

## ИНСТИТУЦИОНАЛНО НАСИЉЕ У ПСИХИЈАТРИЈИ

*Апстракт: У уводу су изложени аспекти агресивног понашања психички оболелих у разним условима и зависно од дијагнозе психичког поремећаја.*

*Детаљно су изложени социјални аспекти присилне хоспитализације душевно оболелих у епидемиолошком, клиничко психијатријском и опште друштвеном контексту.*

*У закључку је указано о чему треба водити рачуна и које мере предузети у друштву да се смањи институционално насиље у психијатрији.*

*Кључне речи: присилна хоспитализација, агресивност душевно оболелих, насиље, психијатрија*

*Алиби за институционално насиље у психијатрији: агресивност душевних болесника*

Не тако давно тематизовано насиље у психијатрији, које се изводи разним облицима присилног смештаја и исто таквог третмана, нашироко се тумачи оправдањем, да су душевно оболели, поред тога што су непредвидиви, још и агресивни или насилни, самим тим опасни и по себе и по друге. Стога ћемо се пре него ли детаљније изложимо социјалне аспекте присилне хоспитализације у психијатрији једним од главних облика институционалног насиља у психијатрији, анализирати проблем тзв. агресивности душевних болесника.

Број насилних радњи међу душевним болесницима, да одмах кажемо, приближан је броју агресивних поступака у општој популацији, због чега психијатри одавно тврде да је готово иста вероватноћа да ће случајни пролазник бити нападнут на улици као и у дворишту психијатријске болнице.

То је потврђено у низу емпиријских истраживања. Стивмен и др. (Steadman et al. 1998, према Pilgrim и Rodgers 1999) су утврдили да је стопа насиља у болницама у којима се лече психотични (без наркомана и алкохоличара) иста као и стопа насиља у здравој популацији. Једно слично истраживање (Link и Stueve 1998, према Pilgrim и Rodgers 1999) у САД у Пицбургу показало је да је вероватноћа догађаја насиља чак мања у душевним болницама. Процент манифестне агресивности међу становништвом био је, према резултатима овог истраживања, 22%, а међу психијатријским пацијентима тек 11%. И кад се јави насиље психијатријских пацијената у ужем смислу (душевних болесника), она је у 86% случајева везано за породичне односе или релације са пријатељима.

У истраживањима овог проблема преовлађује општи став да је знатно већа вероватноћа насилног реаговања психички поремећених онда ако се ради о младим мушкарцима, испитаницима ниже интелигенције и пацијентима са дијагнозом зависности од алкохола или дрога (Waelder 1969; Monahan, Steadman 1994; Cockerham 2000). Поменути став се поклапа са нашим стручним искуством током последњих 30 година у психијатријским диспанзерима у Београду, тачније у пракси Института за ментално здравље и Института за психијатрију Клиничког центра Србије у Београду.

Па чак ако је једном и починио насиље, прогнозирање насилног понашања психотичног у будућности омашује чак у 90% случајева, утврдили су Инис и Имајри (Ennis, Emery 1978, према Pilgrim, Rodgers 1999). На значајнију учесталост агресивног понашања психички оболелих утичу поред дијагноза алкохолизам и зависност од дроге, још и следећа психопатолошка стања, акутна параноидна узнемиреност, дисоцијативни поремећаји личности и тровање, укратко она стања у којима постоји недостатак увида у измењено психичко стање или присуство тзв. продуктивних психотичних симптома, пре свега императивних слушних халуцинација (Schanda и Taylor 2001). Знатан проценат агресивног

понашања у психијатријској установи отпада на поремећаје личности, олигофрене и дементне, што су установили у свом истраживању Шписл и сар. (Spiessl et al. 1998) на узорку од близу 18000 пацијената. Ови аутори су потврдили да су последице измењеног агресивног понашања пацијената препознају индиректно и кроз лаке телесне повреде других (63%), кроз оштећивање ствари (30%), док на тешке телесне повреде отпада 7% агресивних поступака хоспитализованих пацијената.

