Dr Borislav Kapamadžija
profesor u penziji Medicinskog fakulteta u Novom Sadu

PSIHIJARIJA I PRAVO*

SAŽETAK: Citirajući, najpre, jednom izrečenu misao da „...između prava i medicine postoji duboka provalija koja nikada neće biti premošćena” i sopstvenog dodatka da se ovo naročito odnosi na pravo i psihijatriju, autor u članku opisuje jedan deo ovakvih nesporazuma koji se u praksi češće ili ređe javljaju u sudnici na relaciji sud—veštak psihijatar. U zaključcima se iznose neki predlozi kako bi se ovi problemi mogli ako ne sasvim otkloniti, a ono barem znatno ublažiti.

Pre nekoliko decenija je profesor na predmetu Uvod u medicinu na novosadskom Medicinskom fakultetu dr Vladimir Milićev rekao: „Između prava i medicine postoji duboka provalija koja nikada neće biti premošćena”. Ova njegova misao se još više i u punoj meri odnosi na relaciju pravo—psihijatrija.

Posle nešto više od 40 godina provedenih u sudnici kao sudski veštak psihijatrijske struke izneću neka svoja iskustva i razmišljanja o ovoj temi koja — ako je u pravu prof. Milićev — neće nikada prestati da bude aktuelna.

Jedan američki autor je rekao da pravo i psihijatrija imaju, u stvari, praktično isti zadatak: da poboljšaju čovečanstvo, samo što to čine različitim metodama i pristupima. Ali kako se to ostvaruje i na kakve prepreke nailaze? Pravo operiše jasno određenim kategorijama i definicijama koje su stručnjaci konvencionalno definisali i na praktično isti način im pristupaju. Zakoni se mogu razlikovati od države do države, od sistema do sistema, ali njihovo tumačenje bi na području gde su u važnosti, mora-

* Rad primljen: 13. VI 2001.

lo biti isto, čisto i jasno. Doduše mogu se pojaviti i izvesne razlike u tumačenjima, ali ipak postoji neki red i preciznost.

U psihijatriji je stanje potpuno drukčije. Psihijatrija decenijama trpi „porodajne muke” da stvori jedinstvenu dijagnostičku nomenklaturu i klasifikaciju i psihijatrijski teoretičari nikako ne mogu u tome da se slože. Stara Blojlerovsko-Krepelinska dijagnostika i nazivi bolesti nisu više „u modi” — mada se ipak tu i tamo žilavo održavaju. Zapravo u Kaplanovoj velikoj knjizi o psihijatriji iz 1995. naći ćete elemente i te stare dijagnostike i klasifikacije i novije koji su sada „u modi”. Na tim klasičnim evropskim podelama i klasifikacijama su vaspitane generacije psihijatara još i do polovine prošlog veka pa i nešto dalje. Umesto toga paralelno ide klasifikacija Svetske zdravstvene organizacije (WHO) i klasifikacija i nomenklatura Američkog udruženja psihijatara. Američko udruženje psihijatara ne respektuje WHO (!) već primenjuje samo svoju klasifikaciju i nomenklaturu. Ali i tu se stvari menjaju pa taman se jedna klasifikacija malo ustali (DSM III), pojavi se i DSM IV za koju isti vrlo ugledni Kaplan u citiranom debelom udžbeniku stidljivo stavlja do znanja da se on baš sa tim ne slaže ali da je kao član Američkog udruženja psihijatara obavezan da primenjuje DSM IV. Zamislite u toj situaciji veštaka psihijatra u sudnici kada mu pomalo afektivno pokrenut, jer veštak izbegava jasan i precizan odgovor, zamenik OJT podnosi pred oči nalaz jedne psihijatrijske ustanove i pomalo revoltiran kaže: „Pa doktore tu vam piše dijagnoza!” Očito on to shvata kao da je otvorio knjigu Zakona i predočava veštaku član taj i taj i stav taj i taj. Pravniku nije poznato da u psihijatriji, kao dodatna komplikacija postoji i to što se u praksi koriste dva pristupa dijagnozama: sindromske dijagnoze i etiološke dijagnoze. Za jednu istu stvar se može i ovako i onako. Nije ništa čudno (štaviše) da ako jedan pacijent bude pregledan od strane pet psihijatara — dobije pet različitih dijagnoza! Da li su one baš suštinski različite ili su samo forma i stilizacija drukčije, to pravnik, naravno, ne može da reši, i ovaj rebus može (ako može) da reši samo veštak psihijatar ali i njemu to ne uspeva baš uvek.

