

Dragana Mihailović\*

## Prisilna hospitalizacija - stara praksa i nova tumačenja

### SAŽETAK

U okvirima primijenjene etike rad razmatra implikacije aktualnog tumačenja Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom. Ono se temelji isključivo na nepovredivosti autonomije, zanemarujući ključan aspekt kompromitirane sposobnosti relevantnog odlučivanja o liječenju osoba s mentalnim poremećajem. Ovakva tendencija implicira da zdravlje pojedinca više nije prioritet već njegova autonomija, neovisno od faktičkog stanja pacijenta, a prepuštanje odluke o liječenju osobi s ozbiljnim mentalnim smetnjama povlači ugrožavanje onih vrijednosti koje se tiču kako samog pacijenta, tako i drugih. U radu se ispituje koncept autonomije i paternalizma u psihijatriji, njihove moralne osnove, ograničenja i okolnosti pod kojima se paternalizam u kontekstu obaveznog liječenja može opravdati i smatrati sigurnijim i učinkovitijim, kada je riječ o interesima samog pacijenta, u odnosu na predložen model. Ističe se opreznost u ovakvim pokušajima prevladavanja kontroverzi vezanih za postupak prinudne hospitalizacije. Analiziranje osnovnih moralnih načela i argumentacije različitih pristupa ovom problemu motivirano je činjenicom da ova krajnje restriktivna i kontroverzna mjera zahtijeva stalnu pažnju i razmatranje s medicinskog, etičkog i pravnog aspekta, jer bitno utječe, kako na samostigmatizaciju jedne od najvulnerabilnijih grupa pacijenata, tako i na stigmatizaciju psihijatrije kao sredstva društvene kontrole.

**Ključne riječi:** prinudna hospitalizacija, autonomija, paternalizam, nekompetentnost, stigmatizacija.

### Uvod

U okvirima primijenjene etike, koja se posljednjih desetljeća intenzivno razvija preispitujući moralne razloge i argumentaciju na osnovi kojih se nove i stare prakse (koje u suvremeno doba zahtijevaju redefiniranje) mogu opravdati ili osporavati,

\* Adresa za korespondenciju: Dragana Mihailović, Univerzitet u Beogradu, Univerzitetna biblioteka „Svetozar Marković“, Bulevar kralja Aleksandra 71, Beograd, Srbija. E-pošta: dmihailovic@unilib.rs.

razmatra se etički sporan postupak prisilne hospitalizacije i obaveznog psihijatrijskog liječenja. Cilj razmatranja je da se ukaže na ključne probleme koji iskrsavaju u diskusiji o autonomiji psihijatrijskog pacijenta i paternalističkom pristupu pacijentu u kontekstu aktualnog tumačenja Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom (United Nations Committee on the rights of persons with disabilities, 2018, čl. 5.).

Moralni aspekti mjera prinude u okviru institucijskog psihijatrijskog liječenja opravdano su bili predmet pažnje javnosti od osnivanja psihijatrije. Dakle, riječ je o starom problemu u okviru psihijatrijske etike, koji u suvremeno doba, u kojem je izražena tendencija za isticanjem individualnih građanskih sloboda i prava, ravnopravnosti i autonomije pojedinca, predstavlja predmet oštih rasprava. U nastojanjima da se nadiđe tenzija između načela autonomije i pružanja pomoći pacijentu kod prinudnog hospitaliziranja, zahtijeva se provođenje liječenja isključivo na osnovi slobodnog informiranog pristanka i zabranjuje se upotreba mjera prisile u psihijatriji, čak i u situacijama kada je ona nužna za očuvanje zdravlja i života neke osobe. Za ovakvo usmjerenje u okviru psihijatrijske etike postojali su opravdani razlozi i jaki argumenti, koji pre svega ukazuju na način na koji se postupa s pacijentima u psihijatrijskim ustanovama i kada su "ciljevi psihijatrijskih ustanova usmereni pre na ono što je u interesu ustanove ili društva, nego na interese i prava pacijenata" (Barbiš, 2019, str. 37), tim prije što ovi pacijenti najčešće nisu u poziciji boriti se za svoja prava. Insistiranje na poštovanju načela autonomije pacijenta i konceptu informiranog pristanka u suvremenoj medicinskoj etici nesumnjivo omogućava slobodan i odgovoran izbor i aktivnu ulogu pacijenta u vlastitom liječenju u idealnim uvjetima, te pridonosi zaštiti njihovih prava i nadilaženju neopravdanih restriktivnih mjera u ovom području. Neophodna je, međutim, izuzetna obazrivost prema pokušajima prevladavanja kontroverzi vezanih za postupak prinudne hospitalizacije koje se temelje isključivo na poštovanju autonomije pacijenata, zanemarujući ključan aspekt kompromitirane sposobnosti relevantnog odlučivanja o liječenju osoba s akutnim ili trajnim mentalnim poremećajem, a koje mogu imati dalekosežne posljedice. Rad donosi argumente u prilog sljedeće tvrdnje:

"Autonomija je osnovno dobro i ne bi je trebalo uskraćivati bez dobrog razloga. S druge strane, to nije jedino dobro. Ponekad moramo da se umešamo u živote drugih da bismo ih zaštitili od teških povreda ili im pružili važne benefite. Postoji jedna jača dužnost - obaveza pružiti pomoć drugome" (Kultigen, 1995).

Problematiziranje opravdanosti prisilne hospitalizacije nalaže preispitivanje kriterija za ovaj postupak s pozicije dvaju fundamentalnih moralnih načela: s jedne strane, načela pružanja pomoći drugome i osnovne dužnosti liječnika – brige za duševno zdravlje i život svakog pojedinca, i s druge strane, univerzalnog načela jednakosti ljudskih prava i poštovanja njihove slobode i dostojanstva. To zahtijeva preciziranje

pojmovu autonomije, kompetentnosti i paternalizma, od kojih zavisi mogućnost opravdanja ovog restriktivnog postupka.

## Paternalizam ili autonomija

Dva suprotstavljena gledišta, ključna u razmatranju ove dileme, jesu *paternalizam* (moralno je ispravno ono što je dobro za pacijenta, to je obavezujuća dužnost koja liječniku nalaže pružanje medicinske pomoći bolesniku i onda kada on nije u mogućnosti dati svoj pristanak na liječenje) i nasuprot njemu *autonomija* ili, shodno Kantovu određenju, *univerzalno poštovanje* koje zabranjuje bianco-odlučivanje za druge. Zagovornici ove druge pozicije smatraju da, koliko god da je pružanje pomoći drugima u kriznim situacijama jedna od osnovnih moralnih dužnosti, ta dužnost je ograničena prethodnom i jačom obavezom poštovanja tuđe autonomije. S ove pozicije sasvim je legitimno pružiti pomoć i liječenje pacijentima koji ih traže, ali ovakvo gledište osuđuje nametanje pomoći ako je oni ne žele.

