

# Медиколегални аспекти болничког збрињавања особа са душевним поремећајем које испољавају насилно понашање

Александар Јовановић<sup>1</sup>, Мирослава Јашовић-Гашић<sup>1</sup>, Душица Лечић-Тошевски<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Институт за психијатрију, Клинички центар Србије, Београд, Србија;

<sup>2</sup>Институт за ментално здравље, Београд, Србија

## КРАТАК САДРЖАЈ

**Увод** У овом раду описани су медиколегални аспекти болничког збрињавања болесника с тешким поремећајем душевног здравља који су, због насилног понашања, опасни по себе и околину. Насилно понашање је у контексту овога рада одређено као забрањено, покушан или извршен чин насиља над собом или другима, што је у складу са ставом осталих аутора који се баве сличном проблематиком.

**Прикази болесника** Аутори приказују четири болесника с тешким душевним поремећајем код којих је насилно понашање према себи, односно околини, довело до самоубиства, односно насиља против живота и тела других лица. Приказани су случајеви: 1) самоповређивања искакањем кроз прозор болничке собе болесника с хроничним органским душевним поремећајем; 2) самоубиства депресивне болеснице након бекства с отвореног психијатријског одељења, насиља против живота и тела других лица болесника с хроничним душевним обољењем; 3) самоубиства утапањем након бекства са болничког одељења болеснице с акутним органским душевним поремећајем; и 4) насиља против живота и тела других лица болесника с хроничним душевним обољењем.

**Закључак** Приказани случајеви су у клиничкој пракси ретки, а ризик од насилног понашања и следствена опасност по себе и околину код душевно поремећених болесника могу се предвидети и ефикасно збрињавати у одговарајућим болничким условима и применом исправних поступака и фармакотерапије који су усмерени на деескалацију насилног понашања и заштиту болесника и његове околине. Међутим, уколико лекар не предузме све што је у његовој моћи да до тога не дође, укључујући постављање тачне дијагнозе, обезбеђење адекватног терапијског поступка и лечења у примереним грађевинско-техничким условима, он поступа супротно члану Кривичног закона Републике Србије који санкционише несавесно лечење болесника. Поред законског основа за кривични поступак, према Закону о облигационим односима Републике Србије, постоји основ и за парнични поступак против установе, односно особља, са захтевом за надокнаду нематеријалне штете.

**Кључне речи:** насилно понашање; душевни поремећаји; хоспитализација

## УВОД

Бројним истраживањима недвосмислено је утврђено неколико фактора ризика за насилно понашање садржаних у особеностима личне прошлости и актуелне клиничке слике [1, 2]. Од фактора из личне прошлости наводе се: насилно понашање у личној прошлости, млађи узраст, нестабилност међуљудских, а поготово породичних односа, проблеми с послом, односно незапосленост, поремећаји употребе психоактивних супстанци, поремећај личности из круга антисоцијалног или граничног, постојање тешког менталног поремећаја са суманутошћу и халуцинацијама (тзв. позитивним симптомима), психопатске црте, рана неприлагођеност с поремећајем понашања у развојном добу, односно адолесценцији [3-14]. Међу факторима ризика садржаним у актуелној клиничкој слици истичу се: недостатак увида у постојање тешког поремећаја душевног здравља, ефекти лечења на здравствено стање, те социјалне и правне последице, тежина клиничке слике психијатријског поремећаја, поготово ако садржи психотичне симптоме који условљавају губитак контроле над својим понашањем и живљивај личне угрожености, импулсивност и резистентност на лечење [15-22].

Намерно и свесно самоубиство, односно покушај самоубиства (*tentamen suicidii*) један је од најмалигних аспеката насилног понашања. Запад је утврђено да се суицидни ризик повећава с узрастом, да мушкарци чешће извршавају самоубиство, док га жене чешће покушавају, да је ризик повишен код оних који имају члана породице који је починио самоубиство, да је самоубиство чешће код самаца, разведених или удоваца, незапослених и особа које живе у градским срединама [23-27]. У вези с психијатријским поремећајима, највиши суицидни ризик утврђен је код болесника који пате од афективног поремећаја и шизофреније, те код злоупотребе психоактивних супстанци, при чему су у око половине случајева установљени претходни покушај самоубиства или поремећај телесног здравља [28-31]. Предвиђање ризика за насилно, односно суицидно понашање протеклих деценија значајно је побољшано развојем одговарајућих упитника и операционализованих протокола клиничке процене [32-35].