Сматрамо да је учесталост насилног понашања на психијатријском стационару везана и за атмосферу у установи, за ставове особља, нарочито ако су они ригидни и ауторитарни.\*

У бригу друштва да заштити грађанска права пацијената, 'меша' се наравно и држава. Тако у СР Немачкој тзв. Комисије за посете психијатријским установама Министарства унутрашњих послова, редовно прате рад психијатријских болница и процењују законску заснованост евентуалне присилне хоспитализације. Влада В. Британије иницирала је, као алтернативно решење присилном азилирању, тзв. присилну хоспитализацију ван болнице на комунитарном нивоу (Bindman 2002). Слично се ради и у Србији у оквиру Министарства здравља и заштите животне средине, од стране комисије чије чланове (обично искусне психијатре, у правилу

---

\* Како смо запазили на болничким одељењима ИМЗ у Београду од лета 2004. до зиме 2006. после именованја на чело установе личности са ауторитарним стилем руковођења, десила су се чак четири суицида хоспитализованих и неколико напада пацијената на особље. То се догађало после периода од три године без иједног самоубиства, а са свега два инцидента агресивне природе, када је установом руководило лице демократски изабрано, са 63% "за" од стране свих запослених ИМЗ-а. Слична потврда овог нашег става су и три убиства пацијената у Болници "Др Лаза Лазаревић", почињена почетком 2006, највероватније од стране других хоспитализованих болесника, у време кад је ова болница била вођена од личности са вербално агресивним стилем комуницирања (неретка потцењивања и увреде), како са пацијентима тако и са колегама.

професоре Универзитета), именује министар здравља, а која с времена на време надзире стручни рад великих психијатријских болница.

Радикални критичари психијатрије (Henriks 1987) сматрају да су и те комисије одговорне за злоупотребу психијатрије, тачније за целокупну праксу присилног смештаја. Полиција, сматрају они, учествује у насилном смештају душевних болесника директно, али се исто тако ангажује и у гушењу политичких протеста пацијената и њихових организација које се залажу за укидање азиларне психијатрије, као што су били примерице 'Clientenbond' - Савез психијатријских пацијената из Холандије, или Социјалистички колектив пацијената из Хајделберга, затим организација психијатријских пацијената под називом 'Полудети', па 'Helse Nex', феминистички организоване психијатријске пацијенткиње, те 'Wegloophnizen' - организација пацијената побеглих из психијатријских болница, сва три удружења из Холандије. Да је Хенрикс делимично у праву говори чињеница што се у поменуте комисије у Србији бирају професори Медицинског (а не рецимо Филозофског или других факултета), чије је професионално опредељење такво да су далеко мање критички расположени према институцијама, поготово здравственим тј. психијатријским.

На историјском састанку мрежа антипсихијатријских организација 1984. одржаном у Риму, на ком је било присутно око 1000 активиста чак из 18 земаља (одржаном иначе у бившој кланици у којој је Уго Черлети први пут применио електрошок-терапију у лечењу психијатријских пацијената), усвојено је десет закључака, а један од кључних гласи: "Радити на укидању присилне психијатрије у свим земљама" (Roteli 1977, стр. 250). Интересантно је да у овом документу као и у сличним текстовима, антипсихијатри избегавалу да помињу насиље у психијатрији или присилни смештај, пишући опширно о индиректној изолацији и општем отуђењу у

условима дуготрајне хоспитализације као главним недостацима класичне азиларне психијатрије.

