, nedvojbeno je da nebrojive osobe mogu predstavljati opasnost za sigurnost drugih ljudi, stoga je zadaća društva zaštita svojih članova od pojedinaca koji ih mogu ozlijediti ili ugroziti, neovisno o razlozima koji se nalaze u podlozi njihovog agresivnog ponašanja.

Shodno tome, i prema nebrojivim počiniteljima kaznenih djela moraju se poduzeti odgovarajuće mjere u cilju otklanjanja takve opasnosti. Kako te mjere, u principu, impliciraju ograničavanje ili oduzimanje temeljnih ljudskih prava, nužno je, u postupku u kojem se mjere izriču, poštivanje najviših pravnih i zakonskih standarda. Štoviše, ovim osobama potrebno je

pružiti dodatna pravna jamstva s ciljem kompenzacije njihove „limitiranosti“ u samostalnom prosuđivanju i zaštite vlastitih prava i interesa (Škorić i Srdoč, 2015).

U postupanju prema nebrojivim počiniteljima kaznenih djela nastoji se pomiriti nekoliko različitih potreba, a to su potrebe društva, potrebe osoba koje su počinile nezakonito djelo i potrebe osoba oštećenih takvim djelom. Društvo ne upućuje prijekor nebrojivim osobama jer ono prepoznaje i prihvaća da one se snose krivnju za počinjenje protupravnog djela. Međutim, ono je u potpunosti svjesno da postoji opasnost da nebrojiva osoba ponovno počini takvo djelo (Burić i Tripalo, 2012). Isto tako, potrebna je pomoć i zaštita od strane društva osobi koja je počinila protupravno djelo u stanju nebrojivosti. Takva osoba također polaže pravo na suđenje, u kojem će se sumnja i okolnosti počinjenja protupravnog djela razjasniti na detaljan i objektivan način. Također, nužno je na adekvatan način istražiti okolnosti djela i na njih primjereno i pravovremeno reagirati, kako bi se mogle zadovoljiti potrebe osobe koja je tim protupravnim djelom oštećena (Burić i Tripalo, 2012).

Shodno svemu navedenom, ravnoteža svih ovih potreba odražava se upravo kroz nekažnjavanje nebrojivih počinitelja kaznenih djela, ali i kroz zadržavanje mogućnosti da se prema takvim počiniteljima primijene druge mjere, kao što su kaznenopravne sankcije čija primjena nije vezana za krivnju (Burić i Tripalo, 2012).

Pravni položaj nebrojivih počinitelja kaznenih djela u Republici Hrvatskoj reguliran je kroz nekoliko zakona – Zakon o kaznenom postupku, Kazneni zakon i Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (Goreta, Jukić i Turković, 1998).

Posljednjih godina kaznenopravni sustav u Republici Hrvatskoj prošao je kroz temeljitu promjenu. Novi Zakon o kaznenom postupku usvojen je u prosincu 2008. godine, a od siječnja 2013. godine na snazi je novi Kazneni zakon. Ove promjene odrazile su se na sve one koji su uključeni u funkcioniranje kaznenopravnog sustava, odnosno na one koji ga primjenjuju i one na kojima se primjenjuje, što znači da obuhvaća i osobe koje su počinile protupravno djelo u stanju nebrojivosti (Burić i Tripalo, 2012).

2.1. Zakon o kaznenom postupku (NN 152/08, 76/09, 80/11, 121/11, 91/12, 143/12, 56/13, 145/13, 152/14, 70/17, 126/19, 126/19)

U slučaju sumnje da je osoba protupravno djelo počinila u stanju nebrojivosti, vodi se postupak koji se po nizu posebnosti razlikuje od redovnog kaznenog postupka, zbog čega

sadrži karakter posebnog postupka. U njemu se ne utvrđuje je li osoba kriva i jesu li ispunjeni uvjeti za izricanje kaznenopravne sankcije, već je li osoba počinila protupravno djelo u stanju nebrojivosti i jesu li ispunjeni uvjeti za primjenu nekih posebnih mjera prema počinitelju takvog djela. Istvremeno, osoba protiv koje se vodi postupak okrivljena je za počinjenje protupravnog djela i mora joj se pružiti mogućnost da se oslobodi sumnje da je takvo djelo počinila. Shodno tome, načelo pravičnog postupka mora se u potpunosti poštivati, a prava ovog okrivljenika mogu biti ograničena u odnosu na prava okrivljenika iz redovnog kaznenog postupka isključivo u mjeri koja je nužna posljedica njegova zdravstvenog stanja i ako ih prate odgovarajući kompenzatorni mehanizmi (Škorić i Srdoč, 2015).

S obzirom na navedene specifičnosti, u Zakonu o kaznenom postupku oduvijek je bio propisan poseban postupak prema nebrojivim počiniteljima. Do 1998. godine radilo se o postupku u kojem su se mogle izreći sigurnosne mjere obveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi, kao i psihijatrijskog liječenja na slobodi nebrojivih osoba. Nova koncepcija krivnje u Kaznenom zakonu iz 1997. godine rezultirala je značajnim promjenama u materijalnopravnom statusu nebrojivih osoba, tako da je i Zakon o kaznenom postupku, koji je stupio na snagu zajedno s Kaznenim zakonom iz 1997. godine, unio puno noviteta i uvelike izmijenio ulogu kaznenog suda u postupku prema nebrojivim počiniteljima kaznenih djela. Najznačajnija promjena bila je ukidanje mogućnosti izricanja bilo koje sigurnosne mjere nebrojivim počiniteljima protupravnih djela od strane kaznenog suda (Škorić i Srdoč, 2015).

Godine 2002. došlo je do značajnih izmjena Zakona o kaznenom postupku iz 1997. godine u kontekstu položaja nebrojivih osoba tijekom kaznenog postupka. Najznačajnija izmjena odnosila se na promjenu nadležnosti u pogledu donošenja odluke o prisilnom smještaju nebrojive osobe. Nadalje, izmjenama i dopunama ZKP/97 iz 2002. godine, određeno je da će državni odvjetnik u optužnici, uz zahtjev da sud utvrdi je li okrivljenik počinio protupravno djelo u stanju nebrojivosti, postaviti i zahtjev da mu se odredi prisilni smještaj prema odredbama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama iz 1997. godine, o čemu u kaznenom postupku odlučuje sud. Ovom Novelom Zakona o kaznenom postupku propisana je i posebna osnova za pritvor protiv okrivljenika za kojeg postoji sumnja da je protupravno djelo počinio u stanju nebrojivosti, a koja implicira da se pritvor može odrediti i ako postoji vjerojatnost da bi takav okrivljenik zbog težih duševnih smetnji mogao počiniti teže kazneno djelo. Ono što je važno naglasiti jest da je zakonodavac propisao da se u tom slučaju pritvor izvršava u bolnici za osobe lišene slobode ili u odgovarajućoj psihijatrijskoj ustanovi, čime je

isključio dotadašnju mogućnost da ove osobe pritvor izvršavaju u zatvoru (Škorić i Srdoč, 2015). Nakon izmjena i dopuna iz 2002. godine, odredbe ZKP/97 u značajnoj su mjeri usklađene s europskim standardima zaštite ljudskih prava osoba s duševnim smetnjama.

Novi Zakon o kaznenom postupku Hrvatski sabor donio je u prosincu 2008. godine. Tripalo (2017) kao najvažnije posebnosti postupka prema okrivljenicima koji su optuženi za počinjenje protupravnog djela u stanju neubrojivosti, u sklopu novog ZKP-a, navodi:

- *vođenje postupka samo na zahtjev državnog odvjetnika (članak 549. stavak 2. ZKP/08.),*
- *obvezno provođenje istrage (članak 549. stavak 3. ZKP/08.),*
- *obvezna obrana po branitelju od donošenja rješenja o provođenju istrage (članak 550. stavak 4.),*
- *posebna osnova za istražni zatvor (koja, u suštini, ima za posljedicu poseban način njegovog izvršavanja – članak 551. stavci 1. i 2. ZKP/08.),*
- *mogućnost zamjene tog istražnog zatvora posebnom mjerom opreza – liječenja na slobodi (članak 551. stavci 3. i 4. ZKP/08.),*
- *poseban sadržaj optužnice (članak 550. stavak 1. ZKP/08.),*
- *sudjelovanje u postupku bliskih osoba (članak 552. stavak 1. ZKP/08.)*
- *obveza ispitivanja optuženika prije rasprave radi ocjene njegove raspravne sposobnosti (članak 552. stavak 3.),*
- *oblik očitovanja o optužbi (članak 552. stavak 3.),*
- *sadržaj presude kojom se utvrđuje da je optuženik počinio protupravno djelo, da ga je počinio u stanju neubrojivosti te se određuje prisilni smještaj u psihijatrijsku ustanovu ili psihijatrijsko liječenje na slobodi u trajanju šest mjeseci uz obvezno određivanje, odnosno produljenje istražnog zatvora (članak 554. stavak 1. ZKP/08.),*
- *mogućnost tzv. „ekspresne“ optužnice nakon odbijajuće presude donesene zbog nedokazanosti neubrojivosti optuženika (članak 554. stavak 6. ZKP/08.) i*
- *dostavljanje presude bliskoj osobi (članak 555. stavak 1. ZKP/08.).*

2.2. Kazneni zakon (NN 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19)

Prema Kaznenom zakonu, biti ubrojiv znači moći djelovati u skladu s pravnim normama i na taj način biti sposoban za krivnju. Iako znanost nije uspjela izgraditi cjelovitu teoriju o ljudskoj prirodi, ličnosti i slobodi volje, prevladava stav da svaki čovjek ima sposobnost za krivnju, tako da se ubrojivost u kaznenom pravu pretpostavlja, a u slučaju sumnje moguće je dokazivati suprotno. Stoga, polazeći od te pretpostavke, zakonodavac ne definira ubrojivost, već neubrojivost (Goreta i sur., 1998).

Kazneni zakon iz 1997. godine je u članku 40. stavku 1. propisao: „Neubrojiva osoba nije kriva i prema njoj se ne može primijeniti kaznenopravna sankcija.“ Ovom odredbom provedeno je načelo krivnje iz članka 4. KZ/97., prema kojemu nitko nije mogao biti kažnjen niti se prema njemu mogla primijeniti druga kaznenopravna sankcija (što obuhvaća i sigurnosne mjere), ako za počinjeno djelo nije bio kriv (Novoselec i Garačić, 2012). Novelom iz 2000. godine stavak 1. članka 40. Kazneni zakon iz 1997. godine dopunjen je odredbom da se „neubrojiva osoba može smjestiti u psihijatrijsku ustanovu prema odredbama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama“, čime se također nastojalo direktno fokusirati na primjenu *lex specialis* prema neubrojivim osobama koje su ostvarile zakonska obilježja kaznenog djela (Tripalo, 2017).

Kazneni zakon (čl. 40. st. 2.) iz 1997. godine je odredio 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 se nastojala postići kroz njihovo liječenje i ozdravljenje, ali i zaštita društva od neubrojivih počinitelja zbog njihove opasnosti za okolinu koja se poduzima prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, a ne primjenom kaznenopravnih sankcija (Burić i Tripalo, 2012). Novoselec (2009) upućuje kritiku rješenju Kaznenog zakona iz 1997. godine i navodi da za utvrđivanje neubrojivosti nije dovoljno da je počinitelj ostvario biće kaznenog djela, već ne smije postojati niti jedan razlog isključenja protupravnosti. Odnosno, traži se prisutnost neubrojivosti u vrijeme počinjenja kaznenog djela. Jedna od značajnijih izmjena u definiciji neubrojivosti bila je ona iz Kaznenog zakona iz 1997. godine kojom je i neka druga teža duševna smetnja propisana kao biopsihološka osnova neubrojivosti. Zbog novih spoznaja u

psihijatriji, koje su dokazale da postoje psihički abnormalna stanja koja je nemoguće kategorizirati niti pod jednu do tada priznatu osnovu neubrojivosti, ta se izmjena pokazala nužnom (Škorić i Srdoč, 2015).

Kazneni zakon iz 2011. godine uveo je novu koncepciju krivnje, tako da je pored dotadašnja tri elementa - ubrojivost, namjera (nehaj) i svijest o protupravnosti, odredio i četvrti - nepostojanje ispričavajućih razloga, čime je zapravo samo dodatno potvrđen stav da je krivnja normativno obilježen institut koji nije moguće svesti na isključivo psihički odnos počinitelja prema djelu. Isto tako, u ovom zakonu propisana su dva ispričavajuća razloga: prekoračenje nužne obrane zbog ispričive jake prepasti prouzročene napadom (čl. 21., st. 4.) i krajnja nužda kao razlog isključenja krivnje (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 ubrojiv, koji je postupao s namjerom ili iz nehaja, koji je bio svjestan ili je bio dužan i mogao biti svjestan da je njegovo djelo zabranjeno, a ne postoji nijedan ispričavajući razlog.*

Prema čl. 24., st. 2. KZ/11, *neubrojiva je osoba koja u vrijeme ostvarenja protupravnog djela nije mogla shvatiti značenje svojeg postupanja ili nije mogla vladati svojom voljom zbog duševne bolesti, privremene duševne poremećenosti, nedovoljnog duševnog razvitka ili neke druge teže duševne smetnje.*

Prema čl. 24., st. 4. KZ/11, *neubrojivoj osobi može se izreći sigurnosna mjera zabrane obavljanja određene dužnosti ili djelatnosti, zabrane upravljanja motornim vozilom, zabrane približavanja, udaljenje iz zajedničkog kućanstva i zabrane pristupa Internetu.*

Prema čl. 25. KZ/11, *ne smatra se neubrojivim počinitelj koji se uporabom alkohola, droga ili na drugi način svojom krivnjom doveo u stanje u kojem nije mogao shvatiti značenje svojeg postupanja ili nije mogao vladati svojom voljom, ako je u vrijeme kad se dovodio u takvo stanje kazneno djelo što ga je počinio bilo obuhvaćeno njegovom namjerom ili je glede tog kaznenog djela kod njega postojao nehaj, a zakon propisuje kažnjivost i za taj oblik krivnje.*

Za krivnju je sposobna isključivo ubrojiva osoba. Ubrojivost nije definirana ni u jednom kaznenom propisu, definirana je samo neubrojivost iz koje se zatim izvodi definicija ubrojivosti. Shodno tome, ubrojivost se sastoji od dvije komponente – intelektualne i voljne. Intelektualna komponenta osobi omogućava shvaćanje značenja svog postupka, dok voljna

omogućava vladanje svojom voljom. Isključenje jedne od dvije navedene sastavnice ubrojivosti, pod uvjetom da je uzrok jedan od oblika duševnih smetnji, rezultira stanjem neubrojivosti (Burić i Tripalo, 2012).

Ubrojivost je pretpostavka kaznene odgovornosti. Ako osoba nije bila ubrojiva u vrijeme počinjenja protupravnog djela, postupanje koje bi inače ostvarilo elemente protupravnog djela ne može se nazvati „izvršenjem krivičnog djela“, kao što je to bilo određeno Osnovnim krivičnim zakonom Republike Hrvatske.

Postupak kojim se ostvaruju obilježja kaznenog djela propisana zakonom zabranjen je, odnosno protupravan je. No, osoba koja je u vrijeme počinjenja kaznenog djela bila neubrojiva, ne čini kazneno djelo. Na taj način provedena je usklađenost terminologije koju koriste temeljni kaznenopravni zakoni – Kazneni zakon i Zakon o kaznenom postupku (Burić i Tripalo, 2012).

Shodno svemu navedenom, možemo zaključiti da se Kazneni zakon tijekom godina mijenjao u mnogim aspektima. Načelo krivnje se redefiniralo, tako da je sada prema neubrojivim počiniteljima kaznenih djela moguće primijeniti sigurnosne mjere koje nisu medicinskog karaktera (Burić i Tripalo, 2012). Mjera psihijatrijskog liječenja nije u sustavu kaznenopravnih sankcija, već se uređuje psihijatrijskim pravom (ZZDOS). Navedeno zapravo predstavlja korak unatrag za položaj neubrojivih počinitelja. Kazneni zakon iz 1997. godine propisivao je kako zaštitu neubrojivih počinitelja, tako i zaštitu društva od počinitelja. No, novim zakonom oni su uvedeni pod okrilje kaznenopravnih sankcija i nemedicinskih sigurnosnih mjera (Burić i Tripalo, 2012).

2.3. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (NN 76/14)

Nemoć ili teškoće da se koriste svojim pravima, kao i nemogućnost prosuđivanja vlastitog interesa, a nerijetko i ponašanja kojim izravno ugrožavaju svoj život i zdravlje, ali i život i sigurnost drugih ljudi, pretpostavke su na kojima se temelji osjetljivost položaja osoba s duševnim smetnjama (Grozđanić i Tripalo, 2013). Upravo na temelju tih pretpostavki, a pod određenim zakonom propisanim uvjetima, prisilni smještaj i liječenje osoba s duševnim smetnjama opravdano je i izvedivo. No, s obzirom da prisilni smještaj i liječenje, s perspektive osobe na koju se primjenjuje, podrazumijeva oduzimanje ili ograničavanje temeljnih ljudskih prava, poput prava na slobodu, prava na kretanje, prava na podvrgavanje medicinskim postupcima isključivo uz pristanak, prava na autonomiju i samoodređenje, ono

mora biti utemeljeno na Ustavu, određeno zakonom i podvrgnuto sudskoj odluci i kontroli (Grozđanić i Tripalo, 2013).

Shodno tome, suvremene države i na zakonodavnom planu poklanjaju posebnu pozornost i određuju pravne sadržaje za zaštitu osoba s duševnim smetnjama, nastojeći kroz pravno definiranje ponašanja svih sudionika u postupcima prema osobama s duševnim smetnjama (kaznenom, građanskom, izvanparničnom i sl.) osigurati mehanizme za njihovu zaštitu (Grozđanić i Tripalo, 2013). Standardi za propisivanje zakonodavstva o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, kojima se nastoji dosegnuti visok stupanj njihove zaštite, sadržani su u rezolucijama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), Vijeća Europe, Vijeća Europske unije i Opće skupštine Ujedinjenih naroda (Grozđanić i Rittossa, 2017).

Najvažniji dokument u kontekstu zaštite prava osoba s duševnim smetnjama, a vjerojatno i najdjelotvorniji, je Europska konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda, koja u nekoliko odredbi navodi ili izvodi prava koja osobe s duševnim smetnjama imaju (Filipović, 2014). Članak 3. EKLJP-a propisuje se da se *nitko ne smije podvrgnuti mučenju ni nečovječnom ili ponižavajućem postupanju ili kažnjavanju*.

Prema Grozđanić i Tripalo (2013), prije donošenja Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, zatvaranje i smještaj psihijatrijskih bolesnika u psihijatrijske ustanove provodili su se najčešće bez provođenja sudskog postupka i bez donošenja sudske odluke o prisilnoj hospitalizaciji. Takvim načinom učestalo su se kršile odredbe Ustava Republike Hrvatske, ali i mnogih međunarodnih dokumenata koji su, štiteći slobodu čovjeka, kao temeljno ljudsko pravo zahtijevali upravo sudsku odluku kao jedini akt kojim je moguće ograničiti ili oduzeti slobodu.

Tripalo (2017) ističe da je neposredni povod donošenju Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama bio novi Kazneni zakon iz 1997. godine koji je, vezujući krivnju ne samo uz kaznu, nego i uz sve kaznenopravne sankcije, isključio mogućnost izricanja sigurnosnih mjera obveznog psihijatrijskog liječenja prema nebrojivim počiniteljima protupravnih djela.

Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić i Grozđanić (2005; prema Filipović, 2014) navode da je uloga Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama nastojanje da zaštiti prava osoba s duševnim smetnjama jer su one zbog svoje mentalne nekompetentnosti ili nedovoljne mentalne kompetentnosti (što podrazumijeva duševne bolesti, privremenu duševnu poremećenost, nedovoljan duševni razvoj ili neki drugi teži oblik duševnog poremećaja) onemogućene štititi vlastite interese,

boriti se za svoja prava ili zaštititi sebe od nepotrebnih, a katkad i protupravnih zatvaranja u psihijatrijsku ustanovu.

