

ETIČKA PITANJA NA PODRUČJU TRETMANA NASILNIČKOG PONAŠANJA

MIROSLAV GORETA

Medicinski fakultet, Sveučilište u Zagrebu, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, Hrvatska

U radu se razmatraju etičke norme koje se trebaju primjenjivati na području izricanja i provođenju mjera sigurnosti i zaštitnih mjera počinitelja nasilničkog ponašanja. Naglašava se da su one dio univerzalno važećih etičkih normi koje se primjenjuju i na svim drugim područjima psihijatrijskog ili nepsihijatrijskog tretmana počinitelja (drugih) kaznenih djela i/ili prekršaja. One se uklapaju i u etičku normu načela razmjernosti. Posebno se u tom kontekstu razmatra problem izricanja i provođenja mjere psihosocijalnog tretmana kojega bi u sadašnjim zakonskim okvirima trebalo smatrati nemedicinskom psihološko-pedagoškom mjerom. Držeći da je razinu nesigurnosti i nesnalaženja na području indiciranja i provođenja „terapijskih“ intervencija obuhvaćenih zaštitnim mjerama, posebno obvezama i mjerama sigurnosti, značajna, autor predlaže niz koraka u pravcu primjerenijeg etičkog, stručnog i zakonskog postavljanja mjerodavnih stručnjaka na tom području zajedničkog rada.

Ključne riječi: nasilničko ponašanje, etičke norme

Adresa za dopisivanje: Dr. sc. Miroslav Goreta, prim., dr. med.
Klinika za psihijatriju Vrapče
Bolnička cesta 32
10000 Zagreb, Hrvatska

S obzirom da su etičke norme univerzalne vrijednosti one se nikada ne bi smjele selektivno prilagođavati pojedinoj zakonskoj normi ili pojedinom području dijagnostičkog i/ili terapijskog postupanja (u medicini, u psihologiji, u socijalnoj pedagogiji, u socijalnom radu i dr.).

Konkretna primjena pojedine etičke norme uvijek treba uvažavati granice kompetencija pojedinih profesionalnih područja uz istodobno stalno otvorenu mogućnost preklapanja njezine primjene na (i) na više „srodnih“ područja (čuvanje profesionalne tajne, davanje informiranog pristanka i drugo).

Moguće je preklapanje etičkih i zakonskih normi (npr. načela razmjernosti), ali također i njihovo razilaženje i suprotstavljanje koje nerijetko dovodi do ozbiljnih „unutarnjih“ konflikata stručnjaka koji se pri donošenju neke

konkretne profesionalne odluke treba opredijeliti za jednu ili drugu soluciju (npr. otkrivanje profesionalne tajne, obavljanje pobačaja, prihvatanje eutanazije i dr).

Razrješavanje takve dileme na nižoj razini rizika vezanog za potencijalnu štetu od preferiranja zakonske u odnosu na etičku normu moguće je (u ograničenom opsegu) putem temeljnog postupanja prema zakonskoj normi uz istodobno maksimalno uključivanje dodatnih etički utemeljenih odluka i radnji s ciljem što uspješnije minimalizacije štete (npr. prisilni smještaj neubrojive osobe koja trenutačno ne zadovoljava kriterij visoke razine opasnosti, ali postojeća / „srednja“/ razina njezine opasnosti još uvijek ne omogućava njezino potpuno „oslobađanje“ od forenzičnog tretmana).

Takvo će postupanje biti nemoguće na višoj razini rizika od potencijalne štete na kojoj jasno opredjeljiva-

nje za jedino ispravno etično postupanje pretpostavlja (i) potpuno uskraćivanje bilo kakvog osobnog angažmana u zakonitom, ali jasno neetičnom postupanju (psihijatrijsko liječenje u svrhu osposobljavanja osuđenika za izvršenje smrtne kazne; osposobljavanje zarobljenika za što dulje i što uspješnije podnošenja torture i sl) (1).

Forenzično-psihijatrijska dijagnostika i terapija ne mogu bezuvjetno slijediti temeljno medicinsko načelo *primum nil nocere* (forenzičnom ispitaniku i/ili forenzičnom pacijentu) budući da bi takvo opredjeljenje nužno uvjetovalo ozbiljne štete drugim osobama i cjelokupnom funkcioniranju pravosudnog i šireg društvenog uređenja). Stoga je jedina etička alternativa takvoj (isključivo na pacijenta usmjerenoj) normi danas već široko, u svjetskim razmjerima, prihvaćena norma prema kojoj u svom svakodnevnom forenzično-psihijatrijskom radu trebamo poduzimati sve što je u našoj moći da neizbježna šteta bude minimalizirana i da se na taj način osigura optimalna ravnoteža u ispunjavanju legitimnih interesa drugih osoba, te cjelokupnog društvenog poretka (2).

