

Alkoholemija – razina alkoholemije kao kriterij za ocjenu ubrojivosti¹

“S obzirom na krajnju nepouzdanost psihopatoloških kriterija za ocjenu ubrojivosti počinitelja nekog kaznenog djela u stanju *akutne alkoholne intoksikacije* za takvu se ocjenu kao najobjektivniji kriterij treba koristiti sudsko-medicinski dokazana koncentracija alkohola u njegovoj krvi *tempore criminis*”.

Iako mnogi vještaci, a još u većoj mjeri suci i drugi pravnici, sudionici postupka, pridaju posebnu važnost objektivnom utvrđivanju koncentracije alkohola u krvi u vrijeme počinjenja djela, ona je realno uvijek manje važna od pouzdane rekonstrukcije *psihopatološke slike* registrirane u to vrijeme (neovisno o potencijalno različitim etiološkim doprinosima toj slici). Stoga se u “alkoholnim deliktima” uvijek mora provesti sveobuhvatna analiza primarne ličnosti ispitanika, njegovih prethodnih odnosa s oštećenikom, aktualne konfliktne situacije, fizičke traumatizacije koja je eventualno prethodila djelu, deprivacije spavanja, premorenosti i cijelog niza drugih faktora među kojima *stanje alkoholiziranosti* često ima vrlo značajno mjesto, ali se ta značajnost nikako ne smije reducirati samo na utvrđivanje alkoholemije i njezino eventualno preračunavanje u neki stupanj smanjene ubrojivosti. Takva je pretjerana orijentiranost na povezivanje koncentracije alkohola u krvi s određenim stupnjem ubrojivosti bila godinama prisutna u njemačkoj forenzičkoj psihijatriji² u kojoj su

-
- 1 Za detaljnije proučavanje uloge alkohola u forenzičkoj psihijatriji preporučujem radove: Bojić M. Alkohol u forenzičkoj psihijatriji i Goreta M. „Normalno“, komplicirano ili patološko pijanstvo; oba su navedena rada tiskana u: Goreta M, Peko-Čović I, Buzina N. (ur) Psihijatrijska vještačenja, Zbirka ekspertiza, knjiga prva : kazneno pravo, Naklada Zadro i Psihijatrijska bolnica Vrapče 2004.
 - 2 Posebno upućivanje na njemačku - i pravničku i psihijatrijsku - praksu ponajprije je uvjetovano njezinim praktički stogodišnjim dominantnim (tijekom cijelog 20. stoljeća) utjecajem na hrvatsko pravosuđe i hrvatsku psihijatriju, neovisno o tome u kojem se državno-pravnom uređenju ona nalazila u nekom povijesnom razdoblju prije njezina definitivnog osamostaljenja 1990. god. Ta dominacija se postupno počinje smanjivati tijekom dva-tri posljednja desetljeća prošlog stoljeća i prva dva desetljeća novog milenija - u kojim razdobljima sve više jača utjecaj anglosaksonske - i pravničke i psihijatrijske ideologije - što u mnogim segmentima, na oba spomenuta područja, dovodi do značajnih unaprjeđenja, kako na teorijskom, tako i na praktičnom planu, ali, nažalost, i do nemalog broja potpuno neprirodnih kombinacija tih utjecaja s posljedičnim iznimno ozbiljnim štetama. Sveobuhvatnu analizu takvih šteta na užem području primjene psihijatrijskog zakonodavstva ponudili smo u knjizi: Goreta M. i Jukić V. (ur) Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama:

koncentracije alkohola iznad 2,00 promila učestalo prihvaćane kao glavni argument za bitno smanjenu ubrojivost, a ona od preko 3,00 promila i na neubrojivost. U tom su trendu razvijeni i posebni standardi za vještačenja počinitelja ubojstava kojima je zbog težine djela i pretpostavljenih „unutarnjih zabrana“ u tom preračunavanju dodano još 10% “negativnih bodova”, što znači da bi kod njih granica bitne redukcije počinjala s 2,20 promila, a neubrojivosti s 3,30 promila³.