Zaslugom pozitivnog razvoja politike zaštite mentalnog zdravlja, krajem 1997. godine na snagu je stupio Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, prvi zasebni zakon koji je na sveobuhvatan način uredio položaj i prava osoba koje pate od duševnih smetnji, a istovremeno je osigurao mehanizme zaštite u slučaju povrede tih prava (Rittossa, 2017). Ovaj zakon predstavljao je uistinu važan pravni mehanizam u funkciji zaštite osoba s duševnim smetnjama, a obuhvaćao je tadašnje dobro poznate i općepriznate međunarodne standarde koji su desetljećima predstavljali temelj pravnog statusa osoba s duševnim smetnjama u većini zapadnoeuropskih i američkih država (Grozđanić i Tripalo, 2013). No, istovremeno, taj zakon bio je značajan problem za sve one, prvenstveno pravnike i psihijatre, koji su morali po njemu postupati. Nesklad između visokih standarda propisanih novim zakonom i tadašnjom praksom odnošenja prema osobama s duševnim smetnjama predstavljao je nepremostivu prepreku oživotvorenju Zakona. Goreta (1999; prema Grozđanić i Tripalo, 2013) u svom radu iznosi mišljenje da donošenje Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama nije ispunilo visoka očekivanja koja je struka imala, već upravo suprotno, u mnogim je segmentima zapravo dodatno ugrozilo ljudska prava i slobodu psihijatrijskih bolesnika. Navedeno se samo djelomice može pripisati lošim zakonskim odredbama, a mnogo više nepripremljenosti za njihovu primjenu, kako u pravosuđu, tako i u psihijatriji, nerazumijevanju njihova sadržaja, nedostatnoj educiranosti, krajnje birokratskom pristupu materiji u kojoj takav pristup jednostavno ne može funkcionirati, utrci za honorarima i sl.

Srdoć i Škorić (2015) navode da, iako su u Zakonu bili ugrađeni visoki standardi za zaštitu prava nebrojivih počinitelja, njihovu implementaciju u praksu obilježili su značajni problemi, posebno u odnosu na spomenutu kategoriju bolesnika. Prelazak nebrojivih osoba iz kaznenog postupka u postupak prisilnog smještaja bio je nedovoljno i nejasno reguliran, što je dovelo do gubitka mehanizma njihove pravne zaštite koja im je do tada bila omogućena kaznenim postupkom, a istodobno im civilni postupak nije osigurao adekvatna procesna jamstva u postupku prisilnog smještaja.

Shodno svemu navedenom, ubrzo nakon stupanja na snagu Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama uslijedila je njegova sveobuhvatna izmjena kojom se, odustajući od propisanih visokih standarda, nastojao ublažiti već spomenuti raskorak između zakonskih rješenja i zatečenog stanja u praksi postupanja prema osobama s duševnim smetnjama (Grozđanić i

Tripalo, 2013). Tako je najprije izmijenjena odredba koja je nalagala da građanski sud u izvanparničnom postupku određuje prvi prisilni smještaj neubrojivoj osobi i da neubrojiva osoba iz kaznenopravne regulative prelazi u civilnu, nakon što kazneni sud donese odluku o njezinu prisilnom smještaju (Srdoć i Škorić, 2015). Isto tako, kao samostalni preduvjet za prisilnu hospitalizaciju neubrojivih osoba određeno je postojanje visokog stupnja vjerojatnosti da bi osoba zbog duševnih smetnji, radi kojih je nastupila njezina neubrojivost, mogla ponovno počinuti kazneno djelo za koje je zapriječena kazna zatvora u trajanju od najmanje tri godine. Značajna izmjena Zakona učinjena 2002. godine otklonila je znatan dio nedostataka, no dijelom je kreirala nove. Najveći propust na pravnoj razini predstavljalo je ukidanje mogućnosti liječenja neubrojivih osoba na slobodi (Srdoć i Škorić, 2015).

Novi Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama stupio je na snagu 1. siječnja 2015. godine. U kontekstu osoba koje su u stanju neubrojivosti počinile protupravno djelo, najvažnija novina bila je ponovno uvođenje mogućnosti njihovog liječenja na slobodi. Dotadašnja nemogućnost određivanja ovog oblika liječenja u praksi dovodila je do izricanja mjera prisilnog liječenja u psihijatrijskoj ustanovi i neubrojivim pacijentima s nižom razinom opasnosti, iako je za otklanjanje iste bilo dovoljno liječenje na slobodi što je, posebno gledano s etičke strane, neprihvatljivo. Stoga, uvođenjem liječenja na slobodi omogućena je dosljedna primjena načela razmjernosti koju se mora poštivati prilikom svakog ograničenja slobode i koja uvjetuje da stupanj ograničenja temeljnih prava neubrojive osobe bude proporcionalan razini njezine opasnosti (Goreta, 2012). Novi Zakon uveo je i značajne novosti u postupku određivanja psihijatrijske ustanove u kojoj će se neubrojiva osoba liječiti (čl. 53. i 54.).

Prema aktualnoj zakonskoj regulativi, izbor odgovarajuće ustanove za prisilni smještaj, kao i liječenje na slobodi, trenutno je u nadležnosti županijskog suda mjesta prebivališta ili boravišta neubrojive osobe. Shodno tome, sud će prilikom odabira ustanove primarno voditi računa o stupnju opasnosti neubrojive osobe i sigurnosnim uvjetima u psihijatrijskim ustanovama, a osobu kojoj je određeno psihijatrijsko liječenje na slobodi uputit će na psihijatrijsko liječenje u ustanovu s liste koja je najbliža njezinu prebivalištu, odnosno boravištu (Srdoć i Škorić, 2015).

Prema čl. 6., st. 2. ZZODS/15, osobe smještene u psihijatrijske ustanove imaju pravo na jednake uvjete i standarde liječenja kao i osobe smještene u druge zdravstvene ustanove. U Ustavu Republike Hrvatske, članku 16., sadržano je da, ukoliko je potrebno ograničiti bilo

koji oblik slobode i prava osoba s duševnim smetnjama, isto se može propisati isključivo ZZODS-om. U skladu s time, postupanja se sastoje od dva potpuno suprotna zahtjeva. Prvo postupanje odnosi se na zahtjev za zaštitu osobe (pritom je ključno uvažavanje njezinih prava), a drugo na zahtjev za zaštitu društva, gdje se primjenjuje prisilni smještaj i zadržavanje, s jedinstvenim ciljem liječenja u specijaliziranim medicinskim ustanovama (Kozarić-Kovačić i sur., 2005; prema Filipović, 2014).

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 s 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.*

Prema članku 6., *osoba s 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.*

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“.*

Nadalje, prema članku 25., osobe s duševnim smetnjama dobrovoljno se mogu smjestiti u psihijatrijsku ustanovu uz njihov pisani pristanak i ako se takvo liječenje ne može provesti u drugoj ustanovi. Osoba može pristanak opozvati u bilo kojem trenutku, a ukoliko to napravi, nužno joj je objasniti posljedice prestanka primjenjivanja određenog medicinskog postupka. Ako je osoba smještena u psihijatrijsku ustanovu bez pristanka, potrebno je bez odgode, a

najkasnije u roku od 48 sati od dobivanja pisanog pristanka osobe od povjerenja ili zakonskog zastupnika, obavijestiti pravobranitelja za osobe s invaliditetom.

Prema čl. 27., st.1., sukladno postupku za prisilno zadržavanje i prisilni smještaj, *osobe s težim duševnim smetnjama koje zbog tih smetnji ozbiljno i izravno ugrožavaju vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost, smjestit će se u psihijatrijsku ustanovu.*

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.

Glava 7., „Prisilni smještaj i liječenje na slobodi neubrojive osobe“, najviše se odnosi na neubrojive osobe. Članak 50. navodi, *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“.*

Prema čl. 51., st. 1., *sud će u kaznenom postupku odrediti prisilni smještaj neubrojive osobe u psihijatrijsku ustanovu u trajanju od šest mjeseci ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra utvrdio da postoji vjerojatnost da bi ta osoba zbog težih duševnih smetnji, zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost, mogla ponovno počinuti teže kazneno djelo i da je za otklanjanje te opasnosti potrebno njezino liječenje u psihijatrijskoj ustanovi.*

Prema čl. 51., st. 2., *sud u kaznenom postupku odredit će psihijatrijsko liječenje neubrojive osobe na slobodi u trajanju od šest mjeseci, ako je na temelju mišljenja vještaka psihijatra utvrdio da postoji vjerojatnost da bi ta osoba zbog težih duševnih smetnji zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost mogla ponovno počinuti teže kazneno djelo i da je za otklanjanje te opasnosti dovoljno njezino liječenje na slobodi. Ova odluka sadrži upozorenje neubrojivoj osobi da će biti prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu ako do dana određenog rješenjem o upućivanju u psihijatrijsku ustanovu iz članka 53. stavka 4. ovoga Zakona 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. Članak 57., st. 1. ističe da neubrojiva osoba može privremeno

izaći iz psihijatrijske ustanove. Navedeno se prvenstveno traži radi forenzičke terapije, rehabilitacije, socijalne adaptacije ili nekih drugih opravdanih razloga, a odobrit će se ukoliko je prisutan visoki stupanj vjerojatnosti da za vrijeme izlaska osoba neće ugroziti vlastiti ili tuđi život, zdravlje ili sigurnost.

Mjere prisile obuhvaćene su člankom 60., st. 1., a definirane su kao sredstva i metode za fizičko ograničavanje kretanja i djelovanja osobe s težim duševnim smetnjama koja je smještena u psihijatrijskoj ustanovi. Nadalje, članak 61., st. 1. navodi da se mjere prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama smiju primijeniti samo u iznimnim slučajevima i pod uvjetom da su one jedino sredstvo koje može otkloniti neposrednu opasnost koja proizlazi iz njezinog ponašanja, a kojom ozbiljno i izravno ugrožava svoj ili tuđi život ili zdravlje. Odluku o primjeni mjere prisile donosi psihijatar, a on snosi odgovornost i za njezin nadzor.

Ako zbog iznimne hitnosti nije moguće čekati na odluku psihijatra, odluku o primjeni mjere prisile može donijeti doktor medicine, medicinska sestra ili drugo zdravstveno osoblje, koji su obvezni o tome odmah obavijestiti psihijatra, a on će zatim pregledati osobu s težim duševnim smetnjama i odlučiti o daljnjoj primjeni mjere prisile (članak 62., st. 2.).

Prije nego što se na njoj primijene mjere prisile, osoba s težim duševnim smetnjama bit će, ako je to s obzirom na okolnosti moguće, na isto upozorena. Mjere prisile, razlozi, način, trajanje i ime osobe koja je donijela odluku o njezinoj primjeni, obavezno se unose u medicinsku dokumentaciju. O primjeni mjera prisile psihijatrijska ustanova obavijestit će osobu od povjerenja, zakonskog zastupnika i etičko povjerenstvo (Filipović, 2014). Isto tako, ako policija po pozivu primjenjuje sredstva prisile prema osobi s težim duševnim smetnjama smještenoj u psihijatrijskoj ustanovi, obvezna je postupati s posebnom pažnjom, štiti njezino dostojanstvo te se držati uputa zdravstvenog osoblja (članak 65.).

2.5. Usporedba zakonskih određenja postupanja i statusa nebrojivih počinitelja kaznenih djela u drugim državama

Kao što je već spomenuto, osobi koja boluje od mentalne bolesti za vrijeme počinjenja kaznenoga djela određuje se mjera obveznog liječenja u psihijatrijskoj ustanovi (Bergman, 1997; prema Kovačević i sur., 2015). Međutim, različite države primjenjuju različitu praksu pa zapravo ne postoje ujednačeni kriteriji za proglašavanje neke osobe nebrojivom.

Promjene u zakonodavstvima u zadnjih 50-ak godina utemeljene su na pretpostavci da je psihička bolest i uzrok i prediktor nasilnog ponašanja, što je dovelo do promjena vezanih uz tretman, odnosno do prisilnog smještaja u institucije osoba koje se smatraju opasnima (Appelbaum, 1994; prema Large i Nielssen, 2017). U ovom dijelu bit će prikazano na koji način je status neubrojivih počinitelja uređen u drugim zemljama.

Austrijski Kazneni zakon implicira da se neubrojivi počinitelji kaznenih djela smještaju u specijalne institucije na neodređeno vrijeme. Međutim, takva posebna institucija u vrijeme uvođenja tog pravila 1975. godine, kao ni sljedećih deset godina, nije postojala pa su se do 1985. neubrojive osobe smještale u regionalne psihijatrijske bolnice, a sud nije imao nikakvu daljnju kontrolu nad njihovim smještajem (Čatipović, Grubišić i Kerin, 2010). Austrijski Kazneni zakon također je propisao da počinitelji koji su odgovorni za počinjeni delikt, iako su postupali pod utjecajem većeg stupnja mentalne abnormalnosti, svejedno mogu biti kažnjeni. Pod biološke osnove koje mogu dovesti do proglašenja osobe neubrojivom ili zbog kojih se može smatrati da je počinila kazneno djelo pod većim utjecajem duševne abnormalnosti navode se: funkcionalna ili organska psihoza, ozbiljnije intelektualne teškoće ili druga patološka duševna stanja ekvivalentna prethodno navedenima. Austrijski Zakon propisuje u čl. 21. st. 1. da nemogućnost shvaćanja ili kontroliranja vlastitog ponašanja u trenutku počinjenja delikta, koja je uzrokovana unaprijed spomenutim stanjima, ne čini osobu krivom. Ukoliko je prisutna opasnost od daljnjeg počinjenja kaznenog djela, osoba može biti prisilno smještena u odgovarajuću ustanovu (Čatipović i sur., 2010). Sudovi odlučuju isključivo o tome hoće li počinitelju biti izrečena zatvorska kazna i/ili mjera obveznog psihijatrijskog liječenja, dok je odluka o smještaju nakon suđenja povjerena Ministarstvu pravosuđa. Neubrojive osobe smještaju se u spomenutu centralnu instituciju ili psihijatrijsku bolnicu, a one koje su počinile kazneno djelo pod većim utjecajem duševne abnormalnosti smještaju se u specijalne forenzičke ustanove ili u poseban odjel zatvora.

Člankom 46. njemačkog Kaznenog zakona propisano je da je krivnja počinitelja pretpostavka za izricanje kazne. Stoga, ako počinitelj u trenutku počinjenja delikta nije bio sposoban shvatiti da je njegovo djelo zabranjeno, ne smatra se krivim. Duševna bolest može biti uzrok nesposobnosti shvaćanja značenja vlastitog postupanja. Odredbe kojima je reguliran smještaj i tretman duševno bolesnih počinitelja u njemačkom se kaznenom zakonu nalaze u glavi pod nazivom „mjere poboljšanja i sigurnosti“, što pokazuje da izricanje mjera prema njima nije usmjereno na kažnjavanje, nego na pružanje mogućnosti rehabilitacije i poboljšanje njihovog

stanja, štiteći istovremeno ostatak društva od opasnosti koju duševno bolesni počinitelji predstavljaju (Čatipović i sur., 2010). U članku 20. propisane su biološke osnove koje mogu dovesti do neubrojivosti ili smanjene ubrojivosti, a navode se sljedeće: patološki duševni poremećaji, duboki poremećaji svijesti, nedovoljni duševni razvitak ili neki drugih teški oblici duševnih abnormalnosti, koji počinitelju onemogućuju shvaćanje značenja svog ponašanja.

Trenutno u Engleskoj, Walesu, Škotskoj i Sjevernoj Irskoj postoje četiri donekle različita pristupa neubrojivima (Thomson, 2008). U Velikoj Britaniji neubrojivi počinitelji kaznenih djela smještaju se u institucije različitog stupnja sigurnosti, od onih s maksimalnim stupnjem sigurnosti do onih s niskim. Specijalne bolnice srednjeg i niskog stupnja sigurnosti zapravo su intenzivne psihijatrijske jedinice za akutne pacijente i zaključani odjeli općih psihijatrijskih bolnica koji služe za rehabilitaciju pacijenata koji imaju kontroliran pristup zajednici. Isto tako, u Engleskoj i Walesu postoje i nezavisne sigurne psihijatrijske institucije kojima se nastoji popuniti veliki jaz u djelovanju forenzičkih službi u Velikoj Britaniji.

Rješenja u francuskom zakonodavstvu poprilično se razlikuju od prethodno razmatranih. Francuski Kazneni zakon u članku 122-1 razlikuje potpunu kaznenu odgovornost i njenu potpunu odsutnost. Spomeniti članak ujedno je i jedini koji se u francuskom Kaznenom zakonu odnosi na počinitelje kaznenih djela s duševnim smetnjama, a glasi: "Osoba koja u trenutku počinjenja pati od duševnih ili neuro-psihijatrijskih problema, koji je onemogućuju u shvaćanju vlastitog ponašanja ili u njegovu kontroliranju, nije kaznenopravno odgovorna. Osoba koja u trenutku počinjenja pati od duševnih ili neuropsihijatrijskih problema, koji umanjuju mogućnost shvaćanja vlastitog ponašanja ili njegovog kontroliranja, bit će kaznenopravno kažnjena. No, sudovi ove okolnosti uzimaju u obzir pri određivanju kazne i određivanju modaliteta njezina izvršenja." Valja naglasiti da termini „duševni problemi“ i „neuro-psihijatrijski problemi“ nisu definirani, stoga su interpretacija i evaluacija prepuštene stručnjacima i sucima. Pitanje smještaja počinitelja s duševnim smetnjama nije regulirano Kaznenim, već Kazneno procesnim zakonom. Duševno bolesni počinitelji za koje se utvrdi da su ubrojivi uglavnom se smještaju u zatvore, no ako se smatraju opasnima, postoji mogućnost da ih se premjesti u psihijatrijsku bolnicu, dok će oni koji su neubrojivi biti ili pušteni na slobodu ili će biti smješteni u psihijatrijsku ustanovu, ovisno o stupnju njihove osobne i društvene opasnosti (Čatipović, Grubišić i Kerin, 2010).

Nadalje, švedski Kazneni zakon je još 1965. napustio koncept neubrojivosti i zamijenio ga konceptom prema kojemu se duševno bolesni smatraju odgovornima u kaznenom pravu pa mjera psihijatrijskog liječenja na taj način postaje sankcija. Prema Kaznenom zakonu, poglavljju 6. glave 30., osoba koja je počinila kazneno djelo pod utjecajem teškog duševnog poremećaja ne može biti poslana u zatvor. Ukoliko u takvom slučaju sud utvrdi da nije potrebno primijeniti niti jednu drugu sankciju, optuženik će biti pušten na slobodu (Čatipović, i sur., 2010). Ako je osobi koja bi inače trebala biti osuđena na kaznu zatvora potrebna psihijatrijska skrb, sud će joj umjesto smještaja u zatvoru odrediti forenzičku skrb. Isto tako, dokle god postoji opasnost da će osoba koja je počinila kazneno djelo pod utjecajem teškog duševnog poremećaja ponovno počiniti teško kazneno djelo, sud će odrediti potrebu za stručnom evaluacijom kao pretpostavku za puštanje, kako bi se utvrdilo da takva opasnost više ne postoji. Za određivanje forenzičke skrbi nužan je medicinski nalaz kojim će se potvrditi postojanje potrebe za istom prije izricanja same sankcije. Ono što je zanimljivo jest da je za izricanje sankcije smještaja u forenzičku ustanovu potrebno da težak duševni poremećaj, pod čijim je utjecajem kazneno djelo počinjeno, postoji i u trenutku donošenja presude jer u protivnom ona ne može biti izrečena. U takvim slučajevima veoma je teško pronaći adekvatnu sankciju, posebice kada se radi o teškim kaznenim djelima, kao što je npr. kazneno djelo ubojstva jer je iznimno upitno koliko adekvatna može biti bilo koja druga sankcija koja se smije izreći, poput uvjetne kazne (Čatipović i sur., 2010).

Kazneni zakon Republike Srbije člankom. 13. propisuje da je kazneno odgovoran jedino počinitelj koji je ubrojav. Neubrojivost je definirana u čl. 14., koji određuje da nije uračunljiv počinitelj koji u vrijeme počinjenja kaznenog djela nije mogao shvatiti značaj svog postupanja ili nije mogao upravljati svojim postupcima za vrijeme duševne bolesti, privremene duševne poremećenosti ili zaostalog duševnog razvoja. U slučaju da je osoba uslijed navedenih stanja bila sposobna shvatiti značaj postupanja ili je bila sposobna upravljati svojim postupcima, no bila je bitno smanjeno ubrojiva, može se blaže kazniti (Čatipović i sur., 2010).

Prema Čatipović i sur. (2010), slovenski Kazneni zakon u čl. 29. propisuje da, osoba koja u vrijeme počinjenja kaznenog djela nije bila ubrojiva, nije kriva. Počinitelj koji u vrijeme počinjenja kaznenog djela nije bio u mogućnosti shvatiti značenje svog postupanja ili nije mogao kontrolirati svoje ponašanje uslijed duševne bolesti ili nedovoljnog duševnog razvitka, nije ubrojav. Ako je iz istih razloga sposobnost shvaćanja i kontroliranja vlastitog ponašanja bila znatno umanjena, počinitelj se smatra krivim, no može se blaže kazniti.

