

OSTALE TEME

TEMIDA

Decembar 2007, str 43-55

ISSN: 1450-6637

DOI: 10.2298/TEM0704043S

Depresija kao uzrok i kao posledica viktimizacije

Danijela SPASIĆ*

„Ako postoji pakao na Zemlji,
naći ćete ga u srcu melanholičnog čoveka“

Robert Burton

Anatomy of Melancholy, 1621

žrtve. Na taj način, depresija „zatvara svoj začarani krug uzroka i posledica“, u kojem čovek ima tri saveznika: sebe, sredinu ili druge ljude i vreme. Snaga, kvalitet i trajanje „savezničke pomoći“ obrnuto su proporcionalni jačini viktimološke dimenzije depresije.

Ključne reči: mentalni poremećaji, depresija, uzroci i posledice viktimizacije

U radu sam pokušala pokazati uzročno-posledičnu vezu depresije, kao jednog od čestih i specifičnih mentalnih poremećaja, i različitih oblika viktimizacije. Želela sam da to bude skroman doprinos tvrdnji da se depresija, u jednoj istorijskoj i vremenskoj sekvenci, sasvim neočekivano i protiv naše volje, pretvorila u blaži oblik jedne vrste „kolektivnog ludila“. U početku, bila je to reč kao sinonim za melanholiju, za specifično stanje u koje su „padali“ oni „slabiji, genetski predodređeni i teže prilagodljivi“, da bi postepeno, i paralelno sa globalnom mrežom promena u svim sferama ljudskog bitisanja, ona poprimila dimenziju svetske „zaraze“, čije širenje proporcionalno i procentualno prati ekspanziju bolesti kardiovaskularnog sistema ili malignih bolesti, ali bez tako vidljivih fizičkih manifestacija. Depresija, kao dugotrajno i „bolno stanje ljudske duše“ često traži pribežište i trenutni spas u zloupotrebi psihoaktivnih supstanci, drogama i alkoholu, a još češće izlaz nalazi u suicidalnim postupcima i postaje jedan od njihovih dominantnih uzroka. Pre toga, ona se, naravno, uglavnom javlja kao posledica različitih oblika viktimizacije; u najširoj dimenziji to su opšte društvene okolnosti, bilo na makro ili mikro nivou, i neadekvatan odgovor ličnosti na njih, a potom, konkretne kriminalne ili druge društveno negativne radnje, činjenja ili nečinjenja, kojima se ugrožava ili uništava neko ljudsko dobro i čovek stavlja u poziciju

Uvod

Mentalni poremećaji, prema savremenoj definiciji, obuhvataju različite poremećaje koji se svrstavaju u sledeće grupe: konflikti u razvoju ličnosti (neuroze), poremećaji u organizaciji ličnosti (poremećaji ličnosti ili psihopatije) i psihološke krize izazvane teškoćama u interpersonalnim odnosima. (Vidanović, 2006). Jednostavno rečeno, to su poremećaji ponašanja i psihičke strukture koji menjaju univerzalne osobine ljudske prirode.

Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, svaki četvrti stanovnik u svetu ima neki poremećaj mentalnog zdravlja, a prednjače depresija, alkoholizam, šizofrenija, epilepsija i suicidalno ponašanje.

Ako se ovom podatku doda i činjenica da svaki oboleli nosi „svoj žig“ i da intenzitet stigme, kojoj su izloženi ovi bolesnici, konstantno prevazilazi civilizacijske okvire ljudskosti, razumljiv je svaki stepen i oblik njihove viktimizacije. Konkretno, društvena reakcija na mentalno poremećene osobe bazira se na dvostrukom strahu: strahu od fizičkih napada koje mogu da prouzrokuju osobe sa mentalnim bolestima i strahu od „zaraznosti“ (u smislu da boravak u blizini mentalno bolesne osobe može značiti da smo i sami već sa problemom ili da

* Danijela Spasić je istraživačica-pripravnica na Kriminalističko-policijskoj akademiji u Zemunu. E-mail: danijela.s@sbb.co.yu

će problem i nas prevladati). Osobe sa mentalnim poremećajima su stereotipno posmatrane kao lenje, nesposobne za saradnju i da doprinose i na teretu sistemu. Prema jednoj studiji, najčešće zablude vezane za mentalne bolesnike su da su oni: opasni i nasilni (88%), da imaju nizak IQ, da su razvojno hendikepirani (40%), da ne mogu da funkcionišu, zadrže posao ili na bilo koji način doprinesu drugima (32%), da im nedostaje volje tj. da su slabi i lenji (24%), da su nepredvidivi (20%) i da su sami krivi za svoje stanje (20%). (Pejović-Milovančević, 2003).

Mentalni poremećaji su, tokom istorijskog razvoja psihijatrije, klasifikovani na različite načine, zavisno od toga koji su etiološki faktori uzimani kao polazna osnova klasifikacije. Bilo da se analizira Američka ili Britanska klasifikacija, odnosno Kraepelin-ova ili Meyer-ova (Henderson-Gillespie, 1951:27:33), ili savremena ICD-10 **KLASIFIKACIJA MENTALNIH POREMEĆAJA I POREMEĆAJA PONAŠANJA**, svaka od njih je, među poremećaje mentalnog zdravlja, uvrstila i depresiju.

Iako se na prvi pogled može učiniti da se ta „pojava“ toliko odomačila u našim životima da se pre može kvalifikovati kao „kolektivno svakodnevno stanje duha i tela“ nego kao bolest ili poremećaj, ona u sebi i sa sobom nosi kompleks uslova i činilaca koji ljudsku jedinku mogu transformisati u žrtvu, ali, istovremeno, isti uslovi i činioци mogu direktno proisteći iz situacije u kojoj se čovek kao žrtva već nalazi. U takvim okolnostima depresija „*zatvara svoj začarani krug uzroka i posledica*“. U tom krugu leži njena viktimološka dimenzija. Kroz opšte karakteristike, pojavne oblike i načine ispoljavanja depresije, kroz uslove i faktore koji multiplikuju njeno delovanje, kroz kvantitativne analize podataka i činjenica, pokušaću da pokažem njeno prisustvo u različitim razdobljima ljudskog života i ukažem na negativne posledice koje to prisustvo sa sobom donosi.

Depresija kao mentalni poremećaj – opšte karakteristike

Naglasicu da se u analizi veze između depresije i viktimizacije nisam posebno bavila lakšim oblicima depresije, odnosno, povremenim epizodama tuge, koje ima većina ljudi, u zavisnosti od njihove ličnosti i načina života, upravo stoga što ne postoji izražena i jaka viktimološka dimenzija takvih oblika depresivnog ponašanja.

Depresija je bolest raspoloženja, koja zahvata i dušu i telo. Naziv ovog poremećaja potiče iz

latinskog jezika : *depressio*, dolazi od *deprimere*, što znači potisnuti, pritisnuti, udubiti ili potlačiti.

Prema Langeovom kliničkom priručniku, (Lange, 1992:19), postoje 2 depresivna poremećaja: *teška depresija i distimija*.

Teška depresija se može javiti u sledećim varijantama:

- teška depresija sa melanholijom koju karakteriše upadljiv gubitak sposobnosti za doživljavanje zadovoljstva;
- teška depresija sa psihotičnim odlikama koja se javlja u 15-20% slučajeva, a obuhvata i manifestacije sa sumanutim idejama koje odgovaraju raspoloženju, halucinacijama i depresivni stupor.

Sumanutosti u skladu sa raspoloženjem su tipične za depresivno stanje i obično su vezane za veoma nizak nivo samopoštovanja, siromaštvo, krivicu, smrt, nihilizam ili kažnjavanje. Može doći i do čulnih halucinacija, najčešće auditivnih. Depresivni stupor postoji kada je bolesnik nem i bez odgovora.