Tako jedan od brojnih uzroka nesporazuma dveju struka leži u tome što su pravnu nauku, zakonodavstvo i pravosudnu praksu stvarali ljudi stručnjaci, a duševne bolesti i psihičke poremećaje je stvarala priroda, pa stručnjaci iz ove oblasti ne mogu „praviti prirodu”, nego samo pokušavati da je razumeju, da dokuče suštinu stvari i tek onda da pokušaju da stvore nekakve klasifikacije i nomenklaturu. Shvatanja, razumevanja i stavovi u medicini uopšte, a u psihijatriji posebno, menjaju se relativno brzo. Z. Šeparović je na jednom stručnom sastanku pravnika i psihijatara rekao, kada su mu psihijatri prebacili krutost i nefleksibilnost pravne nauke i donekle i zakonodavstva: „Pravo je po svojoj prirodi konzervativno. To je njegova slabost ali i snaga.” Dodao je objašnjenje da se u medicini stvari brzo menjaju. Danas je ovako — sutra će biti onako. Sem toga postoje razne medicinske škole, različita shvatanja i tumačenja jedne te iste stvari. Pravo ne može da prati ovakve „akrobacije”. Ono mora da čeka da se stvari

odn. shvatanja dobro „stalože” pa tek onda da zauzme stavove i stavi ih na papir.

1) U psihijatriji se u drugoj polovini XX veka javljaju suštinske promene. U tumačenju psihičkih poremećaja i duševnih bolesti (ovaj drugi izraz se skoro više i ne upotrebljava već samo onaj prvi, a naveo sam ga samo zato da pravnicima to bude jasnije), u XIX i polovinom XX veka prevladavale su psihologija i psihopatologija. Znalo se oduvek da telesni, fizički faktori mogu da doprinesu i budu jedini prouzrokovajući duševnih poremećaja pa je tako istaknuti američki psihijatar Franc Aleksander rekao da shizofreni sindrom može biti izazvan nizom različitih uzroka: počev od virusa pa do nesrećne ljubavi! Jedan profesor sudske medicine je čak jednom u sudnici rekao da on misli da psihijatrija uopšte i ne spada u medicinu! Sigurno je da on nije jedini koji je tako mislio. No, šta bi on i istomišljenici rekli kada bi videli savremene udžbenike i radove iz oblasti psihijatrije, koji ne retko vrve od biohemijskih i neuropatoloških odn. neurofizioloških tumačenja, „garniranih” biohemijskim formulama. Danas u psihijatriji biohemija i genetika sve više potiskuju psihologiju, psihoanalizu i sociologiju i druge slične nauke u objašnjavanju uzročnika psihičkih poremećaja. To opet ne može biti i nikada neće biti jedinstveno tumačenje i apsolutna dogma jer ako nekome žena pobegne sa graničarskim kapetanom (slučaj iz sopstvene prakse), pa on onda sedi i plače, ne može da spava niti da jede ili radi, onda će se to do kraja sveta zvati psihičkom reakcijom ili reaktivnom depresijom a tumačenje će biti samo psihogeno, s tim što će se genetika i biohemija uzimati u obzir samo eventualno kao sporedni, „oblikujući” faktori. Dakle, jedan ključ nikako i nigde ne može da otvara sve brave nego je u pitanju proporcija uzročnih faktora. Danas je prilično zastupljeno mišljenje da u formiranju aktuelne ličnosti genska struktura i biohemijski sastav igraju čak oko 80% a samo 20% čine pedagoški, sociološki faktori dakle vaspitanje, uticaji sredine, navike, običaji itd. Slično stoje stvari i sa tumačenjem uzročnosti duševnih bolesti i poremećaja (Lombrozo?).

No psihijatri, naročito u sudnici, imaju i sasvim praktične probleme koji proizlaze iz pojedinih nedovoljno objašnjenih psihičkih zbivanja. Koliko dugo može da traje jedan afekt jakog besa, jake razdraženosti? Odgovor nećete naći ni u jednoj knjizi i veštak mora sam to da procenjuje u konkretnom slučaju (nepreciznost!). Koliko dugo traju duševni bolovi posle silovanja? Da li jednokratno pretrpljeni strah izaziva trajne posledice i kakve posledice? A tek kakav je problem retrogradnog procenjivanja poslovne sposobnosti kod nekoga ko nije više živ? Jedan američki psihijatar je u svojoj knjizi izneo mišljenje da su to toliko neprecizne procene da psihijatar ne bi uopšte trebalo da se upušta u ovakva veštačenja gde se on jako udaljava od svoje kliničke osnove i postaje zapravo „psiho-istoričar”, umesto da bude „psiho-kliničar”.