S obzirom na to da je općenito poznato da postoje velike razlike u toleranciji alkohola, ne samo između različitih osoba već i kod jedne te iste osobe u različitim psihofizičkim okolnostima, spomenute sheme nikako se ne bi smjele koristiti u svakodnevnoj praksi vještačenja (što je posljednjih godina prihvaćeno i u samoj Njemačkoj), iako se, naravno, *na čisto statističkoj razini*, može očekivati da će kod najvećeg broja ljudi male koncentracije alkohola izazvati samo blaže simptome alkoholiziranosti, dok će iznimno visoke koncentracije drastično kompromitirati sve psihičke funkcije, a u nekim slučajevima čak prouzročiti i životnu ugroženost. To, međutim, ne isključuje mogućnost ozbiljnih (abnormnih) reakcija i kod alkoholemije manje od 1,00 promila, kao i relativno „srednog“ ponašanja i doživljavanja s koncentracijom alkohola koja može biti i blizu 3,00 promila.

Kako je u hrvatskoj forenzičkoj psihijatriji i hrvatskom pravosuđu kroz nekoliko desetljeća iznimnu popularnost uživala tzv. alkoholna proba (ili “proba na alkoholnu toleranciju”, što je prije raspada Jugoslavije bilo široko prihvaćeno i u njezinim ostalim republikama i pokrajinama) kojom se putem “eksperimentalnog opijanja” u okviru forenzičkopsihijatrijskog vještačenja nastojalo “objektivno” rekonstruirati ispitanikovo psihičko stanje *tempore criminis* te dijagnosticirati njegova eventualna sklonost zapadanju u komplicirana ili patološka opita stanja, i kako se ta praksa nikako nije uklapala ni u stručne ni u etičke okvire “nove forenzičke psihijatrije”, sredinom devedesetih donesena je u Centru za forenzičku psihijatriju PB Vrapče odluka o definitivnom ukidanju te dijagnostičke metode i njezinu trajnom arhiviranju u jedan od velikih pretinaca povijesti hrvatske forenzičke psihijatrije.

S obzirom na gotovo fetišiziranu idealizaciju te “probe” na obje strane, i u psihijatriji, i u pravosuđu⁴, ocijenio sam korisnim – prije donošenja odluke o njezinu

ideje – norme – implementacija – evalvacija, Psihijatrijska bolnica Vrapče – Medicinska naklada, Zagreb 2000.

3 Nedopil N. Forensische Psychiatrie, Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht, Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2000, str. 103.

4 Navedena kvalifikacija ne bi se ipak mogla u jednakoj mjeri odnositi na sve forenzičke institucije u državi, pa ni na Centar za forenzičku psihijatriju PB Vrapče u kojem se veći broj godina prije njezi-

definitivnom ukidanju konzultirati vodeće forenzičare u svijetu o njihovim stajalištima o stvarnoj vrijednosti te metode. odgovori koje sam dobio otklonili su sve dvojbe o stručnoj i etičkoj opravdanosti “alkoholne probe”, što se najbolje može ilustrirati citiranjem nekoliko fragmenata ih njihova sadržaja⁵

Psihijatrijska univerzitetska klinika – Basel (dr. V. Dittman, 2. svibnja 1995.)

“Potpuno se slažem s Vašim mišljenjem koje se odnosi na “test” za abnormalnu reakciju na alkoholnu intoksikaciju. Taj “test” nikada se nije koristio u švicarskoj forenzičkoj psihijatriji:

na definitivnog ukidanja “alkoholna proba” provodila u stručno i etički “opravdanijoj” alternativni. Njome se, naime, nije više pokušavalo što vjernije rekonstruirati cjelokupnu deliktenu situaciju, već su ispitanicima ordinirane manje količine alkoholnih pića s kontinuiranim praćenjem razine alkoholemije, psihičkog i neurološkog statusa i – što se smatralo posebno relevantnim – vrednovanjem rezultata psihologijskog testiranja provedenog u stanju alkoholiziranosti (te njihovim kompariranjem s rezultatima dobivenim “u trijeznom stanju”).

