

Marko Kos*

Lud, zbunjen, političan i subjekt¹

SAŽETAK

Biološke i psihološke specifičnosti mentalnih bolesnika često su razlog njihovoj depersonalizaciji, dehumanizaciji i izdvajanju iz “političkog”. Polazna je pretpostavka da svaka osoba jest legalno kompetentna i treba uživati sva prava i obaveze kao drugi građani. Ne samo osnovna građanska prava, već i pravo na upravljanje svojom imovinom, pravo na rad ili zasnivanje obitelji. Temeljno ljudsko pravo svakog pojedinca je da živi u zajednici, a ne da doživotno izoliran i stigmatiziran promatra političke procese bez aktivnog sudjelovanja. Duševne smetnje nastaju unutar socijalne mreže, stoga bi njeni procesi nužno trebali stremiti pronalasku odgovora, načina oporavka i reintegraciji pojedinaca u zajednicu s ciljem unapređenja duševnog zdravlja i kvalitete života bolesnika i njegove obitelji. Strukture zadužene za pružanje adekvatne pomoći tretiraju ih kao zločince, kao nezrele ili kao ljude koji su sami skrivili svoju situaciju. Refleksija statusa duševnog bolesnika kao političkog subjekta otvara pitanje vidi li ih zajednica kao subjekte, a zakoni usmjereni na reguliranje njihovih prava govore nam kako je to upitno. Rad nastoji prikazati kompleksnost problema i odnosa među različitim skupinama u zajednici, iziskuje novo promišljanje društvenog položaja duševnih bolesnika, ali i moguće proširenje društvene odgovornosti.

Ključne riječi: dehumanizacija, CRPD, viktimizacija, bioetika, mentalne i psihičke bolesti, subjekt.

¹ Članak je nastao na temelju izlaganja sa studentske bioetičke radionice “Bioetika, ekonomija i politika” održane u okviru 12. lošinskih dana bioetike (Mali Lošinj, 2013.).

* Adresa za korespondenciju: Marko Kos, Odsjek za filozofiju, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, e-mail: markkos@ffzg.hr

Lud, zbunjen, političan

Bioetički diskurs – osobito onaj integrativne bioetike – prelazi granice teoretskog razmatranja i pretapa se u sferu praktičkog, pri čemu osvrta na paradoksalne načine tretiranja “Drugog” postaju neizostavni. Govorimo o praksama koje postoje usprkos tvrdnjama da pravo, običajnost, znanost i druge domene iz kojih dolaze utjecaji na društvo izvršavaju svoje dužnosti u vidu zaštite “živog”.² Biološke i psihološke specifičnosti mentalnih bolesnika često su razlog njihovoj depersonalizaciji, dehumanizaciji (Ćirić, 2007) i izdvajanju iz “političkog”. Polazna pretpostavka bit će da je svaka osoba legalno kompetentna i treba uživati sva prava i obaveze kao drugi građani. Kao i temeljna ljudska prava svakog pojedinca, odnosno da živi u zajednici, a ne doživotno izoliran i stigmatiziran promatra političke procese bez aktivnog sudjelovanja. Ne govorimo samo o osnovnim građanskim pravima, već i o pravu na upravljanje imovinom, pravu na rad ili zasnivanje obitelji.

Poimamo li duševne i mentalne smetnje kao medicinske fenomene koji nastaju unutar socijalne mreže, procesi djelatni unutar socijalne mreže nužno bi trebali stremiti pronalasku odgovora, načina oporavka i reintegraciji pojedinaca u zajednicu s ciljem unapređenja duševnog zdravlja i kvalitete života bolesnika i njegove obitelji. Interdisciplinarni i multidisciplinarni poduhvat psihijatrijske prakse ovdje nastupa kao ključan moment pri definiranju njihovog problema, ali i postavljanja ovih vrsta invaliditeta kao vidljivih unutar zajednice. No ne možemo – niti je cilj ovog rada – pokušati pronaći odgovornog ili odgovornu praksu, već ukazati na nužnost dijaloga između integrativno pojmljene bioetike, psihijatrije, psihologije i drugih disciplina koje zajedničkim razmatranjem problema mogu dati rješenja za izložene problemske situacije.