Osobe kod kojih se javlja tzv. sezonska depresija smatraju se lakše obolelim. Među njima, oko 75% su žene. Tipično, simptomi se javljaju u jesen i pojačavaju sve do zimske kratkodnevnicе, kada počinje spora remisija (od početka oktobra do kraja novembra meseca). Bolesnici izjavljuju da se mnogo bolje osećaju tokom letnjih meseci kao i pretežno u toku sunčanih dana.

Učestalost teške depresije u svetskoj populaciji se kreće od 3-5%. Rizik za život po muškarce se kreće od 3-12%, a za žene 20-26%. Prosečan uzrast pojave bolesti je sredina dvadesetih godina.

Distimija je hronična depresija koja traje 2 godine ili duže, sa nedovoljnom težinom da bi se uključila u kriterijume ozbiljne depresije. Kod distimije postoji odsustvo psihotičkih simptoma, a kao oblik depresivnog poremećaja češće pogađa žene. Njena učestalost se kreće od 4,5-10,5%. Simptomi se obično javljaju pozno u toku adolescencije ili u ranom periodu odraslog uzrasta. Ovaj poremećaj karakteriše:

- depresivno raspoloženje u toku najmanje 2 godine;
- loš apetit ili preterano jelo;
- insomnija ili hipersomnija;
- nizak nivo energije ili zamor;
- nizak nivo samopoštovanja;
- loša koncentracija ili teškoće u donošenju odluka;

- osećanje beznadežnosti.

U suštini, sve oblike depresivnih poremećaja karakterišu neki zajednički imenitelji, koji, pojedinačno, ili zbirno, mogu biti posledica ili mogu usloviti različita stanja ili situacije viktimiziranosti. To su sledeći simptomi ili znaci:

- emotivni (tuga, "osećanje potištenosti ili loše volje", anksioznost, razdražljivost);
- psihološki (krivica, beznadežnost, nevrednost, gubitak sposobnosti uživanja);
- kognitivni (opsesivne misli ili razmišljanja, smanjeno pamćenje, loša koncentracija, suicidogene ideje);
- društveni (povlačenje od društva, društveno-profesionalna disfunkcija);
- neurovegetativni (smanjena energija, psihomotorna agitiranost ili disfunkcija, insomnija ili hipersomnija, dnevne varijacije raspoloženja, smanjenje libida);
- psihotične manifestacije (sumanutosti ili halucinacije).

U smislu viktimološkog značaja depresije mora se pomenuti i tzv. *bipolarni poremećaj, odnosno, manično-depresivna bolest*. Ovaj izraz uveo je Kraepelin, za oznaku poremećaja afekta koji se sastoji od veselog raspoloženja ili od depresije (Henderson, 1951:199)

Osnovna karakteristika ovog poremećaja jeste jedna ili više maničnih epizoda, obično praćenih sa jednom ili više težih depresivnih epizoda. Kod *ciklotimije* postoje brojni periodi hipomaničnih epizoda i brojni periodi depresivnog raspoloženja ili gubitka interesovanja ili sposobnosti uživanja. Bipolarni poremećaj postoji ako se manična epizoda javi posle prve 2 godine ciklotimije. Ovaj poremećaj se javlja u poznom adolescentnom uzrastu ili u toku ranih dvadesetih godina. Epizode se javljaju svakih 3-9 godina. Manične epizode uključuju povišeno raspoloženje, ekspanzivno ili razdražljivo, hiperaktivnost, brzi govor, beg ideja, smanjenu potrebu za spavanjem, kratkotrajnu pažnju, loše procenjivanje, povišene psihomotorne aktivnosti, neograničenu energiju. Povišena aktivnost ima često oblik i seksualnog promiskuiteta, političkog angažovanja i religioznog posvećivanja. Bolesnik često počinje i sa zloupotrebom hemijskih sredstava i alkohola, a poremećena društvena procena i osećaj grandioznosti može dovesti do velikih kupovina, loših poslovnih odluka i ugrožavajućeg ponašanja (Akiskal, 1979:2:419).

Etiologija

Postoje različite teorije o faktorima i uzrocima koji izazivaju depresiju, ali se ovde nećemo posebno baviti njima. Napomenućemo, ipak, da je za razvoj manično-depresivne bolesti najvažniji predisponirajući faktor hereditet (nasledna predispozicija). U čak 60-80% slučajeva postoji hereditarna predispozicija.

U suštini, svaki čovek može oboleti od depresije, ali kod ljudi koji su po prirodi emotivni, plašljivi, nižeg samopoštovanja, oni koji teže podnose nepravdu i kritiku, depresija se češće javlja. Izloženost hroničnom stresu menja funkciju i građu mozga i mnoge se depresije mogu objasniti akumulacijom štetnog delovanja stresa. I tu konstitucija ima važnu ulogu jer određuje pod kojim teretom i nakon koliko vremena će se nervni sistem slomiti.

Uticao sredine, društvenih i socijalnih okolnosti

Psihičke bolesti su vrlo raširene, te se smatra da svaka četvrta osoba ima bar jednu depresivnu epizodu u toku života. Zdravstvena organizacija UN predviđa da će do 2020. godine depresija postati drugi najveći uzročnik smrtnosti i onesposobljenosti u svetu.

Porast broja obolelih se pripisuje stresnijem životu, siromaštvu i nasilju. A život se može posmatrati kao uzajamno dejstvo više ili manje fiksiranih karakterističnih svojstava, tzv. *nastrojenosti (dispozicije)* i *sila okoline (sredine, miljea)*. (Hentig, 1959:175).

Od duševnih i neuroloških poremećaja danas boluje oko 400 miliona ljudi širom sveta, dok je depresija na petom mestu uzročnika smrti. Najviše obolelih ima u SAD-u i Japanu, najmanje u Africi. U svetu ima milion samoubistava i 10 miliona pokušaja godišnje. Vodećih 10 država po broju samoubistava su zemlje bivšeg SSSR-a, s Rusijom na čelu.

Društveni događaji često povećavaju broj obolelih od depresije i stručnjaci procenjuju da će za nekoliko godina ovo biti jedna od najčešćih bolesti. Društvo koje ne neguje osnovne principe kojima ljudi teže - da je pravedno, sigurno i da je u njemu moguće dokazati i realizovati sebe - stvara bespomoćne ljude.

Razvoj bespomoćnosti, kažu stručnjaci, vodi u depresiju. Spoljašnji uslovi, koje osoba ne može da prihvati i izađe s njima na kraj, mogu da budu oroz, tako da mnogi ne bi razvili depresiju da su živeli u povoljnijim društvenim okolnostima.

Socijalni aspekt depresije podržava tzv. *teorija naučene bespomoćnosti*. U situacijama kada je socijalna sredina nesigurna i neselektivno frustrirajuća, dolazi do iscrpljivanja pojedinca u neuspešnim pokušajima prevazilaženja stresnih i osujećujućih okolnosti i mirenja sa nepovoljnom situacijom. U takvim okolnostima, osoba izgrađuje uverenje da je nemoćna, bez nade, svako njeno ponašanje je nesvrshodno, ona gubi kontrolu nad ishodima ponašanja i situacijom, razvijaju se osećanja nemoći, pasivnosti, zavisnosti i depresije. Kasnije, čak i kada se povrati veza između ponašanja i njegovih efekata, reakcija izostaje usled emocionalnog stanja kojeg karakteriše depresija i strah da će pozitivni rezultat i dalje izostajati. (Nikolić-Ristanović, 2000:24).¹

Kada se osvrnemo na društvene prilike u Srbiji, videćemo da je ekonomska regresija 90-ih godina prošlog veka, kao svoju zakonomernost proizvela ekstremno socijalno raslojavanje i društvene tenzije, opšte osiromašenje, slabljenje socijalnih, zdravstvenih i školskih institucija, moralnu hipokriziju društva, raspad vrednosnog sistema. Ovakvo stanje imalo je za posledicu divljanje psihologije grabeži i svedozvoljenosti sa rapidnim povećanjem stope kriminaliteta svih vrsta, ukupnom društvenom anomijom, razaranjem osnovnih vrednosti društva i urušenim kolektivnim mentalnim zdravljem.