- 5 Citirana pisma preveo je autor ovog priloga. Radi omogućivanja čitateljima izravnog uvida u argumentaciju njihovih potpisnika, dva kraća pisma citiram u izvornoj engleskoj verziji:

Psychiatrische Universitätsklinik Basel

Basel, May 2nd 1995

I completely agree with your opinion concerning the “test” for abnormal reactions to the alcoholic intoxication. This “test” would never be applied in Swiss forensic psychiatry:

First because of lack of any evidence of the scientific bases for this test, because the circumstances of a crime committed under the influence of alcohol can never be reconstructed exactly.

Second in Switzerland and in Germany as well this test could never be applied even in voluntary probands.

Third in German and in Swiss forensic psychiatry we are very sceptical on the so called “pathological drunkenness” as a reason of de- or exculpation

Justitsministeriet – Retspsykiatrisk Klinik

DK-2200 Copenhagen, 29/3-95

To our knowledge the procedure that you describe is not used in Danish forensic psychiatry – and has never been used in our country before. Neither are we aware of any valid documentation on such tests in the literature

We therefore agree with you that the described tests for pathological drunkenness are of dubious value.

In our clinic we base the (very seldom) diagnosis of pathological drunkenness primarily on the anamnesis and possibly statements from family members, witnesses etc.

prvo, zbog nedostatka bilo kakvog dokaza znanstvene utemeljenosti tog testa s obzirom na to da se okolnosti počinjenja delikta pod utjecajem alkohola nikada ne mogu egzaktno rekonstruirati;

drugo, u Švicarskoj i Njemačkoj taj test nikada se ne bi primjenjivao čak ni kod ispitanika koji bi pristali na njegovo provođenje;

treće, u njemačkoj i švicarskoj forenzičkoj psihijatriji općenito smo vrlo skeptični prema tzv. patološkom pijanstvu. Ako takvo stanje uopće postoji, ono je vrlo rijedak fenomen s jasno određenom psihopatologijom. Ako u ponašanju počinitelja ne bi bilo jasnih simptoma stanja sličnog psihozi, naši sudovi ne bi nikada prihvatili “patološko pijanstvo” kao razlog za de- ili ekskulpaciju.”

Vestfalijski centar za forenzičnu psihijatriju – Lippstadt

(dr. H. Duncker, 3. travnja 1995.):

“Dobro sam upoznat s ‘alkoholnom probom’ iz povijesti forenzičko-psihijatrijskog vještačenja. Znam, međutim, da se ona više ne primjenjuje u vještačenju iz različitih razloga. Samo su neki od tih razloga ovi:

1. Dobro je poznato da efekt alkohola nije određen samo apsolutnom razinom alkohola u krvi, već također okolinskom afektivno-emocionalnom situacijom u kojoj je alkohol konzumiran. Budući da se ta situacija ne može rekonstruirati u eksperimentalnom ispitivanju, ponašanje reproducirano u takvim eksperimentima nikako nije reprezentativno za aktualnu situaciju u kojoj je počinjeno djelo.
2. Odluke Njemačkog saveznog suda, na drugoj strani, utvrđuju da stanovite vrijednosti alkohola u krvi mogu dovesti do smanjenja ili gubitka kontrole. To znači, na jednoj strani, da pretpostavka o smanjenju ili gubitku kontrole ispod tih vrijednosti zahtijeva krajnje diferencirano i detaljno opravdanje; na drugoj strani to za procjenitelja znači – kada su te vrijednosti prekoračene – da mogućnost pogreške u dokazivanju smanjenja ili gubitka kontrole također zahtijeva jednako diferencirano psihijatrijsko i psihopatologijsko opravdanje.
3. Sama vrijednost alkohola u krvi jednako je nerepresentativna kao i njezina rekonstrukcija. Opservacija личности počinitelja za vrijeme počinjenja djela znači, prema praksi vještačenja u Njemačkoj, razmatranje cjelokupne situacije u vrijeme počinjenja djela i preostalih neoštećenih sposobnosti kontrole i shvaćanja njegovih postupaka, obavljanja kompleksnih radnji, stanke za raz-

mišljanje itd. Tako je stvorena kompletna psihopatologijska slika u kojoj je alkohol samo jedan od kamenčića u mozaiku.