U SAD-u većina država i saveznih vlada priznaje mogućnost obrane okrivljenika na temelju njegove duševne bolesti. Međutim, Montana, Utah, Kansas i Idaho jedine su države koje to ne čine. Dokaz da različite države primjenjuju različitu praksu i ne postoje ujednačeni kriteriji u kontekstu proglašavanja neke osobe neubrojivom, vidljiv je u praksi nekih dijelova SAD-a, gdje se na smrt osuđuju osobe s umjerenom mentalnom retardacijom koje nemaju intelektualni kapacitet za planiranje počinjenja djela, nisu sposobne pomoći odvjetniku u svojoj obrani i ne razumiju sudski postupak, kao niti kaznu koju im je namijenjena (Perske, 2001; Olvera i sur. 2000; prema Kovačević i sur., 2015). Isto tako, iako bi trebala, u dijelu SAD-a za mnoge osobe počinitelje kaznenih djela ne vrši se procjena ubrojivosti (Reid, 2004; prema Kovačević i sur., 2015).

3. Etiologija kriminalnog ponašanja forenzičko psihijatrijskih pacijenata

Jedna od kategorija ljudi kojih se opća populacija najviše plaši je kategorija mentalno bolesnih osoba optuženih ili osuđenih za počinjenje kaznenih djela (Shah, 1990; Steadman i Cocozza, 1978; prema Teplin, Abram i McClelland, 1994).

Prije svega, važno je naglasiti da pokušaji utvrđivanja povezanosti između mentalnih bolesti i zločina do danas nisu rezultirali apsolutnim uspjehom. Odnosno, iako je literatura o kriminalnom ponašanju mentalno oboljelih bogata, nalazi studija o toj temi nisu konzistentni, tj. nije ih moguće međusobno usporediti. Uzrok tome leži u činjenici da ovakva istraživanja najčešće sadrže brojne metodološke nedostatke, od toga da je uzorak ispitanika obično prigodan, a ne slučajno izabran, da uglavnom nedostaju kontrolne grupe i da dijagnostički instrumenti za procjenu mentalnog poremećaja nisu ujednačeni (Teplin i sur., 1994). Goreta i sur. (2002; prema Goreta, Peko-Čović, Buzina i Majdančić, 2004) kao najčešće razloge za nedostatak pouzdanih dijagnostičkih informacija u forenzičkoj praksi navode negiranje počinjenja djela od strane okrivljenika tijekom aktualnog sudskog postupka, negiranje bilo koje psihopatologije koju bi se moglo povezati s počinjenjem tog djela, obranu šutnjom i preuranjeno upućivanje ispitanika na vještačenje (odnosi se na početnu fazu postupka, kada u sudskom spisu još uvijek nema ispitanikova svjedočenja o inkriminiranom djelu, a često ni svjedočenja od strane drugih osoba).

Kriminologija je znanost utemeljena na traženju i primjeni multidisciplinarnih znanstvenih koncepata, metoda i teorija u svrhu proučavanja društvenog fenomena zločina, njegovih počinitelja i žrtava (Fattah, 2008; prema Getoš Kalac i Karlović, 2014). Isto tako, bavi se proučavanjem kriminaliteta kao individualnog i socijalnog fenomena, što obuhvaća njegovu incidenciju, uzroke, posljedice i formu, kao i socijalne i društvene odgovore na kriminalitet (Sycamnias, 2007; prema Ricijaš, 2009). Svrha kriminoloških teorija jest pokušaj objašnjenja uzroka kriminaliteta i pronalazak rješenja za njegovu kontrolu. U današnje doba razlikujemo tri najznačajnije kriminološke škole, a to su Klasična škola, Pozitivistička škola i Čikaška škola. Iz spomenutih škola nastale su biološke, psihološke i sociološke teorije pa tako razlikujemo biološke, psihološke i sociološke pristupe kriminalitetu (Ricijaš, 2009).

U kontekstu nebrojivih počinitelja kaznenih djela naglasak se najviše stavlja na biološki, a zatim i na psihološki pristup. Pod biološke teorije koje se bave uzrocima kriminaliteta podrazumijevamo one teorije koje nastoje pronaći uzročne čimbenike u tijelu pojedinca,

odnosno u njegovoj biološkoj predispoziciji (Stanković, 2017). One se zasnivaju na pretpostavci da tjelesna građa (biološke osobine) pojedinca u potpunosti, ili barem dijelom, određuje njegovo ponašanje (Martinjak i Odeljan, 2016). Novija istraživanja tvrde da su znanstvenici otkrili direktnu povezanost gena s delinkvencijom i nasilničkim ponašanjem (Stanković, 2017). Ellis (1990; Burke, 2009; prema Validžić, 2018) je nastojao preko teorije prirodne selekcije bazirane na genetskoj evoluciji objasniti neke aspekte kriminalnog ponašanja pa je istaknuo kako su neke kriminalne aktivnosti, kao što su silovanja, napadaji, zlostavljanja djece i imovinski delikti, snažno povezani s genetskim čimbenicima. Generalno govoreći, genetičari su oprezni u tvrdnjama da je ljudsko ponašanje uvjetovano nasljednim karakteristikama, no ističu da je određene osobine ličnosti moguće objasniti na temelju njih, odnosno da je neka kriminalna ponašanja, koja su izazvana čimbenicima okoline, moguće objasniti genetikom (Jones, 1993; Burke, 2009; prema Validžić, 2018).

Jedan od najistaknutijih predstavnika bioloških teorija bio je talijanski psihijatar i utemeljitelj antropološke teorije Cesare Lombroso. On je vjerovao da se uzroci činjenja kaznenih djela kriju u organskim anomalijama pojedinca i da su društveni uzroci samo podražaji pomoću kojih se one aktiviraju (Ellwood, 1912; prema Vukasović, 2018). Prema Lombrosu, osoba koja počini kazneno djelo rođena je kao kriminalac, a njezino kazneno djelo rezultat je primitivnih osobina preživljavanja kod pojedinca (Burke, 2009; prema Validžić, 2018). Lombroso razlikuje pet tipova zločinaca: rođeni zločinac, zločinac iz navike, duševno bolesni delinkvent, zločinac iz strasti i slučajni zločinac (Dragičević Prtenjača, 2014). Tvrdio je da je desna moždana hemisfera kod osoba koje čine kaznena djela i psihički bolesnih osoba dominantnija, čime je postavio temelje za buduća istraživanja o organskoj podlozi psihičkih poremećaja (Kushner, 2011; Buzina, 2011).

Psihološke teorije kriminaliteta naglasak stavljaju na način utjecaja mentalnih procesa na individualne sklonosti nasilju. One u prvi plan shvaćanja uzroka devijantnog ponašanja stavljaju osobine ličnosti (motivi, inteligencija, stavovi itd.) i kognitivne/psihičke poremećaje, kao i njihovu vezu s okruženjem, biokemijskim procesima u tijelu i drugim čimbenicima (Martinjak i Odeljan, 2016).

Jedan od poznatijih predstavnika ove grupe teorija je austrijski neurolog Sigmund Freud. Prema njemu, ličnost se sastoji od tri strukture: id, ego i superego, a do činjenja kaznenih djela dolazi kada dođe do disbalansa između ovih kategorija. Freudov koncept psihoanalize ističe da je čovjek nesvjesno biće koje nije u mogućnosti vladati samim sobom.

Psihoanalitičari smatraju da uzrok činjenja kaznenih djela leži upravo u nemogućnosti čovjeka da samog sebe spozna i da kontrolira vlastite instinkte zbog neodgovarajućeg razvoja ega i superega (Friedlunder, 1947; prema Hagan, 2013; prema Vukasović, 2018).

Generalno gledajući, psihološke teorije nedostatke u čovjekovoj ličnosti povezuju s delinkvencijom. Stoga, veliki broj psihoanalitički usmjerenih autora smatra da bilo koji oblik oduzimanja, npr. nečeg materijalnog, ili pak emocionalno uskraćivanje, dovodi pojedinca do frustracije koja zatim prerasta u agresiju, dok kao glavnu karakteristiku delinkvenata ističe nisku razinu tolerancije na frustraciju (Dollard, 1929; prema Singer, Kovčo Vukadin i Cajner Mraović, 2002; prema Vukasović, 2018). Isto tako, jedan dio autora navodi da zbog određenih nedostataka u ličnosti dolazi do teže prilagodbe zahtjevima društva u kojem osoba živi, kao i njegovim normama i vrijednostima, a kada pojedinac nema izgrađene jake veze sa socijalnom okolinom, sklon je dovođenju u situacije koje su pogodnije za činjenje kaznenih djela.

Istraživanjima uzroka kriminaliteta počeli su se baviti i znanstvenici iz područja psihijatrije koji su delinkventnu osobu opisali kao psihički abnormalnu osobu s oštećenom ličnošću i simptomima koji ulaze u pojam psihopatije (Singer i sur., 2002; prema Vukasović, 2018). Taj pojam obuhvaća bešćutnost, nepoštivanje društvenih normi, nedostatak međuljudskih odnosa, odsustvo osjećaja krivnje, ovisnost o drugima, seksualnu nezrelost, nemogućnost promjene ponašanja unatoč kaznama i bezobzirnost u zadovoljenju vlastitih potreba. Nabrojane karakteristike stručnjaci svrstavaju u grupu kriminalnih ličnosti, a još ih nazivaju i sociopatskim (Schneideru, 1942; prema Singer i sur., 2002; prema Vukasović, 2018).

Eysenck (1989; prema Jovanović, 2018) navodi da su za pojavu kriminalnog ponašanja biološki i psihološki faktori važniji od socioloških i ekonomskih. On opisuje tri dimenzije karaktera, a to su ekstraverzija, neuroticizam i psihoticizam, na čijim skalama delinkventna populacija ukazuje viša postignuća. Isto tako, kod delinkvenata su povišeni rezultati na skalama psihopatije, hipomanije i ponekad shizofrenije.

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

U sklopu psihopatoloških teorija psihijatri traže uzrok kriminaliteta u različitim duševnim poremećajima jer u određen dio počinitelja kaznenih djela ulaze duševni bolesnici. Slijedom toga, došlo se do zaključka o zločinu kao posljedici mentalnog poremećaja pa se delinkventno ponašanje ispituje u kontekstu duševnih devijacija počinitelja, odnosno kao proizvod tjelesne i duševne patologije (Stanković, 2017). Međutim, patologija ne sadrži samo biološku i sociološku osnovu, već je prisutan i utjecaj društvenih faktora na čovjeka pa tako alkoholizam, narkomanija, spolne i druge bolesti, koje prouzrokuju duševne poremećaje kod čovjeka, imaju i svoje društvene korijene. Spomenute teorije također se koriste kako bi se opisala ozbiljnija, nasilna kaznena djela, a njihovim uzrokom ističu manifestaciju mentalnih bolesti, posebno antisocijalnog poremećaja ličnosti i psihopatije (Vukasović, 2018). No, duševne smetnje još uvijek su predmet studija jer je na tom području prisutno ogromno neslaganje s obzirom na definicije, klasifikacije, uzroke, metode za identifikaciju, dijagnozu i analizu (Stanković, 2017).

Sociološke teorije nastale su kao reakcija na biološke i psihološke teorije, a u svojim polaznim premisama prikazivale su ulogu društvenih faktora u objašnjenju ljudskog ponašanja. Gledano sa sociološke perspektive, zločin se javlja pri nastanku nepovoljnih društvenih pojava kojima se pojedinac nije u mogućnosti oduprijeti (Martinjak i Odeljan, 2016). Stanković (2017) navodi da sociološke teorije o uzrocima kriminaliteta imaju pretpostavku da kriminalitet prouzrokuju sljedeći čimbenici: slabo obrazovanje, siromaštvo, neodgovarajuće stanovanje, neodgovarajuća socijalizacija, razdvojene porodice, društvo delinkvenata, loši roditelji, poteškoće u porodici i kriminogena društvena sredina. Faktori iz društvene sredine guraju ili vuku pojedinca u kriminalnu djelatnost, odnosno uzroci kriminaliteta nalaze se izvan pojedinca i dio su društvene sredine, on je pasivna osoba koju vode okolnosti nad kojima ne posjeduje moć.

Sociološki pozitivisti prepoznaju zločin kao rezultat društva, no također znaju da je on prijetnja društvu i da se kao takav mora kontrolirati (Burke, 2009; prema Validžić, 2018). Psihosocijalni i okolinski čimbenici podrazumijevaju pretjeranu ekspresiju emocija i neadekvatne mehanizme izražavanja emocija u obitelji, kao i neodgovarajuće odnose između roditelja i djeteta, posebice majke (Kaplan i Sadock, 1995; Buzina, 2011).

Psihički poremećaj koji se najčešće povezuje s kriminalnim ponašanjem je shizofrenija. Uzrok njezinog nastanka i dalje je nepoznat, no čini se da je ona posljedica kombinacije bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koji su u složenim međusobnim vezama.

Razvijene su brojne teorije s ciljem objašnjenja uzroka nastanka shizofrenije, ali nijedna nije opće prihvaćena i nije dovela do konačnog objašnjenja uzroka ovog poremećaja (Bloch i sur., 2010). Buchanan i Carpenten (2005; Buzina, 2011) kao glavne teorije u kontekstu etiologije shizofrenije navode promjenu genske ekspresije, neuroimunološku teoriju, neurorazvojnu teoriju i neurodegenerativnu teoriju. Model stres-dijateza koristi se najčešće, a govori da osoba kod koje se shizofrenija razvije posjeduje specifičnu biološku osjetljivost aktiviranu stresom, koja zatim rezultira simptomom shizofrenije. Stres može biti genetski, biološki, psihosocijalni i okolinski (Kaplan i Sadock, 1995; Buzina, 2011).

Simptomi shizofrenije povezani su s mnogobrojnim i raznovrsnim psihopatološkim doživljavanjima, kao što su iskrivljeno doživljavanje stvarnosti, sumanute ideje, iluzije i halucinacije, poremećaji doživljavanja i gubitak granica vlastitog ja, gubitak osjećaja posjedovanja vlastitih želja, emocionalnih stanja i postupaka, depersonalizacija i dezintegracija ličnosti, derealizacija te nedostatak kritičnosti i uvida u bolest kao zajedničko obilježje svih psihotičnih poremećaja. Isto tako, zamjetna je i dezorganizacija i osiromašenje psihičkih funkcija (uključujući emocije) i dezintegracija cijele ličnosti (Hanssen i sur., 2005; prema Šendula Jengić, 2008).

Većina se istraživača na području etiologije shizofrenije slaže da geni pridonose razvoju shizofrenije, no način i mjera u kojoj to čine i dalje ostaje diskutabilno. Međutim, dokazano je da se shizofrenija češće pojavljuje kod krvnih srodnika, što izravno upućuje na genetske čimbenike, jedino nedostaju pouzdane spoznaje o promjenama na genomu i jesu li uključeni uvijek isti ili pak različiti geni (Frančišković i Moro, 2009).

Istraživanje Modestina i Wuermlea (2004; prema Šendula Jengić, 2008) ispitivalo je otprilike 500 osoba s dijagnozom shizofrenije i afektivnog poremećaja na okolnost zlorabe opojnih sredstava. Rezultati su pokazali da osobe sa zlorabom opojnih sredstava dva puta češće čine kriminalna djela. No, povećan broj djela nasilnog kriminaliteta (kaznena djela protiv imovine) zabilježen je kod osoba kod kojih je dijagnosticirana dijagnoza shizofrenija bez zlorabe opojnih sredstava i afektivnih poremećaja bez zlorabe opojnih tvari. Shodno tome, autori zaključuju da osobe sa psihotičnim poremećajima imaju veću stopu kriminaliteta i kada se ne radi o komorbiditetnoj uporabi opojnih tvari (Modestin i Wuermle, 2005; prema Šendula Jengić, 2008).

Novija istraživanja pokazuju da je kriminalitet, među osobama s duševnim poremećajima koje su u vrijeme počinjenja djela bile smanjeno ubrojive ili neubrojive, u porastu, kao i kod

osoba koje zlorabe opojna sredstva ili su ovisne o njima (Šendula Jengiđ, 2008). Tako je velika švedska epidemiološka studija utvrdila da je među počiniteljima kaznenih djela, osobito među počiniteljima nasilnih kaznenih djela, zabilježen veći broj osoba s mentalnim poremećajima i/ili osoba koje zlorabe sredstva ovisnosti (Hodgins i Janson, 2002; prema Mustapić i Jadrešin, 2014).

Istraživanje provedeno u Kanadi pokazalo je da je zlouporaba psihoaktivnih tvari glavni uzrok nasilja i mentalno oboljelih i zdravih počinitelja kaznenih djela (Stuart, 2003; prema Kovačević i sur., 2015). Konzumacija alkohola posebno je značajan kriminogeni čimbenik, tako da se nastojao utvrditi utjecaj alkoholiziranosti *tempore criminis* počinitelja na ostvarenje protupravnih djela. Od ukupno 323 ispitanika, 57,6% njih nije bilo pod utjecajem alkohola *tempore criminis*, a 42,4% jest, što sugerira da je konzumacija alkohola u vrijeme ostvarenja protupravnog djela bitan kriminogeni čimbenik i da je potrebno raditi na prevenciji konzumacije alkohola kod osoba oboljelih od psihijatrijskih bolesti. Nalazi ovog istraživanja pokazali su da se neubrojivi počinitelji, u odnosu na vrstu ostvarenog protupravnog djela, ne razlikuju u alkoholiziranosti *tempore criminis* (Stuart, 2003; prema Kovačević i sur., 2015).

Istraživanja pokazuju da je stopa nasilnog kriminaliteta u porastu kod osoba sa psihotičnim poremećajima, a postoje tri hipoteze kojima se navedeni nalazi objašnjavaju (Hodgins i Janson, 2004; prema Šendula Jengiđ, 2008). Prva hipoteza govori da osobe s mentalnim poremećajima nisu češći počinitelji kaznenih djela od osoba bez poremećaja, ali ih policija lakše otkrije. Druga hipoteza navodi da politika deinstitucionalizacije u području mentalnog zdravlja doprinosi situaciji u kojoj mnoge osobe s ozbiljnim duševnim poremećajima ne dobivaju odgovarajući tretman u zajednici i ne pruža im se dostatna ili odgovarajuća skrb, stoga je izostanak iste povezan s počinjenjem ilegalnih radnji. Za kraj, treća hipoteza ističe ulogu opće psihijatrije i psihologije u dijagnostici i prevenciji, čime bi se pravovremeno mogle identificirati osobe koje rano počnu pokazivati specifične poremećaje i nasilno ponašanje (Hodgins i Janson, 2004; prema Šendula Jengiđ, 2008).

Da se među nasilnijim počiniteljima značajno češće nalaze oni koji imaju psihotične simptome potvrđuju i rezultati Madenova (2009; prema Ljubičić, 2013) istraživanja, koji također iznosi konstataciju da je prevalencija shizofrenije unutar opće populacije u Engleskoj i Walesu 1%, a za počinitelje kaznenog djela ubojstva 5%. Nadalje, proučavajući uzorak 12 058 ispitanika rođenih iste godine u sjevernoj Finskoj, Tiihonen i suradnici (1997; prema Šendula Jengiđ, 2008) su utvrdili da postoji viši rizik za kriminalno ponašanje među osobama

sa psihotičnim poremećajem. On je najprije povezan s alkoholom induciranim psihozama i shizofrenijom u komorbiditetu sa zlouporabom opojnih droga, ali i shizofrenijom bez drugih popratnih dijagnoza.

Jovanović (2018) je u svom radu nastojao utvrditi povezanost kriminalnog ponašanja sa psihičkim osobinama počinitelja kriminalnih djela. Uzorak istraživanja sastojao se od 118 počinitelja kaznenih djela - 60 počinitelja kaznenog djela ubojstva i 58 počinitelja drugih kaznenih djela (razbojništvo, krađa itd.). Rezultati su pokazali visoke prosječne vrijednosti (> 60) na skalama psihopatije, histerije, shizofrenije, depresije i paranoidnosti u grupi počinitelja kaznenog djela ubojstva, a visoke prosječne vrijednosti (> 60) samo na skali psihopatije u grupi počinitelja drugih kaznenih djela. Shodno tome, istraživanje je zapravo pokazalo da su, u usporedbi s drugom grupom, u grupi počinitelja kaznenog djela ubojstva prisutnije psihičke bolesti/stanja, dok je najznačajnija razlika dobivena na skali shizofrenije, čija je dijagnoza postavljena kod 16,66% počinitelja kaznenog djela ubojstva, u usporedbi s 6,89% počinitelja drugih kaznenih djela. U skladu s time, autor zaključuje da je hipoteza dokazana, odnosno da postoji povezanost između psihičkih osobina i kriminalnog ponašanja.