У раду су описани медиколегални аспекти болничког збрињавања болесника с тешким душевним поремећајем који су, због насилног понашања, опасни по себе и околину. Насилно (агресивно, виолентно, хостилно) понашање је у контексту овога рада одређено као забрањено, покушан

или извршен чин насиља над собом или другима, што је у складу са ставом осталих аутора који се баве сличном проблематиком [36]. Приказана су четири случаја из наше форензичке праксе код којих је насилно понашање према себи, односно околини исходило самоубиством, односно насиљем против живота и тела других лица. Овакви случајеви су у клиничкој пракси ретки, али, с обзиром на озбиљне последице које се правилним збрињавањем могу спречити или ублажити, заслужују изузетну пажњу [37]. У свим случајевима иницијали су измишљени, а старост је дата са грешком до пет година, како би се потпуно заштитио лични идентитет болесника.

### ПРИКАЗ ПРВОГ БОЛЕСНИКА

М.М. стар 30 година задобио је у саобраћајном удесу нагњечење мозга са следственим развојем хроничног органског менталног поремећаја који се испољавао нападима посттрауматске епилепсије и изменама у понашању у смислу наглих и краткотрајних периода јаке узнемирености. Због учесталих епилептичних напада неколико месеци након повреде, болесник је примљен на неуролошко одељење опште болнице, где је био перорално седран одговарајућим дозама неуролептичке медикације, смештен у собу интензивне неге и под сталним надзором особља. Неколико дана по пријему, у поподневним часовима, након повратака из тоалета, дошавши до своје постеље у пратњи медицинских сестара, изненада је одгурнуо сестре, које су га све време придржавале, јурнуо ка прозору (соба је била на трећем спрату), разбио га и искочио кроз њега, пао на плочник и задобио тешке телесне повреде.

Уследио је судски одштетни захтев против здравствене установе с образложењем да је установа својим пропустима била одговорна за претрпљену нематеријалну штету у случају М.М. Медицинским вештачењем на околност да ли су од стране овде туженика (медицинске установе) „предузете све адекватне мере за збрињавање тужиоца”, утврђено је да су „поступци медицинског особља били у складу са савременом медицинском праксом и науком (чување, терапија и надзор)”. Међутим, техничке мере заштите у просторијама интензивне неге комисија вештака је проценила као недовољне, с образложењем да је било потребно предузети додатне грађевинско-техничке мере обезбеђења, као што су прозори с ограниченим отварањем и неломљивим стаклима, будући да су непредвидљива понашања оваквих болесника на болничком лечењу могућа.

### ПРИКАЗ ДРУГОГ БОЛЕСНИКА

Н.Н. стара 35 година, код које нису утврђене теже болести у личној прошлости, претрпела је мождани удар чија су последица били одузетост једне стране тела и поремећај свести. Болесница је као хитан случај примљена на неуролошко одељење опште болнице и смештена у соби интензивне неге уз примену одговара-

јуће парентералне терапије и пероралне седације леком из групе бензодиазепина. Након три дана, док је била сама у соби (која се налазила у приземљу), напустила је одељење кроз отворен прозор и убрзо починила самоубиство утапањем на месту које је неколико километара било удаљено од здравствене установе.

У судском спору за надокнаду нематеријалне штете обављено је неколико медицинских вештачења којима је утврђено да је Н.Н. исправно дијагностикована и лечена одговарајућим дозама лекова. Између осталог, тражио се и одговор на питање: „Да ли је уз болесника у описаном стању здравствена установа која је спроводила лечење била обавезна да обезбеди стални надзор над њим, ради указивања помоћи и праћења евентуалних промена здравственог стања и понашања пацијента?” Вештачењем на ову околност установљено је да је реч била о болесници чија болест је такве природе да садржи могућу опасности по себе и околину, што је захтевало стални надзор и онемогућавање опасног понашања, за шта у предметној здравственој установи нису били обезбеђени одговарајући услови.