Među indikatorima krize koje će, između ostalih, posredno uticati na širenje i pojavu različitih mentalnih poremećaja, pomenimo nezaposlenost, siromaštvo, nekvalitetnu socijalnu i zdravstvenu zaštitu, urušavanje porodičnih vrednosti, visok procenat razvedenih brakova, izgrađivanje kvazi-vrednosnih sistema i nekritičko prihvatanje svih novina koje se "uvoze" sa zapada. Podaci govore da je u Republici Srbiji 2006. godine, bilo ukupno 488.450 nezaposlenih, starosti od 25-54 godine.²

U domenu socijalne zaštite javile su se brojne problemske situacije koje su kasnije imale mnogo negativnih implikacija: poremećaji u zadovoljavanju razvojnih potreba, osposobljavanju za obavljanje

društvenih uloga i socijalnoj integraciji (bolest, invalidnost, psihofizička ometenost), ugroženost razvojnih uslova za decu (zloupotreba roditeljskog prava, zanemarivanje roditeljske dužnosti, razvod braka, nasilje u porodici, zlostavljanje dece, poremećeni porodični odnosi i funkcije), prostitucija, skitničenje, prosjačenje i dr. oblici devijacija. (Spasić, 2006:321)

Pored ovih unutrašnjih okolnosti, kao posledica ratnih dešavanja u okruženju, Srbiju su preplavili talasi izbeglica, ljudi koji su prisilno napuštali svoja ognjišta, preživeli ratnu katastrofu, doživeli lične i porodične tragedije, a potom se našli u novom okruženju i novim, težim i kompleksnijim životnim prilikama. Mnogi od njih neće se nikad prilagoditi. Deceniju kasnije mnogima će se istrošiti svi psihološki mehanizmi odbrane, ispoljiće se tzv. ratni sindromi, vijetnamski ili balkanski, svejedno, mnogi će iracionalni postupci biti objašnjeni tzv. PTSP (posttraumatskim stresnim poremećajem), ali će u najvećem broju slučajeva dugogodišnja, tiha tuga, neraspoloženje, osećaj izgubljenosti i beznađa, preći u teške oblike depresije ili nekih drugih mentalnih poremećaja, zavisno od kvaliteta psihološkog sklopa i čvrstine nervnog sistema.

Depresija i viktimizacija

- Uzročno-posledična veza -

U eri promašenih vrednosti, opšteg siromaštva i bede, u mreži promena, problema i izazova koje tranzicija donosi čoveku i porodici, u kompleksu negativnih posledica globalizacije, nije teško postati žrtva. Izloženost stresu, siromaštvu i nasilju povećava rizik od pojave mentalnih bolesti, među njima i pojavu depresije, i to njenih težih oblika. Činjenica da depresija uglavnom dolazi "post festum", kao posledica nekog akta, nečinjenja ili stanja, navodi na misao o neminovnosti "zatvaranja kruga uzroka i posledica", u kojem, zatim, ona postaje, posredno ili neposredno, s druge strane, uzrok nekih drugih oblika nasilja prema sebi, prema drugima ili različitih zloupotreba.

U analizi uzročno-posledične veze između depresije i viktimizacije, potrebno je definisati pojam žrtve u skladu sa onim psihofizičkim manifestacijama i posledicama koje nastaju kao rezultat delovanja i postupaka kojim se ugrožava neko dobro ili interes. Većina žrtava zločina je dvostruko oštećena. Žrtve su najpre povređene kao članovi jednog uređenog društva, kojima je stalo da povrate svoju moralnu ravnotežu i da

1 Tvorac teorije naučene bespomoćnosti u njenom izvornom obliku je psiholog Selingman, koji je eksperimentima na psima pokazao da, ukoliko voljno ponašanje, usmereno na otklanjanje negativnih uticaja duže vremena nema efekta, ono postepeno nestaje. Što bi psi ranije u životu dobili ovakav tretman, trebalo bi im duže vremena da prevaziđu efekte naučene bespomoćnosti. Sedamdesetih godina ova teorija testirana je i na ljudskim bićima i pokazala se primenljivom.

2 Prema Anketi o radnoj snazi Republičkog zavoda za statistiku (preuzeto iz Biltena javnih finansija za mesec mart 2007. godine Ministarstva finansija Republike Srbije)

stišaju želju za osvetom, ali su pored toga, povređeni i njihov fizički integritet, njihova seksualna sloboda ili njihova svojinska prava. (Hentig, 1959:88). U tom smislu, osoba sa teškom depresijom može poprimiti karakteristike stvarne, slučajne, namerne žrtve ili žrtve saučesnika (Ignjatović, 1996:228). U najvećem broju slučajeva, međutim, depresija može stvoriti jedan tip latentne žrtve, koji polazi od određenih svojstava žrtve koje je čine povredljivom i podložnom kriminalnom eksploataciji, zbog njenih socijalnih i biopsiholoških predispozicija. Među njima se nalaze: maloletnici, žene, stare i duševno bolesne osobe, depresivne, usamljene, razočarane, blago retardirane osobe, blokirane, lakome na bogatstvo i sl. (Hentig, navedeno u Nikolić, 2000:313).

Depresija kao posledica viktimizacije

Zanemarivanje i zlostavljanje dece i maloletnika

Stotine godina su protekle kao "Doba melanholije", dok se za dvadeseti vek može reći da je bio "Doba anksioznosti", pri čemu svetski podaci ukazuju na epidemiju depresije, posebno u dvadeset-prvom veku, čiji smo neposredni svedoci svi mi. Pri tome se simptomi depresije, iz generacije u generaciju, javljaju sve ranije. (Goleman, 1998:226).

Neka epidemiološka proučavanja u svetu, koristeći se strogim kriterijumima, (zvanično dijagnosticiranim simptomima depresije), procenila su da je teži oblik depresije kod dečaka i devojčica između 10 i 13 godina, u periodu od godinu dana, bio između 8 i 9 procenata. Podaci upućuju na to da se u pubertetu procenat depresivnih devojčica udvostručuje; devojke između 14 i 16 godina u 16% slučajeva pate od povremenih depresija, dok je procenat isti i kod mladića (Lewinsohn, 1993:102).

Prema istraživanju zdravlja stanovništva Srbije, koje je 2006. godine sproveo Ministarstvo zdravlja uz podršku Svetske banke, regionalne kancelarije Svetske zdravstvene organizacije i Instituta za zaštitu zdravlja "Dr. Milan Jovanović Batut", Svetska zdravstvena organizacija je saopštila da oko 2,5% dece do 8 godina ima depresiju, pri čemu je jednak broj dečaka i devojčica. Kod adolescenata taj procenat iznosi 8,2, pri čemu je duplo više devojčica. Podaci govore da u Srbiji svako 4. dete, koje zatraži pomoć psihijatra, boluje od depresije, 3-7% mladih u ukupnoj populaciji boluje od depresije, a 15-20% adolescenata ima simptome depresije. Ukupno 25%

dece sa simptomima depresije bilo je žrtva zlostavljanja i zanemarivanja. (Izveštaj SZO o istraživanju zdravlja stanovništva Srbije, 2006).