4. Neovisno o svemu tome, svođenje razmatranja kaznene odgovornosti samo na utvrđivanje vrijednosti alkohola u krvi predstavljalo bi isuviše redukcionistički pristup koji se ne bi mogao uskladiti s etikom psihijatrijskih vještačenja. Samo ekstremne vrijednosti alkohola mogu same dovesti do gubitka kontrole i to se ne može simulirati eksperimentalno jer bi to vodilo do stupnja štete koji ne bi bio prihvatljiv, ni za vještačenje, ni za medicinsku praksu liječenja. Takva bi akcija na koncu bila u suprotnosti i s etičkim principima budući da medicinski postupci nikada ne smiju biti štetni za pacijenta. I stoga, liječnik koji je položio Hipokratovu zakletvu mora odbiti takvu praksu ako želi služiti svojoj profesiji kao psihijatar u okvirima Havajske deklaracije.”

Forenzičko-psihijatrijska klinika – München

(dr. N. Nedopil, 10. travnja 1995.)

“Alkoholna proba kakvu ste opisali u nas se uopće ne provodi. Etički razlozi su od pretežitog značenja za to. Dijagnostička vrijednost takve alkoholne provokacije po mom je sudu također vrlo prijeporna. Alkoholne reakcije – kao što je poznato – ovisne su o socijalnom okruženju u kojem se alkohol uživa. Testiranje u kliničkim uvjetima prema tome bi imalo malu dokaznu vrijednost i samo bi kod malog broja ispitanika s niskom tolerancijom na alkohol omogućilo forenzičko relevantne rezultate. Također se pitanje kompliciranog ili patološkog pijanstva ne bi moglo razjasniti na temelju samo jedne alkoholne provokacije.

Da bi se pravnicima olakšalo razumijevanje za alkoholno-toksične reakcije, u nas se, prije svega na sudskomedicinskim institutima – često u suradnji s forenzičkopsihijatrijskim ustanovama – provode alkoholni pokusi. Pritom mogu suci i državni odvjetnici, ponekad također odvjetnici i liječnici, prethodno odlučiti do kojeg će promila konzumirati alkohol. Istodobno se provode psihologijski testovi i testiranje reakcija. Takvi pokusi olakšavaju nekim sucima, državnim odvjetnicima ili braniteljima razumijevanje za alkoholom intoksicirane počinitelje kaznenih djela.”

Klinika za forenzičku psihijatriju – Kopenhagen

(dr. H.S. Andersen, 29. ožujka 1995.)

“Koliko nam je poznato, procedura koju opisujete ne primjenjuje se u danskoj forenzičkoj psihijatriji – i nikada se prije nije primjenjivala u našoj forenzičkoj psihijatriji. Također nemamo saznanja o bilo kojoj validnoj dokumentaciji o takvim testovima iz literature.

Stoga se slažemo s Vama da su opisani testovi za patološko pijanstvo dvojbene vrijednosti.

U našoj klinici mi temeljimo (vrlo rijetko) dijagnozu patološkog pijanstva ponajprije na anamnezi i eventualno iskazima članova obitelji, svjedoka itd.”

Serbsky nacionalni istraživački centar za socijalnu i forenzičku psihijatriju – Moskva (dr. T.B. Dmitrieva, 19. travnja 1995.)

“Ne primjenjujemo alkoholnu probu u našoj praksi vještačenja ponajprije zbog etičkih razloga. Primjedbe na njezinu primjenu također su i klinički utemeljene: ponavljana arteficijalno inducirana alkoholna intoksikacija u uvjetima vještačenja bit će drugačijeg karaktera u komparaciji kriminalnom situacijom. Ponašanje u stanju alkoholne intoksikacije ovisi o vrlo različitim razlozima koje je nemoguće uključiti i ponoviti u eksperimentalnoj situaciji. Objektivno utvrđene EEG abnormalnosti i druge indicije obično ne objašnjavaju stvarna odstupanja u ponašanju intoksiciranih osoba.