### ПРИКАЗ ТРЕЋЕГ БОЛЕСНИКА

О.О. стара 56 година примљена је на отворено психијатријско одељење опште болнице с клиничком сликом непсихотичне тешке депресивне епизоде са суицидним идејама. Према подацима из анамнезе, болесница се око десет година лечила од рекурентне депресије, због чега је неколико пута била хоспитализована у психијатријским установама с клиничком сликом сличном садашњој. Приликом последњег пријема преписана јој је перорална терапија просечним дозама антидепресива из групе селективних инхибитора серотонина и бензодиазепинског седатива, а у протоколу терапије убележено је *cave suicidii* (што значи: опасност од суицида). Након три дана болесница је у поподневним часовима самоиницијативно напустила одељење и неколико сати касније се обесила.

Слично претходном случају, у судском спору је медицинским вештачењем утврђено да је здравствена установа у којој је жена лечена направила пропуст јер није обезбедила стални надзор над болесницом.

### ПРИКАЗ ЧЕТВРТОГ БОЛЕСНИКА

П.П. стар 40 година примљен је на психијатријско одељење због погоршања хроничног душевног обољења од којег се лечио 12 година и неколико пута био хоспитализован на различитим психијатријским одељењима. У медицинској документацији забележен је тешки поремећај душевног здравља под различитим дијагнозама, углавном схизоафективне психозе. Приликом садашњег смештања на одељење постављена је дијагноза биполарног афективног поремећаја, односно маничне појаве с психотичним симптомима. Непосредно по пријему на одељење установљено је да је болесник у неколико наврата био агресиван, поку-

шао да разбијеним стаклом исече свој врат, да је био веома напет, да је халуцинирао и покушао да задави другог болесника јер је мислио да је он ђаво, па је највећи део времена био фиксиран. Недељу дана касније болесник је пребачен на друго одељење исте установе (у собу тзв. интензивне неге), где су постављене дијагнозе „схизоафективни поремећај” и „алкохолизам са медицинским компликацијама”. Наредних дана болесник је поново испољио хомицидално понашање према другим болесницима, али овога пута са смртним исходом.

Комисија психијатара је поводом трагичног исхода одредила ванредни стручни надзор установе и њених лекара, којим је, између осталог, установљено да су психопатолошка испољавања П.П. увек била флоридна, с израженим халуцинацијама и суманутим идејама персекуције, величине и месијанства, бизарним понашањем и маниризмом. Током ранијих болничких лечења бивао је агресиван, а забележено је и да је имао сумануте идеје „да је Бог, и да треба да убије друге пацијенте јер су ђаволи”. Анализа клиничке слике, почетка и тока болести на основу увида у медицинску документацију, укључујући и протоколе медицинских техничара, недвосмислено је указала на то да је П.П. боловао од параноидне схизофреније и неколико пута био изразито насилан према себи и другима, што је запажено и током претходног болничког лечења. Поред пропуста, као што је нетачно дијагностиковано при пријему и током боравка на одељењу, установљено је и да су услови смештаја били непримерени психопатолошким испољавањима овог болесника. Наиме, он је са другим болесницима боравио затворен у соби тзв. интензивне неге, која је била непрекидно закључана, где квака на вратима није постојала (што је могло довести до појачања његовог суманутог поремећаја и доживљаја угрожености). Стални и непосредни надзор због самог архитектонског изгледа собе није био могућ, јер кроз два мала прозора погледу особља био је недоступан већи део собе; на једном прозору, окренутом према соби у којој се највероватније догодила несрећа, видик је заклањала картонска плоча која је ту стављена јер је прозор био разбијен. У том смислу логично је следио и закључак надзорне комисије да је „флоридно психотичан, суицидан и хомицидан болесник, са постојањем скорашњег покушаја убиства, морао бити смештен у условима који омогућавају стални надзор особља”, што је очигледно пропуштено да се учини.