Usprkos nebrojenim debatama i dalje ostaje otvoreno pitanje smije li psihijatar odlučiti umjesto pacijenta i postupiti na onaj način na koji smatra da je u najboljem interesu za pacijenta (pri čemu relevantnost stručnosti ima ključnu ulogu u moralnom odlučivanju) ili da bez izuzetka poštuje njegovu autonomiju? Raspravljajući o prisilnom hospitaliziranju osoba koje se smatraju opasnim po sebe, Pence na prilično upečatljiv način postavlja pitanja: “Treba li ih pustiti da “umru sa svojim pravima” ili im ubrizgati sedative i antipsihotike “za njihovo dobro”? Možda ništa ne učiniti da ne pogoršamo da im bude još gore?” (Pence, 2007, str. 59). Ali, kako ističe J. Babić: „i “nečinjenje”, ako je rezultat odluke, je zapravo “činjenje”, ono je rezultat odluke na isti način kao i svako drugo činjenje. Ono se nije naprosto dogodilo (što bi ga jedino postavilo izvan pripisivanja odgovornosti). Demarkacija odgovornosti je u tome ima li ili nema odluke. Odluka povlači odgovornost, a odluka da se ne donese neka odluka je takođe odluka” (Babić, 2019, str. 18), a u ovim slučajevima to bi značilo oglušiti se o osnovnu moralnu dužnost da se tim osobama pruži pomoć onda kada postoji mogućnost da im se pomogne. Oba gledišta nose sa sobom rizike u medicinskom i moralnom smislu, jer osnovno etičko načelo u medicini: *činiti dobro pacijentu i ne naškoditi mu*, u oba slučaja može biti ugroženo.

Najširi razlog za opravdanje paternalizma je zapravo utilitaristički – proizvodi se više koristi nego štete. Uže opravdanje je da se u određenim slučajevima dugoročna autonomija pojedinca unapređuje privremenim ograničavanjem njegove autonomije. S druge strane, stav da paternalizam nikako ne može biti opravdan počiva na uvjerenju da nije moguće učiniti ništa dobro djelujući paternalistički, ili da će, čak i ako je moguće učiniti neko dobro, takav postupak uvijek proizvesti loše koje

nadmašuje dobro. Shodno ovom uvjerenju ne bi trebalo činiti razliku od slučaja do slučaja. Međutim, da li decidirano možemo tvrditi da nikada ne može biti opravdano pokušati spriječiti štetu koju pojedinac nanosi samom sebi, posebno u slučajevima u psihijatrijskoj praksi kada je narušen kognitivni kapacitet neke osobe, a samim tim i njegova autonomija? Imajući u vidu problem odnosa psihičkog poremećaja prema autonomiji ličnosti, u ovim situacijama može se čak dovesti u pitanje da se toj osobi nanosi šteta u pogledu njezine autonomije, odnosno da ovaj postupak ne stvara dodatnu štetu koja nadmašuje proizvedeno dobro.

Pitanje što čini osobu autonomnom i koji su neophodni kriteriji da bi se utvrdilo radi li se o autonomnoj odluci, ima ključnu moralnu važnost u razmatranju dileme za ili protiv prinudne psihijatrijske hospitalizacije. R. Burnor i I. Raley (2011, str. 39) navode tri kriterija za autonomiju: uvjet nezavisnosti – osoba mora biti sposobna *slobodno* donositi odluke, bez ikakvih vanjskih ili unutarnjih pritisa; uvjet kompetencije – osoba mora biti sposobna za *racionalno* promišljanje o svojim izborima; uvjet autentičnosti – osoba mora biti sposobna da *osobno bira vlastite ciljeve i vrijednosti*.

Prema *uvjetu nezavisnosti*, ako je osoba uvjetovana vanjskim ili unutarnjim kontrolama i utjecajima, ona se ne može smatrati autonomnom. Autonomija zahtijeva odsustvo svake prisile, bilo čega što može remetiti naš slobodan izbor. Pod vanjskim pritiscima u prisilnoj hospitalizaciji najčešće je riječ o pritisku liječnika, porodice, društva, čime se direktno ugrožava njezina sloboda odlučivanja. Unutarnji pritisak podrazumijeva fizičku i emocionalnu bol, psihičke poremećaje koji privremeno ili trajno preuzimaju kontrolu nad osobom i narušavaju njenu sposobnost procjene koristi i štete u donošenju odluke, te se ona ne može smatrati u punom smislu autonomnom. U slučajevima psihičkog poremećaja, a naročito kod teških psihičkih bolesti, sposobnost pacijenta za takvo odlučivanje zbog prirode bolesti znatno je sužena. Kao što u slučaju fizičkog bola J. Babić (2019, str. 29) navodi: “Intenzivan bol ima tendenciju da preuzme ono mesto i funkciju koju *normaliter* ima autonomija ličnosti: osoba se gubi, u svojoj odlučivalačkoj ulozi, gubi kapacitet odlučivanja, i ulogu “odlučioca” preuzima bol”, tako i mentalni poremećaj preuzima djelomičnu, privremenu ili trajnu prevlast nad cjelokupnom ličnošću. U tom smislu Henri Ey (prema Kecmanović, 2002, str. 101), koji je u duševnoj bolesti video patologiju slobode, ističe da je duševni bolesnik neslobodan u odnosu na svoju bolest te on ne može uživati u blagodati vanjske slobode, jer je iznutra zatočen, neslobodan. Onaj tko posjeduje unutarnju slobodu više je slobodan i onda kada mu je uskraćena vanjska sloboda.

Prema *uvjetu kompetencije* koncept autonomije podrazumijeva racionalnost ili, kako navodi R. Gillon (1985, str. 113): “autonomija traži osnovu u razumu”. Racionalno promišljanje o svojim izborima znači: razumijevanje informacija važnih za donošenje

odluke, sposobnost procjene tih informacija (sagledavanje argumenata za i protiv) i sposobnost donošenja jasnog i konzistentnog izbora. Dakle, uvjet pripisivosti ovog atributa jest racionalnost, koja je, međutim, kompromitirana zbog prirode bolesti. Trebalo bi istaknuti da ovdje nije riječ o “*smanjenju*, nego o *promeni* mentalnog funkcionisanja, koja je više kvalitativne nego kvantitativne prirode” (Kecmanović, 2012, str. 72).

Treći uvjet – *uvjet autentičnosti*, zapravo obuhvaća oba prethodna kriterija – neovisnost o vanjskim i unutarnjim pritiscima, i racionalnost, koja omogućava da osoba preispita *vlastite vrijednosti*.