Stoga, u vještačenju stanja alkoholne intoksikacije prakticiramo retrospektivnu rekonstrukciju ponašanja optužene osobe na osnovi evaluacije materijala iz preliminarne ili sudske istrage (iskazi svjedoka, žrtve i počinitelja, nalazi na mjestu zločina, nalazi vještačenja intoksikacije neposredno nakon zločina – razina alkohola u krvi, klinički simptomi intoksikacije registrirani od liječnika koji je obavio to vještačenje). Ako nema simptoma teških poremećaja svijesti, pitanje o normalnoj alkoholnoj intoksikaciji i odgovornosti osobe je riješeno. Patološka intoksikacija kao pomućenje svijesti inducirano alkoholom javlja se vrlo rijetko.”

“Svečano” proglašenje odluke o ukidanju alkoholne probe cjelokupnoj psihijatrijskoj i pravosudnoj javnosti obavljeno je na posebnom sastanku Hrvatskog društva za forenzičku psihijatriju u Hrvatskoj liječničkom zboru 28. studenoga 1995. Za tu smo prigodu svim sudionicima sastanka ponudili posebno bogat izbor alkoholnih pića,

što, naravno, nikako nije bilo nevezano za “temu večeri”, pa je, prema očekivanju, rezultiralo brojnim (duhovitim ili manje duhovitim) komentarima i anegdotama utemeljenim na “vlastitim” iskustvima u primjeni alkoholne probe!

“Proces žalovanja” trajao je prilično kratko! Narednih mjeseci još smo sporadično dobivali naloge za vještačenja u kojima se spominjala proba na alkoholnu toleranciju, čije smo provođenje otklanjali s detaljnim informiranjem nadležnog suda o razlozima za tu odluku. Jasno je da smo i nakon toga – kada god je to bilo indicirano – iznosili svoje mišljenje o potencijalnom ispitanikovu abnormnom reagiranju na alkohol, ali bez argumenata koji bi se zasnivali na bilo kakvoj eksperimentalnoj konzumaciji alkohola (ili bilo kojeg drugog psihotropnog sredstva).

Na kraju, uz priču o alkoholnoj probi, svakako je potrebno upozoriti na još jedan, rjeđe registriran etički problem koji se pojavljuje u suradnji psihijatrijskih vještaka i sudova, a to je okolnost da su najveći broj indikacija za obavljanje “alkoholne probe” postavljali suci, a ne psihijatri. To se obavljalo na način da je u naredbu za provođenje vještačenja bila integrirana i naredba za provođenje alkoholne probe koju je većina vještaka doživljavala kao nešto što se jednostavno mora učiniti “kada je sud tako naredio”. Takvu smo nekritičnu i neetičnu poslušnost vještaka kasnije najčešće registrirali prilikom “naređivanja” da se uradi kompjutorizirana tomografija mozga koja je u prvim godinama primjene u Hrvatskoj također proglašavana epohalnim sredstvom za precizno dijagnosticiranje svih forenzičko relevantnih moždanih oštećenja. Kada takva idealna očekivanja nisu ispunjena, ta je metoda, naravno, i nadalje zadržana u svakodnevnoj kliničkoj i forenzičkoj dijagnostici (s jasno definiranim mogućnostima i granicama primjenjivosti u forenzičkim okvirima) (Huber, 1980). S obzirom na to da te kritičke opservacije možda ne bi bile dobro primljene u pravničkim krugovima, valja jasno reći da najveću odgovornost za stvaranje fame o alkoholnoj probi i o kompjutoriziranoj tomografiji snose psihijatri koji su najprije gorljivo uvjerali pravnike u apsolutnu superiornost tih metoda da bi se poslije čudili i ljutili što ih suci toliko gnjave s nepotrebnim izvođenjem tih pretraga (Goreta i Turčin, 1984).