Zlostavljanje i zanemarivanje dece obuhvata sve one aktivnosti ili sve one okolnosti koje je stvorio i/ili toleriše čovek, a koje koče ili onemogućavaju razvoj urođenih potencijala deteta. Zloupotreba dece i adolescenata podrazumeva i izostanak aktivnosti ili vršenje aktivnosti koje se procenjuju kao neprikladne ili štetne za dete, shodno postojećim društvenim pravilima, vrednostima i stručnim znanjima (Pejović-Milovančević, 2001:176)

Zloupotreba se u najširem smislu može klasifikovati kao: fizičko zlostavljanje, seksualno zlostavljanje, psihološko (emocionalno) zlostavljanje i zanemarivanje. Obično jedna vrsta zlostavljanja tj. zanemarivanja u sebi nosi i drugu vrstu zlostavljanja tako da je opšte poznato da fizičko zlostavljanje ide često ili gotovo uvek udruženo sa emocionalnim zlostavljanjem, dok se zanemarivanje javlja udruženo gotovo sa svim ostalim pomenutim formama zlostavljanja. U odnosu na mesto dešavanja, zloupotreba deteta se može grubo klasifikovati na onu koja se dešava: unutar same porodice (neka istraživanja pokazuju da procenat unutar porodičnog zlostavljanja čini 70–90% od svih registrovanih slučajeva) i van porodice (u institucijama, na poslu, ulici, u ratnim zonama) (Pejović-Milovančević, 2001:177)

Podaci preuzeti od gore navedenog autora (Pejović-Milovančević, 2001), govore i sledeće: incidenca fizičkog zlostavljanja je oko 5,7 na hiljadu dece i u povećanju je. Incidenca fizičkog zanemarivanja je znatno veća u odnosu na fizičko zlostavljanje, kao što je slučaj i sa emocionalnim zanemarivanjem i zlostavljanjem. U Sjedinjenim Američkim Državama, na primer, tokom 1996. godine 57,7% svih slučajeva zlostavljanja i zanemarivanja je bilo u formi fizičkog zanemarivanja, dok je fizičko zlostavljanje bilo zastupljeno u 22,2%, a emocionalno zlostavljanje u 5,9% svih slučajeva.

Prema podacima Tima za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja u okviru Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu, koji postoji od marta 2000. godine, do sada je prijavljeno 325 slučajeva dece i adolescenata sa teškim oblicima zlostavljanja i zanemarivanja. (Pejović-Milovančević, 2002)

Podaci dobijeni istraživanjem nasilja u porodici u Srbiji 2001. godine³, ukazali su na visok nivo direktne

³ Istraživanje je sproveo istraživački tim Viktimološkog društva Srbije.

i indirektne viktimizacije dece u slučajevima nasilja nad njihovim majkama. Od ukupno 250 slučajeva u kojima su ispitanice bile žrtve fizičkog i seksualnog nasilja, deca su bila prisutna poslednjem slučaju nasilja u više od jedne trećine (38,4%). Deca su i sama bile žrtve nasilja u blizu polovine slučajeva poslednjeg slučaja nasilja kome su bila prisutna (43,8%) (Nikolić-Ristanović, 2002:89).

Sve posledice zlostavljanja i zanemarivanja se mogu podeliti na rane (u periodu detinjstva i mladosti) i kasne (one koje se javljaju u odrasloj dobi). *Rane posledice* su: smrtni ishod, trajni fizički hendikep ili somatski poremećaj, emocionalne smetnje ili izmenjen doživljaj sebe (*depresivnost*, strah, strepnja, agresivnost, bes, dr.), kognitivne smetnje (zastoj u razvoju kognitivnih funkcija, intelektualna inhibicija, problemi koncentracije) i poremećaji socijalnog funkcionisanja. *Kasne posledice* su: *depresija*, granična organizacija ličnosti, transgeneracijsko prenošenje zlostavljanja (zlostavljano dete u odrasloj dobi postaje zlostavljač, onaj koji i sam zlostavlja). Najteža posledica zlostavljanja ili zanemarivanja je smrt deteta. (Pejović-Milovančević, 2001:179)

Osnovne posledice roditeljskog zlostavljanja i zanemarivanja dece i adolescenata na mentalno zdravlje deteta su: somatizacioni poremećaj, anksiozni poremećaji, *depresije*, interpersonalna senzitivnost, opsesivno-kompulzivno ponašanje, disocijativni poremećaj i učestali pokušaji suicida (8% fizički zlostavljane dece ima komorbidnu dijagnozu *major depresivnog poremećaja*, oko 40% ima dugogodišnji *major depresivni poremećaj*, 30% ima dugogodišnji poremećaj ponašanja). Adolescenti koji su tokom detinjstva bili žrtve nekog vida zlostavljanja *tri puta češće su skloniji depresivnom reagovanju* ili pokušajima suicida. Žrtve seksualnog zlostavljanja pokazuju osam puta veći rizik od ponavljanih pokušaja suicida. (Pejović-Milovančević, 2001:181)

Emocionalno stanje hronično zlostavljanog deteta seže od osnovnog nivoa nelagodnosti, preko prelaznih stanja strepnje i disforije, do krajnjih stanja panike, jarosti i očaja. Nimalo ne iznenađuje što velika većina preživelih razvija *hroničnu strepnju i depresiju* koje se uporno održavaju i u odrasloj dobi (Herman, 1996:129).

Primećujemo da se i među ranim i među kasnim posledicama, kao i među osnovnim posledicama, može identifikovati depresija, ali njeno kasnije ispoljavanje ima teži oblik, sa svim štetnim posledicama na decu i adolescente kao žrtve. Posledice

zlostavljanja i zanemarivanja su teške i dugotrajne, ali za svako dete one su produkt međusobne interakcije, intenziteta, trajanja i tipa zlostavljanja, uzrasta deteta i postojanja podržavajućeg roditelja (staratelja) u datoj situaciji.

Nasilje u porodici

Nasilje u porodici je postalo značajan, aktuelan i složen problem, koji ostavlja teške i nesagledive posledice na fizički, telesni i psihološki integritet ličnosti-žrtvi. Preživljene epizode fizičkog, psihičkog i emocionalnog zlostavljanja utiskuju dubok žig na zdravlje. Ovde je, pre svega, reč o zdravlju žena i dece. Pošto su različiti oblici zlostavljanja dece pomenuti u prethodnom odeljku, ovde će biti reč, prvenstveno o nasilju nad ženama, jer se ono u našim uslovima smatra najčešćim oblikom nasilja.

Dugo vremena se smatralo da razlikovanje muškog i ženskog zdravlja proizilazi isključivo iz polnih bioloških različitosti. Posledica takvog shvatanja je da se zdravlje žena isključivo posmatralo, i još uvek, u velikoj meri posmatra u okviru njene reproduktivne uloge, tj. trudnoće i porođaja. Međutim, zdravlje ima i rodni aspekt.⁴ Rodne i polne karakteristike dodeljuju ženama i muškarcima određene uloge koje se, najšire shvaćeno, ogledaju u podeli na ženske i muške poslove i vrlo specifično se manifestuju na različitim nivoima kroz rodnu diskriminaciju u vidu: nasilja nad ženama, manje plaćenih poslova, nezaposlenosti, pritiska odgovornosti na porodičnom i profesionalnom planu i dr. (Matijašević, 2003:4)

Kako pokazuju rezultati istraživanja Viktimološkog društva Srbije, nasilje koje žena može doživeti u porodici obuhvata čitav spektar različitih oblika:

- psihičko nasilje doživelo je 46,1% ispitanica;
- fizičko nasilje - 30,6%;
- pretnju fizičkim nasiljem - 26,3%;
- nasilje uz upotrebu oružja ili oruđa - 7,4%;
- seksualno nasilje - 8,7% ispitanica (Nikolić-Ristanović, 2002:14).