Kompromitirana autonomija, trajna ili privremena, povlači značajne moralne implikacije za opravdanje medicinskog paternalizma. U tom smislu, prinudna hospitalizacija može se opravdati s moralnog, medicinskog i pravnog aspekta, jer se pretpostavlja da se protivljenje liječenju ne može smatrati njenim stvarnim izborom. Opravdanost prisilne hospitalizacije podrazumijeva da bi osoba u fazi remisije ili kada više nije pod jakim afektima (koji se, s druge strane, prirodno dodatno razbuktavaju kao reakcija na privođenje uz pratnju policije, prinudnog davanja injekcija, fizičkog sputavanja i smještanja na psihijatrijski odjel pod ključem) i sama potražila pomoć i liječenje. Dakle, pretpostavlja se njena kompatibilnost s uvjerenjima i vrijednostima koje osoba zapravo ima i odlukama koje bi i sama donijela u idealnim uvjetima, ali se ona u kriznoj situaciji ne mogu ostvariti zbog ograničene racionalnosti i nedostatka samokontrole te osobe (zato se i u kolokvijalnom govoru često koristi izraz: “nije pri sebi”). Ovaj postupak potpada pod oblike tzv. slabog paternalizma, jer takvi izbori nemaju istu težinu kao autonomni, te princip dobročinstva ne nailazi na onu tenziju u odnosu na princip poštovanja autonomije koja je prisutna kod tzv. jakog ili tvrdog paternalizma (Childress, 2020). Ali, prinuda uvijek zahtijeva opravdanje, konkretno u psihijatrijskom tretmanu – medicinsko i etičko opravdanje, kao i pravni okvir za njenu regulaciju.

Činjenica da svi paternalistički akti nemaju istu težinu implicira bitno drugačiju osnovu za njihovo opravdanje u različitim sferama života, gdje se i načelo autonomije suočava s različitim ograničenjima. Psihoterapija može pridonijeti ponovnom uspostavljanju pacijentove autonomije i u tome je svojevrsni paradoks gledišta autonomije – osobna sloboda i autonomija psihijatrijskih pacijenata vrednovana je više od njihovoga psihičkog zdravlja, koje god da su posljedice u konačnom odnosu dobrobiti i štete, pa čak i kada obavezno psihijatrijsko liječenje može omogućiti osobama povratak autonomije.

Konačno, autonomija pojedinca podrazumijeva i odgovornost za vlastite odluke. U kontekstu odluke o neliječenju, “ličnost se smatra odgovornim ne samo za ono što je

svesno uradila, već i u odnosu na ono što je mogla učiniti, a nije učinila” (Govedarica, 2006, str. 137).

Ne bi trebalo zanemariti činjenicu da odluka o odbijanju liječenja povlači i pitanje moguće štete po druge i dužnosti koju imamo prema drugima. Osoba nije izolirana iz zajednice (ona je član porodice, kolektiva, šire zajednice) i to je nužna pretpostavka razumijevanja prava na slobodni izbor. Poštovanje pacijentova izbora da ne bude hospitaliziran dovodi do ozbiljnih posljedica, zbog rizične i vrlo zahtjevne (u fizičkom i emocionalnom smislu) brige za bolesnika u porodičnom okruženju – teško je nositi se s duševnom patnjom najbližeg člana porodice i to može dovesti do krajnje zaoštrenih odnosa u porodici s mogućim tragičnim ishodom. Treba li moralna odluka liječnika u toj situaciji biti zasnovana na društvenoj ili na pojedinačnoj koristi?

Na osnovi načela o općem dobru, pravnim aktima<sup>1</sup> se u spomenutim slučajevima zakonski odobrava paternalizam i eksplicitno se odgovornost psihijatra da štiti interese pacijenta proširuje i na zaštitu interesa zajednice. Nesumnjivo, doživljaj sigurnosti ljudi u zajednici fundamentalan je za društveni život, te su interesi društva u zakonskoj regulativi imali oduvijek prioritet. Međutim, u suvremeno doba naglašena su nastojanja da se adekvatnije usklade interesi društva i psihijatrijskih pacijenata, kako bi se, koliko je moguće, preduhitrile “nedopuštene intervencije ne samo u tjelesni već i u mnogo osjetljiviji mentalni integritet osoba” (Grozđanić, 2013, str. 801).

“Uređenje pravnog položaja nebrojivih počinitelja protupravnih djela smatra se jednim od većih izazova za kaznenopravnu znanost i praksu. Razlog tome je što se nebrojive osobe, za razliku od svih ostalih delinkvenata, pravnim normama ne suprotstavljaju svjesno i voljno. Priroda njihove bolesti čini ih, s jedne strane, nepredvidivima i opasnim za društvo, a s druge strane, nesposobnima da sami štite vlastita prava [...] Načelno, postoji suglasnost da treba uspostaviti odgovarajuće pravne mehanizme kojima će se istodobno osigurati dvojaka zaštita: zaštita društva od potencijalno agresivnog ponašanja nebrojivih osoba koje može predstavljati opasnost za druge, te zaštita nebrojivih osoba kojima je zbog njihove mentalne insuficijencije nužna pomoć društva.” (Škorić, 2015, str. 933)

1 U Srbiji je prisilna hospitalizacija osoba sa psihičkim smetnjama regulirana Zakonom o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama u kojem se ističe da “prava lica sa mentalnim smetnjama mogu biti ograničena ovim zakonom i drugim zakonima, samo kada je to neophodno da se zaštiti zdravlje ili bezbednost lica sa mentalnim smetnjama ili drugih lica. Zdravstveni radnici dužni su da organizuju primenu medicinskih mera i lečenje lica sa mentalnim smetnjama kojima se u najmanjoj mogućoj meri ograničavaju njihova prava i slobode, samo onda kada postoji odsustvo mogućnosti za neko drugo rešenje.” *Službeni glasnik RS*, 45/2013.

## Problem moralnog opravdanja prisilne hospitalizacije

Opravdanje ove mjere izvodi se kao opravdanje izuzetka (samo kada je to neophodno da bi se zaštitilo zdravlje ili sigurnost osobe s mentalnim smetnjama ili drugih osoba) koji ne dovodi u pitanje pravo kompetentnim osobama da odbiju liječenje. Nekompetencija i ograničena samokontrola su kriteriji za odlučivanje na mjeru prisilne hospitalizacije kada je specijalni tretman liječenja nužan, i ujedno je osnova za njeno opravdanje. Međutim, procjena mentalne (ne)spособnosti zahtijeva naročitu opreznost i nosi određene rizike<sup>2</sup> – imajući u vidu da nekompetentnost u mnogim slučajevima nije trajno stanje, već može oscilirati od dana do dana, ona ne samo da se mora dokazati, već se mora i preispitivati tijekom liječenja. U slučajevima kada je evidentno da je osoba sposobna donositi odluke u nekim područjima života, a smatra se da ne može donijeti relevantnu odluku koja zahtijeva procjenu rizika i koristi hospitalizacije, odbijanje liječenja može biti i izraz životnih uvjerenja neke osobe, a ne njene nekompetencije. Zato se nekompetencija u svakom pojedinačnom slučaju mora iznova opravdavati. Danas se preispituje pitanje psihijatrijske terapije po sudskom nalogu, pozivajući se na univerzalno poštovanje prava i slobode ličnosti i zahtijevajući otklanjanje bilo kakvog oblika sputavanja slobode i ponašanja, osim u slučaju prelaska zakonskih granica:

“Tumačenje Konvencije UN o pravima osoba s invaliditetom navodi da se ona odnosi i na sve osobe s mentalnim poremećajima bez obzira na postojanje ili odsustvo invaliditeta. Traži se da se psihijatrijsko liječenje provodi isključivo na temelju slobodnog informiranog pristanka i zabranjuje se upotreba mjera prisile u psihijatriji. Ističe se da svi ljudi imaju ista prava koja uključuju pravnu sposobnost za donošenje odluka te slobodu od metoda prisile i mučenja. Prema ovom tumačenju, osoba s mentalnim poremećajem, koja uslijed tog poremećaja predstavlja ozbiljnu opasnost za sebe ili druge osobe, ne bi se bez svog pristanka mogla smjestiti u psihijatrijsku bolnicu. Ona bi, kao i svaka druga osoba koja svojim ponašanjem drugome nanosi štetu, pripadala zatvorskom sustavu, a ugrožavanje zdravlja, primjerice ozbiljni rizik suicida, tretirao bi se kao pravo na izbor. Prema ovom tumačenju, kazneni zakon bi se odnosio i na osobe koje su počinile neko krivično djelo u stanju psihičke bolesti, pa bi bile smještene u zatvor, a ne na forenzičke odjele. Premda je većina država članica Europske unije potpisala Konvenciju, nijedna država nije ukinula ni zakonodavstvo koje dopušta smještaj bez pristanka u psihijatrijsku bolnicu i primjenu mjera prisile

2 “Uvođenje pravobranitelja za osobe s invaliditetom u postupak smještaja u psihijatrijsku ustanovu temeljem zamenskog pristanka dodatni je zaštitni mehanizam osobama koje nisu sposobne same dati pristanak za liječenje u psihijatrijskoj ustanovi” (Grozđanić, 2015, str. 936). Skrećemo, međutim, pažnju na to da ova dodatna mjera može biti i izvor zloupotreba, ali se zbog ograničenog obima rada nećemo upuštati dalje u ovu problematiku.

(fizičko ograničavanje kretanja sputavanjem ili izdvajanjem u posebnu sobu) niti su ukinuti forenzički odjeli” (Štrkalj i sur., 2021).

Navedeno tumačenje, koje se temelji isključivo na nepovredivosti autonomije i u onim slučajevima u kojima je ona kompromitirana psihičkim poremećajem i insistira se na formalnoj jednakosti bez izuzetka, svjedoči o statusu koji načelo autonomije ima u današnje doba. Uprkos pretpostavci da je ova strategija vođena humanim motivima, ona bi mogla biti krajnje nepovoljna po osobe sa psihičkim poremećajem i kontraproduktivna. Mentalni poremećaj bitno određuje ponašanje osobe, nije njegov izbor, te osoba nije odgovorna za svoje postupke niti za posljedice tih postupaka (Sedmak, 1999, str. 69) – na tome se i zasniva koncept neuračunljivosti i smanjena odgovornost za krivične postupke. U tom smislu bilo bi krajnje neopravdano da se osobe koje su počinile neko krivično djelo u stanju psihičke onesposobljenosti tretiraju isto kao kriminogene osobe koje su u stanju uračunljivosti izvršile neko zlodjelo. Neizostavno se nameće pitanje kako bi se moglo pretpostaviti da ta osoba može adekvatno odmjeriti rizike koje nosi smještanje u zatvorsku ustanovu i donijeti relevantnu odluku koja je u njenom interesu? Ovim tumačenjem bi se zapravo društvo oslobađalo od odgovornosti i optužbi za ugrožavanje autonomije, a odgovornost bi bila samo na pojedincu koji nije u punom smislu kompetentan za takvo odlučivanje, te bi ono što je zaista u njegovom dugoročnom interesu bilo zanemareno. Pitanje kompetencije osoba s mentalnim smetnjama od preliminarne je važnosti za prosuđivanje koja je moralna dužnost u ovim slučajevima obavezujuća. Kako bi se etički sporni postupci riješili u najboljem interesu za pacijenta, izbor između sukobljenih dužnosti mora biti zasnovan na procjeni svih relevantnih parametara u svakom pojedinačnom slučaju, tj. mora biti primjeren invaliditetu te osobe.

Također, trebalo bi imati u vidu i značaj socijalnog konteksta, kako u nastanku psihičkih poremećaja, tako i u procesu liječenja. U tom smislu ističe se da hospitalizacija čuva ne samo zajednicu od bolesnika, već i bolesnika od zajednice. “Zato se ona može smatrati humanijom [naročito u odnosu na zatvorsku kaznu] i pored činjenice da ima obeležje kazne iako bolesnik nije kriv za svoju bolest” (Sedmak, 1999). Smještanje u penalne ustanove osoba s mentalnim poremećajem koje su počinile neki zločin, a kojima je potrebno liječenje, u ovakvom rizičnom okruženju može im nanijeti ozbiljnu štetu. Time se zanemaruje nužnost liječenja i korištenje prisilne hospitalizacije u terapijske svrhe, koja se smije provesti samo ako je u pitanju najviši interes zdravlja bolesnika, s preciziranjem svih kriterija koji se moraju ispuniti. Neophodna je izuzetna obazrivost prema zahtjevima koji, u slučaju da osoba u stanju sužene racionalnosti drugome nanosi štetu, kao alternativu prinudnom hospitaliziranju nude za njih krajnje rizično zatvaranje u kaznene ustanove. Razlikovanje otklanjanja opasnosti u prisilnoj hospitalizaciji i



kažnjavanja smještanjem u penalne ustanove je od preliminarne važnosti – odluka o prisilnoj hospitalizaciji neuračunljivog pacijenta nije kaznenopravna sankcija, već podrazumijeva zdravstvenu njegu i brigu o pojedincu sa psihičkim poremećajem. “Iako oba instituta dijele poveznicu oduzimanja prava na slobodu i osobnu sigurnost, svrha prisilne hospitalizacije neubrojivih jeste otklanjanje opasnosti od počinjenja kaznenog djela psihijatrijskim liječenjem, a kažnjavanja - izricanje prijekora krivom počinitelju kako bi se postigla specijalna i generalna prevencija.” (Rittossa, 2017, str. 1084)

Kada je riječ o sprječavanju neposredne opasnosti od samopovređivanja i prevenciji suicida, prisilna hospitalizacija zakonski je odobrena u cilju očuvanja života, ali je oduvijek bila predmet sporenja ima li itko, osim osobe o čijem se životu radi, zaista moralno pravo spriječiti je da okonča svoj život? Problem samoubojstva kroz povijest razmatran je s različitih pozicija, te su zauzimani suprotni stavovi o moralnoj opravdanosti tog čina, s dobro promišljenim argumentacijama. To je delikatan problem koji nosi mnoge nedoumice, posebno kada je u pitanju hospitalizacija kao mjera prevencije suicida. U današnje vreme sve su glasniji stavovi da se time narušava osnovno pravo svakog čovjeka na slobodu izbora o vlastitom životu i da je ovdje posrijedi nametanje tuđih vrijednosti, vrijednosti koje su toj osobi strane. Tako se u tumačenju UN-ove Konvencije o pravima osoba s invaliditetom odlučuje i o ovom krajnje kompleksnom pitanju. *Tentamen suicidii* sagledava se kao pravo na izbor, te zahtijeva nemiješanje, a u tim slučajevima osnovna dužnost liječnika – očuvanje života, bila bi tumačena kao neopravdani paternalistički pristup. Međutim, kod pokušaja samoubojstva, često je riječ o posljednjem apelu za pomoć, kada se osobi čini da su iscrpljene sve mogućnosti. To su slučajevi gdje psihijatrijsko liječenje u saradnji s porodicom može pomoći, dok nepružanje pomoći predstavlja izostanak elementarne zainteresiranosti za pojedinca i može se smatrati napuštanjem osobe u presudnom trenutku.