Регресија душевног болесника је по свему судећи оно што нас плаши и изазива у нама страх од хаоса, од губитка разума и разарања наших односа са другим људима. А од поменутих страхова до социјално нашироко прихваћене жеље да се казне, физички спрече и сл. они који су га у нама подстакли тј. душевни болесници, мали је корак. Тако ритуално или фантазматско задовољење агресивних и деструктивних фантазија кроз одобравање официјелног агресивног поступка полиције или психијатријских техничара са душевним болесницима, води растерећењу индивидуалне и колективне напетости код већине људи, изазване напором да се држи под контролом сопствена агресивност и регресивност. Претходном несвесним психичким потребама изгледа, не служи само унутрашњем оправдању примене насиља према психијатријски оболелом, него и уопште при стварању негативног стереотипа према психичким болесницима, повезан са ставом да су они опасни јер су неразумни, непредвидиви и агресивни.

*Присилна хоспитализација и други облици институционалног насиља у психијатрији*

Примена принуде или институционализованог насиља у психијатрији препознаје се у неколико облика. То су: 1 - присилни пријем у болници (принудна хоспитализација у ужем смислу као најчешћи), 2 - присилни третман уопште (фиксирање пацијента за кревет, облачење у одећу која ограничава покрете руку, присилна апликација лека, примена електро-шок терапије, затварање у посебне просторије у којима је узнемирени или агресивни пацијент изолиран, најзад тзв. унутрашња или хемијска фиксација лековима-антипсихотицима у великим дозама) и 3 - примена мање

препознатљивих форми принуде у комуналној и другим гранама ванболничке психијатрије.

Официјелна евиденција о присилним хоспитализацијама је изненађујуће арбитрарна, као што су произвољни и критеријуми процене опасности по друге и по себе, закључује амерички социолог менталних поремећаја Кокерхем (Cockerham 2000), а мало је аргумената који противрече овом закључку. И поред свих елемената хуманизовања рада савремених психијатријских институција започетих 70-их година, сматра се да је око 10% упућених у психијатријске установе лечи и даље под принудом тј. против властите воље, а неретко и уз ангажман полиције (Bruns 1993). Барнс (Burnes 1990, према Pilgrim, Roger 1999) тврди да је у В. Британији годишње око 200 хоспитализованих пацијената приведено лечење у 'невољној пратњи' службеног лица, чувара, психијатријског техничара или полицајца. У Јапану је утврђена до сада највиша стопа присилно хоспитализованих, од 80% свих стационарно лечених душевних болесника. У бившим земљама СССР-а била је довољна квалификација "угрожава или нарушава социјалистичку заједницу", да би се неко без своје воље сместио у психијатријску установу (Pilgrim, Rodgers 1999). Број присилно смештених у државним болницама САД кретао се 1930. г. око 90% свих хоспитализованих, 60-их је износио 80%, да би у 70-им годинама пао на 30-50%. Сматра се да је овај пад настао и као последица социолошких и епидемиолошких истраживања у овој области шездесетих и седамдесетих година 20. века (студије Hollinshead и Redlich-а, Goffman-а, Scheff-а и других), у којима је преовладао закључак да су психијатри претеривали у процени друштвене опасности душевних болесника.

Увидом у литературу о овом питању Бастијан, Деби и Халтенхоф (Bastian, Debus и Haltenhof 1998) констатовали су да се мере присилне изолације, фиксације и присилне медикације примењују у 5-15% свих психијатријских пацијената у Немачкој и Швајцарској. У свом истраживању на

психијатријским пацијентима у ХанOVERу и Баселу током једне године, они су дошли до резултата да је око 7% свих психијатријских пацијената било једном фиксирано, тј. да се физички везује сваки 15. пацијент општег психијатријског одељења, сваки 14. геронтопсихијатријског и сваки 25. болесник одељења за болести зависности. Разлог за то је, по редоследу учесталости: немир пацијента, напад болесника на особље, вербална агресивност, самоповређивање оболелог и на крају општа узнемиреност. Климиц и др. (Klimitz et al. 1988) су, такође емпиријски, утврдили да 81% физичких фиксација психијатријских пацијената у Немачкој траје до два сата, а да се оне уприличавају у ноћним сменама изван регуларног радног времена лекара, када ју на властиту иницијативу предузима особље нижег и средњег образовања, углавном незадовољно ниским дозама медикамената које ординирају лекари, по њима недовољно за сувише узнемирене пацијенте. Слична искуства имали смо и сами из шестогодишњег рада на полуотвореним стационарима ове врсте у Институту за ментално здравље у Београду крајем 70-их и почетком 80-их година. Занимљиво је да су новија истраживања (Lepping et al. 2004) у Енглеској и у Немачкој показала да су ставови и стручњака и лаика о овом питању врло слични, тј. негативни, нарочито према присилној хоспитализацији у првој фази. Међутим, са годинама старости испитаника, и стручњака и лаика, расте број присталица насилног третмана.