Neposredno iz ovih proizlazi i jedan od osnovnih problema na relaciji pravnik—psihijatar. Pravnik, prirodno donekle, očekuje čista i jasna afirmativna ili negativna mišljenja od psihijatra veštaka. Ali ovaj to često

(po mom mišljenju mnogo češće nego što se misli) ne može da dâ. Onda dolazi do jasnog ili prigušenog negativnog reagovanja od strane pravnika. „Pa kako ja to da presudim?!” Ili usmeno izrečene „pretnje” jednog sudi-je Vrhovnog suda: „Nateraću ja već psihijatre da se jasno izražavaju!” Tom sudiji očito nije bila poznata misao jednog od vodećih klasika evropske psihijatrije i sudske psihijatrije Kurta Šnajdera (Kurt Schneider) iz njegove monografije *Uračunljivost*: „Sudskopsihijatrijske ekspertize koje su jasne, određene i precizne su doduše komotne ali su sumnjive stručne vrednosti!” Drugim rečima, psihijatar koji na sudu nešto „sigurno zna” i „TVRDI” uvek kod iskusnog i kritičnog stručnjaka izaziva sumnju u verodostojnost i tačnost njegove ekspertize (a možda i ironičan osmeh). „Ako nešto ne znamo — ostaćemo ćuteći” kaže dalje Kurt Šnajder. Ali kod pravnika ovakav stav izaziva revolt prema psihijatru i prema psihijatriji. To je jedan od primera postojanja „ponora” između prava i psihijatrije.

2) Ako pođemo polako dalje, bez nade i pretenzija da se kaže sve što bi se na ovu temu moglo reći onda evo jednog konkretnog primera koji nam u praksi stvara stalne poteškoće. To su kranio cerebralne povrede (povrede glave i mozga) koje su redovno prisutne u građanskom pravu savremenog života („saobraćajke”, povrede na radu, tuče i slično) i rede dolaze na procenu veštaka i u krivičnom pravu. Područje ne samo još uvek nedovoljno istraženo i u samoj medicini nego i potpuno neusaglašeno sa potrebama veštačenja. Pre svega — ko treba da veštači ova stanja? Četiri struke „konkurišu” za takvu ulogu: neurologija, psihijatrija, neurohirurgija, pa se čak na jednom stručnom sastanku visokog nivoa i formata čuo i glas sudske medicine da ta veštačenja pripadaju samo njima, a u jednom (doduše jedini primer) stručnjak za ortopediju i traumatologiju je izjavio u zapisnik da je to njegovo područje! Pre svega, da li je potres mozga laka ili teška telesna povreda? Jedan naš poznati neuropatolog je na jednom stručnom sastanku, održanom na jugoslovenskom nivou pre dosta godina, rekao ex katedra: „Mi zapravo i ne znamo tačno šta je to potres mozga”. Povređeni će na germanskom govornom području dobiti dijagnozu „commotio cerebri”, dok će na engleskom području dobiti dijagnozu „brain concussion”. Ali to ne bih ni navodio kada ne bi postojala i razlika utoliko što se „brain concussion” tretira kao nešto ozbiljnija povreda od „commotio cerebri”. Ali ima i ozbiljnih predloga da se ovi izrazi sasvim ukinu i uvedu drugi izrazi odn. dijagnostičke oznake (Tönisova podela). Lako se može zamisliti kakve to probleme izaziva u sudnici, a tek kako je veštaku koji se nađe vis à vis sa zastupnikom osiguravajućeg društva koji „razrešava dilemu” tako što zahteva da veštak bude neurohirurg (dakle on određuje struku i stručnost) i da se mogu priznati samo oni potresi mozga koji su „bolnički ustanovljeni”. Dakle, ne samo što baš ne znamo tačno šta je to zapravo potres mozga, nego se još kao vrhunac besmislice traži da se to bolnički ustanovljava, a kako se to „bolnički ustanovljava” to se čak ni pravilnici osiguravajućih društava nisu potrudili da objasne, a da ne govorimo o tome što u udžbenicima medicine o tome

praktično nema govora, a ne može ni biti, jer čim je neko u bolnicu donesen bez svesti — onda to već više nije potres mozga nego teža povreda. Ali sve to onda ne baš retko izaziva prigovor na nalaz veštaka i „kompliment” da je veštačenje „nestručno”, i traženje drugog veštačenja.

Dalji mogući izvor nesporazuma je što je, barem među lekarima, postignuta saglasnost da se posledice kranocerebralnih povreda mogu pravilno procenjivati tek kada prođe najmanje godinu dana od traumatizacije a po nekima i više. No, to sada oteže pravosudni proces. Ali sa takvim stavom su se po mom saznanju složila i neka osiguravajuća društva, što čak i u njihovim pravilnicima ponegde piše — ali sitnim slovima pa to poneko i ne pročitaj! Ali dok to u parničkim postupcima još nekako prolazi — u krivičnim procesima se nikako ne uklapa jer sud i veštaci treba da čekaju da prođe bar godinu dana da bi mogli da daju kvalifikaciju povrede. Razumljiva je onda reakcija pravnika otprilike u smislu: „Pa, doktore, ili znate ili ne znate”.