Psihoterapija počiva na uvjerenju da je za psihički oporavak potreban nepristran i kompetentan psihoterapeut, jer pojedinac po svojoj prirodi nikada ne može biti potpuno objektivna prema sebi. Adekvatnom terapijom se osobi koja je pokušala samoubojstvo pruža prilika da uz podršku liječnika i porodice analizira vlastiti problem iz druge (*predočene*) perspektive (koja ne mora podrazumijevati *nametanje* vrijednosti koje su mu strane) i ponovo odmjeri sve razloge za i protiv, koji bi mogli biti od presudne važnosti za buduću orijentaciju te osobe. U praksi se pokazuje da se od deset slučajeva pokušaja suicida devet više nikada ne ponovi (Marić, 1982, str. 35). Ovaj nezanemariv broj neponovljenog pokušaja samoubistva potvrđuje koliko je u takvim situacijama potrebna stručna pomoć, a u tim slučajevima ona često zahtijeva prisilnu hospitalizaciju. To je posebno važno istaći danas, kada je stopa depresivnih

i anksioznih stanja i pokušaja suicida alarmantno u porastu zbog pandemije bolesti COVID-19.

Briga za dobrobit pacijenta podrazumijeva više od pukog osiguranja da se ne ugrozi njegova autonomija. Ona podrazumijeva zahtjevan angažman, preuzimanje odgovornosti za pacijenta i pružanje neophodne pomoći za njegovu dobrobit, koja bi mu, konačno, mogla osigurati dugoročno nesmetano, slobodno odlučivanje. Na to mora računati svaka odgovorna odluka koja pretendira djelovati u najboljem interesu osoba s mentalnim poremećajem. Treba istaći da preuzimanje odluke u ime neke osobe, naročito kada je riječ o vulnerabilnim psihijatrijskim pacijentima i kada je to protiv njihove volje, čak i ako je liječnik uvjeren da je to za dobrobit te osobe, uvijek povlači ozbiljnu moralnu dilemu i veću odgovornost nego kod odlučivanja o vlastitoj dobrobiti.

## Ohrabrujući pomoci u pravnom reguliranju prisilnog liječenja

Adekvatnija zakonska rješenja od navedenog tumačenja, kojima bi se osigurao suštinski interes kako psihijatrijskih pacijenata, tako i društva, a koja se proteklih desetljeća već provode (jedan od takvih primjera je uređenje pravnog statusa neuračunljivih počinitelja protupravnih djela i reguliranja ove restriktivne mjere u Republici Hrvatskoj Kaznenim zakonom, Zakonom o kaznenom postupku i Zakonom o zaštiti osoba s duševnim smetnjama), svjedoče o ohrabrujućim i primjerenijim tendencijama u okviru pravnog reguliranja ovog delikatnog problema, zasnovanim prvenstveno na pružanju neophodne zdravstvene pomoći. “Zakonodavac je usvajanjem tzv. civilnog modela postupanja prema neubrojivim osobama istaknuo pružanje adekvatne liječničke pomoći kao najvažniju komponentu kada je riječ o reakciji društva na njihova protupravna djela” (Škorić, 2015, str. 948-949).

Od prve značajne reforme pravnog statusa neuračunljivih osoba u Republici Hrvatskoj iz 1997. godine, kojima je reguliran postupak njihovog prelaska iz kaznenopravne u građanskopravnu nadležnost, a “njihovo liječenje i skrb naglašava se kao temeljni cilj svakog postupanja prema njima” (Škorić, 2015, str. 949), u okviru ovog zakonodavstva, u nastojanju da se nadiđu neodređenosti i neusklađenosti odredbi relevantnih zakona, tijekom godina poduzete su brojne krucijalne izmjene i dopune koje se odnose na postupak prisilne hospitalizacije, konačno do aktualnog Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama iz 2014., kao i priručnika za prevenciju mjera prisile, koji je u pripremi.

U području regulacije informiranog pristanka u slučajevima dobrovoljnog liječenja ostvarena je mogućnost davanja “pisanog pristanka” na hospitalizaciju i metodu liječenja (kada je riječ o neugroženoj kompetenciji pacijenta), koji može biti opozvan

od strane pacijenta tijekom liječenja, uz upozorenje o posljedicama prestanka liječenja. Ovdje je ključno da se pristanak na hospitalizaciju *može povući u bilo kom trenutku* (jer je upitno koliko je mjera pisanog pristanka prvenstveno mjera zaštite samog pacijenta, budući da predstavlja dokument koji je istovremeno i svojevrsna zaštita nadležnih za hospitalizaciju od eventualne tužbe). Ključni pomaci u unaprijeđenju pravne zaštite osoba koje su počinile neko krivično djelo u stanju neuračunljivosti nastoje unaprijed spriječiti neopravdan prekomjerno zadržavanja ovih pacijenata u psihijatrijskoj ustanovi<sup>3</sup>, na mogućnost liječenja na slobodi određene grupe neuračunljivih pacijenata (čime bi se reducirao broj prisilno hospitaliziranih), kao i na mogućnost zamjene institucijskog tretmana liječenjem na slobodi, ali i obratno. “Temeljna pretpostavka za određivanje prisilnog smještaja u psihijatrijsku ustanovu i liječenja na slobodi je ista – postojanje vjerojatnosti da bi osoba zbog težih duševnih smetnji, zbog kojih je nastupila njezina neubrojivost, mogla ponovno počiniti teže kazneno djelo” (čl. 51. ZZODS/14). Ali razlikovanje psihičkih smetnji prema vrsti i težini mogućih ponovljenih krivičnih djela jest kriterij prema kojem se određuje hoće li osoba biti liječena na slobodi. “Uvođenjem liječenja na slobodi omogućena je dosljedna primjena načela razmjernosti koje se mora poštovati prilikom svakog ograničenja slobode i koje zahtijeva da stupanj ograničenja temeljnih prava neubrojive osobe bude usklađen sa stupnjem njezine opasnosti” (Grozđanić, 2013, str. 815).