Pravnicima se, međutim, ipak može uputiti općenit prigovor da nemaju pravo određivati provođenje bilo kojeg dijagnostičkog postupka, jer to pravo spada u isključivu domenu medicine, ali uvijek imaju pravo postaviti pitanje vještaku o razlozima određivanja bilo koje pretrage ili za propuštanje da se ona učini (iako je to prema medicinskim indikacijama možda bilo potrebno). Ako bi takvi “intervjui” rezultirali zaključkom da je vještak zbog toga što nije obavio neku pretragu koju je u konkretnom slučaju morao obaviti bitno reducirao kvalitetu svoga nalaza i mišljenja, on svakako treba snositi sve posljedice za takav propust.

S obzirom na iznimno brz razvoj medicinske tehnologije i na “prirodna” početna oduševljenja mnogih liječnika za nove dijagnostičke metode, nove lijekove, “novu etiku” i dr., slične će epizode biti neizbježne i u budućnosti, pa stoga nikada nije suviše upozoriti na potrebu suzdržane evaluacije svih “revolucionarnih” novosti. Za forenzičkog psihijatra to upozorenje ima dodatnu važnost jer će – neovisno o pronalaženju sve sofisticiranijih dijagnostičkih “strojeva” – minuciozna psihopatološka analiza uvijek zadržati prednost nad lociranjem bilo kojeg oštećenja moždanih struktura (koje će, naravno, u mnogim slučajevima predstavljati jak “biološki” argument za donošenje neke forenzičke ocjene ali, samo po sebi, ipak neće biti dostatno za njezinu uvjerljivu “psihološku” obranu na sudu).

I za kraj - Najuvjerljivija praktična ilustracija točnosti prethodno iznesenih tvrdnji: članka objavljen u “Jutarnjem listu” od 15.6.2015. god.

Pijani rekorder iz Knina

Čudio se što ga zaustavljaju, a onda napuhao 3,5 promila

Policajci su dobili više dojava da cestom Šibenik – Drniš jedan auto ide jako sporo.

Nakon više uzastopnih dojava vozača na blagdan sv. Ante kako cestom Šibenik – Drniš automobil vozi sumnjivo sporo uz lagani slalom, ali ne prelazi u suprotnu kolničku traku, prometna ophodnja PP Drniš brzo je locirala vozilo i u njemu vozača kojem su potom u paralelnoj vožnji signalizacijom naredili da se zaustavi.

Međutim, tijekom te radnje vozač dulje vrijeme uporno nije skretao pogled s ceste i nastavio je svoju sporu vožnju do trenutka kada su ga policajci kombijem pretekli i tako mu fizički zapriječili daljnju vožnju.

Kulturno se ophodio

- Momci, svaka čast, ali ja stvarno ne znam zbog čega ste me zaustavili – rekao im je nakon zaustavljanja krajnje ljubaznim tonom uredni i njegovani gospodin. Policajci su mu potom objasnili da su dobili više telefonskih dojava o njegovoj čudnoj vožnji te su pomislili kako vozač možda na vrućini ima zdravstvene tegobe.

- Ja nemam nikakvih problema, pogotovo ne zdravstvenih, i u potpunosti sam OK – dodao je vozač i sasvim normalno, bez ikakvog krivudanja ili spoticanja, izašao iz vozila. Policajci su ipak obavili uobičajenu kontrolu i utvrdili da je automobil potpuno opremljen i ispravan, da je vozačka dozvola važeća, a prometna uredno ispunjena. Međutim, su nakon obavljenog alkotesta ostali šokirani jer je gospodin “napuhao” nevjerojatnih 3,5 promila alkohola u krvi.

Priveden na trijeznjenje

Usljedio je obostrano odmjeravanje, ali vozač doslovno ničim nije odavao stupanj izmjerene alkoholiziranosti. Stajao je uspravno, hodao ravno i sasvim normalno razgovarao koristeći proširene rečenice i zavidan vokabular. Nakon prve policajci su proveli i drugu provjeru alkoholiziranosti, a rezultat je bio isti.