3) U krivičnom pravu se kao problem odnosa na relaciji pravnik—psihijatar postavlja i pitanje pojma „uračunljivost”. To je čisto stručni pravni izraz i zato se kod pravnika krivičara nailazi na otpor da se veštak izjašnjava „uračunljiv” itd. Umesto toga veštak treba da se izjašnjava o „sposobnosti shvatanja dela” i „sposobnosti upravljanja svojim postupcima”. O ovoj temi bi se moglo raspravljati jako dugo, jer stvar baš nije sasvim jednostavna. Na jednom seminaru magistrantima iz sudske psihijatrije na našoj klinici školske 1988/89. sam puna četiri školska časa sa pazama „za kafu” govorio o pojmu „uračunljivost”, o svim aspektima pojma: pravnim i psihijatrijskim. O sudskopsihijatrijskom veštačenju uračunljivosti i tehnikama veštačenja, a počeo sam od Justinijanovog kodeksa. Kada mi je na jednom pretresu u jednom slučaju brutalnog ubistva, pre dosta godina, branilac optuženog, na kraju prilično dugog ispitivanja postavio poslednje pitanje: „Molim vas da nam veštak odgovori na pitanje: Šta su to stanja neuračunljivosti?” nema sumnje da je smatrao da će to biti „coup de grace” za veštaka čiji mu nalaz nije odgovarao. Jer otkud bi psihijatar to znao, pa će se pokazati da veštak ne zna uopšte šta je to uračunljivost. Ja sam onda posle vrlo kratke stanke rekao da na to pitanje ne mogu ni kratko ni jednostavno da odgovorim, nego bih morao da održim malo predavanje te da vrlo skraćeno iznesem ono o čemu sam inače puna četiri sata govorio. „Odustajem od pitanja”, rekao je na to branilac. Ovo inače nema neku veću praktičnu vrednost, jer u sudnici se veštak sa suhom uglavnom lako sporazume mada se dešava (retko) da predsednik veća baš insistira da veštak upotrebi reč „uračunljiv”. Relativno često se javlja u građanskim predmetima da pravnik postavlja pitanje psihijatru da li je pokojni testator ili primalac doživotnog izdržavanja bio „uračunljiv” kada je potpisivao. Ne ustručavam se onda da ponekad kažem da ne razumem pitanje, jer u građanskom pravu pojam „uračunljivost” ne postoji. Sigurno je da time ne stičem simpatije!

Ali, ni pojmovi „sposoban da shvati” i „sposoban da upravlja” ne rešavaju stvar bez ostatka. Jer sada dolazi na red jedan od najvećih ako ne i

najveći raskorak i nesporazum između prava i psihijatrije. Veštak, naime, treba da proceni u kojoj su meri ove sposobnosti bile smanjene ili su sasvim nedostajale izvršiocu krivičnog dela. U sudskoj praksi je poznato i uhodano da ako veštak proceni da su ove sposobnosti bile potpuno ukinute, sud ili prihvata ovakvo mišljenje ili ga šalje na drugo veštačenje ali ga nikako ne ignoriše. Međutim, ako je veštak procenio da su jedna ili obe sposobnosti bile „bitno smanjene” sud po slovu zakona može da to uopšte ne uzme u obzir. I sada ovo ne bi bilo „pusto teoretisanje” kada ne bi kod veštaka psihijatar, naročito onih sa manje iskustva, izazivalo dilemu koja se itekako odražava na veštačenje. Naime, pojam „bitno smanjenje” po običnoj logici asocira na „značajno smanjenje”. U stvari, logički gledano, ako se jednom pojmu oduzmu bitne odrednice — on u stvari prestaje da postoji. Ukratko, ako kažem da je bio „bitno smanjeno uračunljiv” onda sam ga u stvari skoro ekskulpirao — a tako veštak nije mislio. Zato se mnogi psihijatri, a naročito mlađi i manjeiskusni, ustručavaju da izreknu ovakvu kvalifikaciju jer smatraju da time čine preveliki ustupak optuženom. Oni ne mogu da shvate da to u sudskoj praksi predstavlja samo olakšavajuću okolnost (ukoliko je sud uopšte prihvati), dakle izvestan „popust” govoreći knjigovodstvenim rečnikom i to najviše od 20 do 25% od kazne koja bi inače bila izrečena. Ovu kvalifikaciju najčešće donosimo kod ubistava u afektu — a takvih je barem 75% svih ubistava — gde je ona najčešće odgovarajuća. Jedan nemački autor je napisao: „Na mojoj klinici sva ubistva u afektu koja smo veštačili povlače kvalifikaciju „bitno smanjena uračunljivost” (wesentlich verminderte Zurechnungsfähigkeit). Mislim da svaki veštak psihijatar, kada mora da se izjasni o uračunljivosti, doživljava to kao manje ili veće nasilje nad realnim životom, jer u ljudskoj psihi postoji niz varijanti i kvalitativnih i kvantitativnih varijacija afekata i drugih psihičkih funkcija koje u datom trenutku utiču na ponašanje. Po mom mišljenju procena po skali od 1—10 bi mnogo više odgovarala realnosti. Mi se služimo i jednom procenom koja glasi „smanjeno ali ne do bitnog stepena”! Toga u Zakonu nema i ne znam kako je to „prošvercovano” u sudsku praksu, ali je izraz „zaživeo”. Lično mislim da su to „isforsirali” psihijatri i to najviše zbog stanja pijanstva pa donekle i zbog afektivnih stanja. Ne može se za alkoholisanog čoveka reći da je u potpunosti mogao da vlada sobom, ali kakve pravne posledice povlače alkoholisana stanja o tome je napisana ogromna literatura u koju ovde, naravno, ne mogu ulaziti.