Postavlja se, međutim, pitanje koliko je validan kriterij za procjenu opasnosti, koja inače ne može referirati na izvjesnost. U slučajevima koji su komplicirani i za samu dijagnostiku (u toj mjeri da se dovodi u pitanje validnost dijagnoze) izuzetno je teško predvidjeti “opasnost po sebe i druge”, a greške u predviđanju mogu dovesti do fatalnih posljedica. Činjenica je da ekspertiza ne može dati uvjerljiv dokaz da će duševni bolesnik stvarno u skorijoj ili daljoj budućnosti počiniti neki nasilnički akt protiv sebe ili nekog drugog, a naročito hoće li to biti teže krivično djelo ili lakši prekršaj.

I pored konstantno aktualnih i otvorenih pitanja kada je riječ o normativnim rešenjima, nesumnjivo je da se ovim bitnim promjenama u pravnom reguliranju postupaka liječenja neuračunljivih psihijatrijskih pacijenata značajno potiče njihova integracija u društvo, a samim tim i usklađivanje “s danas aktualnom koncepcijom razvoja pravnog statusa neubrojivih osoba koji ide prema njihovoj deinstitutionalizaciji” (Škorić, 2015, str. 949). Ono što izaziva stalnu pažnju javnosti jesu zapravo problemi u njihovom ostvarivanju u praksi:

---

<sup>3</sup> Trajanje prisilnog smještaja prema ZZODS/14 vezano je uz gornju granicu kazne propisane za protupravno djelo koje je neubrojiva osoba počinila, dok je trajanje liječenja na slobodi ograničeno na rok od pet godina, računajući od početka toga liječenja (čl. 56.)

“Osobito zbog dojma da je provedba ZZODS-a u dosadašnjoj praksi postupanja prema osobama s duševnim smetnjama, i to svih aktera koji u toj provedbi sudjeluju (suci, odvjetnici, skrbnici, psihijatri), još uvijek u velikoj mjeri tek puko zadovoljavanje zakonske forme. U suprotnom, ako se njegovom primjenom nastoji samo zadovoljiti isprazna forma lišena stvarnog, bitnog sadržaja, stvara se privid zaštite prava osoba s duševnim smetnjama. A privid može biti tek paravan iza kojeg se nesmetano krše njihova ljudska prava.” (Grozdanić, 2013, str. 815)

## **Dva zakona koja propisuju prisilno liječenje i ograničavanje slobode pojedinaca u kontekstu aktualne pandemije**

Budući da su danas zdravlje, život i psihička stabilnost ljudi (na globalnom nivou) ugroženi pandemijom izazvanom virusom COVID-19, ove okolnosti nužno su dovele do novih izazova u području zdravstvene zaštite, kao i zakonodavstva, koji se prije svega odnose na radikalne mjere prisilnog liječenja i ograničavanja slobode pojedinaca. S obzirom na činjenicu da se u medicinskoj praksi pored duševnih bolesnika samo još jednoj kategoriji bolesnika – onima koji boluju od zaraznih bolesti te predstavljaju rizik za zdravlje ili život drugih, zakonski može odrediti prisilno liječenje i ograničavanje kretanja, uputno je kratko se osvrnuti u ovom aktualnom kontekstu na dva Zakona kojima se regulira provođenje ovih radikalnih mjera.

Nedavno objavljen članak G. Arbanasa i S. Roksandić u *Liječničkom vjesniku* pruža komparativan prikaz Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama (ZZODS) i Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti (ZZPZB), ukazujući na nedorečenosti ovog drugog u pogledu kontrole propisanih sigurnosnih mjera i naročito pravne zaštite osoba koje boluju ili za koje postoji sumnja da boluju od zarazne bolesti. Budući da je u samim nazivima ovih Zakona jasno određena distinkcija u pogledu toga čiji se interesi ponajprije štite, činjenica da je ZZPZB donesen kako bi se *građanstvo* zaštitilo od zaraznih bolesti eksplicitno ukazuje na utilitarističku intenciju zakonodavca da interesi društva i zdravlje većine imaju prednost nad zdravljem pojedinca. “U oba slučaja intencija države trebala bi biti ista (tj. zaštita građana – kako od zaraznih bolesti, tako i od duševnih bolesti), uz poštivanje prava oboljelih – no razlike, što zakonski opravdane, što zakonski neopravdane, ipak postoje” (Arbanas i Roksandić, 2021, str. 482).

Suprotno predočenim minucioznijim izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, izmjene Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti idu u pravcu pooštavanja represivnih mjera u suzbijanju krize, propuštajući da se u aktualnoj situaciji precizira tko bi trebao pokrenuti ovaj postupak i utvrde jasno propisane mjere kontrole i nadzora ovog postupka od strane suda. “Jasno je da je kod

pojave pandemija riječ o sigurnosnoj ugrozi, ali baš zato kontrola izrečenih mjera, koja može biti i hitna, treba biti jasno propisana” (Arbanas i Roksandić, 2021, str. 487), opravdano upozoravaju autori. U slučajevima kada osoba sa zaraznom bolešću ne pristaje na obaveznu izolaciju, nije precizirano tko bi od zdravstvenih radnika (ili možda zdravstvena ustanova), trebao obavijestiti nadležne organe, i koga točno – državni inspektorat, policiju, državno tužilaštvo, HZJZ, kao što je to jasno regulirano u okviru Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Jedna od ključnih razlika između dvaju Zakona, kada je riječ o ograničavanju slobode pojedinca, jest da se ove mjere u slučaju psihičkih bolesti provode kada je ekspertizom *utvrđeno* da se radi o takvom poremećaju zbog kojeg postoji rizik od nanošenja povrede sebi i drugima, dok je u slučaju zaraznih bolesti dovoljna tek *sumnja* da je osoba oboljela. Mjere izolacije se proširuju i na zdrave osobe koje su bile u kontaktu s oboljelima ili pak dolaze iz područja zahvaćenog ovom bolešću. Jasno je zašto se ove propisane mjere smatraju opravdanim u epidemiološkim uvjetima, naročito u vreme pandemije, i upravo zato je neophodna njihova jasna regulacija. To je važno i zbog mogućih zloupotreba, međutim, dok osobe sa psihičkim bolestima imaju pravo na žalbu, u okviru ZZPZB-a nije adekvatno riješena mogućnost prava na žalbu zbog propisane samoizolacije u svim situacijama – npr. “kada je mjera usmeno izrečena od strane epidemiologa, već samo kada npr. rješenje o samoizolaciji donese državni inspektor, što znači da nisu svi građani u jednakom položaju ovisno o pravu na žalbu iako se na njima provode potencijalno i iste mjere” (Arbanas i Roksandić, 2021, str. 485).