Važno je sagledati neke faktore koji pridonose fiksiranju obrazaca viktimizacije psihijatrijskih bolesnika kao i specifične predispozicije koje je omogućuju. Bioetički diskurs, kao praksa i teorija koja propituje vladajuću strukturu i zalaže se za one što ih struktura izdvaja, treba nastojati ograničiti moć organizma koji pojedince marginalizira, izdvaja i onemogućuje da realizacija “volje za znanjem” ide u korist “života samog”. Razumijevanje pojma stigme, kao i upućenost u dokumentaciju kojom se regulira odnos prema mentalnim i psihičkim bolesnicima na pravnoj i moralnoj razini predstavljaju bitan moment pri skupljanju znanja relevantnog za donošenje informiranih sudova. Informirani sudovi o ovom problemu mogu pridonijeti razumijevanju potrebe i poboljšanju uvjeta života ove skupine ljudi.

² Usp. Kos, M. (2012). Bioetika o pedofiliji. U: Ćavar, N., Žanetić, I. (ur.), *Bioetika i psiha*, Zagreb: USF, 2012.

Stigma

Pojam stigme odnosi se na društveni ili individualni atribut koji postaje negativnom karakteristikom ili oruđem diskreditacije unutar određenog društvenog konteksta (Kusow, 2007: 4667). Negativno obilježavanje bolesnika varira. Primjerice, shizofrenija i slični poremećaji stvaraju jaču stigmu od depresije ili anksioznog poremećaja (Puljak, 2011). Istraživanja govore da javnost ovu vrstu bolesnika doživljava kao: a) opasne pojedince;³ b) pojedince koji su nesposobni za samostalan život i samostalno donošenje odluka;⁴ c) pojedince koji su psihički ili mentalno slabi (slabići) i sami krivi za svoje stanje;⁵ d) pojedince kojima se ne može pomoći i trajno su “oštećeni”.⁶ Nerijetko se stigma širi na obitelj i prijatelje oboljelog te izaziva brojne neugodne posljedice koje mogu intenzivirati izolaciju i diskriminaciju (Puljak, 2011). Ne postoje studije koje govore o odnosima između stereotipa i razine nepravde ni koji oblici nepravde predstavljaju najveću opasnost. No budući da su u demokratskim društvima pravne regulacije i političke odluke uvelike uvjetovane javnim mnijenjem, bitno je znati u kojoj mjeri su diskriminatorne prakse i politike zastupljene u javnosti. Što ih se više uvažava, to će više “policy makers” biti spremni donositi odluke koje služe sustavnoj diskriminaciji (Puljak, 2011).

Možemo izdvojiti dva osnovna pristupa problematici viktimizacije općenito: 1) određenje žrtve u užem smislu, odnosno u krivično-pravnom smislu, gdje govorimo samo o prekršajnoj dimenziji kao povredi prava; 2) određenje žrtve u širem smislu, koje obuhvaća sve osobe koje trpe u odnosu spram svojih prava na život, zdravlje, integritet i sigurnost, bez obzira na to je li izvor neugodnog stanja pravna ili fizička osoba i radi li se o povredi pravno-normativnih propisa ili univerzalnih ljudskih prava (Šeparović, 1985: 16, u Ćirić, 2007: 4).

Samog bolesnika možemo gledati kao žrtvu na više načina:

- a) nevina žrtva, odnosno žrtva koja ne djeluje štetno na druge;
- b) žrtva s neznatnom krivnjom ili žrtva iz neznanja;
- c) latentna ili predisponirana žrtva;
- d) žrtva-provokator, odnosno pojedinac koji kroz svoju psihopatologiju svjesno ili nesvjesno provokativno utječe na okolinu;

³ Ako se radi o psihozama ili postoji saznanje o tome da je pojedinac bio liječen u psihijatrijskoj ustanovi.