Ova se norma u potpunosti uklapa u najvažniju etičku normu primjenljivu na svim područjima psihijatrijskog i, posebno, forenzično-psihijatrijskog rada, a koja je danas univerzalno prihvaćena i kao ustavna norma u svim „slobodnim“, demokratskim državama - načelo razmjernosti (*proportionality principle, Verhältnismässigkeitsprinzip*).

Prema Ustavu Republike Hrvatske (3) ona je u čl. 16 formulirana na sljedeći način:

Slobode i prava mogu se ograničiti samo zakonom da bi se zaštitila sloboda i prava drugih ljudi te pravni poredak, javni moral i zdravlje

Svako ograničenje slobode i prava mora biti razmjerno naravi potrebe za ograničenjem u svakom pojedinom slučaju.

Na užem psihijatrijskom području najpoznatija je formulacija te norme u čl. 9 Načela Ujedinjenih naroda za zaštitu osoba s mentalnim poremećajima i za unaprjeđenje skrbi za mentalno zdravlje (4.) koja glasi:

Every patient shall have the right to be treated in the least restrictive environment and with the least restrictive or intrusive treatment appropriate to the patient's health needs and the need to protect the physical safety of others.

U okviru teme koja pokriva područje dijagnostike, prevencije i tretmana nasilničkog ponašanja to konkretno znači:

- da nasilničko ponašanje samo po sebi ne indicira poduzimanje bilo kakvih terapijskih mjera ako nije dominantno uvjetovano pouzdano dijagnosticiranim mentalnim poremećajem
- da dobrovoljno prihvaćena terapija uvijek ima prednost pred prisilnim terapijskim mjerama

- da se prisilni psihijatrijski tretman smije provoditi samo kod počinitelja težih oblika nasilničkog ponašanja kod kojih je dijagnosticirana teža psihijatrijska patologija i kod kojih postoji značajan stupanj vjerojatnosti da bi teže oblike nasilničkog ponašanja mogle manifestirati i u budućnosti
- da se nijedna prisilna mjera psihijatrijskog tretmana ne bi smjela određivati bez prethodno provedenog psihijatrijskog vještačenja
- da opseg i trajanje psihijatrijskog vještačenja ne smije prelaziti granice realne složenosti pojedinog slučaja
- da je naručitelj vještačenja dužan osigurati barem minimum (nemedicinskih) podataka iz sudske dokumentacije koji su neophodni za pouzdano davanje ocjena o stupnju ubroјivosti, o aktualnoj opasnosti, o prognostičkim očekivanjima i dr.
- da nijedna medicinska dijagnoza, sama po sebi, nije dostatna za davanje pouzdanih odgovora na bilo koje forenzično-psihijatrijsko pitanje
- da prethodno navedene medicinske „ograde“ ne dovode u pitanje uključivanje psihijatrijske terapije u „novu“ mjeru psihosocijalnog tretmana kao iznimno široko definiranog (i) psihijatrijskog terapijskog pristupa (u internacionalnoj perspektivi) (5.), ali ga apsolutno nedostatan argumentiraju hrvatskim propisima prema kojima bi se takav tretman mogao provoditi (i) u zdravstvenim ustanovama za one počinitelje nasilja u obitelji „koji imaju pozitivnu psihijatrijsku anamnezu“.

Ako se u doglednoj budućnosti ne bi mijenjali aktualni zakonski okviri za indiciranje i provođenje psihosocijalnog tretmana on bi se i nadalje trebao smatrati nemedicinskom, psihološko-pedagoškom mjerom za osobe bez psihijatrijske dijagnoze usmjerene na prevenciju budućeg nasilničkog ponašanja (uz dominantnu primjenu kognitivno-bihevioralne metodologije i drugih sličnih intervencija kojima je glavni cilj promjena stavova i ponašanja, a ne i liječenje prema užem medicinskom značenju tog pojma).

Ako bi se zakonodavac odlučio za promjene koje bi (i) psihosocijalnom tretmanu dale jasnu medicinsku dimenziju on bi ponajprije bio dužan ponuditi argumentaciju za razlikovanje takvog (psihijatrijskog) psihosocijalnog tretmana od već postojećih psihijatrijskih tretmana u okvirima zaštitnih mjera, posebnih obveza i mjera sigurnosti.

Trenutačno kao posebno problematičnu situaciju ističem dvostruko uključivanje psihosocijalnog tretmana u novi hrvatski Kazneni zakon (6) koji je stupio na snagu 1. siječnja 2013. god. i u kojem je on uključen kao posebna obveza uz informirani pristanak i kao mjera sigurnosti kod koje se iz razumljivih razloga ne očekuje davanje takvog pristanka. S obzirom na apsolutno kršenje načela razmjernosti predlažem da se psihosocijalni tretman što hitnije

„povuče“ iz poglavlja o mjerama sigurnosti u novom Kaznenom zakonu.