Kao što je na početku spomenuto, različite studije na ovu temu dale su suprotne rezultate. Tako Englander (2003, prema Ljubičić, 2013) navodi da su Juss i Monahan pronašli blagu povezanost između mentalnih bolesti i vršenja nasilničkih krivičnih djela. Do sličnih su nalaza došli i Teplin, Abram i McClelland (1994; prema Ljubičić, 2013) u svom šestogodišnjem istraživanju provedenom na uzorku zatvorenika, na temelju kojeg su zaključili da dijagnoza mentalnog poremećaja nije mjerodavan prediktor nasilničkog kriminaliteta, već je to ranije počinjeno kazneno djelo sličnog (nasilničkog) karaktera. Buzina (2015; prema Božinović, 2018) također ističe da istraživanja o povezanosti psihičke bolesti i kriminalnog ponašanja nisu jednoznačna pa se tako jedan dio autora slaže da su npr. simptomi shizofrenije povezani s povećanim rizikom za buduće kriminalno ponašanje (Link i Stueve, 1994; Link i sur., 1998; McNeil, 1994; McNeil i Binder, 1994; Silva i sur., 1995; Taylor i sur., 1998; prema Buzina, 2015; prema Božinović, 2018), dok se drugi dio autora ne slaže s tom tvrdnjom (Junginger i sur., 1998; Martel i Dietz, 1992; Rudnick, 1999.; Steadman i sur., 1998; Buzina, 2015; prema Božinović, 2018).

4. Fenomenologija rizičnog ponašanja forenzičko psihijatrijskih pacijenata

Iako je agresija pojam koji je često upotrebljavan, jednoznačna definicija ili uzrok agresivnog ponašanja nije u potpunosti poznat. U literaturi susrećemo preko stotinu sakupljenih različitih definicija agresije. Tako Bandura (Bandura, 1978; prema Šendula Jengić, 2008) agresiju opisuje kao ponašanje osobe koje dovodi do povrede ili fizičke destrukcije osobe. Mnogobrojni autori (Dollard i sur., 1939; Buss, 1961; Moyer, 1987; Berkowitz, 1988; prema Žužul, 1989) slažu se da je agresija ponašanje kojim se nanosi šteta nekoj drugoj osobi, no istovremeno se razilaze u mišljenju je li potrebna namjera da se bi se to ponašanje smatralo agresivnim. Tako Buss, Bandura i Eron (Žužul, 1989) prihvaćaju navedenu opću definiciju bez prisutnosti elementa namjere, što rezultira pojavom diskusije o njezinoj točnosti jer pod agresiju ne možemo uvrstiti slučajeve u kojima smo npr. osobu slučajno zalili kavom ili nekome u javnom prijevozu slučajno stali na nogu. Shodno tome, Žužul (1989) agresiju ili agresivno ponašanje definira kao svaku reakciju (fizičku ili verbalnu) izvedenu s namjerom da se drugoj osobi nanese šteta ili povreda bilo koje vrste, bez obzira je li ta namjera do kraja realizirana.

Agresivnost je čest i problematičan aspekt liječenja forenzičko psihijatrijskih pacijenata. Ona se u velikom broju istraživanja pokazala kao dobar prediktor budućeg delinkventnog ponašanja (Huesmann i sur., 1984; prema Vukosav, Glavina Jelaš i Sindik, 2017). Općenito govoreći, agresivnost definiramo kao više ili manje izraženu, relativno stabilnu tendenciju pojedinca da napada, prijeti ili uđe u sukob/svađu u određenim (provocirajućim) situacijama (Žužul, 1986; prema Đuretić, 2016).

Erick Fromm navodi da agresivnost nije jednoznačna pojava i razlikuje dvije njene vrste: benignu (koja je biološki adaptivna i služi životu) i malignu (koja je biološki neadaptivna). Benigna predstavlja odgovor na ugroženost vitalnih interesa, reaktivna je i defanzivna. Zajednička je osobina i čovjeku i životinjama, a rješava problem ugroženosti uklanjanjem onoga koji takvo stanje prouzrokuje. S druge strane, maligna agresivnost veže se uz destruktivnost i okrutnost, pojavljuje se samo kod ljudi i manifestira se kroz ubijanje koje kod subjekta te radnje izaziva uživanje, što je zapravo glavna svrha navedene radnje (Fromm, 1986; prema Ignjatović, 2011).

Kvalifikacija uzroka onoga što bi moglo biti posljedica agresije, s obzirom na postojanje ili odsustvo namjere, posebno je složena u forenzičko psihijatrijskim vještačenjima duševnih

bolesnika, počinitelja kaznenih ili prekršajnih djela, ukoliko se utvrdi da je počinitelj bio neubrojiv (Jukić i Savić, 2014). Oni naglašavaju da, usprkos tome što posljedica može biti ista (patnja, ozljeda, invalidnost), u agresivnom i nasilničkom ponašanju duševnih bolesnika često izostaje namjera, radi čega se ponašanja psihotičnih i nepsihotičnih pojedinaca značajno razlikuju.

Rezultati mnogih istraživanja pokazuju da je rizik od agresivnog ponašanja povišen kod osoba koje pate od shizofrenije. Smatra se da je nasilje kod ljudi koji pate od shizofrenije povezano sa simptomima shizofrenije i sa nesposobnošću organizacije njihovih misli. Iako se mišljenja u vezi odnosa između mentalnih bolesti i kriminalnog ponašanja razlikuju, mnogi autori se slažu da su pacijenti koji pripadaju određenim dijagnostičkim kategorijama skloniji agresivnom ponašanju. U slučajevima shizofrenije, nemogućnost regulacije raznih negativnih emocija, poput bijesa, hostilnosti i razdražljivosti, zajedno s gubitkom kontrole impulsa, može dovesti do agresivnosti i nasilja (Link i Stueve, 2002; prema Ružić, Frančišković, Šuković, Žarković-Palijan, Buzina, Rončević-Gržeta i Petranović, 2008).

Cima, Maaïke i Nijman (2003) navode da postoji nekoliko bitnih razlika u pozadini i vrsti kaznenih djela počinjenih od strane psihotičnih i nepsihotičnih počinitelja kaznenih djela. U svom radu uspoređivali su psihijatrijsko i kriminalno podrijetlo 111 forenzičkih pacijenata kojima je dijagnosticiran psihotični poremećaj i 197 nepsihotičnih počinitelja. Obje skupine bile su na liječenju u istim psihijatrijskim bolnicama u Njemačkoj i Nizozemskoj. Rezultati su pokazali da su, za razliku od nepsihotičnih počinitelja, većina psihotičnih prijestupnika po prvi puta počinitelji kaznenih djela, a ista su imala element teškog fizičkog napada. Ti napadi često su bili usmjereni na osobe koje su poznavali od prije. Seksualni delikti bili su relativno rijetki među psihotičnim prijestupnicima. Od 111 kaznenih djela koja su počinili psihotični pacijenti, 33 (30%) imalo je smrtno posljedice, a u svim tim slučajevima psihotični počinitelj žrtvu je poznao od prije i zapravo je utvrđeno da je vrlo mala vjerojatnost da će psihotični počinitelji ubiti potpuno nepoznate osobe. Ono što je izuzetno u ovom slučaju je to što su 33 psihotična pacijenta, koja su počinila zločine s fatalnim ishodom, imali manje zabilježenih prijašnjih evidencija o uhićenju, kasnije su započeli kriminalne radnje i rjeđe su bili ovisni o psihoaktivnim tvarima, naspram psihotičnih pacijenata čija djela nisu prouzročila ničiju smrt. Shodno svemu navedenom, zaključuje se da, iako psihotični pacijenti čine teška kaznena djela, vjerojatnost da će počiniti ozbiljan seksualni delikt, u usporedbi sa nepsihotičnim forenzičkim pacijentima, je mala. Isto tako, podskupinu psihotičnih počinitelja koji čine zločine sa smrtnim posljedicama možda će biti teško prepoznati i prema njima pravovremeno

intervenirati, upravo iz razloga što takvi počinitelji često nemaju povijest kaznenog kažnjavanja niti devijantnog ponašanja.

Wellson (1997; prema Validžić) ističe da je većina forenzičkih počinitelja imala izuzetno problematično djetinjstvo. Neki imaju kriminalne dosjee i jako nisko samopouzdanje koje često skrivaju iza arogantnog i drskog ponašanja, impulzivni su i sumnjičavi te puni mržnje prema autoritetima. Isto tako, pojedini počinitelji imaju veliki kapacitet za izražavanje bijesa, iako se istovremeno čime sramežljivi i ne posjeduju mehanizme putem kojih bi prema drugoj osobi znali biti nježni ili izraziti ljubav. Rezultati istraživanja Munkner i sur. (2003; prema Šendula Jengić, 2008) pokazali su da 37% muškaraca koji boluju od shizofrenije ima kriminalnu povijest, a 13% su počinitelji prvog kriminalnog djela s elementom nasilja prije prvog kontakta sa psihijatrijskim sustavom.

Goreta, Peko Čović, Buzina, Krajačić i Jukić (2007) u svom su radu napravili komparativnu analizu psiholoških, psihopatoloških, socijalnih, kriminoloških i forenzičko psihijatrijskih obilježja 94 ispitanika ocijenjenih smanjeno ubrojjivima i 150 ispitanika ocijenjenih neubrojjivima. Rezultati su pokazali da se neubrojjivi ispitanici češće nalaze u skupini počinitelja kaznenih djela protiv života i tijela, gkazneno djelo koje čine je ubojstvo, a kod većine prevladava psihotični profil. U varijabli „prva dijagnoza“, koja je prisutna u trenutku počinjenja djela, pod najčešće dijagnoze (poredane prema relativnom značenju za procjenu ubrojjivosti) neubrojjivih pacijenata navode se paranoidna shizofrenija, sumanuti poremećaj i shizofrenija bez specificirane subkategorije te bolesti. Najfrekventnije prve dijagnoze tijekom vještačenja (poredane prema relativnom značenju za davanje prognostičkih procjena) kod skupine neubrojjivih bile su također paranoidna shizofrenija, sumanuti poremećaj i neodređena shizofrenija. U kategoriji „zakonsko definiranje poremećaja/bolesti“, analiza je pokazala da se neubrojjivost vezuje uz duševnu bolest, dok se smanjena ubrojjivost vezuje uz teže duševne smetnje i privremenu duševnu poremećenost. Ovaj rezultat potvrdio je “klasičnu” povezanost duševne bolesti i neubrojjivosti. Što se tiče stupnja procjene opasnosti za okolinu, analiza je pokazala da su neubrojjivi ispitanici u većem postotku u visokom stupnju opasni za okolinu, dok je ta opasnost kod smanjeno ubrojjivih najčešće srednjeg stupnja.

Istraživanjem kojeg su proveli Kovačević i sur. (2015) nastojalo se ispitati obilježja kaznenih djela kod neubrojjivih počinitelja. Istraživanje je provedeno na uzorku od 323 muške osobe koje su ostvarile protupravno djelo u neubrojjivom stanju, a nalazile su se na prisilnom smještaju u Zavodu za forenzičku psihijatriju Neuropsihijatrijske bolnice "Dr. Ivan Barbot" u

Popovači. Rezultati su pokazali da neubrojive osobe najčešće ostvaruju protupravna djela ubojstva i pokušaja ubojstva (48%), a zatim imovinskih delikata, krađa, uništavanja groblja i pronevjera (19,8%). Nakon toga slijede protupravna djela razbojstva (16,1%), dok je najmanje protupravnih djela seksualnih delikata na štetu djece (3,1%) i prijetnji (3,1%).

Dobiveni rezultati u skladu su s ranije provedenim istraživanjem Zavoda za forenzičku psihijatriju Neuropsihijatrijske bolnice "Dr. Ivan Barbot" u Popovači na uzorku od 494 počinitelja kaznenih djela kojima je izrečena sigurnosna mjera psihijatrijskog liječenja (Kovač i Kovačević, 2001). Ono je pokazalo da nebrojivi i smanjeno ubrojivi počinitelji protupravnih djela najčešće ostvaruju protupravna djela protiv života i tijela. Isto tako, najveći broj protupravnih radnji pronađen je kod osoba s ostvarenim protupravnim djelom ubojstva (27,73%), pokušaja ubojstva (18,02%) i nanošenja teških tjelesnih ozljeda (4,25%), zatim kod protupravnih djela protiv imovine (23,59%), dok su se u nešto manjoj mjeri (9,31%) ostvarila protupravna djela protiv opće sigurnosti ljudi i imovine (Kovač i Kovačević, 2001).

Na temelju spomenutog istraživanja utvrđeno je da nebrojivi počinitelji, s obzirom na vrstu bolesti od koje boluju (prema relativnom značenju za procjenu ubrojivosti), ostvaruju različita protupravna djela. Najveći broj ispitanika boluje od shizofrenije (59,1%). Gotovo polovica ispitanika (47,6%) ostvarila je protupravno djelo ubojstva ili ubojstva u pokušaju, dok ih je najmanje (1,0%) ostvarilo protupravno djelo seksualnih delikata na štetu djece. Dijagnozu mentalne retardacije (prema relativnom značenju za procjenu ubrojivosti) ima 12,1% nebrojivih počinitelja, oni su najčešće ostvarili protupravna djela imovinskih delikata, krađe, uništavanja groblja i pronevjere (41,0%), ubojstva i ubojstva u pokušaju (25,6%), a nisu ostvarili niti jedno djelo prijetnje.

Longitudinalno istraživanje provedeno na Novom Zelandu o ubojstvima i neubrojivim počiniteljima pokazalo je da se broj ubojstava koja su počinile neubrojive osobe smanjio sa 19,5% 1970. na 5,0% 2000. godine. Većina nebrojivih je muškog spola (68%), prosječne dobi 33,6 godina. Najviše nebrojivih ima dijagnozu shizofrenije ili drugog psihotičnog poremećaja (58,7%), 14,3% ima dijagnozu poremećaja raspoloženja, a dijagnozu poremećaja ličnosti s komorbiditetom ili bez komorbiditeta ima 8,7%. Alkoholizam je dijagnosticiran kod 7,9%, a dijagnoze mentalne retardacije i organskoga duševnog poremećaja zastupljene su kod 7,1% ispitanika (Simpson i sur., 2004; prema Kovačević i sur., 2015).

U Velikoj Britaniji podaci za razdoblje od 2001. do 2011. pokazuju da su 10% (602) od ukupnog broja ubojstava (6065) počinili neubrojivi počinitelji, a najviše ih ima dijagnozu shizofrenije (59%), zatim poremećaja ličnosti i zlouporabe psihoaktivnih tvari (alkohol ili droga), dok najmanji broj ima dijagnosticiran poremećaj raspoloženja (Centre for Mental Health and Risk, 2013; prema Kovačević i sur., 2015).

Nadalje, prema istraživanju Kovačević i sur. (2015), najviše protupravnih djela ostvareno je u dobi od 21 do 30 (28,8%) i od 31 do 40 godina starosti (28,2%), što dovodi do zaključka da su ljudi u toj dobi socijalno aktivniji radi čega i češće, u odnosu na osobe u drugim životnim razdobljima, imaju mogućnost dolaska u međusobne konfliktne situacije, a osim toga su i fizički najsnažniji. Najmanje ostvarenih protupravnih djela je u najmlađoj dobnoj skupini (6,5%) i u najstarijoj dobnoj skupini (7,4%). Ovi podaci u skladu su s podacima za Veliku Britaniju koji pokazuju da ubojstva češće čine osobe u dobi od 25 do 44 godina, nakon čega slijede osobe mlađe od 25, dok najmanje ubojstava čine neubrojive osobe starije od 45 godina (Centre for Mental Health and Risk, 2013; prema Kovačević i sur., 2015).

Rezultati istraživanja utvrdili su da su pacijenti s dijagnozom shizofrenije bili u znatno manjem postotku alkoholizirani *tempore criminis*, da ostvaruju najviše nasilničkih protupravnih djela i da, u prosjeku, znatno duže ostaju u tretmanu liječenja, naspram pacijenata iz ostalih dijagnostičkih kategorija (Kovačević i sur., 2015).

Blaauw, Roesch i Kerkof (2000; prema Ljubičić, 2013) navode da je, na temelju metaanaliza studija, u europskim zatvorima oko 5% zatvorenika psihotično, dok se kod jedne četvrtine suusreće afektivni poremećaj, a kod 40% zatvorenika prisutna je ovisnost o psihoaktivnim tvarima. Ovi autori uočavaju još jedan značajan problem, koji je vezan uz prepoznavanje mentalno oboljelih. Naime, s obzirom da se preventivno kontrolni pregledi uglavnom ne rade, kod najvećeg broja zatvorenika mentalni poremećaj ostaje neprepoznat. Taylor i sur. (1999; prema Ljubičić, 2013) ističu da je u Engleskoj među osuđenima na doživotne kazne zatvora čak 2/3 mentalno oboljelih, od čega je 10% muškaraca i žena psihotično. No, drugi autori, poput Milovanović (2005; prema Ljubičić, 2013) tvrde da je postotak zapravo znatno viši, odnosno da se oko 26% zatvorenika može smatrati psihotičnima. Cooper i sur. (2008; prema Ljubičić, 2013) na temelju podataka Bureau of Justice Reporta iz 1999. zaključuju da se među zatvorenicima u SAD-u nalazi čak četvrtina onih koji su mentalno oboljeli. Oni su, u usporedbi sa zdravom osuđeničkom populacijom, značajno češće vršili kaznena djela s

elementima nasilja, a 6 od 10 zatvorenika je u trenutku izvršenja kaznenog djela bilo pod utjecajem alkohola.

Zanimljive podatke o neubrojivim počiniteljima iznijeli su Wanga i sur. (2007; prema Ljubičić, 2013). Oni su tijekom jednogodišnjeg perioda pratili 104 neubrojivih pacijenata upućenih na promatranje i procjenu ubrojivosti u Central South University u Wuhanu. Pokazalo se da je kod 72% pacijenata dijagnosticirana shizofrenija i da polovica ispitanika nije bila u braku i ima završeno srednjoškolsko obrazovanje, dok ih je 68% seoskog porijekla. Na kraju, autori zaključuju da je recidivizam neubrojivih u Kini znatno niži u usporedbi sa stopama recidivizma u SAD-u i Kanadi, čemu pripisuju postojanu socijalnu podršku u zemlji, kao i neprijavlivanje kaznenih djela.

Neubrojivost kod postraumatskog stresnog poremećaja očituje se kroz proživljavanje „flashbacka“ i kroz poremećeni ciklus spavanja kod osobe koja pati od PTSP-a. Ukoliko osoba počinu nasilje tijekom proživljavanja „flashbacka“, ona je to zapravo počinila u okolnostima promijenjene percepcije svijeta oko sebe, a testiranje stvarnosti u tom trenutku bilo je smanjeno ili potpuno iskrivljeno. Afekt ne pripada sadašnjosti, već je vezan uz traumatske doživljaje, a ovakvo nasilje češće se ispoljava prema nepoznatim ljudima. Ako je neko nasilje počinjeno tijekom poremećenog ciklusa spavanja, za njega ne postoji ni sjećanje. Nasilna djela najčešće su usmjerena prema članovima obitelji, odnosno partnerima ili partnericama (Kovačević i sur., 2015).

U forenzičkim vještačenjima često se susreću osobe koje imaju poremećaje osobnosti, a karakteriziraju ih agresivno ponašanje, nasilje ili povećana impulzivnost. Navedeno se osobito odnosi na antisocijalni poremećaj ličnosti, granični poremećaj ličnosti i na emocionalno nestabilnu ličnost (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Jukić i Savić (2014) ubrajaju najčešće počinitelje agresivnih djela i nasilja upravo u ovu skupinu. Osobe s disocijalnim, odnosno asocijalnim i antisocijalnim poremećajem ličnosti posebno se izdvajaju kao nasilnici. Karakteristike koje ih opisuju su egocentričnost, tendencija instantnog zadovoljenja vlastitih prohtjeva, želja i namjera, bez odgađanja i neovisno o posljedicama. Agresivni su, nasilni, viših slabo izraženih socijalnih nagona, često reagiraju impulzivno i imaju izrazito nizak prag tolerancije na frustraciju. Nedostaje im empatija, odnosno ne mogu se zamisliti u poziciji druge osobe i nisu sposobni emocionalno osjetiti tuđu bol. Osobe s poremećajima ličnosti iz vlastitog lošeg iskustva nisu u mogućnosti izvući pouku za budućnost, dok osobe s graničnim

poremećajem ličnosti znaju upasti u disfornično stanje koje može biti opasno za njih i za okolinu (Jukić i Savić, 2014).