## ДИСКУСИЈА

Приказани случајеви имају циљ да укажу на то колико су озбиљне медиколегалне импликације испољавања примарних (нпр. схизофренија) или секундарних (органски ментални поремећаји) поремећаја душевног здравља, чија клиничка слика, између осталог, садржи насилно понашање или ризик од његовог наступања који је у значајној мери могуће предвидети. Душевно поремећени болесници који, због природе своје боле-

сти, непосредно угрожавају себе и околину, тј. сопствени живот и тело, живот и тело других људи или имовину и јавни ред и мир, захтевају хитно и ефикасно медицинско збрињавање у одговарајућим условима.

Исправна дијагностичка процена, која обухвата тачну и поуздану предикцију фактора ризика, неопходна је за планирање и примену терапијских стратегија усмерених на спречавање и збрињавање насилног понашања особа оболелих од душевних поремећаја. Штетне последице аутоагресивног или хетероагресивног понашања приказаних болесника очигледно су се могле предвидети. Међутим, уколико лекар не предузме све што је у његовој моћи да до тога не дође, укључујући, поред тачне дијагнозе, обезбеђивање исправног терапијског поступка и лечења у адекватним грађевинско-техничким условима, поступа супротно члану Кривичног закона Републике Србије који санкционише несавесно лечење болесника („Лекар који при пружању лекарске помоћи примени очигледно неподобно средство или очигледно неподобан начин лечења, или не примени одговарајуће хигијенске мере или уопште несавесно поступа и тиме проузрокује погоршање здравственог стања неког лица казниће се затвором.”). Поред законског основа за кривични поступак, према Закону о облигационим односима Републике Србије, постоји основ и за парнични поступак против установе, односно особља, с високим одштетним захтевом за надокнаду нематеријалне штете [38].

Познато је да се особе са тешким поремећајем душевног здравља и следственом променом понашања која носи опасност по себе и околину не среће само на одељењима интензивне психијатријске неге [39]. И у коронарним јединицама могу се очекивати психијатријски синдроми у виду депресије која може бити праћена психотичним одликама и суицидним тенденцијама; може се очекивати и тзв. кардијални психотични пролазни синдром са дезоријентацијом, халуцинацијама, суманутошћу и агитацијом. У хируршким шок-одељењима најчешћи су психооргански синдроми чији узроци могу бити токсични ефекат анестезије, траума главе, хируршка интервенција на мозгу итд. На одељењима за дијализу и онколошким одељењима нису реткост депресије са суицидним идејама и тенденцијама и психооргански синдром (токсични или због метастаза на мозгу). На акушерским одељењима се такође срећу жене са суицидном депресијом или декланширањем ендогених афективних и схизофрених психоза, а дешава се и да сепса доведе до делиријума, који неiskusан лекар дијагностикује и лечи као психозу. На геријатријским и неуролошким одељењима болнички се лече особе с органским акутним или хроничним психосиндромима и најтежим степеном поремећаја свести и агитације.

Сва описана стања на непсихијатријским одељењима захтевају хитну консултацију са психијатром, али и одговарајуће хитно поступање особља и услове током боравка болесника у здравственој установи. У том смислу два основна принципа хитног збрињавања јесу: 1) заштита болесника и његове околине, тј. осталих болесника и особља; и 2) хитне интервенције, како

би се постигла деескалација насилног понашања [40-42]. Поступци који се препоручују ради заштите болесника и његове околине су следећи: 1) писани протокол за поступак са болесником опасним по себе и околину са којим мора бити упознато читаво особље; 2) сталан надзор (видео-мониторинг); 3) континуирана обука особља у поступању са насилним болесницима (укључујући обнову знања из „мале хирургије” и пружања прве помоћи у сарадњи с колегама одговарајуће струке); 4) стално присуство особља, болничког обезбеђења или униформисаног полицајца (код форензичких болесника); 5) контрола ствари (детектор метала), болесника или посетилаца који улазе на одељење; 6) очигледна спремност да се примене мере физичког обуздавања на одељењу; 7) атмосфера смирености и организованости која пружа утисак да су ствари под контролом и код болесника смањују ризик од агресивних испада; 8) добро осветљење; 9) дугме за аларм у свим просторијама у којима је особље у контакту с насилним болесником; 10) непробојно стакло или челичне мреже с унутрашње стране обичних прозора; 11) надзор над лековима, шприцевима и свим осталим предметима који могу изазвати физичке, термичке или хемијске повреде [43-47].