Није непознато да се у новије време говори и о присилном лечењу и ванболничких пацијената у тзв. комуналној психијатрији, у Енглеској и Велсу, на пример (Bindman 2002).

Што се тиче институционалног микросоцијалног учешћа у присилном смештају у око  $\frac{1}{4}$  су иницијатори и главни реализатори диспанзери психијатријских клиника, у  $\frac{1}{4}$  службе социјалне заштите, у  $\frac{1}{4}$  приватни психијатри и сродне професије, а све друге службе и појединци у преосталих 25%

случајева (породични лекар, болнице за соматска обољења, особље хитне помоћи итд.) (Bruns 1993).

У Србији нема систематизовано обрађених статистичких података, нити научних истраживања овог проблема, али се може претпоставити да је годишње реч о најмање неколико стотина присилно смештених људи у наше психијатријске болнице. Ова хипотеза наравно, као и обрада низа аспеката овог проблема у нашој земљи, просто вапи за научном провером.

Најтежа ситуација у вези са контролом душевно оболелих је у затворима односно са психијатријским пацијентима који издржавају затворску казну због учињених кривичних дела. На основу прегледа радова из обе области у 62 ревије 12 различитих земаља Запада са 22790 затвореника, Конрад (Konrad 2002) је утврдио да су психичка обољења у затвору значајно присутнија у односу на иста у општој популацији. Тако се 3,7% мушкараца (4% жена) у општим затворима лечи због психотичних промена, 10% мушкараца (а 12% жена) под дијагнозом психотична депресија, а 65% мушкараца (42% жена) под дијагнозом поремећаја личности. У затвору је знатно повећан и ризик од суицида и обољења од депресије, нарочито код старијих затвореника и бивших бескућника. У овој типичној тоталитарној установи психички оболели се, по свему судећи, додатно криминализују и трајно етикетирају психијатријском дијагнозом.

Што се тиче разлога за присилну хоспитализацију најчешћи је тзв. “општа опасност душевних болесника” - 70%, затим следе тзв. “насилне радње душевних болесника на другима” (углавном од стране схизофрених болесника) око 15%, и на крају “опасност по себе” (претећа суицидалност код депресивних пацијената) у око 15% случајева, како је то нашао у свом истраживању Брунс (Bruns 1993) у Немачкој у региону Бремена почетком 90-их година. Међутим, уз психијатријске разлоге примене институционалног насиља, све чешће се јављају физичке повреде и интоксикација као коморбидитет у

које се убраја и покушај суицида и друге агресивне радње (Kropp, Blanke, Meiners-Emrich 2005). Истраживања овог аспекта присилне хоспитализације у Јапану (Ishizuka, Nakatami, Morita, Satoh 2001) показала су да је принудни третман повезан са низом сложенијих чинилаца: са проблемима у медикацији и са лошом сарадњом са пацијентима или болесника са особљем уопште, са самоповређивањима принудно хоспитализованих, па тек тада са њиховим хетероагресивним понашањем. Помиње се и фактор лоши услови живљења (испитаници који су живели сами или у лошим односима са другима пре азилирања). У начелу треба обратити пажњу на пацијенте који нису мотивисани за лечење, који тешко сарађују са терапеутима и упадају чешће у агитирана, агресивна или халуцинантно-параноидна стања. Психијатри су у великој већини (80-95% случајева) склони да, кад им се предоче случајеви који се односе на претходно изложена стања, одобре присилну хоспитализацију, како потврђују истраживања у Аустрији (Haberfellner, Rittmansberger 1996) и у Немачкој и Енглеској (Steinert, Lepping, Gebhart 2003). Нема много разлога да не мислимо да сличне ставове имају и стручњаци у другим земљама.