Nekoliko istraživanja o psihotičnim pacijentima koji su počinili teška seksualna kaznena djela provodila su se putem „case-study“ metode i pokazala da su shizofrenija i seksualno nasilje vrlo povezani (Craissati i Hodes, 1992, Smith i Taylor, 1999; Cima i sur., 2003). S druge strane, određena empirijska istraživanja pokazala su suprotno, odnosno da je ta veza vrlo slaba ili čak nepostojeća (Modestin i Ammann, 1996; prema Cima, Maaike i Nijman, 2003). Statistički podaci govore da kriminalno ponašanje koje pokazuju shizofreni bolesnici nije veće od kriminalnog ponašanja prosječnih ljudi, no kada vrše kaznena djela, osobito su skloni krvnim deliktima.

Na kraju možemo zaključiti da, iako je općeprihvaćeno mišljenje da su „pravi“ duševni bolesnici najčešći nasilnici, to zapravo nije istina. Posebno nasilnu kategoriju osoba sa psihičkim poremećajima (ne radi se o „pravim“ duševnim bolesnicima) čine osobe s poremećajima ličnosti, osobito one s dijagnozama disocijalnih, graničnih ili paranoidnih poremećaja. S obzirom da je strukturu ličnosti ovakvih osoba teško promijeniti, adekvatniji način prevencije nasilja educiranje je zajednice o načinima izbjegavanja osoba navedenih struktura ličnosti.

5. Tretman forenzičko psihijatrijskih pacijenata

5.1. O tretmanu

Prema Žižak (2010), tretmanske intervencije, odnosno tretman, označava zajednički naziv za različite procese/aktivnosti i intervencije fokusirane na redukciju simptoma i rizika, kao i poticanje pozitivnih promjena u ponašanju i funkcioniranju pojedinca. Ljubičić (2013) navodi da pod tim pojmom podrazumijevamo niz mjera i postupaka, počevši od medicinskih, preko psihoterapijskih i socioterapijskih pa sve do savjetodavnih ili neposrednih oblika pomoći. Isto tako, on se odnosi na podvrgavanje neke osobe postupku ili utjecaju (English i English, 1972; prema Ljubičić, 2013).

Forenzičko psihijatrijska skrb liječi mentalno poremećene/duševno bolesne pacijente, odnosno počinitelje kaznenih djela, od kojih je većina počinila nasilna kaznena djela. Ti pacijenti uglavnom pate od psihotičnih poremećaja, koji su često u komorbiditetu s drugim poremećajima, poput poremećaja osobnosti, neurorazvojnih poremećaja i poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari i ovisnosti. Shodno tome, misija psihijataru u tretmanskome je procesu složena; ona ne uključuje samo rehabilitaciju pacijenata koji se nevoljno liječe, već i procjenu njihovog rizika od ponovnog počinjenja kaznenog djela (recidiva) u procesu reintegracije u zajednicu.

Forenzičko psihijatrijskim tretmanom nastoji se korigirati ponašanje pacijenta i prosuditi rizik njegovog društveno opasnog ponašanja (Kovač i Kovačević, 2001). Primarni cilj terapijskog rada s forenzičkim pacijentima je rehabilitacija. Najbolja rehabilitacijska terapija je ona koja je multidimenzionalna, usmjerena na čimbenike problematičnog ponašanja i na značajne aspekte rehabilitacije, kao što su motivacija i smanjenje rizika, a uz to je razmjerno jednostavna i učinkovita u kontekstu integracije (Robertson i sur., 2011). Također, glavna svrha tretmana forenzičko psihijatrijskih pacijenata usmjerena je na razvijanje njihove samosvijesti o psihičkom stanju i funkcioniranju, a uključuje biološke, psihološke i sociološke metode, poput farmakoterapije, individualne i grupne psihoterapije, socioterapije u okviru terapijske zajednice, rehabilitacije i resocijalizacije te pripremu i izvršenje privremenih otpusta i povratka u društvo (McGauley and Humphrey, 2003; prema Ljubičić, 2013).

Tretmane koji se danas primjenjuju moguće je podijeliti prema različitim kriterijima, koje nije lako definirati. Shodno tome, Ashford i sur. (2009; prema Ljubičić, 2013) navode da se strukturirani rad s forenzičkim pacijentima dijeli na one tretmane koji su usmjereni na rješavanje problema, upravljanje bijesom/agresijom, intervencije koje ciljaju na sprječavanje samopovređivanja i sl. Prema Roesch i sur. (2010; prema Ljubičić, 2013), do odabira i podjele tretmana treba doći na temelju procjene mentalnog poremećaja kao faktora kriminalnog ponašanja.

Tretman duševnog oboljelih osoba u nekim je dijelovima ostao nepromijenjen sve do danas, tako da će u slijedećem dijelu kratko biti prikazan njegov razvoj od ranih početaka.

5.2. Prikaz razvoja tretmana forenzičko psihijatrijskih počinitelja kaznenih djela kroz povijest

Pitanja duševnih bolesti i kriminalnog ponašanja od davnina su predstavljala predmet interesa kod ljudi. Ona se nisu odnosila samo na povezanost između ta dva pojma, nego su imala dugoročan utjecaj i na promišljanje o njihovoj etiologiji, ali i tretmanu duševnih bolesnika počinitelja kaznenih djela (Porter, 2002; prema Ljubičić, 2013). Tako se duševno oboljeli spominju već u drevnim spisima, koji ne svjedoče samo da je ludilo bilo prisutno i u davnoj prošlosti, već i da su duševno oboljelima mogli postati i carevi i projaci, a jedni i drugi bili su tretirani na podjednak način (Conoly, 1830, Morrison, 1848, Cummings, 1852, Halleck, 1987, Alllderidge, 1997, Arrigio, 2002, Porter, 2002, Candilis, Weinstock, Martinez, 2007; prema Ljubičić, 2013).

Može se reći da je tretman duševno oboljelih u nekim segmentima ostao nepromijenjen sve do danas. Kako bi riješila problem duševno oboljelih, prvenstveno onih za koje se sumnjalo da su opasni, društva su kroz čitavu prošlost imala poseban odnos prema njima. Regulirani su različiti aspekti postupanja prema duševno oboljelim počiniteljima kaznenih djela, a postupno mijenjanje istog bilo je determinirano društvenim prilikama, kao i razvojem medicine i prava (Ljubičić, 2013).

U staroj Grčkoj poznati filozofi Platon i Aristotel kreirali su, iako svatko na svoj način, mjere za duševno bolesne počinitelje kaznenih djela kojima ih se na neki način oslobađa, odnosno ne snose kaznenu odgovornost za kaznena djela (odnosi se i na najteže duševno bolesne počinitelje), s obzirom da kazna jednostavno ne bi postigla svoju svrhu (Cvitanović, 1999). U

rimskom pravu bile su izdvojene posebne kategorije osoba koje nisu podlijevale kazni, a to su bili tzv. „furiosi“, „mente capti“ i „dementes“.

Prvi korak u samozaštiti društva od duševno oboljelih osoba učinjen je u smjeru njihovog prostornog izdvajanja i zatvaranja jer su na taj način oni opasni mogli biti adekvatno kontrolirani. Nakon zatvaranja osobe, njen nadzor počeo se provoditi kroz liječenje (Fuko, 2009; prema Ljubičić, 2013). Unatoč tome što su se argumenti za uporabu nadzora nad oboljelima opasnima po društvo tijekom vremena mijenjali, ciljevi kontrole zapravo su ostali nepromijenjeni. Ti ciljevi obuhvaćaju potrebu društva da se zaštiti od opasnih duševno oboljelih osoba kroz njihovo izdvajanje i liječenje koje ih u budućnosti može učiniti manje opasnima. Također, oboljeli imaju poseban pravni tretman jer ih se ne može pravno kazniti. No, čini se da je humanost ovih namjera upitna jer se one mogu prepoznati unutar modela kazne (Drakić, 2007; prema Ljubičić, 2013).

Sve do kraja srednjeg vijeka o duševno oboljelim osobama, tijekom kršćanske vladavine, brinuli su se monasi (redovnici). S obzirom da su i sami bili naviknuti na samokažnjavanje i strogu disciplinu, smatrali su da je deset udaraca bičem dnevno po leđima u potpunosti adekvatan lijek za takve osobe (Jarvis, 1841; prema Ljubičić, 2013). Oni za koje se vjerovalo da su bezopasni nesputano su mogli „lutati“, (Fuko, 1980; Bowers, 1998; prema Ljubičić, 2013), dok se ozbiljno duševno bolesne osobe moralo držati zatvorenima u kućama. Kasnije je kršćansko milosrđe dovelo do formalnije segregacije siromašnih i bolesnih. Duševno bolesne osobe u 13. st. počelo se zatvarati u kule i tamnice, tako da je prvo utočište za duševno bolesne osobe otvoreno u biskupiji Sv. Marije od Betlehema 1247. godine, da bi se nepuno desetljeće kasnije utemeljili azili u Valenciji, Barceloni, Sevilli, Toledu, Manchesteru, New Castlu i Yorku. Svi su oni, bez izuzetka, bili pod utjecajem religijskih redova. Kasnije će pored javnih, o kojima je brinula država, biti otvarani privatni azili i kuće za izolaciju koji postaju dostupni svim staležima, tako da su u javne duševne bolnice slani siromašni, a u privatne samo oni iz viših slojeva.

Sve veći broj azila za psihijatrijske bolesnike osniva se u 19. st., a njihov broj rastao je obrnuto proporcionalno povećanju broju stanovnika u pojedinim gradovima i područjima. Znanstvenici su pokušali protumačiti ovaj fenomen, fokusirajući se uglavnom na brze društvene promjene i socijalne razlike toga vremena, prepoznavanje duševnih bolesnika i njihovo smještanje iz obitelji u ustanove, ali i na porast nekih bolesti koje neizravno imaju utjecaj na psihu (sifilis, komplikacije alkoholne bolesti i dijagnosticiranje shizofrenije).

Istovremeno se, posredstvom zakonskih reformi, sredinom 19. st. duševno bolesni počinitelji kaznenih djela prisilno smještaju na neodređeni period (Peršić i Peršić-Brida, 1990; prema Šendula Jengiđ, 2008). Razvoju takve odluke pridonio je pokušaj izvršenja atentata na engleskog kralja Georga III, nakon čega je engleski parlament donio odluku o osnivanju specijalnih ustanova za duševno bolesne kriminalce. Te ustanove bile su na visokom stupnju sigurnosti i u potpunosti izolirane od ostalih psihijatrijskih odjela (Gunn, 1999; prema Šendula Jengiđ, 2008). Isto tako, bolnice za duševno bolesne osobe počele su se graditi po čitavoj Europi jer su se države međusobno natjecale koja će izgraditi suvremenije zavode po čijem bi se broju i izgledu moglo procijeniti na kojem su stupnju uvjeti u toj državi humani (Danić, Cvijetić, 1895; prema Ljubičić, 2013). Tim je činom nedvojbeno skinuto veliko breme odgovornosti s obitelji, koja je sada dobila mogućnost da svoje oboljele članove, ponekad i pod lažnim optužbama za „ludilo“, smjesti u azil, iako će proći dosta vremena prije nego što se razvije svijest o mogućnosti takvih zloupotreba. Da su prema duševno oboljelima učinjene brojne nepravde i da je njihov položaj bio jako loš, vidljivo je iz prikaza prilika u azilima u prvoj polovini 19. st. koji je dao Cummings. On je, putujući po čitavoj Europi (Njemačka, Češka, Engleska), opservirao azile i njihove bolesnike. Shodno tome, on navodi da su sve institucije koje je posjetio bile prenapučene, nije ih bilo dovoljno u usporedbi s brojem oboljelih, higijenski uvjeti su bili loši, a liječenje se često svodilo na fizičko ograničavanje oboljelih. Uz to su liječnici, a posebice upravitelji azila, bili nazadni, često nepristupačni za bilo kakav razgovor, dok se statistika o oboljelima uglavnom nije vodila (Cumming, 1852; prema Ljubičić, 2013). Također, u to je u Europi i u Americi postojao optimizam po pitanju tretmana duševnih bolesti. Vjerovalo se da je moguće medicinski izliječiti „ludilo“, što su potvrđivali izvještaji iz azila. I dalje se vodi spor oko toga kada su doneseni prvi propisi koji su dozvoljavali zatvaranje duševno oboljelih počinitelja kaznenih djela u azile i kada su oni otvorili svoja vrata za njih.

Bloom-Cooper (2006; prema Ljubičić, 2013) smatra da je prva legislativa koja je regulirala zatvaranje duševno oboljelih počinitelja kaznenih djela englesko običajno pravo iz 1482. godine, koje je zahtijevalo da se u kuću ili u lokalnu tamnicu zatvori svatko tko je „sišao s uma“ i za koga se sumnja da je opasan. Takve osobe nisu bile liječene dokle „Vagrancy Act“ iz 1744. nije propisao potrebu za njihovim medicinskim tretmanom. Kelly (2009; prema Ljubičić, 2013) pak tvrdi da je prva legislativa o duševno oboljelima počiniteljima donešena znatno kasnije, a u tom kontekstu spominje „Prison Act“ iz 1789. kojim je omogućeno otvaranje odjela za duševno oboljele osobe u kućama za siromašne. 1838. godine usvojen je

„Criminal Lunatics Act“, koji je dozvoljavao opasnima, mentalno oboljelima i intelektualno depriviranim da se iz zatvora premjeste u azil za mentalno oboljele osobe. Toj odluci prethodio je nemili događaj u kojem je direktora irske banke ubila mentalno oboljela osoba (Kelly, 2009; prema Ljubičić, 2013).

U 20. st. malo toga se promijenilo po pitanju prostornog izdvajanja i nadzora neubrojivih. Neubrojivi počinitelji kaznenih djela i dalje su se zatvarali u ustanove s visokom razinom sigurnosti koje nesumnjivo ukazuju na njihov poseban društveni i pravni položaj. Tako Bloom-Cooper (2006 prema Ljubičić, 2013) prepoznaje brojne sličnosti između prijašnjih i današnjih specijalnih bolnica. Karakteristike po kojima je ta sličnost vidljiva su visoki zidovi koji ih okružuju, kontrola, obuzdavanje koje se svodi na odvajanje osobe, unutrašnje brave i lanci čija je namjena vezivanje/ograničavanje, a one su i dalje viđene kao prostori za „siguran nadzor“ (Hamilton, 1985, Kaye, Fransey, 1998; prema Ljubičić, 2013). Nadalje, tretman forenzičkih pacijenata u 20. st. bio je usmjeren na nekoliko glavnih ciljeva, od kojih je najvažniji bio stabilizacija simptoma bolesti kao prvi korak neophodan za ostale faze tretmana. Značajnom etapom na putu oporavka pacijenta navodi se i njegovo uključivanje u proces planiranja tretmana koji biti trebao biti prilagođen svako pacijentu individualno, kao i procjena rizika (Ljubičić, 2013).

Tretman oboljelih moguće je podijeliti na četiri grupe s obzirom na sredstva koja se u tretmanu koriste i ciljeve koje on treba ispuniti. Ne možemo ga odvojiti od teorijskih postavki o uzrocima svake bolesti i pretpostavkama o metodama i mogućnostima liječenja. Kroz prošlost, njegovanje u azilima obuhvaćalo je nekoliko metoda koje se nisu međusobno isključivale. Metoda koja je primjenjivana među prvima bila je usmjerena na tretiranje tijela oboljelih, sa svrhom liječenja ili barem držanja pod kontrolom njihovih „bolesnih duša“. Ta metoda danas se u literaturi nalazi pod pojmom „tjelesno njegovanje“ (Fuko, 2009; prema Ljubičić, 2013). No, zaslugom novih spoznaja i uvida u etiologiju mentalnih bolesti, do kojih je došlo sredinom 19. st., oboljeli se počinju njegovati pomoću „moralnog“ tretmana, dok se „tretiranje“ tijela postepeno napušta. Shodno tome, mentalnu bolest i duševno oboljele počelo se percipirati drugačije. Iznova je oživljena kršćanska doktrina milosrđa prema kojoj svi ljudi u sebi posjeduju nešto dobro, na čemu se zapravo počela temeljiti ideja o moralnom tretmanu oboljelih. Vizija moralne terapije uključivala je rad, rekreaciju, kao i intelektualne i religijske aktivnosti kojima je cilj bio zaokupiti misli oboljelog i pripremiti ga za život u društvu. Isto tako, takav tretman uvažavao je dvije osnovne ideje, a to su primjena tek minimalne fizičke sile prema oboljelima i kontrola ponašanja oboljelih po principu nagrada i pohvala (Bowers,

1998; Ljubičić, 2013). To znači da će se u praksi omogućiti izvršenje klasifikacije oboljelih (dobri/loši, odnosno laki/poslušni i teški/neposlušne) i stvoriti osnova za razradu i primjenu grupne i individualne psihoterapije.

Moralni tretman bez razlike se primjenjivao u azilima širom Europe i Amerike, a poseban naglasak stavljao se na rekreativni i edukativni aspekt tretmana. Lindsay (1859; prema Ljubičić, 2013) je u svom radu dao opis moralnog tretmana provedenog u jednom od azila, tako on navodi da su se oboljeli najčešće rekreirali tijekom zime održavajući koncerte ili plesove, igrajući karte, čitajući, dok su ljeti boravili van zidova ustanove, kroz odlazak odlaske na piknik, u ribolov ili na razne izlete. S druge strane, edukativni dio uključivao je prisustvovanje misnim slavljima najmanje tri puta tjedno. Na kraju, bitno je istaknuti da su takav tretman „uživale“ jedino osobe koje su spadale u kategoriju „gospode“.

I Tuke je jedan od onih koji je smatrao da je moralni (tzv. humani) tretman daleko korisniji od primjene fizičkih sredstava liječenja i čuvanja, potkrepljujući isto mišljenjem da brutalnost mudre pravi ludima, tako da sigurno ni lude neće učiniti mudrima, nego će samo pogoršati njihovu bolest, a uz to i otpor (De Young, 2010; prema Ljubičić, 2013).

Moralni tretman smatrao se posebno djelotvornim u slučajevima nebrojivih počinitelja. Shodno tome, Mayo (1847; prema Ljubičić, 2013) primjećuje da je pomoću ovog tretmana čak i njih moguće dovesti do „moralnog“ stanja uma. Williamson (1864; prema Ljubičić, 2013) iznosi slično mišljenje, govoreći da bi svaki nebrojivih počinitelj koji radi, boravi u sobi i šeta svoju preporučenu dnevnu rutu, trebao prestati biti destruktivan i nasilan u vremenskom razdoblju od 19 tjedana. S vremenom, moralni tretman napredovao je do novih, psihoterapijskih metoda, u čijem djelovanju ga i danas prepoznajemo

Nadalje, bitno je naglasiti da je i u prvobitnim azilima postojala neka vrsta farmakoterapije koja, uz psihoterapiju, danas predstavlja polazište liječenja mentalno poremećenih. Ranije korištene metode tretmana bile su transfuzija krvi, okretanje naglavačke, vezanje u okove i sl. Tijela oboljelih tretirana su pomoću različitih, nerijetko okrutnih postupaka, iako oni takvima svojevremeno nisu smatrani, s obzirom da je njihova primjena bila u skladu s tadašnjim medicinskim saznanjima o mogućnostima liječenja, etiologije bolesti i karakteristikama bolesnika. Duševno bolesni bili su percipirani kao zla, teško izlječiva bića, koja nemaju sposobnost da osjećaju bol, hlad ili glad (Foucault, 1971; prema Ljubičić, 2013). Oni su nepredvidivi i ne može se znati kada će u potpunosti izgubiti razum (Bakewell, 1809, Conoly, 1830, Cummings, 1852, Barrows, 1898, i dr.; prema Ljubičić, 2013). Stoga, najsigurnije ih je

bilo držati zauzdane, odnosno okovanih ruku i nogu jer na taj način nisu mogli ozlijediti ni sebe ni druge. Također, smatralo se da im se nikad ne treba vjerovati ni obraćati pažnju na ono što govore, a ni dozvoliti previše slobode (Williamson, 1864; prema Ljubičić, 2013). Na njih se trebalo primjenjivati tzv. mehaničke metode liječenja, tako da se za nasilnog duševnog bolesnika kao lijek preporučivalo vezivanje u luđačku košulju, tuširanje, stavljanje na dijetu, držanje u mraku i sl. Sve te metode gotovo su bez izuzetka rezultirale iscrpljenošću pacijenta, obuzdavanjem njegovog uzbuđenja i učenjem njegove poniznosti (Conolly, 1830; Ljubičić, 2013). Isto tako, agresivni pacijenti umotavani su u ludačke košulje i vezivani za krevet, prisilno su hranjeni ukoliko bi odbili hranu, a umiranje od gladi bilo je onemogućeno hranjenjem putem sonde.