Svi oblici nasilja nad ženama koji se prepliću sa fizičkim i seksualnim nasiljem čine ukupnost moći i kontrole koje nasilnik sprovodi u porodici. Kako navodi Herman, metode uspostavljanja kontrole nad

⁴ Pod pojmom "rod" definišu se one karakteristike žene i muškarca koje su društveno konstruisane, dok se «pol» odnosi na biološke determinante njihove različitosti. Biološki, ljudi se rađaju kao žene ili muškarci, ali se rodne uloge uče i formiraju u okviru odrastanja u određenoj porodici, sredini, kulturi, veri i društvu. (Matijašević, 2003:4)

drugom osobom zasnivaju se na sistematskom nanošenju psihičke traume. Metode psihičke kontrole idu za tim da se ulije strah i bespomoćnost, tako da se razori žrtvin osećaj sebe u odnosu prema drugima (Herman, navedeno prema Nikolić-Ristanović, 2000:89)

Fizičko i psihičko zlostavljanje kod žena dovodi do ozbiljnih zdravstvenih posledica. Zdravstvene posledice trpljenja nasilja mogu se prezentovati na mnogo načina i mogu biti višestruke. Uticaj i posledice nasilja na zdravlje često ne prepoznaju ni same žene ili njihovu važnost potcenjuju. Mnoge zlostavljane žene, pre ili kasnije, imaju potrebu za lekarskom pomoći, zbog specifičnih povreda ili zbog psihičke traume nasilja, koje nije moguće prebroditi drugačije (Matijašević, 2003:17).

Istraživanja ukazuju da žene koje su preživle nasilje u detinjstvu, ali i u odraslom dobu, mnogo češće imaju narušeno zdravlje od žena koje nasilje nemaju u svom iskustvu (Heise, Ellsberg i Goettemoeller, 1999). Nasilje povećava rizik od *depresije*, pokušaja samoubistva, hroničnog bolnog sindroma, psihosomatskih smetnji, povreda, gastrointestinalnih smetnji i niza stanja vezanih za reproduktivno zdravlje. Važnost povezanosti zdravstvenih posledica i zlostavljanja sadržana je u sledećem: uticaj zlostavljanja na zdravlje traje još dugo pošto je nasilje prestalo. Što je zlostavljanje teže, veće su i posledice po fizičko i mentalno zdravlje žene koja ga trpi, i tokom vremena trpljenja, zlostavljanja i ponavljanog nasilja, posledice na zdravlje se kumuliraju.

Nasilje, u porodici nosi sa sobom različite posledice. Gubljenje samopouzdanja i samopoštovanja, depresija, nesanica, izolovanost od spoljašnjeg sveta, strahovi ili nešto drugo, pokazatelji su negativnog uticaja na život i zdravlje ispitanica. Istraživanje porodičnog nasilja u Srbiji koje je sproveo istraživački tim Viktimološkog društva Srbije 2001. godine, pokazalo je sledeće rezultate:

- posledice u vidu smanjenog samopoštovanja ima 30,4% žena;
- od *depresije pati* 44,8% ispitanica;
- nesanicu oseća oko 26%;
- izolovanost ili izbegavanje kontakata doživelo je 24,8% žena;
- strahove kao posledicu napada ima 42%;
- psihičku ili fizičku bolest oseća 15,6% žena;
- više različitih posledica poslednjeg napada navelo je 58,8% žena. (Nikolić-Ristanović, 2002:82)

Istraživanje koje je 2003. godine sproveo Autonomni Ženski Centar pod nazivom »Nasilje nad ženama i posledice po zdravlje«, pokazalo je da zdravstvene posledice nasilja u porodici gotovo uvek predstavljaju sinonim za zlostavljanje. Ipak, određene telesne i psihološke zdravstvene posledice počnu da preovlađuju u funkciji vremena trpljenja nasilja:

- 10,7% ispitanica procenjuje svoje zdravlje kao veoma loše;
- 8,5% ispitanica procenjuje svoje zdravlje kao loše;
- 36,3% ispitanica žali se na *hronični zamor*;
- 42,7% ispitanica žali se na hronične bolove. (Autonomni Ženski Centar, 2003)

Iskustva iz prakse pokazuju da se lekarima često javljaju žene koje nemaju jasno vidljive znakove nasilja, ali imaju potrebu za čestim lekarskim pregledima, traže lekove protiv bolova, antidepresive i sredstva za smirenje i spavanje.

Bol je veoma čest simptom. Podaci iz literature ukazuju, da 66% žena koje se žale na glavobolju, žive u nasilnim odnosima (Matijašević, 2003:19). Bol može biti direktan rezultat fizičkog zlostavljanja, čak i onda kada nema dokaza o fizičkom povređivanju, ali može biti i posledica života u nasilnoj zajednici. Žene koje se žale na dugotrajnu glavobolju, bol u grudima, leđima, karlici ili stomaku najčešće su žrtve nasilja u porodici. Ostali telesni simptomi koji su vezani za hroničnu stresnu situaciju su: uznemirenost, *depresija*, *poremećaji spavanja i ishrane*, *povećan zamor*, *teškoće u koncentraciji*, seksualna disfunkcionalnost, lupanje srca, vrtoglavica, trnjenje i problemi sa disanjem. Žalbe na neodređene i nejasne zdravstvene probleme uvek ukazuju na moguće nasilje i moraju se shvatiti veoma ozbiljno.

Zlostavljane žene u visokom procentu mogu da razviju psihijatrijsku simptomatologiju, uključujući i psihotične epizode. Brojna istraživanja pokazuju da stepen zlostavljanja određuje jačinu i učestalost psihičkih problema. Nije retko da se strah, prisutan kod zlostavljanih žena, pripisuje paranoji, a ne situaciji nasilja i zloupotrebe u kojoj žena u stvari živi. Statistike ukazuju da je *pokušaj samoubistva* prisutan kod 29% žena koje su zlostavljane (Gelles i Harrop, 1994). Preživljavanje psihološke traume ostavlja posledice na planu fiziološke reakcije, emocija, procesa saznanja i pamćenja, što dovodi do nepovezanosti između tih, uobičajeno integrisanih funkcija. Najčešći znaci i stanja koji ukazuju na psihološke

posledice zlostavljanja su: napetost, uznemirenost, osećanje opšte slabosti, strah, osećanje krivice, samozanemarivanje, *neurotske reakcije (depresivnost, napadi panike i sl.)*, poremećaji spavanja i ishrane, nedostatak tolerancije i strpljenja, rastresenost, problemi sa koncentracijom, agresivno ponašanje prema sebi i drugima, zloupotreba alkohola, lekova i droga, pokušaj samoubistva i poremećaji u seksualnom životu.

Rezultati istraživanja Autonomnog ženskog centra iz 2003. godine ukazuju i na to da skoro četvrtina ispitanica, koje su preživele fizičko ili seksualno nasilje, u dužem vremenskom periodu nakon toga, ima problema sa pamćenjem i obavljanjem svakodnevnih aktivnosti, a da je skoro polovina njih pomislila na samoubistvo ili ga pokušala (Autonomni ženski centar, 2003).

Nasilje u porodici može da pogorša postojeće psihijatrijske poremećaje, međutim uvek treba imati na umu da psihijatrijski simptomi mogu da se jave kao normalan odgovor na opasnost i strah, i da nestaju kada se obezbedi sigurnost žrtvi nasilja.