⁴ Razlozi su isti kao i kad se vjeruje da govorimo o “opasnim” pojedincima, no sa sobom nosi moment nesposobnosti koja bitno utječe na njihovu mogućnost zapošljavanja i sl.

⁵ Najčešće kada se radi o bolestima za koje se vjeruje da imaju društvenu, a ne organsku osnovu (depresija, anksiozni poremećaj, razne vrste neuroza i sl.).

⁶ Stav postaje jači ako je posrijedi teže psihičko ili mentalno oboljenje te prelazi s razine izbjegavanja na zatiranje – govori se o dementnima, retardiranima itd.

e) lažna žrtva ili umišljena žrtva, čiji doživljaj realnosti ne odgovara stvarnosti (djeluje motivirana halucinacijama ili sl.) i postaje uvjerena da je netko ugrožava (Ćirić, 2007: 4–5).

Hrvatski model

Mentalno i duševno zdravlje sastavni su dio općeg zdravlja. Predstavljaju važan resurs za pojedinca, obitelji i nacije. Problemi i poremećaji vezani uz mentalno i duševno zdravlje, zbog visoke stope prisutnosti u društvu i zbog često kroničnog tijeka, predstavljaju jedan od prioritarnih javno-zdravstvenih problema današnjice. “Osobe s mentalnim i duševnim zdravstvenim problemima imaju povećani morbiditet i mortalitet od osoba s tjelesnim oboljenjima. Broj izvršenih samoubojstava, koji su pokazatelj ugroženosti mentalnog zdravlja, viši je od broja poginulih u prometnim nesrećama. (...) Nadalje, mentalni i duševni poremećaji stigmatiziraju, izazivaju veliku patnju bolesniku i uvelike smanjuju kvalitetu života oboljelih, kao i njihove okoline. Poremećaji se definiraju prema postojanju skupova simptoma, a kriteriji za dijagnozu ispunjeni su kada su skupovi simptoma relativno teški, dugotrajni i popraćeni smanjenjem funkcionalne sposobnosti ili invaliditetom.” (Silobrčić Radić, 2004: 1)

Dok je oko 30 posto stanovnika u institucijama vlastitim izborom, za one koji ne žele biti u instituciji ne postoji alternativni oblik skrbi. Između 70 i 100 posto štićenika ustanova za osobe s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom institucionalizirano je bez pristanka ili prilike da ospore tu odluku. Nadalje, zbog sudskog postupka poznatog kao “lišenje poslovne sposobnosti” reintegracija u društvo i povratak prijašnjem načinu života postaju još teži. Kao treći značajan problem čini se saznanje da većina osoba s intelektualnim ili mentalnim invaliditetom koje su smještene u ustanovu ondje ostaju do kraja života zbog odluke koju nisu mogli osporiti (Silobrčić Radić, 2004: 1).

Deinstitucionalizacija predstavlja velik poduhvat jer iziskuje prestrukturiranje stavova u društvu, drugačiju regulaciju zdravstvenog i socijalnog osiguranja, kao i reformu psihijatrijske službe. Visoka stopa nezaposlenosti i izraženo siromaštvo, kao i dugovanja zdravstvenog i mirovinskog osiguranja, u Hrvatskoj usporavaju taj proces. Aktivnosti koje se trenutno provode u našem sustavu ne pružaju zadovoljavajuću razinu usluge, kao što je to slučaj sa sustavima zapošljavanja i socijalne skrbi (Babić, Molnar, 2002, u Gruber, 2012: 76). Nadalje, otpuštanje bolesnika iz psihijatrijskih ustanova kako bi potom bili smješteni u dom za duševno oboljele osobe formalno jest deinstitucionalizacija, no realno predstavlja reinstitucionalizaciju (Priebe *et al.*, 2005, u Gruber, 2012: 76).

Kršnja ljudskih prava u hrvatskim ustanovama nastupaju suptilno, počevši od činjenice da su osobe s invaliditetom lišene privatnosti i individualnosti. Neophodnom postaje potreba da se osigura odgovarajuća alternativa unutar zajednice, utemeljena na želji za boljom njegom i poboljšanjem kvalitete života osoba s invaliditetom. Isprazni javni istupi i naglašavanje kako se akcije u tom smjeru poduzimaju, iako to često nije slučaj, ne samo da su primjer loše socijalne politike već se sukobljavaju s međunarodnim ugovorima koje je Vlada Republike Hrvatske potpisala (HRW, 2010).