Danas se tijelo i psiha oboljelog tretiraju na daleko suptilniji način; pomoću psihofarmatika. Otvorena primjena fizičkog sputavanja tijela opravdana je isključivo kod onih pacijenata koji su auto i heteroagresivni, a primjenjuje se uz nezaobilaznu farmakoterapiju. Isto tako, tretman tijela zadržao se u onim slučajevima u kojima se vjeruje da se primjenom takvih metoda (npr. elektrošokovima) može postići terapijski učinak, primjerice kod depresije.

6. Tretmanske metode u liječenju forenzičko psihijatrijskih pacijenata

U sklopu tretmana forenzičko psihijatrijskih pacijenata postoji nekoliko pristupa, od kojih su najvažniji medicinski pristup, tj. farmakoterapija te psihosocijalni i psihoterapijski pristupi.

6.1. Medicinski pristup

Farmakoterapija je najčešći način liječenja agresivnog ponašanja. Ova metoda nije toliko uspješna pri liječenju dugotrajnog agresivnog poremećaja i nasilničkog ponašanja (kod takvih slučajeva ne pokazuje značajne pozitivne promjene), koliko je uspješna pri liječenju akutnog, prolaznog agresivnog ponašanja, posebno u komorbiditetu s drugim psihijatrijskim poremećajima. Skupina psihofarmaka koji se najčešće koriste u terapiji su benzodiazepini, antipsihotici i stabilizatori raspoloženja, dok su antidepresivi ili betablokatori prisutni u manjoj uporabi (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Nabrojani psihofarmaci bit će ukratko opisani.

Benzodiazepini

Lorazepam je jedan od najučinkovitijih i najkorištenijih lijekova iz skupine benzodiazepina. Kod liječenja agitiranih bolesnika on je prvi izbor, posebno ako etiologija agresivnog ponašanja nije u potpunosti jasna. Uzima se u oralnom, sublingvalnom, intramuskularnom i intravenoznom obliku, a prednost mu je kratko poluvrijeme raspada (10 do 12 sati) i ne sastoji se od aktivnih metabolita. Nuspojave koje se mogu javiti prilikom njegovog uzimanja su depresija disanja i paradoksalna reakcija na benzodiazepine, u kontekstu dodatnog povećanja agresivnosti. No, ova se nuspojava vrlo rijetko pojavljuje, odnosno samo u slučaju kada se benzodiazepin daje kao monoterapija, što je u hitnim stanjima rijetkost (Citrome i Green, 1990; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Folnegović-Šmalc i sur. (2009) kao najveći nedostatak liječenja benzodiazepinima navode pojavu ovinosti i tolerancije, koje se javljaju prilikom dugotrajnog uzimanja. Unatrag nekoliko godina, prema izvješću Hrvatske agencije za lijekove i medicinske proizvode, na listi 50 najkorištenijih lijekova (prema dozvoljenoj dnevnoj dozi na 1000 stanovnika na dan), nalaze se čak četiri anksiolitika iz skupine benzodiazepina - diazepam, alprazolam, oksazepam i lorazepam. Iako su iznimno korisni i širokog spektra djelovanja, ovi lijekovi danas su zbog njihove iracionalne primjene postali jedan od vodećih javno-zdravstvenih problema, stoga je pacijente potrebno upozoriti na preporučenu duljinu trajanja terapije.

Beta-blokatori

Kao što je u etiološkom dijelu ovog rada spomenuto, agresivna ponašanja u pojedinim slučajevima mogu biti povezana s organski uvjetovanim oštećenjima mozga, kao i različitim vrstama demencije. Propanol je jedan od lijekova iz ove skupine koji je pokazao svoju učinkovitost u kontroli agresije i impulzivnosti kod organskih oštećenja, a njegov učinak vidljiv je nakon četiri do osam tjedana uzastopne primjene. Nuspojave do kojih može dovesti su bradikardija (usporeni rad srca) i hipotenzija (niski krvni tlak). Nadalje, Beta-blokator pindolol uzrokuje manje kardiovaskularnih nuspojava, upravo zbog svog beta-adrenergičkog djelovanja, radi čega ga je lakše primjenjivati od propanola. Isto tako, pokazao se sigurnijim i prikladnijim za liječenje agresije kod psihijatrijskih poremećaja i indikacija (Citrome, 2007; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

Stabilizatori raspoloženja

Litij i valproat lijekovi su iz ove skupine koji djeluju kao stabilizatori raspoloženja, a dokazana im je učinkovitost u smanjenju agresivnog ponašanja, osobito kod manije i bipolarnog poremećaja. U smanjenju agresije i agitacije kod bolesnika s bipolarnim poremećajem najviše se ipak koristi litij. No, on nije pokazao efikasnost u terapiji shizofrenih bolesnika. S druge strane, valproat se, zajedno s karbamazepinom, najčešće koristi kod liječenja agresivnosti u terapiji demencije, graničnog poremećaja ličnosti, organskog afektivnog poremećaja, bipolarnog poremećaja, shizofrenije, shizoafektivnog poremećaja i mentalne retardacije (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Isto tako, spomenuti lijekovi koriste se kao dodatak terapiji antipsihoticima kod osoba koje boluju od shizofrenije s izraženijim oblikom agresivnog ponašanja (Citrome, 2007.a; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

Psihofarmaci su danas dostupni u velikom broju, u različitim oblicima i s raznim mogućnostima primjene. Unatoč tome, liječenje dugotrajnog agresivnog ili nasilničkog ponašanja još uvijek je komplicirano, a često i neuspješno. Iako se o učinkovitosti antipsihotika nerijetko govori, potrebno je napraviti separaciju od generalizacije jer oni ne djeluju jednako na sve počinitelje. Tome pridonosi i nedostatak saznanja o mehanizama koji su odgovorni za dobro djelovanje antipsihotika, tako da još nije otkriveno kada promjena lijekova ili dodatak drugog lijeka dovodi do pozitivnog ili negativnog kliničkog djelovanja (Folnegović-Šmalc i sur., 2009). Naposljetku, možemo zaključiti da je praksa ponekad u „koliziji“ s empirijskim istraživanjima, što potvrđuju rezultati istraživanja Harrisa (1989; prema Harris i Rice, 1997) koji su pokazali da su neki počinitelji koji borave u korekcijskim

ustanovama reagirali na određene lijekove, dok drugi nisu. Među onima koji nisu klinička poboljšanja pokušala su se pronaći kroz zamjenu lijekova i promjenom doza, iako ona nisu rezultirala poboljšanjem pacijentovog stanja. Važno je naglasiti da lijekovi imaju značajnu ulogu u kontroli psihotičnih simptoma, no oni ne mogu naučiti počinitelja kako se ponašati u socijalnim situacijama, kao što su život u zajednici ili traženje posla.

Antipsihotici

Antipsihotici su lijekovi koji se prvenstveno koriste za liječenje shizofrenije, ali također su djelotvorni u liječenju drugih psihoza i agitiranih stanja. Njihovo djelovanje je sedativno, a najveće je kod niskopotentnih antipsihotika. Agitirane i agresivne bolesnike teško je pridobiti na uzimanje oralne terapije pa se kod njih antipsihotici uglavnom primjenjuju intramuskularno. Jedan od najčešće primjenjivih antipsihotika je haloperidol, čija prednost je u manjem hipotenzivnom i antikolineričkom učinku, kao i manjem snižavanju epileptičkog praga. Ziprazidon, olanzapin i aripiprazol tipovi su atipičnih antipsihotika koji postoje u formi za intramuskularnu primjenu. 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. Naime, doza od 60 mg dnevno pokazala se povezanom s pojavom agresivnog ponašanja kod kroničnih shizofrenih bolesnika (Citrome, 2007; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009). U liječenju dugotrajnog agresivnog ponašanja učinkovitim se pokazao klopazapin, koji se također pokazao učinkovitim u kontroli agresivnog ponašanja shizofrenih bolesnika i bolesnika sa shizoafektivnim poremećajem (Glazer i Dickson, 1998; Citrome i sur., 2001; Citrome, 2007.b.; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

Prema Krakowski i sur. (2006; prema Folnegović-Šmalc i sur., 2009), atipični antipsihotici imaju manje ekstrapiramidnih nuspojava. Ekstrapiramidni sustav dio je središnjeg živčanog sustava koji je uključen u kontrolu motorike, nalazi se izvan piramidnog, kortikospinalnog puta koji je zadužen za izvođenje voljnih pokreta (Bušelić, 2015; prema Validžić, 2018). Atipični antipsihotici modelirani su prema lijeku klopazapinu jer je on jedini antipsihotik koji je pokazao djelotvornost i u liječenju refraktorne shizofrenije, a isto tako je prvi lijek koji nije izazvao ekstrapiramidalne nuspojave. Iako su postojala očekivanja da će farmakodinamske osobnosti novijih antipsihotika razdvojiti antipsihotični učinak od ekstrapiramidalnih nuspojava, ona se nisu sasvim ispunila. Svi antipsihotici novije generacije, osim klopazapina i

kvetiapina, mogu izazvati određeni stupanj poremećaja pokreta, a te nuspojave ostaju popriličan problem u liječenju psihoza (Bušelić, 2015; prema Validžić, 2018).

Na primijenjenu terapiju kroz koju prolazi, trećina shizofrenih bolesnika zapravo ne iskazuje odgovarajuću, željenu reakciju. Čak suprotno, visoke doze u pojedinim slučajevima mogu pogoršati simptome agresivnosti ili uzrokovati akatiziju. Antisocijalni poremećaj ličnosti, u komorbiditetu sa zlouporabom alkohola i psihoaktivnih tvari, zahtijeva dugoročnije planiranje terapije (Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

Na području liječenja poremećaja raspoloženja, depresije, manije ili bipolarnog poremećaja, antipsihotici su pokazali svoju učinkovitost jedino kod psihotičnih simptoma ili manije, tako da se oni ni ne propisuju oboljelima kod kojih nije dokazana prisutnost psihotičnih simptoma ili manije. Snižene vrijednosti serotonina povezane su s agresivnim ponašanjem, na način da se pretpostavlja da povećanje koncentracije serotonina u sinaptičkoj pukotini dovodi do smanjenja agresivnog ponašanja (Folnegović-Šmalc i sur., 2009).

6.2. Psihosocijalni i psihoterapijski pristupi

Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela nije točno određen, već je on skup raznih pristupa i metoda, kojima se nastoji ispuniti krajnji cilj; da osoba ponovno ne počini kazneno djelo, što predstavlja svrhu izrečene kaznenopravne sankcije. Koriste se kognitivno-bihevioralni i bihevioralni pristupi, kao i grupna i individualna psihoterapija (Ljubičić, 2013).

Središnji cilj psihosocijalnih i psihoterapijskih postupaka je poboljšanje psihološkog i društvenog funkcioniranja osobe. Prema NICE smjernicama (2014), specifični ciljevi ovih postupaka usmjereni su na smanjenje intenziteta i pojave simptoma, redukciju nepovoljnog utjecaja stresa, poboljšanje vještina nošenja sa stresom i stresnom situacijom, povećanje kvalitete života i poboljšanje komunikacije s drugim ljudima, a osobito sa članovima obitelji. Osim toga, ovi ciljevi također uključuju smanjenje negativnog utjecaja stigme na kvalitetu života, kao i smanjenje posljedica zlostavljanja, zanemarivanja, nepovoljnih modela privrženosti i prevenciju recidiva psihoze (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

U sveobuhvatnom liječenju oboljelih psihosocijalni postupci su od velikog značaja, a svoju primjenu imaju i u tretmanu neubrojivih počinitelja kaznenih djela. Njihov izbor ovisi o individualnim potrebama pacijenata, kao i o različitim fazama bolesti. U kliničkoj praksi psihosocijalni postupci primjenjuju se zajedno s farmakološkim liječenjem, tako da se oni

kombiniraju u različitim programima rehabilitacije. Pritom je liječenje antipsihoticima uvijek prvi korak liječenju, iako su i psihosocijalne metode podjednako važne (Penn, Mueser 1996, Kendall, 2011; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Novija istraživanja ukazuju na važnost primjene psihosocijalnih postupaka jer su pokazala da su rezultati liječenja psihosocijalnim metodama bez antipsihotika također zadovoljavajući, stoga su potrebna daljnja istraživanja u tom području (Harrow i sur, 2012; Faber . i sur, 2012; Wunderink i sur, 2013 cit prema NICE; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Teorijsku osnovu primjene psiholoških i psihosocijalnih postupaka čini psiho-bio-socijalni model bolesti, u okviru kojeg je značajna stres-vulnerabilnost teorija (koja govori da osoba ima vulnerabilnost za nastanak psihoze uz utjecaj bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika), zatim psihodinamske, kognitivno-bihevioralne i sistemske teorije, kao i njihova kombinacija (Štrkalj Ivezić, Mužinić i Vrdoljak, 2010).

Nespecifični psihosocijalni postupci i principi dio su standardnog liječenja oboljelih od poremećaja sa psihozom, a isto tako su važan preduvjet za uspostavljanje i održavanje suradnje u liječenju. Oni uključuju uspostavljanje terapijskog odnosa/saveza, stavove oporavka, bio-psiho-socijalnu formulaciju i informacije o bolesti. Terapijski odnos jedan je od najvažnijih prediktora ishoda liječenja u psihijatriji, odnosno uspješnosti tretmana, tako da mu je prilikom liječenja oboljelih od psihoze i shizofrenije potrebno posvetiti posebnu pozornost (Martin i sur., 2000, McCabe, Priebe, 2004; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Terapijski odnos predstavlja zajedničku odluku terapeuta i pacijenta, on je zapravo način na koji terapeut i bolesnik međusobno surađuju, a da bi bio djelotvoran, mora sadržavati međusobno povjerenje, poštovanje, nadu za oporavkom i zajednički dogovor o ciljevima liječenja. Isto tako, terapijski odnos često je jedini čimbenik koji pacijenta s dijagnozom psihoze motivira za liječenje, osobito na početku, kada velik broj oboljelih odbija liječenje zbog nedostatka osobnog uvida, kao i psiholoških poteškoća u stvaranju odnosa povjerenja prema drugim ljudima.

Na temelju brojnih istraživanja o povezanosti terapijskog odnosa s pozitivnim ishodom liječenja došlo se do zaključka da je terapijski odnos pokretač procesa oporavka oboljelih od psihoze i shizofrenije, a postizanje oporavka, s druge pak strane, djeluje pozitivno na učvršćivanje terapijskog saveza, u čemu je zapravo vidljiv njihov uzajaman odnos (Hicks i sur., 2012; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Dakle, kao što je prethodno rečeno,

preduvjet bilo kojeg oblika liječenja; farmakološkog, psihosocijalnog ili psihoterapijskog, stvaranje je pozitivnog terapijskog odnosa.

Nadalje, osim terapijskog odnosa, bitne su i osobine psihoterapeuta. Shodno tome, bitno je da terapeut pomogne pacijentu u artikuliranju vlastitih ciljeva u liječenju i postizanju zajedničkih dogovora o ciljevima terapije, da je sposoban razumjeti pacijentov način percipiranja sebe i okoline i da mu pomaže u korigiranju krivih vjerovanja. Nadalje, da mu dopušta iznošenje vlastitih negativnih osjećaja povezanih s terapijskim odnosom i da uvijek preuzima odgovornost prilikom stvaranja, održavanja i prekida terapijskog saveza. Također, bitna je sposobnost terapeuta da staloženo, bez obrambenog stava i neprikladnih emocionalnih reakcija odgovori na sva pitanja pacijenta, iako je s njegove strane možda prisutna ambivalencija i nepovjerenje prema dijagnozi i liječenju, te da mu pomogne u objašnjavanju nedoumica koje ima oko samog liječenja (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Krajnji cilj liječenja putem psihosocijalnih metoda oporavak je oboljelih od poremećaja sa psihozom. No, važno je razlikovati oporavak od remisije. Remisija je klinički pojam povezan s odsustvom simptoma bolesti i obnovom socijalnog funkcioniranja, dok je oporavak proces koji obuhvaća promjenu osobnih stavova, osnaženje na razini osobe, doživljaj kontrole vlastitog života, obnavljanje interesa, prava i želja te kvalitetu života, unatoč svim ograničenjima koja još uvijek zbog bolesti mogu biti prisutna (Anthony, 1993; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

S razvojem psiholoških teorija nastali su novi terapijski pristupi u radu s počiniteljima kaznenih djela, a pod tim smatramo psihodinamski pristup i teorije učenja. Pod psihodinamskim pristupom podrazumijevamo konceptualni okvir koji prihvaća sve terapijske pristupe, što obuhvaća i farmakoterapiju, psihoterapiju te grupni i obiteljski, kao i bolnički i dnevno-bolnički tretman (Gregurek i Klain, 2001; prema Gregurek, 2004). Prema psihodinamskoj teoriji, agresija je mentalni fenomen koji se izražava u interpersonalnim odnosima, a predstavlja odgovor na neodgovarajuća vanjska i unutarnja ograničenja ili pak nedostatak kontrole u postizanju zadovoljstva. Psihodinamska teorija objašnjava i neadekvatne emocionalne reakcije, usmjerene prema drugome umjesto fizičke reakcije (Žužul, 1986; prema Mejovšek, 1997).

Teorije socijalnog učenja imale su značajan doprinos u razvoju preventivnih programa koji su utemeljeni na postavkama kognitivno-bihevioralne terapije (Dodaj i sur., 2017). Glavna pretpostavka kognitivno-bihevioralnog pristupa ogleda se u činjenici da je nasilje naučeno ponašanje. Taj pristup imao je poseban utjecaj na razvoj tretmana prema nebrojivim počiniteljima, a razvio se krajem sedamdesetih godina 20. st. (Ashford, Sternbach, Balaam, 2009; prema Ljubičić, 2013). Kognitivno-bihevioralna terapija označava psihološki postupak u kojem osoba uči kako uspostaviti vezu između misli, osjećaja i ponašanja u odnosu na trenutno ponašanje ili ranije funkcioniranje. Izgradnja odnosa u kojem se pacijent osjeća sigurnim preduvjet je za uspješno provedenu kognitivno-bihevioralnu terapiju. Specifični simptomi identificiraju se kao problematični pa im se posvećuje više pažnje, a terapeut putem postavljanja pitanja pomaže pacijentu usredotočiti se na vlastita vjerovanja oko simptoma i način sučeljavanja sa simptomima (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Tretman forenzičkih pacijenata može se podijeliti na one tretmane koji su usmjereni na rješavanje problema, kontrolu ljutnje, intervencije koje ciljaju na sprječavanje samoozljeđivanja i sl. (Ashford i sur., 2009; prema Ljubičić, 2013). Roesch i suradnici (2010; prema Ljubičić, 2013) smatraju da, kada su u pitanju forenzički pacijenti, nužno je krenuti od procjene duševnog poremećaja kao čimbenika kriminalnog ponašanja, nakon koje slijedi procjena stupnja opasnosti počinitelja izvan i unutar institucije kako bi se počinitelja moglo poslati u određenu instituciju. Welldon (1997; prema Validžić, 2018) navodi da je cilj forenzičke psihoterapije razumijevanje počinitelja i tretmana kroz koji prolazi, neovisno o stupnju ozbiljnosti počinjenog kaznenog djela. To razumijevanje uključuje razumijevanje nesvjesnog, svjesnog, motivaciju počinitelja, a osobito ponašanje tijekom počinjenja kaznenog djela. Kazneno djelo ne smije se ni osuđivati ni opravdavati jer je cilj da se počinitelju pomogne da razvije odgovornost za svoja djela te da se na taj način spriječi počinjenje novog kaznenog djela.

Tretman nebrojivih počinitelja kaznenih djela najuspješniji je kada se provodi u okruženju u kojem nisu nametnuta mnoga ograničenja i kada se provodi u zajednici. Jedini razlog zbog kojeg se njegova provedba odvija u instituciji je taj što je tako određeno zakonom ili je potreban zbog zaštite društva, kao i počinitelja (Andrews, 1990, Test, 1992; prema Rice i Harris, 1997; prema Validžić, 2018). Tretmani poput bihevioralne terapije, treninga vještina i obiteljske terapije nužni su u kombinaciji s lijekovima, odnosno farmakoterapijom (Rice i Harris, 1997; prema Validžić, 2018), u Hrvatskoj se oni provode u institucijama, odnosno psihijatrijskim bolnicama, a pojavljuje se u dvije forme, grupnoj i individualnoj.