Posledice silovanja

Silovanje je forma dokazivanja moći i održanja kontrole nad silovanom ženom, a ne zadovoljenje seksualnih nagona i potreba. Ono nije ništa manje niti više nego svestan postupak zastrašivanja kojim svi muškarci drže sve žene u stanju straha. (Herman, 1996:40)

Ono je duboko ukorenjeno u patrijarhalnim strukturama društva. Tako se predstave silovanja mogu naći još u mitovima i legendama o stvaranju zemlje i sveta. Silovanje služi kako bi se žene obeshrabrile i uzdrmale u njihovoj psihičkoj stabilnosti. Počinioci u većini slučajeva nisu psihički poremećeni ili abnormalni. Cilj je oduzeti žrtvi njenu ličnost, time što se redukuje samo na njen fizički pol. Zbog svega toga, silovanja su za žrtve mnogo teži psihički teret nego neka druga forma agresivnog delovanja. Posledice silovanja mogu biti specifične i kompleksne:

- fizičke posledice: veoma često teške povrede, seksualno prenosive bolesti;
- socijalne posledice: neželjena trudnoća, povlačenje i socijalna izolacija, poremećaji komunikacije sa porodicom. Socijalne posledice silovanja mogu se pojavljivati i pratiti čak do treće i četvrte generacije potomaka silovane žene;

- *psihičke posledice*: trauma sa dugoročnim simptomima (stanje straha, potiskivanje, poremećaji sna i ishrane, poteškoće sa koncentracijom, *apatija i depresija, seksualne smetnje, nizak osećaj samopoštovanja, sklonost prema samoubistvu, upotreba droga i alkohola*). (Ignjatović, 2002).

Posebno treba naglasiti da je seksualno zlostavljanje jedno od najintenzivnijih traumatskih iskustava i da njegove psihološke posledice mogu biti razorne po mentalno zdravlje žene. Posledice seksualnog zlostavljanja uključuju fiziološke, psihičke i reakcije ponašanja uslovljene pretnjom telu i životu. Poznat je "Sindrom traume silovanja" koji ima sva obeležja posttraumatskog stresnog sindroma. Karakteristika ovog sindroma je da ga proživljavaju sve silovane žene kroz emocionalni i fizički bol u toku, neposredno posle, ali i tokom dužeg vremenskog perioda nakon preživljenog akta seksualnog nasilja. Wolbert Burgess i Lynda Lytle Holstrom su učestalost skupa tih simptoma nazvale Rape trauma syndrome - RTS (Mamula, 2005).

Mentalne i psihičke reakcije žene koja je bila žrtva silovanja predstavljaju široki spektar posledica na polju njenih misli, emocija i zapažanja, koje se reflektuju na njeno ponašanje i odnos prema drugim ljudima i stvarnosti kao celini: *osećanje dezorijentisanosti, zbunjenosti, preplavljenost osećanjima; strah da se silovatelj može vratiti, strah za opštu fizičku sigurnost; osećanje da je ovo iskustvo odvojilo od ostalih ljudi; osećanje da je ostavljena na milost i nemilost svojim emocijama ili tuđim postupcima; ne zna kome da veruje; osećanja sumnje i opreza; osećanje besa prema napadaču; razmišljanja o osveti; nedostatak osećaja sigurnosti; tokom prvih dana ili nedelja posle napada, žena može biti okupirana razmišljanjem o napadu; može imati teškoće da se koncentriše, probleme sa spavanjem, promene apetita, može se trzati na svaki šum, imati fobije, opštu uznemirenost ili depresiju*. (Ignjatović, 2002)

U jednom opsežnom istraživanju o žrtvama zločina, većina žena koje su preživele silovanje izjavile su da se najteži traumatski simptomi ublažavaju nakon 3 do 6 meseci, ali da su strah i strepnja potrajali i do godinu dana nakon silovanja. (Herman, 1996:61)

Sve reakcije žrtve silovanja, koje se javljaju kao posledica preživljenog nasilja, mogu se posmatrati posebno i individualno kao simptomi specifičnih fizičkih ili mentalnih manifestacija, ali se sve mentalne

posledice, združene i kompleksno, mogu identifikovati kao prepoznatljivi simptomi depresije kao jedinstvenog mentalnog poremećaja.

Različiti oblici nasilja, situacije i okolnosti, u kojima se povređuje ili uništava neko čovekovo nematerijalno dobro, ugrožava njegov fizički integritet ili duhovni identitet, ostavljaju posledice i u psihološkom sklopu ličnosti. Zavisno od pola, starosti, naslednih, genetskih predispozicija i sredinskih faktora, intenziteta i kompleksnosti negativnog delovanja, reakcija može imati blažu ili težu simptomatologiju sa lakšim ili složenijim oblicima poremećaja mentalnog zdravlja. U različitim periodima života, u zavisnosti od karakteristika okruženja i životnih okolnosti, ljudska jedinka može biti manje ili više izložena različitim vidovima viktimizacije, pri čemu će njena reakcija, fizičkog ili psihološkog karaktera, uslediti kao jedna od posledica. Intenzitet posledice zavisice od (ne) mogućnosti fizičkog, a pre svega psihičkog sklopa da adekvatno odgovori na viktimizaciju.

Depresija kao neposredni ili posredni uzrok viktimizacije

Zloupotreba droga i alkohola

Piće i droge, pojedinačno ili združenim delovanjem, mogu izazvati zavisnost koja se u nekim okolnostima od strane konzumenata može (ne)svesno prihvatiti i kao samolečenje. Eksperimentisanje sa drogama i alkoholom može da ima obredni značaj na početku adolescencije, ali probanje često ima i neke dugotrajnije posledice. Jedna od savremenih naučnih teorija drži da oni koji "održavaju naviku" postaju izuzetno zavisni o alkoholu i drogama, upotrebljavajući ih kao vrstu leka - način da smire anksioznost, bes ili depresiju. Posle ranih eksperimenata oni počinju sa intravenoznim drogiranjem, opet da bi otklonili anksioznost ili melanholiju koje ih muče. Još je u američkim osnovnim školama primećeno da je veliki deo učenika sedmog i osmog razreda, koji se žalio na izražene emocionalne probleme, postao sklon upotrebi droga (Tschann, 1994).

S druge strane, neki podaci iz istraživanja među američkom omladinom govore da je oko 90% svih prijavljenih slučajeva silovanja na koledžima izvršeno ako su siledžija ili žrtva (ili oboje) bili pijani. Alkohol je osnovni uzročnik smrti među mladima između petnaest i dvadeset četiri godine.

Izgleda da zbog određenih emocionalnih obrazaca ljudi postaju podložniji da potraže emocionalno olakšanje u nekoj od "supstanci". Ova žudnja za mirom predstavlja emocionalni marker genetske podložnosti alkoholizmu. Prema proučavanju kojim je obuhvaćeno 1300 rođaka alkoholičara, zaključeno je da su se njihova deca, i sama u najrizičnijoj grupi da postanu alkoholičari, žalila na povećanu anksioznost ili depresiju. Štaviše, istraživači su zaključili da je alkoholizam kod tih ljudi vrsta "samolečenja anksioznih simptoma". (Merikanges, 1985). Iako neke ljude depresija navodi na upotrebu alkohola, metabolička dejstva najčešće pogoršavaju depresivna stanja nakon kratkog "uzleta".

Istraživanja nasilja nad ženama, na primer, pokazala su uzročno-posledičnu vezu između složenosti manifestacija nasilja i njegovih posledica, ali i na složenost načina da se prevlada nasilje i život sa nasilnikom, pa su ispitanice pitane i da li koriste alkohol, drogu ili lekove da bi se suočile sa takvim životom. Prema dobijenim rezultatima, oko 5,6% žena je kazalo da koristi alkohol, 0,8% koristi drogu, a 36,4% uzima lekove za smirenje. (Nikolić-Ristanović, 2002:82)

Usled hroničnog neraspoloženja, ljudi postaju podložni upotrebi stimulansa kao što je kokain, koji izaziva osećanje sasvim suprotno depresivnom. Dokazano je, prema jednom istraživanju, kako je kod više od polovine pacijenata koji su se klinički lečili od kokainske zavisnosti, dijagnosticirana teška depresija pre početka uzimanja kokaina. A što je depresija bila teža i navika je postajala veća (Khantzian, 1987).