Hrvatska je jedna od prvih zemalja u svijetu koje su potpisale i ratificirale Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom – Convention on the Rights of Persons with Disabilities (dalje: CRPD), i time se obvezala na ispunjavanje prava pojedinaca s takvom vrstom poteškoća. No izolacija i oduzimanje poslovne sposobnosti osoba s invaliditetom u Hrvatskoj krši načela CRPD-a. CRPD utvrđuje pravo osoba s invaliditetom na život u zajednici i samoodređivanje, na isti način kao što je to dopušteno drugim građanima, odnosno trebalo bi im biti omogućeno da odluče gdje i s kim žele živjeti. Vladin neuspjeh da napravi značajan napredak prema deinstitucionalizaciji i stvaranju održive alternative suprotstavlja se obećanjima iz 2006. godine, kada je potpisan Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju (Joint Inclusion Memorandum, JIM).⁷

U listopadu 2009. godine Human Rights Campaign (HRC) izrazila je svoju zabrinutost o uporabi “kreveta kaveza” kao mjere za ograničavanje mentalno bolesnih pacijenata, uključujući i djecu, u Hrvatskim ustanovama socijalne skrbi. S tim problemom već su suočene neke zemlje, kao Slovačka i Češka. Stanje se počelo mijenjati tek nakon što su BBC i drugi izvori počeli izvještavati o stanju u tim institucijama.

Razmišljanje o statusu duševnog bolesnika kao političkog subjekta otvara pitanje vidi li ga zajednica kao subjekta. Zakoni usmjereni na reguliranje prava bolesnika, kao i načini njihova tretiranja, govore nam da je to upitno. Kontradiktornost članaka “Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama” jedan je od problema s kojim se osobe s duševnim smetnjama moraju nositi. Prema matičnom propisu “osoba s duševnim smetnjama je duševno bolesna osoba, osoba s duševnim poremećajem, nedovoljno duševno razvijena osoba, ovisnik o alkoholu ili drogama ili osoba s drugim duševnim smetnjama. Osoba s težim duševnim smetnjama je osoba s duševnim smetnjama koja nije u mogućnosti shvatiti značenje svojega postupanja ili ne može vladati svojom voljom ili su te mogućnosti smanjene u

⁷ Memorandum je neobvezujući, pa za njegovo nepoštovanje ne postoje pravne sankcije.

tolikoj mjeri da joj je neophodna psihijatrijska pomoć” (Korać Graovac, Čulo, 2010: 70).

Definicija osobe s duševnim smetnjama je ili cirkularna definicija, a prema tome i upitne valjanosti, ili nedovoljno određena. Pitanje je: možemo li se zadovoljiti zakonom i definicijom koja nam govori da je osoba s duševnim smetnjama duševno bolesna osoba ili da je to osoba koja ima duševni poremećaj? Nije definirano što je duševni poremećaj, a što duševna bolest.⁸ Nadalje, u psihijatrijskoj praksi govori se o neurotičnim i psihotičnim bolesnicima, odnosno postavlja se pitanje imaju li te bolesti organsku osnovu ili nemaju (Kiloh, Garside, 1969: 451–460). Neurozama se smatraju bolesti koje većinom nemaju organsku osnovu i često su psiho-socijalnog karaktera, kao što je anksiozni poremećaj. Problem je u tome što za neurotične, kao i za psihotične pacijente (one koje nazivamo “pravim psihičkim bolesnicima”), možemo reći da imaju duševne smetnje, i jedni i drugi prema tome imaju određeni duševni poremećaj, a ako imaju dijagnozu, imaju i duševnu bolest. Stoga definicija koju nalazimo u zakonu nije dovoljno precizna.