4) Dalji problem sa kojim se veštak psihijatar suočava na sudu jeste uklapanje u pravnu terminologiju kao što je „privremena duševna poremećenost”, „trajno duševno oboljenje” itd. Psihijatar opet mora da vrši nasilje nad sobom i svojom strukom jer nama ti izrazi ne odgovaraju. Proučavao sam pažljivo u svoje vreme te izraze iz knjige *Komentar Krivičnog zakonika SFRJ* gde su svi ti pojmovi detaljno izneseni i objašnjavani sa pravne tačke gledišta. Neke nisam mogao da razumem, a sa nekim nisam mogao da se složim. Tako npr. pojam „trajna duševna bolest” izaziva otpor svakog savremenog psihijatra, jer mi danas ne priznajemo

da je ijedna duševna bolest neizlečiva. Donekle bi izuzetak bile samo staračke demencije, ali zbog jednog izuzetka nije potrebno praviti čitavu kategoriju. Mnogo bi životnije bilo kada bi veštak našim jezikom i običnim rečnikom, po potrebi, a na eventualni zahtev stranaka ili suda, opisao o kakvoj se bolesti ili poremećaju radi, kakvo je lečenje, prognoza itd.

5) Anglosaksonsko zakonodavstvo i sudska praksa se značajno razlikuju od evropskog — koje je kod nas u punoj snazi i primenjuje se i teorijski i praktično. Do pre nekoliko decenija procena uračunljivosti se u SAD zasnivala na dve formulacije: M'Naughten-ovoj koja se primenjivala u većini federalnih država i Durhem-ovoj koja se primenjivala u manjini. Durhemovi kriterijumi procene uračunljivost su dosta slični našima, ali se M'Naughten-ovi suštinski razlikuju. Ona se bazira na etičkim principima i traži odgovor na pitanje da li je optuženi znao da je to što čini loše, ili je mislio da je dobro? Ako je znao da je to loše — kriv je, ako je mislio da je to dobro — nije kriv. Drugim rečima, ako paranoik ubije nekoga uveren da čini dobro delo — nije kriv. No ni tamo to nije baš sasvim tako jednostavno. Dešava se da sudija prekine psihijatra koji izlaže složen psihopatološki mehanizam zbivanja o optuženom sa namerom da pokaže da je optuženi izvršio delo vođen bolesnom motivacijom, pitanjem: „Doktore, recite vi nama da li je optuženi mogao da razlikuje bombu od jabuke?” (iz čega, naravno, proizlazi zaključak da ako je mogao — onda je kriv).

No stvari su i u SAD uznapredovale. Sjedinjene Američke Države uvode 1992. specijalizaciju iz sudske psihijatrije sa određenim programom predmeta, nastave i prakse i polaganjem specijalističkog ispita, čime se stiče pravo na titulu specijaliste forenzičke psihijatrije. Kao što sam maločas rekao danas su stvari i u SAD napredovale, pa u najnovijoj američkoj literaturi nalazimo tri formulacije za uračunljivost/neuračunljivost: stara M'Naughten-ova se još održava, Durhemova takođe, a pojavljuje se i treća kao ALI test, ali u to ovde nema potrebe da ulazimo.

6) Dalji izvor nesporazuma je pojam „jaka razdraženost”. Ako je veštak psihijatar u svom nalazu samo spomenuo reč „razdraženost”, može skoro sa sigurnošću očekivati pitanje branioca: „Da li je optuženi bio u stanju *jake* razdraženosti?” Ovaj „zahvat” odbrane nam je dobro poznat i sračunat je na to da se ishodi kvalifikacija „na mah”. Međutim, mi nemamo nikakvih objektivnih merila za takvu kvalifikaciju i ona se daje po slobodnoj proceni, jer u psihopatologiji takva nozološka jedinica ne postoji. Što je najvažnije, takvu procenu slobodno može da da i pravnik i svaki drugi laik. To važi i za većinu (ne sva) afektivnih stanja pa tako, recimo, depresiju ocenjujemo opet arbitrarno na „duboku” ili „površnu”, „plitku” itd. Posebno pitanje i problem jeste procena koliko dugo može da traje jedno jako afektivno stanje (najčešće je opet reč o stanjima *jake* razdraženosti i to naročito u krivičnim predmetima). Nekoliko minuta? Nekoliko sati? Ili i duže? Već je rečeno da o tome nema reči ni u jednom udžbeniku psihijatrije, pa nema drugog izlaza nego da veštak to ocenjuje po slobodnoj proceni. Neprecizno? Svakako, ali druge nema.