6.2.1. Grupna psihoterapija

Grupna psihoterapija forma je psihoterapije koja, poput individualne, pomaže ljudima unaprijediti načine na koje se oni nose s problemima. Najveća razlika je u tome što se u grupnoj psihoterapiji osoba ne sreće samo s terapeutom, nego i s drugim članovima te grupe, što mnogi zapravo smatraju njenim glavni adutom jer pojedinac ne dobiva podršku samo od terapeuta, već i od drugih ljudi.

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

Kako bi se grupe smatrale psihoterapijskim, one moraju uključivati verbalnu komunikaciju između članova i moraju biti terapijsko sredstvo. Razlike između socioterapijskih i psihoterapijskih grupa vrlo su male, ali ipak postoje. Naime, cilj psihoterapije je da pacijent iskaže svoje osjećaje prema drugima, dok socioterapija izbjegava emocionalne teme i usmjerena je na to da nauči članove grupe kako da svladaju svoju vlastitu emocionalnu napetost na nekakav normalan način (Ljubičić, 2014). Grupna psihoterapija osobito je korisna u specijalnim bolnicama gdje se koristi u ograničenom okruženju, no vrijeme trajanja nije definirano zbog većih terapijskih mogućnosti pa na taj način oblikuje ljudsku razmjenu u sigurnom okruženju (Cox, 2003; prema Ljubičić, 2014). Cilj grupne psihoterapije je da smanji opasnost i da smanji ili u potpunosti otkloni rizične čimbenike za počinjenje kriminalnog djela. Müller-Isberner i sur. (2010; prema Ljubičić, 2014) navode da je kod kroničnih bolesnika cilj terapije smanjenje simptoma, stabilizacija i učenje socijalnih vještina.

Kod nebrojivih počinitelja kaznenih djela teme poput socijalne percepcije, asertivnosti i neverbalnog ponašanja smatraju se problematičnim, tako da je grupni rad usmjeren na njih (Ljubičić, 2014).

Iskustva iz nekih zemalja u kojima se primjenjuje grupna psihoterapija forenzičkih pacijenata govore u prilog njene uspješnosti. Cox (2003; prema Ljubičić, 2014) smatra da je ovaj vid psihoterapije osobito koristan u specijalnim bolnicama jer se grupna terapija izvodi u strogom okruženju, u kojem oboljeli provode unaprijed definirani vremenski period.

6.2.2. Individualna psihoterapija

Individualna psihoterapija je proces u kojem posebno educirani terapeut pomaže emocionalno uznemirenoj osobi kako bi ona pronašla ugodniji i djelotvorniji način adaptacije (Halleck, 1987; prema Ljubičić, 2014). Postoje zapravo značajna neslaganja oko toga koje verbalne interakcije između pacijenta i osoblja jesu psihoterapijske intervencije, a šta se treba smatrati vođenjem, odnosno savjetovanjem. Ovaj oblik psihoterapije nije toliko često zastupljen u forenzičkom miljeu, a među razlozima se navode manjak obučenog osoblja i individualne intervencije koje terapeutu oduzimaju velik dio vremena, kojeg on nema jer je nerijetko „opterećen“ velikim brojem pacijenata. Stručnjaci smatraju da u terapijskom procesu ključnu ulogu ima terapeut jer je on taj koji treba stvoriti okruženje u kojem će se pojedinac ugodno osjećati (Welldon, 1997; Ljubičić, 2014). Isto tako, terapeut mora imati razvijeno umijeće slušanja, osobito uznemirujućih sadržaja, na način da ne prekida pacijenta tijekom izlaganja. No, ne može se cjelokupna odgovornost za terapijski proces pripisati isključivo terapeutu. Postoji zapravo niz drugih stvari koje utječu na terapijski proces. Na primjer, ne znamo sa sigurnošću koliko će dugo susreti trajati jer njihovo trajanje ovisi o onome na čemu se mora raditi, zatim ne znamo je li počinitelj opasan za sebe ili i za druge, prijeti li da će prekinuti tretman, je li iskren u komunikaciji i ponaša li se jednako tijekom i nakon susreta (seanse). Naročito je važno da se terapeut ne osjeća ugroženim jer je to preduvjet iskrenog ulaganja u terapijski odnos (Kermberg, 2003; prema Ljubičić, 2014).

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

6.3. Ostale tretmanske metode

Terapija za povećanje suradljivosti (Adherence Therapy)

Smatra se da je uzimanje antipsihotika značajno u prevenciji recidiva bolesti, no veliki broj oboljelih od shizofrenije ne uzima lijekove ili prekida uzimanje lijekova. Stoga, ukazuje se potreba za metodom koja će povećati suradljivost u uzimanju lijekova. Terapija za povećanje suradljivosti definira program kojem je cilj educirati pacijenta o važnosti uzimanja lijekova, podržati ga u uzimanju lijekova i educirati ga o metodama koje mu mogu pomoći da poveća suradljivost u uzimanju lijekova, sa svrhom poboljšanja simptoma, kvalitete života i prevencije recidiva bolesti (NICE, 2014; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Terapija za povećanje suradljivosti kratkotrajni je psihosocijalni postupak koji koristi principe i tehniku motivacijskog intervjua, kao i 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). Ova terapija ima djelomičan učinak na promjenu stavova o lijekovima, no nema učinak na simptome, kao ni na kvalitetu života i prevenciju recidiva ili hospitalizacije, zbog čega se koristi prema individualnoj procjeni terapeuta (Kemp, 1996; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Rad s obitelji

Rad s obitelji također je vrlo bitan za ovu skupinu, odnosno za forenzičko psihijatrijske počinitelje kaznenih djela. On kao terapijski okvir koristi bihevioralne i systemske metode koje su prilagođene za rad s obiteljima koje imaju psihotičnog člana. Cilj je pomoći obiteljima u suočavanju s poteškoćama koje oboljeli članovi njihove obitelji imaju. Nadalje, obitelji se pruža pomoć i edukacija o bolesti, smanjuje se razina stresa, poboljšava komunikacija unutar obitelji, a radi se i na rješavanju problema i prevenciji relapsa bolesti. Preporuka je najmanje deset sastanaka s obitelji, a većina istraživanja pokazuje da rad s obitelji mora trajati najmanje 9 mjeseci kako bi postigao svoj cilj., odnosno da bi bio učinkovit (Schooler i sur.1995, Pitschel-Walz i sur. 2001; prema Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Kognitivno bihevioralna terapija u liječenju psihoza

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) psihološki je postupak usmjeren na podučavanje osobe da uspostavi vezu između misli, osjećaja i ponašanja u odnosu na sadašnje ili ranije

simptome bolesti i/ili funkcioniranje, i da prema tome ponovno prosuđuje svoju percepciju i vjerovanja u odnosu na simptome, koji su predmet intervencije. Intervencija može uključivati monitoriranje misli, osjećaja i ponašanja u odnosu prema simptomima ili ponovnoj pojavi simptoma, kao i poticanje alternativnih načina nošenja sa simptomima, smanjenje stresa i poboljšanje funkcioniranja (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017) .

Kognitivno bihevioralna terapija (KBT) pokazala se učinkovitom u liječenju shizofrenije (APA, 2010; NICE, 2014; Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017). Preduvjet uspješnog liječenja je izgradnja terapijskog odnosa u kojem se pacijent osjeća sigurnim detaljno opisati svoje iskustvo shizofrenije. Specifični simptomi identificiraju se kao problematični i njima se posvećuje posebna pažnja. Poanta je da terapeut pomaže pacijentu da se fokusira na vlastita vjerovanja oko simptoma i mehanizama koje koristi u sučeljavanju sa simptomima, a ne da njegove simptome opisuje iracionalnima (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Postoje mnoga istraživanja koja potvrđuju učinkovitost KBT terapije u redukciji učestalosti i težine pozitivnih simptoma i emocionalnog stresa povezanog sa simptomima (Pilling i sur 2002 a; Pilling i sur, 2002b; Dickerson 2000; Rector i Beck , 2001;Bouchard i sur,1996; Gould i sur, 2001; Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

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). Radi se o tome da pacijent pomoću metode karata, na kojima su napisani i specifični i nespecifični simptomi povezani sa dijagnozom bolesti, uz pomoć terapeuta ili člana obitelji pokušava detektirati simptome bolesti koji su se pojavili prije posljednjeg recidiva bolesti, nakon čega ih stavlja u vremenski slijed kako bi se zatim 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).

Trening socijalnih vještina

Hargie, Sanders i Dickson (Hargie, 1986; prema Ferić i Kranželić Tavra, 2003) socijalne vještine definiraju kao niz socijalnih ponašanja koja su naučena i pod kontrolom pojedinca, a isto tako su situacijski i interakcijski prikladna i usmjerena cilju. Jedan od najučinkovitijih pristupa učenju socijalnih vještina je trening socijalnih vještina. Pojam „trening“ kao naziv

modela učenja socijalnih vještina prihvatljiv je upravo iz razloga što su socijalne vještine ponašanja koja se uče, ali i vježbaju kako bi se unaprijedila (Ferić i Kranželić Tavra, 2003).

Specifičan pristup treningu socijalnih vještina poznat je kao strukturirano učenje. Osnovne četiri komponente strukturiranog učenja su učenje po modelu, igranje uloga, povratna informacija i prijenos i podržavanje naučenog u svakodnevnom životu (Sprafkin i sur., 1993; prema Ferić i Kranželić Tavra, 2003):

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). Ciljevi treninga socijalnih vještina su poboljšanje socijalnog ponašanja osobe, smanjenje stresa i poteškoća koje se pojavljuju u socijalnim situacijama (radna sredina, obitelj i sl.), a započinju detaljnom procjenom i analizom individualnih socijalnih vještina osobe (Harris i Rice, 1997).

Koncept treninga socijalnih vještina odnosi se na razne tehnike koje se koriste kako bi se promijenilo ponašanje osobe u određenim situacijama, a donosi dugotrajne učinke i može povećati mogućnost prilagodbe u društvo te smanjiti hospitalizaciju. On uvijek sadrži bihevioralne elemente (modeliranje, igranje uloga, povratne informacije, trening (Harris i Rice, 1997). Nakon toga, slijedi individualna ili grupna intervencija. Najprije se radi na jednostavnijim zadacima, kao što su neverbalni znakovi, nakon čega se postepeno počinje raditi na zahtjevnijim vještinama, poput vođenja razgovora. Pacijenti također dobivaju domaće zadaće kako bi mogli naučeno vježbati i izvan terapijskog okruženja, odnosno u stvarnoj životnoj sredini. Socijalne vještine uče se kroz igranje uloga, demonstraciju terapeuta te se mogu provoditi individualno, ali najčešće se provode u malim grupama od 6 do 8 pacijenata (Hrvatsko psihijatrijsko društvo, 2017).

Trening socijalnih vještina za shizofrene bolesnike predstavlja važnu komponentu psihijatrijske rehabilitacije, a cilj mu je poboljšanje sposobnosti pacijenta u rješavanju situacija i problema svakodnevnog života. Ova psihosocijalna intervencija posebno je strukturirana u odnosu na potrebe socijalno disfunkcionalnih osoba s ozbiljnim mentalnim poremećajem. Uz pomoć bihevioralnih tehnika učenja pacijentu se pomaže usvojiti niz vještina koje su mu potrebne da poboljša svoje funkcioniranje u zajednici, a zatim, kao što je već spomenuto, te naučene vještine može prakticirati u zajednici. To vježbanje pacijenta osposobljava za povratak u socijalnu sredinu, omogućavajući im bolje snalaženje i

funkcioniranje u svakodnevnim situacijama, čime se kod njega poboljšava doživljaj osobne kompetencije i prilagodba u svakodnevnom životu. Isto tako, trening može pozitivno utjecati na ishod bolesti, dovesti do umanjivanja simptoma, remisije i smanjena rizika pojave sljedećeg relapsa, kao i do poboljšanja kvalitete života pacijenta.

Muzikoterapija

Muzikoterapija je postupak koji je nastao kroz posljednjih pedeset godina iz različitih profesionalnih disciplina u različitim zemljama, a taj naziv prvi put se spominje 1918. godine (Breitenfield, Vrbanić, 2011). Definicija Američkog udruženja za muzikoterapiju opisuje muzikoterapiju kao propisano korištenje glazbe od strane kvalificirane osobe u svrhu pozitivnog utjecaja na promjenu psihološkog, fizičkog, kognitivnog ili socijalnog funkcioniranja pojedinca kod kojeg su prisutni zdravstveni ili pak edukativni problemi (Breitenfield, Vrbanić, 2011). Shodno tome, možemo reći da je muzikoterapija/glazbena terapija liječenje glazbom, odnosno terapeutsko korištenje glazbe i njezinih elemenata, kao što su zvuk, ritam, melodija, harmonija itd., u svrhu postizanja fizičkih, emocionalnih, mentalnih, društvenih i kognitivnih potreba osobe.

Bruscii (1987, prema Burić Sarapa, Katušić, 2012) govori da je muzikoterapija disciplina koja jezik zvukova i glazbe u odnosu klijenta i terapeuta koristi kao sredstvo unutar sistematičnog procesa intervencije s preventivnim, rehabilitacijskim i terapijskim ciljevima.

Rak (2014; prema Mikulec, 2016) definira muzikoterapiju kao korištenje glazbe u svrhu izliječenja ili redukcije zdravstvenih tegoba pomoću njenog blagotvornog učinka, odnosno ona je skup tehnika koje koriste zvuk u dijagnostičke, terapijske i preventivne svrhe. Provođa se na aktivan način, kao kombinacija sviranja instrumenata, pjevanja, pokreta, ali i na pasivan način, kroz slušanje i raspravu o glazbi. Isto tako, muzikoterapijom se otvaraju komunikacijski kanali za započinjanje i ostvarenje procesa osposobljavanja klijenta za što bolje svakodnevno funkcioniranje (Škrbina, 2013, Mikulec, 2016).

Bitno je istaknuti da cilj i svrha suvremene muzikoterapije nije, osim u iznimnim slučajevima, umjetničko ostvarenje i rad na estetskoj produkciji (Breitenfield, Vrbanić, 2011). Muzikoterapeut ne uči pojedince glazbi, nego pokušava uspostaviti kontakt s klijentom pomoću glazbe.

Suvremena praksa muzikoterapije, kao i njezina primjena u terapijskom okruženju, temelji se na premisama da su sve osobe iskonski muzikalne, da je muzikalnost ukorijenjena u našem

mozgu i da na nju ne utječu teške neurološke ozljede ili oštećenja (Burić Sarapa, Katušić, 2012).

Istraživanje Staricoffa (2004; prema Mikulec, 2016) je pokazalo da koištenje glazbe ima pozitivan učinak na ponašanje pacijenata u različitim situacijama i okolnostima. Primjerice, puštanje smirujuće glazbe rezultiralo je redukcijom agitacije, agresivnog i disruptivnog ponašanja i dovelo je do kooperacije pacijenata s osobljem. Isto tako, kada su pacijenti obavljali neke zajedničke aktivnosti tijekom kojih se puštala pozadinska glazba (npr. tijekom ručka ili večere), smanjio se broj ekscesivnih situacija i svađa između pacijenata. Oni su se osjećali manje anksiozno, što ih je potaknulo na traženje pomoći i pomoglo da se otvore u razgovoru o svojim problemima i izražavanju emocija (Staricoff, 2004; prema Mikulec, 2016).

Art terapija

Ekspresivne art-terapije ili kreativne terapije izlaze iz okvira tradicionalnih terapija. Bilo da se radi o intelektualnim teškoćama, poremećaju hiperaktivnosti i deficitu pažnje, cerebralnoj paralizi, Down sindromu, autizmu, psihozama, anksioznim, depresivnim ili bipolarnim poremećajima, osobe na bilo kojoj razini funkcioniranja imaju sposobnost stvarati i izraziti se kroz umjetnost.

Smeijsters i Cleven (2006) navode kako se na odjelima psihijatrijskih bolnica u kojima borave nebrojivi počinitelji kaznenih djela koristi art terapija i ona služi kako bi počinitelj promijenio osjećaje, mišljenje i ponašanja koja su povezana s njegovim problematičnim ponašanjem. Pacijent je kroz umjetničko izražavanje u mogućnosti aktivno sudjelovati u terapijskom procesu.

Prednost primjene ekspresivne art terapije je u tome što se ona može planirati i provoditi individualno ili grupno, ovisno o potrebama osobe prema kojoj se primjenjuje ovakva vrsta intervencije (Škrbina, 2013). Glavnu karakteristiku art terapije, kao i njenu poantu, predstavlja mogućnost ostvarenja komunikacije bez verbalizacije. Psihijatrijski bolesnik može u nekim slučajevima verbalizaciju doživjeti kao preintruzivnu. Osobama koje boluju od shizofrenije art terapija omogućuje postepeno uključivanje u odnos s drugom osobom i terapijom, na način na koji verbalni modaliteti ne uspijevaju. Kod osobe se razvija osjećaj da može ostaviti svoj trag u svijetu i ona razvija vlastiti identitet izvan identiteta osobe s duševnom bolešću. Pokraj toga, ona razvija i osjećaj pripadnosti i prihvaćenosti jer terapeut

prihvata sve što ona izrazi na papiru. Isto tako, kod nje se stvara osjećaj autonomije i kontrole jer joj se daje sloboda izbora metode kojom će se koristiti u svom izražavanju, materijala i umjetničkog pribora, kao i kontrole u odluci hoće li se netko pridružiti u njezin stvaralački proces (Barun, Ivanović i Jovanović, 2014; Validžić, 2018).

Na kraju, možemo zaključiti da tretman nebrojivih počinitelja može sadržavati ekspresivne terapije, kao što su art terapija, terapija plesom, muzikoterapija, a sve one na zanimljiv način pomažu počiniteljima u smanjenju agresivnog i impulzivnog ponašanja, kao i u razvijanju njihovih komunikacijskih vještina. Kako, primjerice, osobe koje pate od duševnog poremećaja iskazuju probleme u verbalnom izražavanju, art terapijom omogućeno im je, putem kreativnog, indirektnog medija (crtanja), izraziti neku misao ili emociju koju govorom nisu u stanju izreći. U tretmanu nebrojivih počinitelja kaznenih djela ima puno prostora za napredak, od uvjeta provođenja tretmana do načina njegove provedbe.

7. Ishodi tretmanskih metoda

Coid i sur. (2007) pratili su veliku, reprezentativnu grupu počinitelja koji su pušteni iz psihijatrijske institucije kako bi se identificirali rizični čimbenici, uvidjela incidencija ponovnog počinjenja kaznenih djela i kako bi se otkrile implikacije za buduće upravljanje rizikom. Rezultati istraživanja pokazali su da su pacijenti i dalje predstavljali rizik, a trećina njih bila je osuđena za počinjenje novog kaznenog djela, iako mali broj ulazi u definiciju teških kaznenih djela. Do ovih zaključaka došlo se temeljem kriminalne karijere počinitelja, a ne tretmana psihijatrijske institucije. No, autori zaključuju da je upitno je li tretman kroz koji su počinitelji prolazili imao utjecaja na njih nekoliko godina nakon otpusta, odnosno je li tretman bio učinkovit. Oni ističu da bi programi tretmana i supervizija nakon otpusta trebali biti više usmjereni prema onima koji imaju najveći rizik od recidivizma, odnosno prema onim pacijentima koji su počinili najteža kaznena djela (Coid i sur., 2007).

Buchanan (1998; prema Coid i sur., 2007) navodi da je smanjenje recidiva nakon otpusta neubrojivih počinitelja potencijalno rezultat promjene u populacijama, specifično u smanjenju prijema onih kojima je primarna dijagnoza poremećaj ličnosti, a ne poboljšanog posttretmana.

Emmelkamp i Timmerman (2005) proveli su istraživanje s ciljem proučavanja ishoda kognitivno-bihevioralnog tretmana za neubrojive počinitelje s poremećajem ličnosti, koji su se nalazili na liječenju u psihijatrijskim bolnicama s visokim stupnjem osiguranja. U istraživanju je sudjelovalo 39 pacijenata, a nekoliko pacijenata je tijekom procesa odustalo. Glavni cilj tretmana bilo je smanjenje rizika od ponovnog počinjenja protupravnog djela putem poboljšanja vještina nošenja sa stresom i socijalnih vještina, zatim smanjenje nepovjerenja, ljutnje i agresije, kao i poboljšanje samouvjerenosti. Usmjerenost je bila na izmjeni ponašanja putem bihevioralnog tretmana (modeliranje, „*time-out*“). Većini pacijenata tretman je trajao cijeli dan i većinom se sastojao od okupacijske terapije. Uz to, kada je bilo prikladno, provodili su se i trening socijalnih vještina, kognitivna terapija, neverbalna terapija i psihoterapija. Pacijenti i terapeuti zajedno su napravili analizu protupravnih djela pacijenata, prema kojoj su zatim izradili preventivni plan recidiva (Emmelkamp i Timmerman, 2005).