Postoje brojni segmenti unutar zakonskih odredbi koji se odnose na tretiranje osoba s psihičkim invaliditetom⁹ koji pri detaljnijim analizama postaju sporni. Može li sam pacijent zatražiti drugo mišljenje? Koliko je valjana procjena drugog liječnika iste ekspertize? Postoji li valjan metodološki aparat za utvrđivanje pravne i moralne osnove za zakonsku odredbu koju nalazimo u čl. 9., paragrafu 3. Zakona: “Osobu s težim duševnim smetnjama, koja je prisilno smještena u psihijatrijsku ustanovu, može se i bez njenog pristanka podvrgnuti pregledu ili drugom liječničkom postupku koji služi liječenju duševnih smetnji zbog kojih je prisilno smještena u psihijatrijskoj ustanovi samo ako bi bez provođenja tog postupka nastupilo teško oštećenje zdravlja te osobe.”¹⁰

Ovaj prikaz ne služi demoniziranju psihijatrijske prakse već ukazivanju na manjkavost pravnih odredbi i zakona te na potrebu da se ograniče proizvoljnosti koje bi mogle nastupiti kroz odredbe kao što je spomenuta. Ne samo sloboda pacijenta općenito, već i pitanje kojim će zahvatima ili obliku terapije on biti podvrgnut ovisi o nedovoljno definiranim kriterijima te otvara pitanje odgovornosti za negativne posljedice. Pretpostavka nepogrešivosti stručnjaka, ili čak tima

⁸ Usp. *Narodne novine*, 11/97, 27/98, 128/99, 79/02, čl. 3.

⁹ Osobe s psihičkim i mentalnim invaliditetom nazivamo “osobe koje imaju dugotrajna tjelesna, mentalna, intelektualna ili osjetilna oštećenja, koja u međudjelovanju s različitim preprekama mogu sprečavati njihovo puno i učinkovito sudjelovanje u društvu na ravnopravnoj osnovi s drugima” (*Narodne novine*, 11/97, 27/98, 128/99, 79/02).

¹⁰ *Narodne novine*, 11/97, 27/98, 128/99, 79/02.

stručnjaka, nije dopustiva kada govorimo o ovako specifičnoj i kompleksnoj problemskoj situaciji.

CRPD i njegove implikacije

Konvencija o pravima osoba s invaliditetom iz 2006. godine značajan je pomak prema iznalaženju novih rješenja. CRPD je prvi međunarodni ugovor o ljudskim pravima čiji su predmet prava osoba s invaliditetom. CRPD ne traži iznalaženje novih ljudskih prava, koja već ne postoje u drugim međunarodnim dokumentima, nego pojašnjava koje su obveze država s obzirom na postojeća prava za koja je uočeno da se učestalo krše ili uskraćuju osobama s invaliditetom. U tekstu se povezuje antidiskriminacijska prava iz Međunarodnog pakta o građanskim i političkim pravima¹¹ s pravima koja se odnose na prikladan životni standard i jednakost, a koja su utemeljena Međunarodnim paktom o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima¹² (Korać Graovac, Čulo, 2010).

Poseban slučaj predstavljaju odrasle žene i djevojčice s invaliditetom jer su često izloženije riziku od nasilja, ozljeda, zlostavljanja, zapostavljanja ili nemarnog postupanja, maltretiranja ili izrabljivanja u svojim domovima i izvan njih. Upozorava se na to da djeca s teškoćama u razvoju trebaju u potpunosti uživati sva ljudska prava i temeljne slobode ravnopravno s drugom djecom, podsjećajući na obveze koje su države stranke u tom smislu preuzele Konvencijom o pravima djeteta¹³ (Korać Graovac, Čulo, 2010).

Svrha CRPD-a je “promicanje, zaštita i osiguravanje punog i ravnopravnog uživanja svih ljudskih prava i temeljnih sloboda svih osoba s invaliditetom i promicanje poštivanja njihovog urođenog dostojanstva” (Korać Graovac, Čulo, 2010: 70).