7) Jedan od dubljih nesporazuma je i pitanje motivacije. Ko treba da ceni motivaciju — psihijatar ili pravnik? Mišljenja su, naravno, podeljena i tu je bilo suprotnih mišljenja čak i među psihijatrima jer su protivnici takvog izjašnjavanja svodili celu stvar na relaciju „nehat” — „umišljaj”. No, bilo kako da se stvar postavi — a može na razne načine — ne može se izbeći trijažiranje na dve grupe motiva: psihopatološki ili normalnopsihološki — dakle „normalno” ili „bolesno” — to je ipak van sumnje kompetencija psihijatra.

Još jedan problem i razlika u pristupu između dveju struka jeste procena nivoa svesti na kojem se motivacija manifestuje. Čitavo krivično pravo se oduvek baziralo na konceptu *svesne* psihike. Sigmund Frojd je ovakvom pojednostavljenom pristupu koji je vekovima dominirao u tumačenju ljudske psihologije, zadao težak udarac krajem XIX i početkom XX veka svojim teorijama o nesvesnoj psihi. Čak su i najveći protivnici S. Frojda morali nekako da se pomire sa ovim delom njegovog učenja. Većina optužnica, međutim, počinje rečima „...u nameri da...” Polovinom ovoga veka jedan nemački psihijatar uvodi pojam „prisvesno”. To bi bila psihička zbivanja na nivou između svesnog i nesvesnog. U kliničkoj psihijatrijskoj praksi ovaj izraz nije naišao na širu primenu ali u sudnici, u krivičnom pravu je, po mom mišljenju, itekako životan. Vrlo često ćemo od izvršioca krivičnog dela ubistva čuti: „Nisam imao nameru da ga ubijem već samo da ga zaplašim...” i zato je poneo sobom nož ili pištolj. Budući izvršilac krivičnog dela ubistva često nije imao u svesti formiranu ubilačku nameru, već samo *prisvesno* jednu opštu agresivnu tendenciju. Zašto se ona pretvorila u ubilačku radnju zavisi od mnogih okolnosti, a neretko nam viktimološka analiza može dati odgovor. Strah od uvođenja psihologije nesvesnog u sudnicu javio se kod psihijatara još davno, jer su se pribojavali da će to biti miniranje zgrade krivičnog prava. Međutim kod nas, u bivšoj Jugoslaviji, M. Goreta se ipak odvažio na taj korak. Njegovi radovi i prikazi slučajeva sa iscrpnim dubinskopsihološkim tumačenjima pokazali su da to ne mora biti tako. Dubinskopsihološka analiza ne mora uvek uticati na procenu računljivosti. Drugim rečima, grubo karikirano: „Prvo ćemo te dobro razumeti — pa ćemo te onda obesiti!” Ali krivično pravo i dalje stoji na pozicijama svesne psihike i to će verovatno još dugo potrajati.

8) Jedan praktičan — ali ne samo praktičan — problem se srećom retko pojavljuje. Dešava se da prilikom veštačenja poslovne sposobnosti sud insistira da prisustvuje veštačenju. Pravnici se pozivaju na slovo zakona koje je nekako tako formulisano. Imao sam u svoje vreme uporno natezanje sa Komisijom za pravosude Vojvodine, a dva-tri puta i u praksi sa sudijama, gde sam energično odbijao takve uslove psihijatrijskog pregleda. Psihijatrijski pregled je medicinska radnja i samim tim laik tome nema prava da prisustvuje. „Da li biste vi zahtevali da prisustvujete i ginekološkom pregledu?” — pitao sam. Dobio sam odgovor da psihijatrijski pregled i ginekološki pregled nije jedno isto. A zašto nije isto? Odgovor, nažalost, mogu samo maligno-paranoidno da konstruišem: „Zato što

se svi razumeju u psihijatriju odn. i laik može da proceni šta je to normalan čovek a šta nije, pa tako onda može da kontroliše psihijatre koji možda imaju zle namere da nekog liše njegovih prava (i da ga „strpaju u ludnicu“). Ja nisam izmislio ovu kombinaciju. Pre dosta godina je na jednom jugoslovenskom stručnom sastanku jedan vrlo istaknuti pravni teoretičar u prilično grubom tonu „očitao lekciju” psihijatrima i naveo primer gde su jednog čoveka tako zatvorili iza zidova duševne bolnice. Upozorio je tada psihijatre da se za ovakvo delo ide u zatvor!

Ovakvi slučajevi se ipak možda samo sasvim izuzetno javljaju u praksi, ali da se laik često „razume u psihijatriju” to neretko srećemo u građanskom pravu prilikom parnica za obaranje testamenta ili ugovora o doživotnom izdržavanju, kada pravnik, sudija ili advokat koji je sastavljao taj dokument tvrdi da je pokojni bio „potpuno normalan”, jer da on, sastavljač testamenta, ima dužu praksu u tom poslu, pa bi sigurno primećio da nešto nije bilo u redu. (Imao sam u rukama jedan testament gde testator isključuje iz nasledstva svoju suprugu i sina jer ga godinama truju i stavljaju mu otrov u hranu i u kafu. Testament je bio punovažan jer očito sastavljač tu nije video ništa nenormalno!)