Rezultati su pokazali da je kognitivno-bihevioralni tretman uspješan kod interpersonalnog funkcioniranja. Usprkos tome što je naglasak u istraživanju bio na kognitivno-bihevioralnom tretmanu, nemoguće je ishod tretmana pripisati isključivo tom vidu tretmana. No, zaključuje

se da kognitivno-bihevioralni tretman može ponuditi racionalna objašnjenja za promjene u ponašanju do kojih je došlo kod pacijenata. Kao grupa, pacijenti su doživjeli manje simptoma depresije i disocijacije tijekom nekog vremena, što može ukazivati na to da su dobili 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 pacijenata. Pacijenti koji od osoblja dobivaju pozitivne komentare osjećaju se više vrijednima, što rezultira smanjenjem 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 sami odgovorni za svoje ponašanje, što je izuzetno važno jer kada je osoba svjesna da je ona odgovorna za svoje ponašanje, tada se povećava osjećaj kontrole nad samim sobom pa su se pacijenti mogli osjećati manje nemoćno, a samim time i manje depresivno (Emmelkamp i Timmerman, 2005).

Rezultat da su pacijenti zabilježili manje disocijativnih simptoma tijekom istraživanja mogao bi se pripisati činjenici da je u tretmanu njihova pažnja kontinuirano bila usmjerena prema sadašnjosti i na svakodnevne probleme, kao i na njihovo trenutno ponašanje. Što se tiče karakternih osobina, značajne promjene bile su vidljive kod poštovanja i egoizma, što se može pripisati manjoj zabrinuti za vlastite potrebe i iskazivanje više zanimanja za druge ljude i njihove probleme (Emmelkamp i Timmerman, 2005).

Nakon 2 i pol godine provođenja tretmana kod pacijenata je bilo manje vjerojatno da će reagirati anksiozno, prestrašeno, agresivno ili ljuto u stresnim situacijama, a te promjene mogu biti povezane i s tretmanom u kojem se pacijente ohrabivalo da pričaju o svojim osjećajima i stresnim situacijama. Isto tako, pacijenti su pokazali da koriste više strategija suočavanja koje uključuju društvenu podršku, a manje one koje uključuju izbjegavanje. Iako nisu pokazali značajan rast u poželjnim ponašanjima, pacijenti su pokazali značajan pad u nepoželjnim ponašanjima, što je također svojevrsan uspjeh (Emmelkamp i Timmerman, 2005).

Pitanja o mogućnostima prevencije počinjenja kaznenih djela ili prevencije recidiva, odnosno ponovnog počinjenja, dalo je oprečne i diskutabilne rezultate. Naime, pregledom literature, tj. rezultata raznih istraživanja, vidljivo je da su ishodi tretmana u stranim istraživanjima pokazali da su osobe nakon otpusta iz psihijatrijske ustanove recidivirale i da su i dalje predstavljale rizik za društvo. Suprotno tim nazalima, druga istraživanja pokazuju da su

osobe pokazale značajan pad negativnih ponašanja nakon završetka tretmana, odnosno otpusta. Međutim, ta istraživanja moraju se uzeti s rezervom jer njihovi uzorci nisu bili reprezentativni.

U Hrvatskoj ne postoji puno podataka na temu tretmana nebrojivih počinitelja kaznenih djela, a istraživanja koja su provedena s ovom skupinom počinitelja većinom su se fokusirala na indikacije za provedbu tretmana takve skupine pacijenata, na njihove karakteristike, pravni položaj i položaj u drušvu (stigmatizacija), vrstu kaznenih djela i sl. Stoga, možemo zaključiti da postoji velika potreba za istraživanjima koja će pokazati rezultate ishoda tretmana na našem području (i koliko su oni djelotvorni), kako bi stručnjaci u skladu s time mogli djelovati.

8. Zaključak

Forenzičko psihijatrijski pacijenti spadaju u posebnu i osjetljivu skupinu pacijenata. Oni nisu krivi za počinjena kaznena djela jer zbog određene duševne bolesti, duševnog ili psihičkog poremećaja, nisu bili sposobni shvatiti značenje, narav i potencijalne implikacije svojih postupaka. Smještaju se na posebne odjele psihijatrijskih ustanova u kojima se provodi njihovo liječenje, a njihov prihvata u Hrvatskoj provode samo četiri ustanove: Klinika za psihijatriju „Vrapče“, Psihijatrijska bolnica „Rab“, Psihijatrijska bolnica „Ugljan“ i Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“ - Popovača. Možemo slobodno reći da su duševno bolesne osobe u društvu uvelike stigmatizirane, čak i do mjere da su percipirane kao monstruoze. Takvo stajalište najvećim je dijelom oblikovano utjecajem i djelovanjem medija koji pune medijske stupce senzacionalističkim naslovima vezanima uz načine počinjenja i obilježja njihovih kaznenih djela, kao i opisa njihovih karakteristika ličnosti. U skladu s time, postoji uvriježeno mišljenje da duševno bolesne osobe čine kaznena djela u velikom intenzitetu, što u realitetu nije točno. Neubrojivi počinitelji kaznena djela ne čine češće od ostatka populacije. Upravo suprotno, kaznena djela koja počine uglavnom su počinili po prvi put, no jedina razlika je u tome što oni čine teža kaznena djela s elementima nasilja, poput kaznenog djela ubojstva i pokušaja ubojstva, i u većini slučajeva poznaju svoje žrtve, odnosno s njima imaju ostvarene bliske odnose.

Kod forenzičko psihijatrijskih pacijenata najčešće je prisutna dijagnoza shizofrenije ili neka druga dijagnoza iz spektra psihotičnih poremećaja. Nerijetko su njihove dijagnoze u komorbiditetu s drugim dijagnozama, kao što su poremećaji ličnosti i poremećaji vezani uz zlouporabu sredstava ovisnosti. Uz nabrojane dijagnoze, u podlozi počinjenja kaznenih djela nalaze se i agresivne tendencije, tj. agresivno ponašanje koje je nerijetko manifestirano u vremenu počinjenja kaznenog djela, a njegove posljedice zapravo su i vidljive u biću samog djela.

Upravo zbog svega navedenog, liječenje forenzičko psihijatrijskih pacijenata izuzetno je složeno jer ne postoji samo jedna metoda koja bi bila djelotvorna, s obzirom da ni dijagnoza koja se u podlozi njihovog djelovanja nalazi nije jednodimenzionalna. Stoga, u njihovom liječenju koriste se razne metode, od farmakoterapije, grupne i individualne psihoterapije, kognitivno-bihevioralne metode pa sve do ekspresivnih art terapija. Kombinacijom ovih tretmana nastoji se smanjiti razina njihovog rizičnog ponašanja i prevenirati ponovno

počinjenje kaznenog djela. Istraživanja pokazuju da je čak 85% počinitelja prije počinjenja kaznenog djela već bilo na nekoj vrsti psihoterapije, što nam zapravo ukazuje na potrebu uvođenja promjena u programe koji rade na prevenciji i tretmanu nebrojivih počinitelja kaznenih djela, odnosno osoba oboljelih od psihičkih ili duševnih bolesti. Tretmani poput bihevioralne terapije, treninga vještina i obiteljske terapije nužni su u kombinaciji s lijekovima, odnosno farmakoterapijom, a terapija bi trebala biti prilagođena svakom pacijentu i trebale bi se uvažavati njegove potrebe i karakteristike ličnosti.

Kako većina nebrojivih počinitelja ulazi u mlađu dobnu skupinu, izuzetno je bitno preventivno djelovati kako bi se spriječilo već i prvo počinjenje kaznenog djela. Osim uključivanja u terapijski proces prilikom javljanja prvih simptoma, neki od načina preventivnog djelovanja mogu biti implementirani u provođenje različitih programa i radionica tijekom školovanja koje će se baviti edukacijom društva o mentalnim i duševnim bolestima, što može biti i jedan od mehanizama borbe protiv stigmatizacije ovih osoba. Njima je najteže ponovno se vratiti u društvo i živjeti normalan život. Tijekom tretmana, osobu se priprema na izlazak u društvo (resocijalizacija) pa se tako radi i na jačanju njenih socijalnih vještina. No, dokle god društvo ne bude senzibilizirano na ovu temu, ovim će osobama i dalje biti izuzetno teško napustiti psihijatrijsku ustanovu i započeti novi život, odvojen od dijagnoze koja ga „društveno“ definira.

Mnogobrojna istraživanja na polju tretmana forenzičko psihijatrijskih pacijenata došla su do različitih, suprotnih nalaza pa iz tog razloga ne možemo sa sigurnošću tvrditi koje tretmanske metode pokazuju svoju učinkovitost i u odnosu s kojom populacijom, s obzirom na raznolikost dijagnoza forenzičko psihijatrijskih pacijenata. U Hrvatskoj ne postoje dostupna istraživanja usko povezana s temom tretmana forenzičko psihijatrijskih pacijenata, no, kao što sam prethodno spomenula, postoje istraživanja provedena na uzorku ove kategorije pacijenata, kojima se nastojalo ispitati neke druge karakteristike. Stoga, možemo zaključiti da postoji potreba za provedbom sveobuhvatnog istraživanja pomoću kojeg bi se ispitali načini i uvjeti provedbe tretmanskih metoda, odnosno djelotvornost korištenih tretmanskih intervencija u tretmanu forenzičko psihijatrijskih pacijenata, a potonje bi zasigurno bilo od velike koristi stručnjacima koji su aktivno uključeni u proces njihovog liječenja.

9. Literatura

1. Božinović, E. (2018). *Procjena rizika za počinjenje nasilja kod forenzičnih pacijenata*. (Diplomski rad). Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
2. Breitenfeld, D., Majsec Vrbanić, V. (2011). *Muzikoterapija: pomozimo si glazbom*. Zagreb: Music Play.
3. Burić Sarapa, K., Katušić, A. (2012). Primjena muzikoterapije kod djece s poremećajima iz autističnog spektra. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 48(2), 124-132
4. Burić Z., Tripalo D., (2012). Položaj nebrojivih počinitelja protupravnih djela u kontekstu novog hrvatskog kaznenog zakonodavstva. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 19, 503 – 531.
5. Buzina, N. (2011) *Shizofreni počinitelji kaznenih djela i novi pristup u ispitivanju njihovih psihopatskih struktura*. Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
6. Cima, M., Merckelbach, H., Nijman H. (2003). Nature and antecedents of psychotic patients' crimes. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 14. 542 – 553.
7. 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.
8. 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.
9. Cvitanović, L. (1999). *Svrha kažnjavanja u suvremenom kaznenom pravu*. Zagreb: Kazneno-pravna kriminalistička biblioteka „Vladimir Bayer“, 66-77.
10. Čatipović, I., Grubišić, A., Kerin, K. (2010). Teorijsko - istraživački osvrt na osobe s duševnim smetnjama u kaznenopravnom aspektu. *Pravnik : časopis za pravna i društvena pitanja*, 44 (89), 53-66.
11. Dragičević Prtenjača, M. (2014). Počinitelji kaznenih djela prema talijanskoj pozitivističkoj školi u svjetlu zauzetih shvaćanja pozitivnopravne teorije. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu*, 64 (5-6), 1147-1164.

12. Đuretić, I. (2016). Agresivnost djece i adolescenata. *Hrvatska proljetna pedijatrijska škola*.
13. Emmelkamp, M. G., Timmerman, G. H. (2005). The effects of cognitive-behavioral treatment for forensic inpatients. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 49, 590 – 606.
14. Ferić, M., Kranželić Tavra, V. (2003). Trening socijalnih vještina – planiranje, primjena i evaluacija. *Kriminologija & socijalna integracija: časopis za kriminologiju, penologiju i poremećaje u ponašanju*, 11 (2), 143-150.
15. Filipović, H. (2014). Prikaz novog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Policija i sigurnost*, 23, 187 – 196.
16. 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.
17. Frančišković, T., Moro, Lj. (2009). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
18. Getoš Kalac, A., Karlović, R. (2014). Kriminologija i pogibeljni kriminal u Hrvatskoj i u globalnom kontekstu – stanje jučer, danas i sutra. *Zbornik pravnog fakulteta u Zagrebu*, 64 (5-6), 1121-1145.
19. Goreta, M., Peko Čović, I., Buzina, N., Majdančić, Ž. (2004). Aktualna pitanja forenzičko-psihijatrijskih vještačenja seksualnih delinkvenata. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 11 (1), 201-216.
20. Goldstein, A., Glick, B. (1994): Aggression Replacement Training: Curriculum and Evaluation. 25 (1). 9-26.
21. Goreta, M., Peko Čović, I., Buzina, N., Krajačić, R., Jukić, V. (2007). Indikacije za forenzični tretman smanjeno ubrojivih i neubrojivih počinitelja kaznenih djela (1998-2002). *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 14 (1), 15-40.
22. Goreta, M. (2012). *Načelo razmjernosti u psihijatrijskoj teoriji i praksi*. Zagreb: Medicinska naklada.
23. Gregurek, R. (2004). Psihoterapija depresija. *Medicus*, 13, 95 – 100.

24. Grozdanić, V., Tripalo, D. (2013). Novosti u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 20 (2), 795-820.
25. Grozdanić, V., Rittossa, D. (2017). Prava osoba s duševnim smetnjama u psihijatrijskim ustanovama u Republici Hrvatskoj – empirijska analiza. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38 (3), 947-984.
26. Harris, G.T., Rice, M.E. (1997). The treatment of mentally disordered offenders. *Psychology, Public Policy and Law*, 3, 126 – 183.
27. Hrvatsko psihološko društvo (2017). Psihički poremećaji sa psihozom i shizofrenija - Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju. Preuzeto 31.08.2020. s <http://www.psihijatrija.hr/site/?p=2903>
28. Ignjatović, Đ.(2011). Pojam i etiologija nasilničkog ponašanja. *CRIMEN-časopis za krivične nauke*, 179-211.
29. Jovanović, D. (2018). Analiza povezanosti kriminalnog ponašanja sa psihičkim osobinama počinitelja kriminalnih djela. *Biomedicinska istraživanja*, 9 (2), 169-177.
30. Jukić V. (2013). Mreža centara za izvanhospitalno liječenje forenzičko psihijatrijskih pacijenata. *Socijalna psihijatrija*, 41, 208 – 210.
31. Jukić, V., Savić, A. (2014). Psihološko-psihijatrijski aspekt nasilja. *Socijalna psihijatrija*, 42 (2), 102-108.
32. Kazneni zakon. *Narodne novine*, 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19.
33. Kovač, M., Kovačević, D. (2001). Vještačenje osoba koje podmeću požare. *Vještak*, 21, 4 -14.
34. Kovač, M., Kovačević, D., Mustapić, J., Žarković Palijan, T. (2007). Neubrojivi mentalno retardirani počinitelji kaznenog djela. *Policija i sigurnost*, 17, 90 – 100.
35. Kovačević D., Pavelić Tremac, A., Treursić, I., Žarković Palijan, T. (2015). Obilježja kaznenih djela kod neubrojivih počinitelja. *Policija i sigurnost*, 24, 48 – 64.
36. Large, M., Niessen, O. (2017). The limitations and future of violence risk assessment. *World Psychiatry*, 16 (1), 25-26.

37. Ljubičić, M.M. (2013). *Sociopatološki profil i tretman lica smještenih na liječenje i čuvanje u zatvorsku psihijatrijsku bolnicu*. Beograd: Filozofski fakultet Univerziteta u Beogradu.
38. Martinjak, D., Odeljan, R. (2016). *Etiološki i fenomenološki čimbenici maloljetničke delinkvencije*. Zagreb: Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske.
39. Mejovšek, M., Cajner-Mraović, I., Buđanovac, A. (1997). Obilježja ponašanja i obitelji maloljetnih počinitelja nasilnih i nenasilnih delikata. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 33 (1), 23-36.
40. Mikulec, S. (2016). *Međupovezanost umjetnosti i psihijatrije*. Zagreb: Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu
41. Mustapić, J., Jadrešin, A. (2014). Karakteristike počinitelja kaznenih djela kojima je izrečena sigurnosna mjera obveznog psihijatrijskog liječenja. *Život i škola*, 60 (32), 137-143.
42. Novoselec, P. (2009). *Opći dio kaznenog prava*. Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
43. Novoselec, P., Garačić, A. (2012). Primjena blažeg zakona nakon stupanja na snagu novog Kaznenog zakona. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 19 (2), 533-553.
44. Ravid, B., Vadas, S., Reshef, L., Schiff, A., Kremer, E., Haimov, I. (2010). The Acupuncture Treatment of Schizophrenia: A Review with Case Studies. *Journal of Chinese Medicine*, 93, 57-63.
45. Ricijaš, N. (2009). *Pripisivanje uzročnosti vlastitog delinkventnog ponašanja mladih*. (Doktorska disertacija). Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
46. Rittossa, D. (2017). Ustanopravna zaštita prava osoba s duševnim smetnjama. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38 (3), 1057-1100.
47. Rješenje o određivanju zdravstvenih ustanova za smještaj i liječenje neubrojivih osoba. *Narodne novine*, 125/11, 144/12, 56/15, 61/15, 101/17, 118/18, 126/19, 86, 1929.
48. Robertson P., Barnao M., Ward T. (2011). Rehabilitation frameworks in forensic mental health. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 472 – 484.

49. Ružić, A., Frančišković, T., Šuković, Z., Žarković-Palijan, T., Buzina, N., Rončević-Gržeta, I., Petranović, D. (2008). Predictors of Aggressiveness in Schizophrenic Patients Treated in Inpatient Forensic Institutions. *Collegium antropologicum*, 32 (2), 331-337.
50. Salize, H.J., Dressing, H. (2005). *Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders*. Legislation and practise in the Europeran Union. Pabst Science Publishers, Lengreich.
51. Sesar, K., Dodaj, A. (2014): Čimbenici rizika za nasilje u partnerskim vezama. *Socijalna psihijatrija*, 42(3), 162-171.
52. Stanković, N. (2017). *Krmiminologija*. Banja Luka: Evropski Univerzitet Brčko Distrikt.
53. Šendula Jengić, V. (2008). *Kriminogene specifičnosti psihotičnih počinitelja kaznenih djela*. Doktorska disertacija. Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
54. 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.
55. Škrbina, D. (2013). *Art terapija i kreativnost*. Zagreb: Veble commerce.
56. Štrkalj Ivezić, S., Mužinić, L., Vrdoljak, M. (2015). Psihoedukacija o antipsihoticima u povećanju suradljivosti i efikasnosti liječenja. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 1, 25- 34.
57. Teplin, L.A., Abram, K.M., McClelland, G.M. (1994). Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees? *American Psychologist*, 49 (4).
58. Thomson; L. (2008): The forensic mental health system in the United Kingdom, in: Soothill K., Rogers P., Dolan M. (ed.): *Handbook of Forensic Mental Health*, Willan Publishing, USA, 19-64.
59. Tripalo, D. (2017). Nebrojivi počinitelji protupravnih djela u kaznenom pravu i sudskoj praksi Republike Hrvatske. *Zbornik Pravnog fakulteta. Sveučilišta u Rijeci*, 38 (3), 1205-1223.
60. Zakon o kaznenom postupku. *Narodne novine*, 152/08, 76/09, 80/11, 121/11, 91/12, 143/12, 56/13, 145/13, 152/14, 70/17, 126/19, 126/19.

61. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine*, 76/14.
62. Validžić, A. (2018). *Tretman neubrojivih počinitelja kaznenih djela*. (Diplomski rad). Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
63. Vukasović, T. (2018). Analiza doprinosa kriminologije životnog vijeka razumijevanju delinkventnog ponašanja i činjenja kaznenih djela. (Diplomski rad). Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb.
64. Vukosav, J., Glavina Jelaš, I., Sindik, J. (2017). Povezanost agresivnosti i osobina ličnosti kod počinitelja nasilničkog i nenasilničkog kriminaliteta, *Policijska sigurnost*, 171-189.
65. Žižak, A. (2010). *Teorijske osnove intervencija – socijalnopedagoška perspektiva*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet.
66. Žužul, M. (1989). *Agresivno ponašanje-psihologijska analiza*. Zagreb: Radna zajednica republičke konferencije saveza socijalističke omladine hrvatske.