Aktualno (pre-)široko prihvaćanje provođenja psihosocijalnog tretmana u psihijatrijskim ustanovama - i s etičkog i sa zakonskog aspekta - je krajnje upitno postupanje kojim se ono:

- bez dovoljno stručnih argumenata definira kao medicinska mjera
- bez prethodno provedenog vještačenja pretvara u zakonski „pokrivenu“ posebnu obvezu, zaštitnu mjeru ili mjeru sigurnosti
- bez dovoljno stručnih, etičkih i zakonskih argumenata pretvara u mjeru, znatno restriktivniju od one kakvu je zamislio zakonodavac.

S obzirom na značajnu razinu nesigurnosti i nesnalaženja na području indiciranja i provođenja „terapijskih“ intervencija obuhvaćenih zaštitnim mjerama, posebnim obvezama i mjerama sigurnosti predlažem sljedeće korake u pravcu primjerenijeg etičkog, stručnog i zakonskog postavljanja mjerodavnih stručnjaka na tom području zajedničkog rada:

- zadržavanje zaštitnih mjera i posebnih obveza u kojima je psihijatrijsko liječenje i liječenje od ovisnosti jasno definirano kao medicinski tretman koji ponajprije spada u ingerenciju specijalista psihijatara
- jasno razdvajanje primjene tih mjera - s informiranim pristankom pacijenta - od onih koje bi se ev. provodile bez njegova pristanka (uz posebno uvažavanje kriterija težine dijagnosticiranog poremećaja, težine aktualnog djela i ozbiljnosti prognostičkih očekivanja)
- zadržavanje obveznog psihijatrijskog liječenja i obveznog liječenja od ovisnosti u kategoriji sigurnosnih mjera, te brisanje psihosocijalnog tretmana iz te kategorije; s obzirom da se obvezno liječenje od ovisnosti ne temelji na kvantitativnim kriterijima koji se primjenjuju kod neubrojivih i bitno smanjeno ubrojivih i da samo nekoliko europskih država primjenjuje tu mjeru vrlo je upitno njezino integriranje u sadašnjem obliku u neko buduće europsko „psihijatrijsko pravo“ (7)
- zadržavanje psihosocijalnog tretmana kao „terapije ponašanja“ - bez medicinske dijagnoze i bez medicinskih (psihijatrijskih) intervencija - koju u pravilu provode psihoterapeuti ne-medicinskog usmjerenja; povremene psihijatrijske intervencije u takvom se aranžmanu obavljaju isključivo kao neforeznična pomoć te stoga ne ulaze, ni u pravnu, ni u medicinsku definiciju psihosocijalnog tretmana.

Psihijatrijski tretman neubrojivih počinitelja „nasilničkih prekršaja“ u najvećoj se mjeri treba izjednačiti s

tretmanom pacijenata iz čl. 22 ZZODS-a (8) pri čemu se vrsta i težina prekršaja, te broj njihovih recidiva dominantno tretiraju kao kriteriji za procjenu budućeg rizika i s njima povezanog odgovarajućeg (dužeg) trajanja prisilnog smještaja; za tu bi kategoriju bilo korisno uvesti i obvezni ambulantni (posthospitalni) tretman kakav se u u nekim državama provodi i kod prisilno hospitaliziranih pacijenata koji prethodno nisu „označeni“ kao počinitelji bilo kakvog prekršaja.

ZAKLJUČCI

Etičke norme koje se trebaju primjenjivati na području tretmana nasilničkog ponašanja dio su univerzalno važećih etičkih normi koje se primjenjuju i na svim drugim područjima psihijatrijskog ili nepsihijatrijskog tretmana počinitelja (drugih) kaznenih djela i/ili prekršaja.

Temeljni kriterij za donošenje najvećeg broja etičkih odluka (i) na području tretmana nasilničkog ponašanja je načelo razmjernosti koje je na ustavnoj razini definirano u čl. 16 Ustava Republike Hrvatske dok je za njegovu psihijatrijsku primjenu najprimjerenija formulacija sadržana u čl. 9 Načela Ujedinjenih naroda za zaštitu osoba s mentalnim poremećajima i za unaprjeđenje skrbi za mentalno zdravlje.

Provođenje psihijatrijskog tretmana nasilničkog ponašanja s informiranim pristankom uvijek treba imati prednost pred tretmanom bez takvog pristanka.

Etički je opravdano provođenje prisilnog psihijatrijskog tretmana samo kod osoba s težim duševnim smetnjama čija je ubrojivost *tempore criminis* bila bitno smanjena ili isključena i kod kojih i nadalje postoji otvoreni rizik počinjenja nekog novog težeg kaznenog djela i u budućnosti.