Osobe s invaliditetom još se uvijek promatra kao “objekte” kojima je potrebna posebna skrb i zaštita, dok bi naglasak trebao biti na tome da su osobe s invaliditetom prije svega “subjekti” prava, dakle, nositelji određenih ovlasti koje ih čine pravnim subjektima jednakim svim drugima. Dok je za osobe s tjelesnim

¹¹ Međunarodni pakt o građanskim i političkim pravima stupio je na snagu 1976. godine, a Hrvatska ga je ratificirala 1991. godine (*Narodne novine*, 12/93). Dostupno na: <http://www.mprh.hr/medjunarodni-pakt-o-gradjanskim-i-politickim-pravi>.

¹² Međunarodni pakt o ekonomskim, socijalnim i kulturnim pravima stupio je na snagu 1966. godine, a Hrvatska ga je ratificirala 1993. godine. Dostupno na: http://www.uljppnm.vlada.hr/images/pdf/medjunarodni/medjunarodni_pakt_o_gospodarskim_socijalnim_i_kulturnim%20pravima.pdf.

¹³ Konferencija o pravima djeteta iz 1989. godine. Dostupno na: http://www.dijete.hr/index.php?option=com_content&view=article&id=107&Itemid=136&lang=hr.

invaliditetom takav pristup sam po sebi razumljiv, za osobe s duševnim smetnjama tek predstoji borba za oslobođenje od predrasuda.

Jedno od najvažnijih ljudskih prava jest pravo na život i možemo reći da je to nešto što bismo pripisali svakom subjektu. CRPD potvrđuje to prirodno pravo i određuje obvezu poduzimanja svih potrebnih mjera radi osiguranja učinkovitog uživanja tog prava osobama s invaliditetom na jednakoj osnovi s drugima. Ako se pravo na život ostvaruje u trenu začeca, otvara se pitanje opravdanosti donošenja odluke o pobačaju, nakon prenatalne dijagnostike ili genetskog *screeninga*, motiviranog saznanjem da će dijete biti duševno ili mentalno bolesno. S druge strane, dokument sadržava i jamstvo dostupnosti zdravstvenih usluga i programa (što uključuje i područje spolnog i reproduktivnog zdravlja osoba s invaliditetom te potvrđuje njihovo pravo na pristup informacijama i obrazovanje vezano uz reprodukciju i planiranje obitelji i braka) (Korać Graovac, Čulo, 2010: 73). Konvencija svim osobama s invaliditetom koje su u dobi za brak jamči pravo da sklope brak i zasnuju obitelj na temelju slobodne i potpune suglasnosti na ravnopravnoj osnovi s drugima. Osim toga, priznaje im i pravo na slobodno i odgovorno odlučivanje o broju djece i o tome kada će ih imati, kao i pravo na pristup informacijama primjerenim njihovoj dobi i obrazovanju vezanom uz reprodukciju i planiranje obitelji te sredstvima za ostvarenje tog prava¹⁴ (Korać Graovac, Čulo, 2010: 73).

Jednakost osoba s psihičkim i mentalnim invaliditetom prema CRPD-u podrazumijeva više točaka, no ovdje ćemo izdvojiti samo tri: 1. države stranke potvrđuju da osobe s invaliditetom imaju pravo svugdje biti priznate kao osobe jednake pred zakonom; 2. države stranke prihvatit će da osobe s invaliditetom imaju pravnu sposobnost i poslovnu sposobnost na jednakoj osnovi kao i druge osobe u svim aspektima života; 3. države stranke poduzet će odgovarajuće mjere kako bi osobama s invaliditetom osigurale pristup potpori koja bi im mogla biti potrebna za ostvarivanje pravne sposobnosti (Korać Graovac, Čulo, 2010: 68).