Према примени насиља у психијатријским установама, нарочито су критични социолози. Тако Чиф (Scheff 1964) сматра да чак код 63% присилно хоспитализованих није постојала опасност ни по друге ни по себе у смислу самоповређивања или претње суицидом. Винг (Wing 1982) посебно скреће пажњу на маничне пацијенте, који се присилно лече а не представљају опасност ни за себе ни за друге, изузев финансијских проблема који могу да направе себи или породици некритичим куповинама у акутној фази болести. Најпроблематичнији разлог присилне хоспитализације представља нема сумње тзв. “превентивни” присилни смештај, иза којег стоји дубиозна мотивација његових актера.

Кокерхем (Cocherham 2000) наводи да је међу онима на којима је примењено институционално насиље више жена које

су проглашене за опасне по себе и више је мушкараца процењених опасним по друге. У присилно смештеним доминирају иначе, пацијенти из града, затим генерално они који потичу из нижих друштвених слојева (и то су најчешће старе жене, као прототип физичке и социјалне маргинализованости, посебно у групи присилно хоспитализованих преко 70 г. старости), затим разведени и самци у старости од 20-40 година, као и млади припадници маргиналних група из најнижих друштвених слојева, као што су Црнци у САД (Singh et al. 2001), односно мањине уопште (Kaltiala-Heino 2004).

Претходни резултати истраживања овог проблема се поклапају, можемо да приметимо, са ставовима социолошке теорије етикетирања. Тако је Чиф још 1975, а затим и други аутори у новије време (Bindman et al. 2002), нашао високу корелацију између сиромаштва, лоших здравствених услуга и социјалне депривације уопште с једне, и високе вероватноће присилне хоспитализације са друге стране.

Више од половине присилно смештених бива отпуштено у року од месец дана лечења, пише Брунс (Bruns 1993). Додали би, на основу утисака из психијатријске праксе у Србији, да је боравак присилно смештених у нашим приликама дужи, мада не драстично, и да као и другде зависи не само од стручних аргумената, него и од добре воље низа људи социјално моћнијих од њих, пре свега од ставова њихове уже родбине.

### *Уместо закључка*

Што се тиче присилног третмана душевних болесника као најдубиознијег облика друштвене контроле психички оболелих и најучесталије форме институционалног насиља у психијатрији, неопходно је континуирано научно преиспитивање ефеката правне регулативе и поштовања етичких начела у психијатрији, поготово за пацијенте који имају делимичне, накнадне или потпуне увиде у своје

поступке и психичко стање у ком се налазе. Дobar пример је егзибиционист који бива осуђен због јавног показивања свог полног органа са малом вероватноћом (као уосталом и све психопатије), да ће се хапшењем и затварањем кориговати његово понашање. При том је под великим знаком питања и правна квалификација под називом 'унутрашња присила', која важи и за тешка неуротична стања, а у судско психијатријском смислу слoви као одлучујуће образложење за губитак контроле понашања (Waelder 1969).

Примена институционалног насиља, било као краткорочни поступак (уклањање душевног болесника из друштва као опасног), било као дугорочни начин контроле над душевно оболелим који су извршили кривично дело (осуђени душевни болесник на затворској мери лечења), било као *ad hoc* техника 'третмана' узнемиреног пацијента, стално ће захтевати свежа стручна, социолошка, психијатријска и правна преиспитивања, не само због основне противречности (кажњен а неурачунљив), него због насиља које је све присутније у друштву а није ни у каквој вези са психичким поремећајем учиниоца.