Prisilni psihijatrijski tretman neubrojivih počinitelja prekršaja treba se provoditi prema (aktualnim) odredbama čl. 22 Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama dok se psihijatrijski tretman smanjeno ubrojivih počinitelja prekršaja ne bi smio provoditi prisilno.

Psihijatrijska dijagnoza, sama po sebi - bez pouzdanog dokaza njezine relevantnosti za počinjenje kaznenog djela ili prekršaja i njezinog izravnog utjecaja na ubrojivost i „forenzičku“ opasnost - ne može biti dostatna osnova za određivanje bilo kojeg tipa forenzično-psihijatrijskog tretmana.

Psihološke „terapije“ osoba bez (kriminološki relevantne) psihijatrijske patologije (u koje spada i aktualna hrvatska definicija psihosocijalnog tretmana) nikada se ne bi smjela provoditi bez pristanka „pacijenta“. Ovom se konstatacijom nikako ne dovodi u pitanje etička i stručna opravdanost hrvatskog modela psihosocijalnog tretmana u svim slučajevima u kojima se takav tretman provodi s informiranim pristankom „pacijenta“.

Slobodni pristanak u forenzičkom kontekstu je idealna konstrukcija koja uvijek sadrži i neke elemente uvjetne prisile koji sami po sebi ne trebaju biti antiterapijski već se prije trebaju smatrati pozitivnim motivacijskim utjecajem. Ovom se ogralom ne dovodi u pitanje generalno jasno razlikovanje prisilnog od dobrovoljnog tretmana.

Obvezno liječenje od ovisnosti bez dodatnog uključivanja kvantifikacijskih kriterija u vrednovanje individualne psihopatologije i njezine relevantnosti za ocjenu ubrojivosti i za kriminalnu prognozu s etičkog se aspekta može smatrati vrlo upitnim što je vjerojatno glavni razlog za zakonsko reguliranje te mjere samo u manjem broju europskih država.

Zbog enormne različitosti zakonskih rješenja i praktičnog postupanja na svim područjima psihološko-psihijatrijskog (forenzičkog) tretmana u državama članicama Europske unije koja uvjetuju masovno kršenje etičkih normi i temeljnih ljudskih prava pacijenata uključenih u takve tretmane, neophodno je uložiti maksimalne napore u pravcu što skorijeg kreiranja europskog „psihološko-psihijatrijskog prava“, dok bi se u nekoj daljnjoj perspektivi identična ideja mogla i trebala usmjeriti i prema koncipiranju univerzalnog (svjetskog) pravnog sustava na istom području.

LITERATURA

1. Goreta M. Načelo razmjernosti u psihijatrijskoj teoriji i praksi. Zagreb: Medicinska naklada i Klinika za psihijatriju Vrapče, 2012.
2. Valenti E, Barrios Flores LF. Mental Health and Human Rights in Forensic Psychiatry in the European Union. U: Sadoff RL, ur. Ethical Issues in Forensic Psychiatry, Minimising Harm, Oxford: Wiley-Blackwell, 2011, 36-55.
3. Ustav Republike Hrvatske (Glava III, Zaštita ljudskih prava i temeljnih sloboda). NN 41/01.
4. United Nations Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and Improvement of Mental Health Care, UN, December 1991.
5. Clark RE, Samnaliev M. Psychosocial treatment in the 21st century. Int J Law Psychiatry 2005; 28: 532-44.
6. Kazneni zakon. NN 125/2011
7. Salize HJ, Dressing H, ur. Placement and Treatment of Mentally Disordered Offenders - Legislation and Practice in the European Union. Lengerich: Pabst Science Publisher, 2005.
8. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. NN 111/97.
9. Goreta M. Primjena sile u psihijatrijskom tretmanu. Zagreb: Naklada Zadro i Psihijatrijska bolnica Vrapče, 2009.

SUMMARY

ETHICAL QUESTIONS IN THE FIELD OF TREATING VIOLENT BEHAVIOR

M. GORETA

Vrapče Psychiatry University Hospital, Zagreb, Croatia

Ethical norms that should be applied in the field of sentencing and serving court-ordered safety and preventive measures for violent behavior offenders are discussed. It is highlighted that they are part of the universally accepted ethical norms that are applied in all other areas of psychiatric or non-psychiatric treatment of those committing (other) criminal acts and/or misdemeanors. They also fit the ethical norm of the proportionality principle. In this context, the problem of sentencing and serving a psychosocial treatment measure, which within the current legal framework should be considered a non-medical psychological-pedagogical measure, is specifically discussed. Believing the level of uncertainty and disorientation in the field of recognizing the need for and implementing „therapeutic“ interventions as part of preventive measures, especially obligations and safety measures, to be rather high, the author proposes a series of steps leading towards a more appropriate ethical, professional, and legal acting of the relevant experts in this field of joint work.

Key words: violent behavior, ethical norms, psychosocial treatment