9) Alkohol, alkoholizam, alkoholisana stanja. Ovo je jako veliki problem na relaciji pravnik—psihijatar naročito u oblasti krivičnog prava ali se javlja i u građanskom. O ovoj temi je napisana ogromna i nepregledna i pravna i psihijatrijska literatura i ja u ovom tekstu ne mogu ni pokušati da „sve” to iznesem (biću slobodan da zainteresovanim preporučim moju knjigu *Forenzička psihijatrija*, 1989, gde je sve to opširnije izneseno). Osnovna nevolja je u tome što postoji elementarna zabluda otprilike u stilu: „Pa valjda se zna šta je to alkohol i šta je to pijan čovek!” Ali se ne zna! Stepenn neznanja i nepoznavanja ove oblasti je prosto neverovatan i to ne samo da laici o tome ne znaju dovoljno (uključivši tu, naravno i pravnike), nego ni psihijatri tu oblast ne znaju — sem ukoliko su se, na ovaj ili onaj način, bavili alkoholologijom koja je već odavno posebna stručna i naučna disciplina. Izneću u ovom tekstu samo neke „udarne” tačke koje bi trebalo površno da ukažu na praktičnu stranu problema.

a) U skladu sa napred iznesenim ovde je izbor veštaka još ponajviše osetljiva stvar, jer bi adekvatno veštačenje alkoholisanih stanja mogao dobro da obavi samo veštak psihijatar za koga se prethodno utvrdi ili se zna da se bavio alkoholnom psihopatologijom, dakle da ima i teorijskog znanja i praktičnog iskustva iz ove oblasti. U protivnom se, nažalost, još uvek nedopustivo često događa da veštak, koji nema znanja i iskustva iz ove oblasti, sa papira „pročitava” da je okrivljeni, pošto je imao toliko i toliko alkohola u krvi bio u takvom i takvom stepenu pijanstva. Pri tome on živog čoveka ni video nije, ali ni ovo svoje „papirno veštačenje” ne bi mogao da objasni i da prevede na upotrebljiv klinički jezik — kada bi to neko zatražio od njega.

b) Čovekov organizam nije bure u koje koliko sipaš — toliko u njemu stoji i ostane. Sudbina alkohola u organizmu predstavlja vrlo složen i

dinamičan biohemijski i patofiziološki proces, čije faze retrogradno nije nimalo lako „uloviti“, jer alkohol „beži“ iz organizma.

c) Začuđujuće je kako veštaci medicinske struke ovde ne uzimaju u obzir jedan od osnovnih principa medicine: klinički nalaz je uvek i svuda stariji po rangu od laboratorijskog nalaza. Neće biti da je samo kod alkohola slučaj obrnut! Dakle, neće biti da je samo ovde dopušteno da se iz laboratorijskog nalaza izvlače klinički zaključci pa se to još radi vrlo „ozbiljno“ u sudnici uz pomoć džepnog računara, pa još sa tri decimale!

d) Procena kliničke slike pijanstva može se vršiti samo na osnovu autoanamneze (podaci koje sam daje o sebi) i heteroanamneze (podaci koje drugi daju o njemu — očevici). Ali i tu postoje vrlo okorele predrasude i zablude kod nestručnjaka: „Da li se teturao, da li je zaplitaio jezikom?“ Ovo je samo jedan oblik kliničke slike, takozvani „težak stepen“ ili paralitička faza, a pre toga stoji čitava paleta kliničkih slika lakog i srednjeg pijanstva koja imaju mnogo veći značaj u krivičnom pravu nego teški stepeni koji su u stvari i po mom mišljenju i po mišljenju drugih autora, znatno manje kriminogeni od lakih i srednjih stepeni.

e) Takozvane „patološke reakcije na alkohol“ su izuzetno težak problem jer se čak i mnogi alkoholnoj patologiji vični veštaci ne usuđuju da na sudu postave ovu dijagnozu iz razloga koji nisu stručne prirode i u koje ovde ne bih ulazio.

f) Ključna stvar kod procena stanja alkoholisanosti je da je tu presudna ne telesna težina već *tolerancija* na alkohol, tj. koliko mozak dotične osobe može da se brzo i dobro prilagodi na alkohol kojim ga njegov vlasnik „zaliva“, dakle kolika mu je adaptaciona moć ali ne uopšte nego *sada i tu tj. u kritičnom trenutku*.