U navedenom članku detaljno se razmatraju razlike u mnogim ključnim aspektima između dvaju Zakona koji propisuju gotovo iste restriktivne mjere, što pokreće pitanje “da li je pravo na zdravlje i zaštitu dostojanstva pojedinca dovoljno zajamčeno nedorečenim propisivanjem mogućnosti nadzora kako to trenutno čini ZZPZB” (Arbanas i Roksandić, 2021, str. 485). Iako imamo u vidu da fluktuirajuće okolnosti u stupnju zaraznosti kod svake sljedeće mutacije virusa COVID-19, kao i neusklađenost medicinskih izvještaja i preporuka na međunarodnom nivou čiji smo svjedoci već dvije godine, otežavaju snalaženje u svakoj novonastaloj situaciji, izmjene ovog Zakona nužno bi morale ponuditi osnovne nedvosmislene smjernice po pitanju strategija liječenja, preventive i kontrole propisanih mjera koje ograničavaju prava i slobodu pojedinaca, inače se stvara tek privid zaštite građana.

“U većini zemalja u svijetu (zasigurno u svim europskim zemljama) prihvaćen je model autonomije, a zaštita prava pacijenata pomno je regulirana” (Arbanas i Roksandić, 2021, str. 481). Ali suštinski problem očigledno je svuda isti - “u praksi postoje i dalje brojne situacije u kojima unatoč javno deklariranom prihvaćanju modela autonomije (i suradništva) postoje brojne implicitne, skrivene i prikrivene paternalističke ideje. One su najviše vidljive upravo u pristupu osobama s duševnim

smetnjama, ali i u mjerama zaštite od zaraznih bolesti. Ponekad opravdano, ponekad neopravdano.” (Arbanas i Roksandić, 2021, str. 481)

Adekvatno rešenje ovih problema moguće je, kako S. Roksandić opravdano skreće pažnju, samo ako shvatimo što pojam *sigurnosti* u kontekstu zdravstvene zaštite građana zaista znači, odnosno šta podrazumijeva i što obuhvaća – prije svega izgradnju zdravstvenih sustava zasnovanih na humanističkim principima koji u pravom smislu štite i najranjivije među nama.

## Zaključak

Suvremena psihijatrijska etika razvija se sve više u pravcu etike autonomije, u otporu prema paternalističkoj etici, zahtijevajući veća prava za pacijente. Dobrobiti ovakvih promjena u psihijatriji su zaista značajni - u nastojanju da ne ugroze dostojanstvo pacijenta i potisnu stigmatu vezanu za psihički poremećaj, ovakve tendencije pridonose promjeni stava prema psihijatrijskim pacijentima. U kritici paternalizma u psihijatriji navođeni su opravdani argumenti: česte kontroverzne dijagnoze zbog nemogućnosti egzaktno dijagnostike, nemogućnost predviđanja rizika opasnosti po sebe i druge, primjena etički spornih metoda liječenja, nehumani postupci fizičkog sputavanja bolesnika u psihijatrijskim ustanovama (činjenica da u današnje vrijeme nema alternativnih rešenja i da se takvi postupci još uvijek primjenjuju ne može nas ostaviti ravnodušnima). Sve spomenuto može voditi ozbiljnom ugrožavanju ljudskih prava i jatrogeniji.

Iako “psihijatrijska struka ističe da je uvek potrebno tražiti alternative merama prisile” (Štrkalj i sur., 2021), ipak i uz najbolju volju nije moguće riješiti probleme agresivne osobe sa psihičkim poremećajem bez prisilnog hospitaliziranja. “S obzirom na to da je nužnost medicinskog tretmana argument za tako drastičnu mjeru kao što je ograničenje slobode, mora biti prepoznata i obaveza društva da osigura uvjete za njihovo liječenje” (Škorić, 2015, str. 950). Zato je od ključne važnosti preispitati dehumanizirane uvjete liječenja i sredstva (neprimjerene mjere prisile) koja se koriste za postizanje paternalističkog cilja u institucijskoj praksi, kako bi se izbjeglo dezavuiranje vrijednosti psihijatrijskog liječenja i kredibiliteta same profesije i kako bi se prinudno liječenje, onda kada je nužno, provodilo u najboljem interesu psihičkog zdravlja pacijenta. Gorući problem suvremenog psihijatrijskog liječenja je usredotočenost na farmakoterapiju, a ne na psihoterapiju kao *razgovor koji liječi*. Uvjeti u bolnicama onemogućavaju liječnike da se uz najbolju volju posvete pacijentu. Upravo zato, “nemedicinska praksa uzima maha, tamo gde biomedicinski pristup ima minimalnu ulogu a intervencije se zasnivaju na drugačijim koncepcijama” (Rouz, 2019, str. 25).

Pojedinci su (tzv. “civilni pacijenti”) prepušteni da traže pomoć izvan institucijskog liječenja, i to oni koji je mogu platiti.

Umjesto da se razmotre mogućnosti za ključne promjene u institucijskom liječenju i radi na reformaciji politika povezanih uz mentalno zdravlje i njihovom adekvatnom provođenju, budući da to zahtijeva veliko opterećenje javnih resursa, čini se da bi tumačenja poput ovog Konvencije UN-a o pravima osoba s invaliditetom trebala biti surogat suštinskom rješenju. Međutim, ovakva tendencija implicira da zdravlje pojedinca više nije prioritet već njegova autonomija, neovisno o faktičkom stanju bolesnika, a prepuštanje odluke o liječenju psihotičnom bolesniku nosi velike rizike i može otvoriti Pandorinu kutiju i u onim domenama u kojima ih ne očekujemo. Upozorenje D. Kecmanovića treba ozbiljno uzeti u obzir:

“I inače nesigurne granice onoga što se podrazumeva pod duševnih zdravljem postale su još nesigurnije [...] Mentalno patološko, kao prvenstveno individualnopsihološka kategorija, počelo je da se rastače, iščezava u složenosti društvenih odnosa i uticaja“ (Kecmanović, 2002, str. 87-88).

Delikatnost formuliranja normalnog i duševno patološkog stvara pogodniji teren od drugih medicinskih područja za falsificiranje zdravlja ili bolesti radi određenih interesa, kako pojedinaca tako i društva (Kecmanović, 2002, str. 88) i u tim slučajevima potvrđuje gledište koje prisilnu hospitalizaciju etiketira kao oblik pravno zasnovanog kažnjavanja. Zloupotrebe su, kao i u svakoj domeni ljudske prakse, moguće, ali ovdje je to naročito osjetljiv problem zbog izuzetne vulnerabilnosti pacijenata i stigmatizacije, te oni moraju biti zaštićeni! Zato je neophodna konstantna edukacija iz područja etike i kritičko preispitivanje svakog segmenta psihijatrijske prakse koji je suočen s ozbiljnim moralnim dilemama i pitanjima o kojima se mora raspravljati kao o ispravnim ili ne na općeprihvatljiv način. U tom smislu važno je pozvati se i na etiku vrline, jer moralni postupci, naročito u ovoj domeni, zahtijevaju ne samo stručnost i odgovorno prosuđivanje, već i emocije i empatiju. “Definicija dobrog lekara sa stanovišta etike vrline je – biti saosećajan i posvećen pacijentu” (Pence, 2007, str. 41). I zaista, “svaki pacijent želi lekara koji je stručan i milosrdan” (Pence, 2007, str. 41). Iako etika vrline u medicini manje zadovoljava opće standarde<sup>4</sup>, zbog same prirode odnosa između psihijatra i pacijenta – koji je više osobne prirode i emocionalan nego u drugim područjima, smatramo da su vrline poput: savjesnosti, suosjećanja i milosrđa osnova i garancija ispravnih moralnih odluka, posebno kada je riječ o načelu: *pomoći a ne povrijediti*. Ove vrline mogu postati “predmet moralne potvrde o ispravnosti odnosa onih koji odlučuju o drugima” (Babić, 2019, str. 37).