Kako ne bi nastavio ugrožavati sebe i druge, I. B. iz Knina zatim je priveden u postaju gdje je uz kaznenu prijavu zadržan do otrežnjenja. Nakon svega vozač I. B. je bespogovorno prihvatio kaznu s izrazima najdubljeg štovanja prema policajcima. No, bez obzira na uzorno ponašanje protiv njega je podnesena prekršajna prijava zbog vožnje u alkoholiziranom stanju.

Za vožnju pod utjecajem alkohola s više od 1,5 primila u krvi vozačka dozvola odmah se oduzima na šest mjeseci te se izriče pet kaznenih bodova i 3000 kuna novčane kazne (Huljev, 2015).

Literatura

1. Goreta, M., Turčin, R. O nekim problemima suradnje između sudova i psihijatrijskih vještaka. Naša zakonitost, 37:605-613; 1984.
2. Huber, G. Was erwartet der Psychiater von der Computertomographie? Fortschr Neurol Psychiat. 48:385-329 (1980).
3. Huljev, Žl. (2015). Pijani rekorder iz Knina. Jutarnji list, 16. lipnja 2015.
4. Nedopil, N. Forensische Psychiatrie, Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. Thieme Verlag, Stuttgart – New York, 2000, 103.

CEREDOC⁶ – MKB klasifikacija traumatskih poremećaja

“Europska indikativna tablica za procjenu oštećenja psihičkog i fizičkog integriteta najbolji je instrument (i) za evaluaciju psihičkih traumatskih posljedica”

6 Confederation Europeenne d’ Experts en Evaluation et Reparation du Dommage Corporal (Udruženje europskih eksperata iz područja utvrđivanja i procjene oštećenja tjelesnog integriteta). Kao dopunu argumentaciji iznesenoj u temeljnom tekstu ovog poglavlja nije nevažno primijetiti kako i u nazivu tog udruženja nedostaje i *psihički integritet!*?

dica, koji je u međuvremenu integriran u *Hrvatsku orijentacijsku medicinsku tablicu za procjenu oštećenja tjelesnog i/ili duševnog zdravlja* (Inženjerski biro d.d., 2010) i u *Orijentacijske medicinske tablice za procjenu smanjenja životne aktivnosti* (Hrvatsko društvo za medicinska vještačenja i Hrvatsko društvo sudskih vještaka, 2013), čime je konačno riješen problem nepostojanja bilo kakvih “službenih” kriterija za evaluaciju psihijatrijskih posttraumatskih šteta u RH”.

Psihijatrijski dio tzv. Europskih indikativnih tablica predstavlja ordinarni falsifikat i to ponajprije u onom dijelu u kojem se (navodno) prenose dijagnostički kriteriji iz MKB-10⁷, kako na razini nazivlja i opisa psihopatologije, tako i na razini odgovarajuće numeracije, zatim kriterija za težinu i trajanje poremećaja i dr. Navedena iskrivljavanja izvornih kriterija SZO⁸ sigurno na mnogim mjestima prelaze dimenzije *pogreške iz neznanja*, već su ona, po svemu sudeći, dominantno uvjetovana posebnim interesima institucije koja ih “potpisuje” i koja za njihovu izradu *nije imala potrebu angažirati niti jednog jedinog psihijatra!?!*

S obzirom na to da su svi navedeni stručni i etički prekršaji prema najboljim tradicijama “resavske škole” potpuno nekritički preneseni i u prethodno spomenuta dva hrvatska projekta – navedena se konstatacija, naravno, odnosi i na njih. Riječ je o sljedećim “pogreškama”:

Cjelokupna *Psihijatrija* (I D) s jedinim podnaslovom: *Afektivne smetnje*, svodi se na zajedničko “okupljanje” dijagnoza koje se nikako ne mogu subsumirati pod tim nazivom jer se u MKB-10 najvećim dijelom navode u poglavlju: *Neurotski poremećaji, poremećaji vezani uz stres i somatoformni poremećaji* F40-F48 (Fobično-anksiozni poremećaji F40, Drugi anksiozni poremećaji F41, Opsesivno-kompulzivni poremećaji F42, Reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe F43 i Disocijativni (konverzivni) poremećaji), te u poglavlju: *Trajni poremećaji ličnosti koji se ne mogu pripisati oštećenju ili moždanoj bolesti* F62 (Trajna promjena ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja F62.0). Kako je taj termin očito preuzet iz “europskih” tablica, ovdje je važno istaknuti da se on u tim tablicama koristi isključivo za označavanje

7 MKB-10, Međunarodna klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, Medicinska naklada – Zagreb 1999.

8 Svjetska zdravstvena organizacija (WHO – World Health Organisation) – izdavač MKB-a, klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja.

psihičkih smetnji vezanih uz “fizičke lezije”, što je također stručna pogreška budući da se termin *Afektivni poremećaji* službeno smije koristiti isključivo kao sinonim za *Poremećaje raspoloženja* (poglavlje F30-F 39). Time se, naravno, ne isključuje mogućnost dijagnosticiranja posttraumatskih depresivnih reakcija ili nekog drugog poremećaja raspoloženja koji stvarno spadaju u afektivne poremećaje (prema MKB-10), ali se taj naziv nikako ne bi smio koristiti kao “zajednički nazivnik” za sve kategorije psihičkih poremećaja uzrokovanih psihičkom traumom.

Simptomatska deskripcija *Trajnog poremećaja ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja* kao posebna subkategorija u tablici je smještena ispred generalnih kriterija za trajne promjene ličnosti koje se ne mogu pripisivati oštećenju ili moždanoj bolesti i nije označena nikakvim postotkom oštećenja.

Iza nje slijedi apsolutno nejasna kategorija naslovljena kao *Trajne afektivne smetnje i trajni poremećaji ličnosti* u kojoj se ne navodi ni jedna dijagnoza, ali se može pretpostaviti da je ona u međunarodnim klasifikacijama mentalnih poremećaja potpuno nepoznata kombinacija prethodno opisanih i pogrešno označenih “afektivnih smetnji” i trajnog poremećaja ličnosti koji je točno označen, ali se nikako, ni u kliničkoj, ni u forenzičkoj praksi, ne smije koristiti u takvoj kombinaciji.

Sljedeća je skupina naslovljena kao *Traumatski neurotski psihički poremećaj* u kojem bi se prema uvodnim deskriptivnim kriterijima ponajprije trebao naći *Posttraumatski stresni poremećaj* i druge dijagnoze iz kategorije F43, kojih nema – jer su one prethodno već uključene u *Afektivne smetnje* (!?) – već se umjesto tih dijagnoza navode sve ostale dijagnoze obuhvaćene MKB šiframa od F40 do F45 (bez F43).

Tvrđenje prema kojima *ne postoje* traumatski uvjetovani psihotični poremećaji i traumatski uvjetovana demencija doslovno su prenesene iz “europskih” tablica, uz korektno navođenje tog izvora, ali i potpuno ignoriranje i MKB-10 i DSM-IV⁹, na koje se inače konzekventno pozivaju i autori “europskih” i autori hrvatskih tablica.

Spomenuto relativiziranje kriterija iz MKB-10 i DSM-IV – bez navođenja razloga zbog kojih je to učinjeno – uočljivo je i u “novom” definiranju trajanja pojedinih poremećaja, pa tako npr. *Poremećaj prilagodbe* u hrvatskim tablicama traje “do mjesec dana”, dok u MKB-10 “obično ne prelazi šest mjeseci”, a *Posttraumatski stresni poremećaj* “traje do šest mjeseci” unatoč općepoznatom kriteriju da taj poremećaj može prijeći (i) u *Trajne promjene ličnosti nakon katastrofalnog doživljaja*, ali tek

9 DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, APA, Washington, DC, 1994.