Potporu u tom pogledu može pružiti osobni asistent ili pomoćnik. Takav oblik potpore može se sastojati u pojašnjavanju i približavanju pitanja o kojem treba odlučiti, pomoći u razumijevanju mogućnosti izbora, dok bi samu odluku trebalo prepustiti pojedincu – osobi s invaliditetom. Osim toga, potpora se može sastojati u tumačenju želja i potreba osobe s invaliditetom. Čini se da je pomoćnik primjereniji osobama s tjelesnim invaliditetom, dok kod osoba s duševnim smetnjama nije problematičan pristup glasačkom mjestu, već pravna nemogućnost da izraze svoju političku volju. Stoga bi tu odredbu trebalo tumačiti tako da se i osobama s

¹⁴ Usp. Odluka o proglašenju zakona o pravima osoba s invaliditetom i fakultativnog protokola uz konvenciju o pravima osoba s invaliditetom (2007). Dostupno na: http://uik.hr/invalidi-konvencija/konvencija_un_a_o_osobama_s_invaliditetom.

duševnim smetnjama omogućiti pravo glasa bez obzira na to jesu li ili nisu lišene poslovne sposobnosti (Korać Graovac, Čulo, 2010: 68).

Prema novoj društvenoj i institucionalnoj praksi

Uvijek će postojati osobe koje neće biti sposobne donositi informirane odluke i/ili neće biti u stanju uopće brinuti o sebi, a dužnost svakog civiliziranog društva i države prema njima bit će jamčiti im maksimalnu i potpunu zaštitu njihova dostojanstva (Korać Graovac, Čulo, 2010: 76). Je li moguće tome težiti kroz nedovršen pojmovnik, preko, najblaže rečeno, krnjih pravnih odredbi i definicija te uz nedostatak volje za implementaciju već postojećih ratificiranih i usvojenih dokumenata? Problem koji ostavljamo otvorenim je onaj vezan uz ulogu psihijatrijske prakse u promjeni postojećih trendova. Čini se da osoblje koje je zaduženo za procjenu stanja ovih pojedinaca, a tako i za upućivanje nadležnih službi na posebne potrebe tih pojedinaca, nije direktno povezano s njihovim problemima, već samo posredno, za vrijeme institucionalizacije.

Prema *Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011-2016. godine*:

“Hrvatski sabor je 2006. godine usvojio Nacionalnu strategiju razvitka zdravstva 2006. – 2011. Osnovni cilj Strategije je unaprijediti zdravstveni sustav do 2011. godine tako da zadovolji potrebe građana za kvalitetnom zdravstvenom skrbi koja se temelji na načelima medicinske prakse zasnovane na znanstvenim dokazima, a obuhvaća sprečavanje bolesti, edukaciju o zdravlju, rano prepoznavanje rizika bolesti te liječenje i rehabilitaciju. Strategijom su obuhvaćene i neke mjere specifično značajne za zaštitu mentalnog zdravlja uključujući:

- promotivne aktivnosti razvoja svijesti zdravog načina življenja,
- osnivanje centara za mentalno zdravlje na razini primarne zdravstvene zaštite s ciljem sprječavanja diskriminacije i poboljšanog uključivanja osoba s duševnim smetnjama u svakodnevni život,
- osuvremenjivanje stacionarne skrbi za starije osobe.”

Kako ova tema pripada problemskom korpusu bioetike, valja naglasiti da stvarno iznalaženje rješenja i rad na dosljednoj implementaciji nabrojanih mjera iziskuju bioetici svojstvenu interaktivnost i integrativnost. Govorimo li o integrativnosti i integrativno pojmljenoj bioetici, možemo reći kako ona kroz povezivanje znanstvenih i neznanstvenih perspektiva izgrađuje platformu na kojoj ovi problemi mogu biti riješeni. Ona omogućuje mjesto susreta psihijatrijske prakse, etike i određenom društvu svojstvenih kulturnih perspektiva u kojima možemo