У америчким диспанзерима за ментално здравље воде се, поменимо, посебни регистри пацијената који су означени као агресивни. Особље диспанзера контактира породицу, пријатеље и социјалног радника пацијента, да би их ови доцније официјелно пратили и информисали о њиховом понашању. На тим списковима било је 1987. године у САД чак 5,5 милиона људи, пишу Пилгрим и Роџерсова (Pilgrim и Rogers 1999). Услов да се неко скине са тог регистра доста је строг, а он претпоставља да лице са тог списка најмање пет година буде без психијатријских симптома, потврђено од стране представника институција које прате његово стање.

Закон у већини земаља дозвољава психијатрима да интервенишу у кућама пацијената. Слично је и у Србији. Међутим ово се питање заоштрава сваки пут кад пацијент

одбија сарадњу, а да при том никога, укључујући и себе сама, физички не мора да угрожава.

Може се очекивати да ће у будућности репресивне форме бити суптилније, и да ће у епидемиолошким подацима бити мање присилно лечених, али да ће значајнију улогу у примени мање видљивог насиља имати непосредна друштвена околина и особље у центрима односно диспансерима за ментално здравље на терену.

У том смислу и закон о душевним болесницима, а поготово његова примена, треба у свакој друштвеној заједници да прецизно регулише следеће аспекте социјалне контроле душевно оболелог:

а) подршку пацијентима у слободном избору психијатра,

б) додатно законско прецизирање обавезивања психијатара на чување тајне о личним подацима везаним за оболелог,

в) јасно временско ограничење присилног смештаја, принудне примене лекова, фиксирања и сличних насилних поступака према пацијенту,

г) обавезно присуство адвоката пацијента при присилној хоспитализацији,

д) укидање ограничења права на телефон, посете и на поштанско комуницирање принудно хоспитализованих,

ђ) захтев да у истраживањима друштвене контроле психијатријских пацијената обавезно мора да буде, поред епидемиолошког, укључен и субјективни аспект проблема (патња присилно хоспитализованог пацијента), односно контролна група дијагностички сличних испитаника (који нису присилно хоспитализовани),

е) подршка испитивања ставова о овом проблему, одвојено или у вези са ставовима према душевним болесницима уопште, и то целокупног становништва као и професионалаца, лекара, полицајаца и представника судства, који су укључени у присилни смештај психијатријских

пацијената, да би се уочиле 'кључне тачке' или 'сиве зоне' овог проблема, којим треба друштво преко својих институција да се конкретно позабави,

ж) обавезно јавно објављивање (једном годишње најмање) броја присилно хоспитализованих у одређеном региону, посебно обелодањивање броја оних међу њима, који су више него једанпут присилно хоспитализовани, као и ефикасно укључивање политичких и друштвених организација, добровољног и непрофитног карактера, које могу да помогну у смањењу последица разних облика институционализованог насиља у психијатрији, пре свега правовременим и објективним упознавањем шире јавности са грађанско-правним, стручним и опште хуманим аспектима овог проблема.

#### Литература

1. Bastiaan P., Debus S., Haltenhof H. (1998): Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie, *Psychiatrische Praxis*, 25, 231-234.
2. Bindman J. (2002): Involuntary outpatient treatment in England and Wales, *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 595-598.
3. Bindman J., Tighe J., Thornicroft G., Leese M. (2002): Poverty, poor services and compulsory psychiatric admission in England, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 341-345.
4. Bruns G. (1993): Ordnungsmacht Psychiatrie, *Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle*, Westdeutscher V., Opladen.
5. Cockerham W. (2000): *Sociology of Mental Disorder*, 5-th. ed., Pentice Hall Inc., New Jersey.
6. Coughnard A., Kalmi E., Desage A., Misdrahi D., Abalan F., Brun-Rouseau H., Salmi L. R., Verdoux H. (2004): Factors influencing compulsory admision in first-admitted subjects with