Bekstvo iz depresije u virtuelnu stvarnost koju donose alkohol ili droge, otvara puteve različitih vidova kriminalnih i sociopatoloških aktivnosti. Pod uticajem ovih supstanci, čije je dejstvo uglavnom nepredvidivo, ljudi postaju žrtve sopstvenih neracionalnih i surovih, nasilnih radnji, afektivnog ili impulzivnog reagovanja (krađe, telesne povrede, nasilje u porodici, silovanja, ubistva i sl.). Posledice ovakvih postupaka ostavljaju duboki trag i na neposrednim žrtvama, kod kojih se, kao što smo mogli videti na početku, zavisno od preživljenog straha, stresa ili povrede, opet može javiti depresija kao posledica viktimiziranosti.

Depresija zatvara svoj "začarani krug uzroka i posledica", pojačavajući intenzitet viktimizacije. Žrtve različitih oblika nasilja, u stanjima očaja i bespomoćnosti, bezuspešno pokušavaju da izlaz iz

bezizlaznosti pronađu u različitim oblicima upotrebe psihoaktivnih supstanci koje, kratotrajno ili u dužim vremenskim intervalima, pružaju osećaj razrešenja krize. Pri tome, svesno ili nesvesno, dolazi do zavisnosti, odnosno, javlja se nemogućnost funkcionisanja bez upotrebe tih supstanci. Zloupotreba droga i alkohola u borbi protiv depresije povlači, kao indirektnu posledicu, različite aktivnosti kriminalnog ili sociopatološkog karaktera, koje sa sobom nose jače ili slabije oblike viktimizacije.

Samoubistvo

U svim, prethodno analiziranim oblicima viktimizacije, koji kao uzrok ili posledicu imaju depresivne vidove reagovanja, kao poslednje прибежиšte, ishodište i beg od nemogućnosti razrešenja unutrašnjeg konflikta ili kao odgovor kojim se odustaje od adekvatnog i ponovnog uključenja u složene društvene tokove, može se identifikovati samoubistvo. Da li je to svesna i dobrovoljna žrtva ljudske jedinice ili njen bezuspešan pokušaj da adekvatno odgovori nametnutim spoljnim činocima, ili je proizvod nasleđenih unutrašnjih predispozicija? Žrtva fizičkih nemogućnosti ili psiholoških slabosti? Ova i mnoga druga pitanja predmet su brojnih naučnih i stručnih rasprava o samoubistvu.

Dirkem u svojoj revolucionarnoj studiji *Samoubistvo* definiše ovaj čin kao svaki *smrtni slučaj koji, posredno ili neposredno, proističe iz jednog pozitivnog ili negativnog čina, koji je izvršila sama žrtva znajući da taj čin mora dovesti do rezultata* (Dirkem, 1997:35).

U svojoj raspravi o samoubistvu kao svojevrsnom obliku ludila, Dirkem je, preuzimajući klasifikacije od Žusea i Moro de Tura, identifikovao: manijačko samoubistvo, opsesivno, impulsivno ili automatsko samoubistvo i *melanholično samoubistvo*. Melanholično samoubistvo povezano je sa stanjem krajnje potištenosti, preterane tuge u kojem život izgleda dosadan i bolan, bez zadovoljstava, i gde se na stanje opšteg očajanja nadovezuju priviđenja i sumanute ideje, strahovi, samoprekori, jadi i sl. Takođe, u Dirkemovoj etiološkoj i morfološkoj klasifikaciji društvenih tipova samoubistava (*egoističko, altruističko i anomičko samoubistvo*), kao temeljno obeležje *egoističkog samoubistva* navodi se *apatija*, a među sekundarnim varijacijama ovog tipa samoubistva definisane su *i letnja melanholija sa samosažaljenjem i razočarana hladnokrvnost skeptika*. (Dirkem, 1997)

Dirkemovo istraživanje pokazalo je da je najrašireniji tip samoubistva, onaj koji najviše doprinosi porastu godišnjeg broja dobrovoljnih smrti, upravo egoističko samoubistvo. Njega karakteriše stanje potištenosti i bezvoljnosti, stvoreno preteranom individuacijom, pri čemu pojedincu više nije stalo do života, zato što mu više nije stalo ni do jednog posrednika koji ga vezuje za stvarnost, a to je društvo.

Danas, stotinak godina posle Dirkemove smrti, u svetu se na svakih 40 sekundi dogodi jedno samoubistvo, a godišnje se ubije 900.000 ljudi. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, samoubistvo je među tri vodeća uzroka smrtnosti osoba između 15 i 44 godine oba pola. Procenjuje se da su pokušaji oko 20 puta češći nego izvršena samoubistva, a mentalni poremećaji (*naročito depresija i zloupotreba psihoaktivnih supstanci*) povezani su u više od 90% svih slučajeva samoubistava.

U Srbiji se godišnje izvrši oko 1500 samoubistava, od kojih oko 800 u Vojvodini, a dugogodišnji "crni rekorder" je Subotica, sa preko 50 samoubistava godišnje. Prema broju od 19 suicida na 100000 stanovnika, Srbija zauzima 12. mesto među evropskim zemljama.⁵ Statistike pokazuju da muškarci četiri puta češće sebi oduzimaju život nego žene, a među samoubicama najviše ima penzionera, domaćica i nezaposlenih. Za Srbiju je karakteristično tzv. anomično samoubistvo, koje se pojavljuje posle kriza i raspada starih sistema, kad prestaju da važe stari obrasci ponašanja. Dugoročna stanja tuge, apatije i beznađa, prisutna su kod 65% i "onih u pokušaju" i pravih samoubica, a kod 30% nesanice, promene raspoloženja i strahovi. Depresija uzrokuje snažnu, nepopustljivu i dugotrajnu bol, koja gura osobu prema bilo čemu što bi tu bol moglo otkloniti i ponekad biraju i smrt.

Istraživanja su pokazala da oko 80% ljudi koji sebi oduzmu život, izvesno vreme pre samoubistva pokazuju neke od sledećih znakova: promene ličnosti (tužni su, povučeni, osetljivi, bezvoljni); promene ponašanja (ne mogu da se skoncentrišu na posao, školu, redovne obaveze, nezainteresovani su za svoj izgled); promene u spavanju (preterano dugo spavaju ili imaju nesanicu, imaju noćne more); promene u ishrani (nemaju apetit i slabe, ili previše jedu); mnogo brinu (o novcu, bolesti, stvarnoj ili umišljenoj); opterećeni su osećajem krivice, stida, samomržnje, i nemaju nade za budućnost; zloupotrebljavaju droge ili alkohol; izgubili su voljenu osobu, ili

5 Iz intervjua prof. dr Zlatka Nikolića, za "Blic", 8. avgusta 2007.

posao, novac, status, veru, samopouzdanje; sređuju svoje poslove, dugove, pozdravljaju se sa prijateljima i rodbinom, poklanjaju vredne lične stvari; imaju suicidalne impulse, ideje, izjave, planove, pokušaje samoubistva; bili su ili jesu žrtve različitih oblika zlostavljanja (fizičkog ili seksualnog); (preuzeto iz *Prevenција samoubistva-priručnik za lekare opšte medicine*, 2003)

Ukoliko okolina ne prepozna i ne reaguje na te znake, ljudi skloni suicidu shvataju da nemaju na koga da se oslone. Kad pokušaju samoubistvo, tek tada skrenu pažnju.

I konačno, kao kulminacija osećaja bespomoćnosti i bezizlaza, najtežih oblika depresije, dolazi do "razrešenja" i bekstva u vidu sopstvenih samoubilačkih akata.