identificirati i ranije spomenute stigme. “Bioetika je otvoreno područje susreta i dijaloga različitih znanosti i djelatnosti, te različitih pristupa i pogleda na svijet, koji se okupljaju radi artikuliranja, diskutiranja i rješavanja etičkih pitanja vezanih za život, za život u cjelini i u svakom od dijelova te cjeline, za život u svim njegovim oblicima, stupnjevima, fazama i pojavnostima.” (Jurić, 2007: 82) Ova definicija ukazuje na snagu integrativno pojmljene bioetike te nas ujedno upućuje na to da svoju pozornost usmjerimo na aspekte živog koji nam se često ne ukazuju intuitivno. Mentalni i psihički invaliditeti su, kako javnim tako i u stručnim raspravama, često marginalizirani, a mentalni i psihički bolesnici u tom smislu predstavljaju jednu marginalnu skupinu. Bioetički diskurs, kao praksa i teorija koja propituje vladajuću strukturu i zalaže se za one što ih struktura izdvaja, treba nastojati ograničiti moć sustava koji pojedince marginalizira, izdvaja i onemogućuje da realizacija “volje za znanjem” ide u korist “života samog”.

LITERATURA

1. Ćirić, Z. (2007). Viktimizacija psihijatrijskih bolesnika. *Temida*, 3, str. 3–9.
2. Gruber, E. N. (2012). Moguće intervencije u sustavu skrbi o mentalnom zdravlju s ciljem inkluzije osoba s psihičkim poremećajima u društvo. *Ljetopis socijalnog rada*, (19) 1, str. 73–94.
3. HRW (2010). “*Once You Enter, You Never Leave*”: *Deinstitutionalization of Persons with Intellectual or Mental Disabilities in Croatia*. New York: Human Rights Watch.
4. Jurić, H. (2007). Uporišta za integrativnu bioetiku u djelu Van Rensselaera Pottera. U: Valjan, V. (ur.), *Integrativna bioetika i izazovi suvremene civilizacije*. Sarajevo: Bioetičko društvo u BiH, str. 77–99.
5. Kiloh, L. G., Garside, R. F. (1969). The independence of neurotic and endogenous depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, 109, str. 451–469.
6. Korać Graovac, A., Čulo, A. (2010). Konvencija o pravima osoba s invaliditetom – novi pristup shvaćanju prava osoba s duševnim smetnjama, *Zbornik PFZ*, 61, (1) 2011, str. 65–109.
7. Kusow, A. M. (2007). Stigma. U: Ritzer, G. (ur.), *The Encyclopedia of Sociology*, Oxford: Blackwell, str. 4778–4779.
8. *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011–2016. godine*. Dostupno na: http://www.mzss.hr/layout/set/print/ministarstvo/strategije_i_planovi/nacionalna_strategija_zastite_mentalnog_zdravlja_za_razdoblje_od_2011_2016_godine.
9. Puljak, A. (2011). Stigma mentalnog poremećaja. Dostupno na: <http://www.stampar.hr/StigmaMentalnogPoremećaja>.
10. Silobričić Radić, M. (2004). *Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
11. *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama* (2002). *Narodne novine*, 11/97, 27/98, 128/99, 79/02.
12. *Zakon o potvrđivanju Konvencije o pravima osoba s invaliditetom i Fakultativnog protokola uz Konvenciju o pravima osoba s invaliditetom* (2007). *Narodne novine*, 5/08.

Marko Kos

Insane, Confused, Political, and the Subject

ABSTRACT

Biological and psychological specificity of mental patients is often the reason for their depersonalization, dehumanization and exclusion from the “political”. The starting point is the assumption that every person is legally competent and should have the same rights and obligations as other citizens. Not only the basic civil rights, but also the right to control his private property, the right to work or start a family. It is the basic human right of every individual to live in the community, not isolated and stigmatized for life, watching the political processes without actively participating in them. Mental disorders arise within the social network; therefore networks necessary processes should aim at finding answers to recovery and reintegration of the individual into the community, in order to improve mental health and quality of life for the patients and their families.

Structures responsible to provide adequate help treat them as criminals, immature people, or as someone who is entirely responsible for the situation they are in. Reflection on the status of mental patients as a political entity raises the question of whether they are seen as subjects in the community, and laws aimed at regulating their rights, tell us that this is questionable. The work seeks to demonstrate the complexity of the problem and the relationship between different social groups in the community requires rethinking of the social status of mental patients and possible extension of social responsibility.

Key words: dehumanisation, CRPD, victimisation, bioethics, mental and psychic diseases, subject.