- psychosis, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 804-809.
7. Haberer E. M., Rittmannsberger H. (1996): Unfreiwillige Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus - die Situation in Österreich, *Psychiatrische Praxis*, 23, 139-142.
  8. Хенрикс Т. (1987): Грађанска непослушност против затварања, у: Петровић А., Млађеновић Ј. (ур.): Мрежа алтернатива, Светлост, Крагујевац, 235-237.
  9. Ishizuka Ch., Nakatani J., Morita N., Satoh Sh. (2001): Sociodemographic and clinical characteristics of psychiatric patients coercively brought to hospitals, *Epidemiological and Clinical Neuroscience*, 55, 147-156.
  10. Kaltiala-Heino R. (2004): Increase in involuntary psychiatric admissions of minors: A registrar study, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 53-59.
  11. Klimitz H., Uhlemann H., Fähndrich E. (1998): Fixiren wir zu häufig? Indikation, Häufigkeit und Randbedingungen von Fixierung in einer allgemein-psychiatrischen Abteilung, *Psychiatrische Praxis*, 25, 235-239.
  12. Konrad N. (2002): Prisons a new asylums, *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 583-587.
  13. Kropp S., Blanke U., Meiners-Emrich H. (2005): Involuntary hospitalisations in 2000 according to german "Psych KG" in the City Hannover, *Psychiatrische Praxis*, 32, 18-22.
  14. Lepping P., Steinert T., Gebhart R.-P. Röttgers-Rüdiger H. (2004): Attitudes of mental and treatment in England and Germany - a questionnaire analysis, *European Psychiatry*, 19, 91-95.
  15. Monahan J., Steadman H. J. (ed.) (1994): *Violence and Mental Disorder*, Chicago University Press, Chicago.
  16. Pilgrim D., Rogers A. (1999): *A Sociology of Mental Health and Illness*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
  17. Ротели Ф. (1987): Ничија земља - друштвена контрола између затварања и напуштања, у: Петровић А.,

- Млађеновић Л. (ур.): Мрежа алтернатива, Светлост, Крагујевац, 249-252.
18. Schanda H., Taylor P. (2001): Agressives Verhalten psychisch Kranker im stationären Bereich: Häufigkeit, Risikofaktoren, Prävention, Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 69, 443-453.
  19. Scheff T. (1964): The societal Reaktion to Deviance, Social Problems, 2, 159-73.
  20. Scheff T. (1975): Labeling Madness, Englewood Cliffs, Prentice Hall, New Jersey.
  21. Singh S. P., Croudace T., Beck A., Harrison G. (1998): Perceived ethnicity and the risk of compulsory admission, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33, 39-44.
  22. Spiessl H., Krischker S., Cording C. (1998): Aggressive Handlungen im psychiatrischen Krankenhaus, Psychiatrische Praxis, 25, 227-230.
  23. Steinert T., Lepping P., Gebhardt R.-P. (2003): Entscheidungen zur Zwangseinweisung und Zwangsmedikation schizophrener Patienten bei Psychiatern in Deutschland und England, Psychiatrische Praxis, 30, 114-118.
  24. Waelder R. (1969): Psychiatrie und das Problem der straffrechtlichen Verantwortlichkeit, in: Mitscherlich A., Brocher T., v. Mehring O., Horn K. (Hrsg), Der Kranke in der modernen Gesellschaft, Kiepenhauer u. Witsch, Köln-Berlin, 264-277.
  25. Wing J. K. (1982): Sozialpsychiatrie, Springer V., Berlin-Heidelberg-New York.

Petar Opalić

## INSTITUTIONAL VIOLENCE IN PSYCHIATRY

### *Summary*

The introduction presents aspects of aggressive behavior of the mentally ill in various conditions and depending on the diagnosed psychic disorder.

Social aspects of involuntary hospitalization of the mentally ill are presented in detail, in epidemiological, clinical psychiatric and general social context.

The conclusion points to important considerations and measures to be taken by the society in order to reduce institutional violence in psychiatry.