Хитне интервенције које се могу извести ради деескалације насилног понашања су следеће: 1) потпуна контрола услова у непосредном окружењу; 2) изолација; 3) разговор са болесником; 4) опсервација; 5) хитна перорална или парентерална медикација; 6) хитно збрињавање евентуалних повреда повређене особе и, у крајној нужди, 7) фиксација и 8) секлузија (смештање у тзв. самицу или тиху собу) [48-51].

Потпуна контрола услова у непосредном окружењу болесника очигледно је неопходна ради заштите, пре свега, осталих болесника, затим болесника који се збрињава, а на крају и самог особља, као и да се обезбеди да болесник не напусти одељење пре потпуне клиничке процене и збрињавања.

Изолација овде подразумева одвајање (енгл. *time-out*) насилног болесника од објекта (други болесник, члан породице) и средстава насилног понашања, да би се уопште наставило с интервенцијом.

Смирен разговор с болесником уз основни став да насиље нема смисла треба почети питањима као што су: „У чему је проблем?”, „Шта није у реду?”, „Да ли Вам је потребна помоћ сада?”, „Да ли се ово дешавало раније?”, „Шта очекујете?”

Опсервација подразумева непрекидан надзор кроз прозирно и непробојно стакло, преко видео-монитора, директно од стране особља или, изузетно, од стране другог болесника, тзв. котерапеута (нпр. приликом одласка суицидног болесника у тоалет, треба обезбедити пратњу са захтевом за одазивањем на 30 секунди током боравка у незакључаној просторији), при чему, поред здравственог радника који интервенише, мора бити присутан још неко од особља или котерапеут.

Душевни болесници с алармантним симптомима захтевају хитну пероралну или парентералну медикацију по дефинисаној схеми [52-54]. У најопштијим цртама, према наводима Мекферсона (*Macpherson*) и

сарадника [55], када је дијагноза јасна, као хитна медикација психомоторне узнемирености, препоручује се перорална транквилизација коју чине примена лоразепама у дози 1-2 mg, односно халоперидола у дози 5-10 mg, или оланзапина у дози 10 mg или rispидона у дози 1-2 mg. Ако ова медикација не делује, после 45 минута требало би применити парентералну транквилизацију која подразумева примену лоразепама у дози 1-2 mg, односно халоперидола у дози 5-10 mg, или оланзапина у дози 10 mg [55]. Када је дијагноза нејасна, препоручује се перорална транквилизација коју чине примена лоразепама у дози 1-2 mg, а ако она не делује, после 45 минута требало би применити парентералну транквилизацију лоразепамом у дози 1-2 mg [55].

У случају повреда, неопходно је и хитно медицинско збрињавање болесника или повређене особе, што – посебно на психијатријским одељењима – подразумева повремени обнову знања из тзв. мале хирургије и пружања прве помоћи, тако да је с времена на време корисно организовати поновне едукације у сарадњи с колегама одговарајуће струке (нпр. хирургима).

Ставови у вези с применом фиксације (везивања) и евентуално секлузије и даље су подељени, али су, према наводима већине аутора, неопходне као крајње средство (*extremis malis, extrema remedia*), како би се болесник који никако не жели да сарађује спречио да повреди себе или друге, као и да би се урадила терапијска интервенција [56, 57]. Фиксација (имобилизација уз држање рукама или примену фиксатора за појас, односно удове с магнетном копчом) индикувана је када болесник угрожава себе и околину, и то: а) само док се не обави одговарајућа клиничка процена и медикација; б) када особље не познаје болесника или су симптоми обољења нејасни, или је в) болесник неспособан да сарађује, или је г) болеснику потребно сигурно окружење, тј. када се не може оставити без надзора. Секлузија подразумева смештање болесника у посебну, потпуно безбедну и надзирану собу која се обично назива „мирна соба” (термин „самица” се не препоручује због стигматизације).