10) Ne mali problem i odraz „procepa“ između psihijatrije i prava jeste kvalifikacija „opasan po okolinu“. Lično sam se kao veštak uvek osećao jadno i poniženo kada se od mene zahtevala takva kvalifikacija. To je primer gde su zastarele laičke predrasude i zablude našle svoje mesto u sudnici i zakonsku snagu. To proističe iz teške zablude kako su duševni bolesnici samim tim što su psihotični — opasni po okolinu. „Ludaci ubijaju ili u najmanju ruku ujedaju i tuku.“ Interesantno je da se niko nije obratio statistici koja inače uživa tako uvaženo i (mislim) precenjeno mesto u ljudskim aktivnostima i nauci uopšte. Tada bi mogao da vidi da je po jednoj, istina vrlo staroj, statistici ali koju još niko nije doveo u pitanje, svega oko 3% psihotičnih pokazivalo agresivno ponašanje, dakle bili su „opasni po okolinu“. Mislim da bi se statističkom metodom vrlo lako moglo dokazivati da je populacija tzv. „normalnih“ i relativno i apsolutno daleko opasnija po okolinu od duševno bolesnih. Moramo znati da je ovakvo izjašnjavanje i kvalifikovanje lišeno svake stručne i naučne podloge, da je, prema tome, sasvim proizvoljno i uvek dato pod pritiskom pravosuđa koje nikako neće da odustane od takvog pritiska na veštake psihijatre. Među psihijatrima forenzičarima a pod takvim pritiscima ipak postoji jedno tipično laičko ponašanje, a to je da se zahtevima pravosuđa mora udovoljiti po svaku cenu. „Sud traži!“ — pa se sudu mora udovolji-

ti makar i na štetu svoje struke. U praksi su se u tom pogledu uobličila dva pristupa: Jedan možemo nazvati „biografskim”, jer se zaključci pokušavaju izvući iz dosadašnjeg ponašanja optuženog (agresivan ili ne), a drugi bi bio psihopatološki, tj. izvlačiti zaključke iz kliničke slike bolesti. Ne bih se dalje upuštao u ovo izlaganje, jer se slobodno može reći da je svako prognoziranje ovog „svojstva” krajnje nepouzdanost: tamo gde bi se eventualno očekivala agresivnost — ne dogodi se i obratno. Jedinu izuzetak bi možda bile paranoidne psihoze kod alkoholičara gde se sa priličnom sigurnošću može prognozirati da ako se ispitanik ne podvrgne lečenju od alkohola, do agresivnog ponašanja će skoro sigurno doći.

11) Najzad, ali ne na poslednjem mestu, dolazi i problem izbora veštaka. U ovoj zemlji oduvek postoji nesrećan običaj da se kao sudski veštak može pozvati i poziva se svako ko ima položen specijalistički ispit iz neuropsihijatrije ili psihijatrije. Kod nas je uvođena pa ukidana pa opet uvođena specijalizacija ili subspecijalizacija iz sudske psihijatrije, ali pravosuđe nije za to pokazalo naročito interesovanje. Doduše, sudovi su (ne svi) barem na terenu koji mi je sa te strane poznat, uveli praksu da imaju svoje veštake — što je svakako izvestan napredak, ali to još uvek nisu čvrsti kriterijumi, pa se još uvek može dogoditi (slučaj mi je poznat) da sud u jednom predmetu retrogradnog ustanovljavanja testatorske sposobnosti kod testatora koji nije više živ, u kojem je jedan iskusan veštak forenzičar dao mišljenje — angažuje kao „kontrolnog veštaka” jednog neuropsihijatra koji se ne bavi psihijatrijom već elektrodijagnostikom i neurologijom, a sudnicu je možda video samo u bioskopu! Srećom, ovakvi slučajevi nisu česti, ali se ipak ne bi smeli događati.

ZAKLJUČCI

1) Pravosuđe bi trebalo da za sudske veštaka angažuje psihijatra koji je, po mogućnosti, specijalista sudske (forenzičke) psihijatrije, koji se bavio oblašću psihijatrije iz koje se traži veštačenje (to se naročito odnosi na oblast alkoholizma i narkomanija), ili da je već stekao iskustvo u sudnici kroz višegodišnji rad na veštačenju.

2) Psihijatri bi morali da shvate da je sudska (forenzička) psihijatrija posebna struka koja se mora izučavati i praktično uvežbavati, te da se ne upuštaju u veštačenja za koja znaju da nemaju ni praktičnog iskustva ni teorijskog znanja.

3) Bilo bi neophodno vratiti sudsku psihijatriju (kao što je nekada bilo) na pravne fakultete, makar sa jednim „mini” programom u okviru jednosemestralne nastave.

PSYCHIATRY AND THE LAW

Borislav Kapamadžija, Ph.D.

Summary

The author is quoting a thought which says „There is a large gap between law and medicine which is not likely to be overcome”, and he adds that this specially concerns law and psychiatry. In the article he is describing some misunderstandings between court and forensic psychiatrists that happen in practice more or less often. As a conclusion, some suggestions for solving these problems are proposed in order to diminish them or, if possible, to solve them completely.