4 Nedostaci etike vrline jesu u tome da ona može malo toga reći o tome kako da se donose pojedinačne etičke odluke, osim što savjetuje da podržavamo vrle liječnike i da se time mogu poticati idiosinkratične odluke liječnika.

## Literatura

- Arbanas, G. i Roksandić, S. (2021). Ni med cvetjem ni pravice: sličnosti i razlike Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i Zakona o zaštiti pučanstva od zaraznih bolesti – Treba li nam Zakon o zaštiti osoba sa zaraznim bolestima? *Liječnički vjesnik: glasilo Hrvatskoga liječničkog zbora*, 143(11/12), 478-489. 10.26800/LV-143-11-12-10
- Babić, J. (2019). *Otići u miru. Eutanazija i potpomognuto samoubistvo*, [https://www.researchgate.net/publication/327891330\\_Eutanazija\\_-\\_Otići\\_u\\_miru](https://www.researchgate.net/publication/327891330_Eutanazija_-_Otići_u_miru) (pristup: 2. lipnja 2021.).
- Babić, J. (1998). Primenjena etika. U J. Babić (Ur.), *Moral i naše vreme* (str. 293-306). Beograd: Prosveta.
- Barbiš, M. (2019). *Psijihijatrijska hospitalizacija: poštivanje etičkih načela i stigmatizacija*. Zagreb: Izvori.
- Burnor, R. i Raley, Y. (2011). *Ethical choices: an introduction to moral philosophy with cases*. New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. i Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Childress, J. F. (2020). *Paternalism in Healthcare and Health Policy*. New York: Oxford University Press.
- Davidson, D. (1988). Paradoksi iracionalnosti. U O. Savić (Ur.), *Filozofsko čitanje Frojda* (str. 141-160). Beograd: Izdavačko-istraživački centar.
- Gillon, R. (1985). Autonomy and consent. U M. Lockwood (Ed.), *Moral dilemmas in modern medicine*, (str. 113-120). New York: Oxford University Press.
- Govedarica, M. (2006). *Filozofska analiza iracionalnosti*. Pančevo: Mali Nemo.
- Grozđanić, V. i Tripalo, D. (2013). Novosti u Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Hrvatski ljetopis za kazneno pravo i praksu*, 20(2), 795-820.
- Grozđanić, V. (2017). Bioetički senzibilitet Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38(3), 929-946.
- Jovanović, A., Jašović-Gašić, M. i Lečić-Toševski, D. (2009). Medikolegalni aspekti bolničkog zbrinjavanja osoba sa duševnim poremećajem koje ispoljavaju nasilno ponašanje. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 137, 293-298.
- Kecmanović, D. (2002). *Individualni ili društveni poremećaj*. Niš: Prosveta.
- Kecmanović, D. (2012). *Psijihijatrija protiv sebe*. Beograd: Clio.
- Kultgen, J. (1995). *Autonomy and Intervention: Parentalism in the Caring Life*. New York: Oxford University Press.
- Lockwood, Michael (Ed.). (1985). *Moral dilemmas in modern medicine: studies in bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Marić, J. (1982). Pokušaj samoubistva i prisilna hospitalizacija. *Engrami*, 4(1), 35-38.
- Pence, G. E. (2007). *Klasični slučajevi iz medicinske etike*. Beograd: Službeni glasnik.
- Ritossa, D. (2017). Ustavna pravna zaštita prava osoba s duševnim smetnjama. *Zbornik Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 38(3), 1057-1100.
- Rouz, N. (2019). *Naša psijihijatrijska budućnost*. Novi Sad: Mediteran.
- Sedmak, T. (1999). Psijihijatrijsko značenje biopsihosocijalne etiologije moralnog ponašanja antisocijalnih i graničnih ličnosti. U B. Ćorić (Ur.), *Moral i psijihijatrija: savremeni čovek i savremena psijihoterapija* (str. 69-91). Beograd: Institut za mentalno zdravlje.
- Škorić, M. i Srdoč, E. (2015). Pravni položaj nebrojivih počinitelja protupravnih djela u Republici Hrvatskoj. *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Splitu*, 52(4), 933-953.
- Štrkalj Ivezici, S., Roksandić Vidlička, S., Jurić, H., Guć, J. i Hadžić, B. (2021). Nedobrovoljni prijemi, agresivan pacijent i primjene mjere prisile u psijihijatriji: medicinski, pravni i etički aspekt (str. 17). U: Virtualni okrugli stol 5. Međunarodnog transdisciplinarnog simpozija *Bioetika i aporije psije*. Zagreb: Centar za integrativnu bioetiku.



- UN General Assembly (2003). *Resolution A/RES/58/173 on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*.
- UN General Assembly (2010). *Resolution 65/238 on Scope, Modalities, Format and Organization of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*.
- United Nations Committee on the rights of persons with disabilities (2014). *General comment No. 1, Article 12: equal recognition before the law*, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>
- United Nations Committee on the rights of persons with disabilities (2018). *General comment No. 6*, [https://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/6&Lang=en](https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/6&Lang=en)
- Zakon o zaštiti lica sa mentalnim smetnjama RS. *Službeni glasnik RS*, 45/2013.
- Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. *Narodne novine*, 76/2014.

## Involuntary hospitalization – old practice and new interpretations

### SUMMARY

---

Within the framework of applied ethics, this paper considers the implications of a new interpretation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. It is based solely on the inviolability of autonomy, thus neglecting a key aspect of the compromised ability to make relevant decisions about the treatment of people with mental disorders. This tendency implies that the patients' health is no longer a priority but rather their autonomy, regardless of their actual condition. Leaving the decision about the treatment to someone with serious mental disorders jeopardizes the values that concern both the patient and others. This paper examines the concept of autonomy and paternalism in psychiatry, their moral bases, limitations, and circumstances in which paternalism in the context of compulsory treatment can be justified and considered safer and more appropriate when it comes to the interests of the patients themselves, compared to the proposed model. Caution is essential in overcoming controversies related to the involuntary hospitalization procedure. The analysis of basic moral principles and the argument for different approaches to this problem is motivated by the fact that this extremely restrictive and controversial measure requires constant attention and consideration from the medical, ethical, and legal aspect because it significantly contributes to both - the self-stigmatization of one of the most vulnerable groups of patients and the stigmatization of psychiatry as a means of social control.

**Keywords:** involuntary hospitalization, autonomy, paternalism, incompetence, stigmatization.