Имајући у виду здравље и живот болесника, принудно смештање у болницу ради лечења организује се уколико особа, због психијатријског обољења, не може да схвати шта је њен најбољи интерес или ако угрожава друга лица и њихову имовину. У таквим ситуацијама прибегава се доктрини *Salus aegroti suprema lex* (Добробит оболелог најважнији је закон). У светлу Закона о ванпарничном поступку Републике Србије, ограничавање кретања против воље болесника (забрана напуштања одељења или собе, фиксација, секлузија) јесу основ за принудну хоспитализацију и морају се у року од три дана пријавити надлежном општинском суду у виду мишљења конзилијума које обавезно мора да потпишу бар два лекара, од којих је један руководилац установе [58]. Уколико се, према Закону о ванпарничном поступку Републике Србије, не испоштује законски оквир за принудно болничко лечење, постоји, према Кривичном закону Републике Србије, основ за кривично дело противправног лишавања слободе, а, према Закону о облигационим односи-

ма Републике Србије, и за одштетни захтев због нематеријалне штете.

Из свега претходно наведеног очигледно је да се ризик од насилног понашања душевно поремећених болесника и следствена опасност по саме себе и њи-

хову околину могу предвидети и ефикасно збринути. Уколико се, међутим, тако не поступи, постоји реална опасност од наступања тешких и фаталних последица по самог болесника, као и озбиљних законских санкција.

## ЛИТЕРАТУРА

- Tengström A. Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia. *Nord J Psychiatry*. 2001; 55:243-9.
- Phillips HK, Gray NS, MacCulloch SI, Taylor J, Moore SC, Huckle P, et al. Risk assessment in offenders with mental disorders: relative efficacy of personal demographic, criminal history, and clinical variables. *J Interpers Violence*. 2005; 20:833-47.
- Monahan J. Mental disorder and violent behavior. *Am Psychologist*. 1992; 47:511-27.
- Lattimore PK, Visher CA, Linster RL. Predicting rearest for violence among serious youthful offenders. *J Res Crime Delinquency*. 1995; 32:54-83.
- Klassen D, O'Connor WA. Predicting violence in schizophrenic and nonschizophrenic patients. *J Community Psychiatry*. 1988; 16:217-27.
- Menzies R, Webster CD. Construction and validation of risk assessment in a six-year follow up of forensic patients: a tridimensional analysis. *J Consult Clin Psychol*. 1995; 63:766-78.
- Yarvis RM. Axis I and axis II diagnostic parameters of homicide. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1990; 18:249-69.
- Beck JC. Delusions, substance abuse, and serious violence. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2004; 32:169-72.
- Reid WH, Thorne SA. Personality disorders and violence potential. *J Psychiatr Pract*. 2007; 13:261-8.
- McNiel DE, Binder RL. The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnoses, and short-term risk of violence. *Hosp Community Psychiatry*. 1994; 45:113-37.
- Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63:490-9.
- Harris GT, Rice ME, Quinsey VL. Violent recidivism of mentally disordered offenders: the development of statistical prediction instrument. *Crim Justice Behav*. 1993; 20:315-35.
- Yesavage JA. Bipolar illness: correlates of dangerous inpatient behavior. *Br J Psychiatry*. 1983; 143:554-7.
- Tarter RE, Kirisci L, Vanyukov M, Cornelius J, Pajer K, Shoal GD, et al. Predicting adolescent violence: impact of family history, substance use, psychiatric history, and social adjustment. *Am J Psychiatry*. 2002; 159:1541-7.
- Amador XF, Strauss DH, Zale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:873-9.
- Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and its relationship to violent behavior in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004; 161:1712-4.
- De Pauw KW, Szulecka TK. Dangerous delusions: violence and the misidentification syndromes. *Br J Psychiatry*. 1988; 152:91-6.
- Pimm J, Stewart ME, Lawrie SM, Thomson LD. Detecting the dangerous, violent or criminal patient: an analysis of referrals to maximum security psychiatric care. *Med Sci Law*. 2004; 44:19-26.
- Jackson HJ, Whiteside HL, Bates GW, Bell R, Rudd RP, Edwards J. Diagnosing personality disorders in psychiatric inpatient. *Acta Psychiatr Scand*. 1991; 83:206-13.
- Dumais A, Lesage AD, Lalovic A, Séguin M, Tousignant M, Chawky N, Turecki G. Is violent method of suicide a behavioral marker of lifetime aggression? *Am J Psychiatry*. 2005; 162:1375-8.
- Haywood TW, Kravitz HM, Grossman LS, Cavanaugh JL, Davis JM, Lewia DA. Predicting the „revolving door“ phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective, and affective disorders. *Am J Psychiatry*. 1966; 152:856-61.
- Ehmann TS, Smith GN, Yamamoto A, McCarthy N, Ross D, Au T, et al. Violence in treatment resistant psychotic inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 2001; 189:716-21.
- Gunnell DJ. The epidemiology of suicide. *Intern Rev Psychiatry*. 2000; 12:21-26.
- Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1991; 48:418-22.
- Roy A, Rylander G, Sarchiapone M. Genetic studies of suicidal behavior. *Psychiatr Clin North Am*. 1997; 20:595-611.
- Gunnell D, Peters T, Kammerling M, Brookes J. The relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions and socio-economic deprivation. *Br Med J*. 1995; 311:226-30.
- Lewis G, Sloggett A. Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *Br Med J*. 1998; 317:1283-6.
- Suominen K, Isometsä E, Heilä H, Lönnqvist J, Henriksson M. General hospital suicides – a psychological autopsy study in Finland. *Gen Hosp Psychiatry*. 2002; 24:412-6.
- Hübner-Liebermann B, Spiessl H, Cording C. Suicides in psychiatric in-patient treatment. *Psychiatr Prax*. 2001; 28:335-6.
- Henriksson MM, Aro HM, Marttunen MJ, Heikkinen ME, Isometsä ET, Kuoppasalmi KI, et al. Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry*. 1993; 150:935-40.
- Koller G, Preuss UW, Bottlender M, Wenzel K, Soyka M. Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2002; 252:155-60.
- Monahan J, Steadman HJ, Appelbaum PS, Grisso T, Mulvey EP, Roth LH, et al. The classification of violence risk. *Behav Sci Law*. 2006; 24:721-30.
- Douglas KS, Ogloff JRP, Hart SD. Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatr Serv*. 2003; 54:1372-9.
- Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*. 1985; 142:559-3.
- Motto JA, Heilbron DC, Juster RP. Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *Am J Psychiatry*. 1985; 142:682-95.
- Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams JB. The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry*. 1986; 143:35-9.
- Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Kotrotsiou V, Zanchi P, Peron L, et al. Violence in psychiatric units: a 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006; 41:698-703.
- Marić J, Jovanović A. Forenzički i etički aspekti urgentnih stanja u psihijatriji. In: Vučović D, editor. *Urgentna medicina*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; Obeležja; 2002. p.516-20.
- Jašović-Gašić M. Konsultativna obrada hitnih stanja u psihijatriji. *Engrami*. 1989; 4:313-6.
- Kaplan HI, Sadock BJ, editors. *Pocket Handbook of Emergency Psychiatric Medicine*. Baltimore: Williams & Wilkins; 1993.
- Binder RL, McNeil DE. Contemporary practices in managing acute violent patients in 20 psychiatric emergency rooms. *Psychiatr Serv*. 1999; 50:1553-4.
- Matakas F, Rohrbach E. Suicide prevention in the psychiatric hospital. *Suicide Life Threat Behav*. 2007; 37:507-17.
- Beverly JF. Other psychiatric emergencies. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th ed. CD-ROM. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
- Bernstein KS, Saladino JP. Clinical assessment and management of psychiatric patients' violent and aggressive behaviors in general hospital. *Medsurg Nurs*. 2007; 16:301-9.
- Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 3:CD002084.
- Gadon L, Johnstone L, Cooke D. Situational variables and institutional violence: a systematic review of the literature. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26:515-34.
- Bowers L, Nijman H, Allan T, Simpson A, Warren J, Turner L. Prevention and management of aggression training and violent incidents on U.K. Acute psychiatric wards. *Psychiatr Serv*. 2006; 57:1022-6.

48. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2006; 30:586-98.
49. Vaaler AE, Morken G, Linaker OM. Effects of different interior decorations in the seclusion area of a psychiatric acute ward. *Nord J Psychiatry*. 2005; 59:19-24.
50. Privitera M, Weisman R, Cerulli C, Tu X, Groman A. Violence toward mental health staff and safety in the work environment. *Occup Med (Lond)*. 2005; 55:480-6.
51. Cowin L, Davies R, Estall G, Berlin T, Fitzgerald M, Hoot S. De-escalating aggression and violence in the mental health setting. *Int J Ment Health Nurs*. 2003; 12:64-73.
52. Damjanović A, Ivković M. Postupak sa agresivnim (violentnim) bolesnikom. In: Vučović D, editor. *Urgentna medicina*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; Obeležja; 2002. p.487-93.
53. Jašović-Gašić M. Urgentna intervencija u slučaju suicidalng rizika ili pokušaja samoubistva. In: Vučović D, editor. *Urgentna medicina*. Beograd: Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu; Obeležja; 2002. p.479-85.
54. Milovanović D. Pitanje terapijskog pristupa. In: Milovanović D, Milovanović S, editors. *Klinička psihofarmakologija*. Beograd: Barex; 2005. p.171-80.
55. Macpherson R, Dix R, Morgan S. Guidelines for the management of acutely disturbed psychiatric patients. *Adv Psychiatric Treatment*. 2005; 11:404-15.
56. Royal College of Psychiatrists' Research Unit. *National Audit of the Management of Violence in Mental Health Settings: 1999-2000*. London: CRU; 2001. Available at: <http://www.rcpsych.ac.uk/cru/complete/audit99-00.htm#findings>.
57. Sailas E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. *Curr Opin Psychiatry*. 2005; 18:555-9.
58. Jovanović AA. Legal status of persons with mental illness in Serbia. *Srp Arh Celok Lek*. 2004; 132(11-12):448-52.

## Medicolegal Aspects of Hospital Treatment of Violent Mentally Ill Persons

Aleksandar Jovanović<sup>1</sup>, Miroslava Jašović-Gašić, Dušica Lečić-Toševski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute for Psychiatry, Clinical Centre of Serbia, Belgrade, Serbia;

<sup>2</sup>Institute for Mental Health, Belgrade, Serbia

### SUMMARY

**Introduction** This paper deals with medicolegal aspects of the hospital treatment of patients suffering from severe mental disorders and who are prone to violent behaviour, dangerous to self and others. Violent acts in this study were defined as deliberate and nonconsensual acts of actual, attempted or threatened harm to a person or persons, and classified into categories of any type of violence, physical violence and non-physical violence, which is in accordance with approaches used in other risk assessment researches.

**Outline of Cases** The authors present four cases of mentally ill inpatients whose violent behaviour toward self or other persons resulted in self-destruction and physical aggression against other persons. The presented cases involved: 1) self-injury in a patient with acute organic mental disorder after jumping through a hospital window, 2) suicide by drowning of a patient with acute mental disorder after escaping from intensive care unit, 3) suicide in a depressive patient after escaping

from a low-security psychiatry unit, 4) physical violence against body and life of other persons in a patient with chronic mental disorder.

**Conclusion** The presented cases are considered to be rare in clinical practice and risk of violent behaviour and the consequent danger of mentally ill inpatients may be efficiently predicted and prevented with appropriate hospital management based on 1) repeated escalation of violent behaviour and 2) protection of the patient and others. Hence, if the physician, in order to prevent harmful consequences, does not apply all the necessary measures, including appropriate diagnostic and therapeutic procedures, as well as treatment in an adequate setting, such act is against the Criminal Law of the Republic of Serbia which sanctions physician's negligence. Also, according to the Law on Obligations of the Republic of Serbia this presents a legal ground for damage claim and the requirement of liability for nonmaterial damage within a civil procedure.

**Keywords:** violence; mental disorders; hospitalization