Kompleks gore nabrojanih oblika ponašanja, ukazuje, zbirno na ispoljavanje teške depresije. Kulminacija povezanosti i prisustva ovog mentalnog poremećaja, genetske anamneze i sredinskih faktora i okolnosti, predstavlja "oroz" i "inicijalnu kapislu" za (ne)uspeli pokušaj suicida. U ovom slučaju, depresija postaje direktni uzročnik specifičnog oblika viktimizacije, ako se uopšte može reći da je, u samoubistvu, čovek žrtva sopstvene nemogućnosti da se odupre kompleksu unutrašnjih i spoljnih činilaca koji će ga, u krajnjem ishodištu, naterati da "vрати Bogu ulaznicu za život...".

Zaključna razmatranja

U Srbiji je u poslednje tri godine broj mentalnih poremećaja porastao za 12 odsto. Prošle godine bilo je ukupno 1.381 samoubistvo u Srbiji, što znači da se svakog dana ubiju najmanje tri čoveka (Svetska zdravstvena organizacija, 2007). Istraživanja Instituta "Batut" pokazuju da *44 odsto naše populacije ima depresivne simptome*, nesanicu 24 odsto, nervozu 62, a izražen stres 10 odsto. Stoga uopšte ne iznenađuje i podatak iz istraživanja da raste i broj korisnika sredstava za smirenje, kao i to da se alkohol uzima tri puta više nego mleko i da svaka četvrta osoba ne misli da je alkohol štetan. (Institut "Batut", 2006)

Alarmantno prisustvo depresije ukazuje ne samo da je "kolektivni duh" srpske populacije oboleo od "tranzicionih bolesti", već i da se u istoj toj populaciji dešavaju radikalne promene u njenoj osnovnoj, bazičnoj ćeliji - porodici, da se dešava njena moralna i psihološka degradacija, da se urušavaju tradicionalne društvene vrednosti i norme, a da se ljudska

jedinka, izložena dugogodišnjim uslovima nesigurnosti i egzistencijalnog straha, našla na istanjenoj žici sopstvenih snaga i mogućnosti, bezvoljno prihvatajući neminovnosti novog stoleća.

Dodatno zabrinjava činjenica da se depresija javlja, kako smo videli, kao posledica preživljenih različitih oblika nasilja, od kojih nisu pošteđeni čak ni najmlađi. Nasilje je postalo toliko realno prisutna činjenica u svim sferama života, da se može smatrati obrascem ponašanja. Izloženost nasilju i visok stepen viktimiziranosti nose sa sobom, kao "prirodni" odgovor ljudske jedinke, nove oblike nasilja, prema drugima, ali mnogo više prema sebi. Bez obzira o kom obliku se radi, depresija se opet i uvek javlja kao uzrok, ali češće kao posledica.

Upravo stoga, smatram da organi društvene i socijalne kontrole, veliki propust čine uvek kad žrtvu ostave samu sebi, njenim razmišljanjima, strahovima, osećanjima beznađa i nedostatka oslonca. A oslonac i razumevanje, podrška i briga ne traže "dodatna izdvajanja iz budžeta", ne koštaju ništa, a mnogo znače. Još niko se u policiji, niti u centrima za socijalni rad nije bavio procentom prisutnosti depresije kod žrtve posle preživljenog nasilja ili izvršenog krivičnog dela. Žrtva je najčešće ostavljena sama sebi, svojoj sramoti i bolu, a primat dobija birokratska i zakonska dimenzija društvene reakcije.

"Sigurne kuće" i službe koje pružaju pomoć žrtvama, samo su temelj, začetak borbe protiv nasilja i kompleksnog programa zaštite žrtava, ali i skroman doprinos prevenciji mnogih mentalnih poremećaja, a depresije posebno. One su samo jedan od načina da se sadašnjim i potencijalnim žrtvama kaže da, iako svako jednog dana može postati žrtva, .."uvek postoji mogućnost izbora nekog drugog puta kojim se može koračati kao Čovek..."

Literatura:

Autonomni ženski centar (2003) *Nasilje u partnerskim odnosima i zdravlje*, <http://www.womenngo.org.yu/publikacije-azcl/istraE>ivanje-zdravlje.pdf>, pristupljeno 12. 12. 2007.

Akiskal HS, Puzantion VR(1979) Psychotic forms of depression and mania. *Psychiatr Clin North Am.*, str. 419-439.

Dirkem, E. (1997) *Samoubistvo*. Beograd:BIGZ.

Finkelhor, D. (2000) The victimization of children: Recommendations for assessment and instrument development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(7), str. 829-840.

Gelles, R. (1994) Introduction: Special issue on Family Violence. *Journal of Comparative Family Studies*, str. 25 (1) 1-6.

- Goleman, D. (1995) *Emotional intelligence*. Bantam Books.
- Hawkins, J., et al. (1992) Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), str. 64-105.
- Heise, L. et al. (1999) Ending violence against women, *Population Reports*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information program Series L, No 11.
- Henderson-Gillespie (1950) *Psychiatry*. Geoffrey Cumberlege: Oxford University Press.
- Hentig, H. (1959) *Zločin: uzroci i uslovi*. Sarajevo: Veselin Masleša.
- Herman, J.L. (1996) *Trauma i oporavak*. Zagreb: Centar za žene žrtve rata.
- Hilsman, R. et al. (1995). A test of the cognitive diathesis-stress model in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, str. 370-380.
- Institut „Batut“ (2006) *Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije*, <http://www.batut.org.yu/wes%20dokument/istra%20zdravlja%20stanovnika%20Republike%20Srbije%202006.%20Osnovni%20rezultati.pdf>, pristupljeno 15.12.2007.
- Ignjatović, Đ. (1996) *Kriminologija*. Beograd: Nomos.
- Ignjatović, T. i dr. (2002) *Silovanje je zločin - Priručnik za žene koje su preživjele silovanje*. Beograd: Ženski autonomni centar.
- Khantzian, E. (1984) Cocaine addiction: Is there a psychological predisposition? *Psychiatr. Ann.*, 14, str. 753-759.
- Lange clinical manual (1992) *Psychiatry, Diagnosis & Therapy*. Beograd: Savremena administracija.
- Lewinsohn, P. et al. (1993) Adolescent Psychopathology: I. Prevalence and Incidence in High School Students. *Journal of Abnormal Psychology*, str. 47-57.
- Mamula, M. (2005) Seksualno nasilje i njegov utjecaj na seksualno zdravlje. *Medicina*, str. 317-322.
- Matijašević, D. i sar. (2003) *Nasilje nad ženama i posledice po zdravlje - za radnike primarne zdravstvene zaštite i urgentne medicine*. Institut za mentalno zdravlje: Beograd.
- Merikangas, K. et al. (1985) Familial Transmission of Depression and Alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, str. 773-788.
- Nikolić, Z. (2000) *Kriminologija sa socijalnom patologijom*. Beograd: Narodna knjiga, Alfa.
- Nikolić-Ristanović, V. (1995) *Žene, nasilje i rat*. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- Nikolić-Ristanović, V. (2000) *Od žrtve do zatvorenice - nasilje u porodici i kriminalitet žena*. Beograd: Viktimološko društvo Srbije, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- Nikolić-Ristanović, V. (2002) *Porodično nasilje u Srbiji*. Beograd: Viktimološko društvo Srbije, Prometej.
- Pejović-Milovančević, M. (2003) *Promena diskriminativnog i negativnog stava prema mentalnim bolestima kod školske dece: preventivni program Pedagoškog društva Srbije u okviru Antistigma programa za srednje škole*.
- Pejović-Milovančević, M. i sar. (2001) Psihološke posledice zlostavljanja i zanemarivanja dece i adolescenata. *Psihijatrija danas*, 33/3-4, str. 175-187.
- Pejović-Milovančević, M. i sar. (2002) Utvrđivanje posledica zlostavljanja i zanemarivanja adolescenata u porodicama. *Psihijatrija danas*, 33/3-4, str. 291-304.
- Pejović-Milovančević, M. i sar. (2002) Model zaštite dece od zlostavljanja i zanemarivanja. *Psihijatrija danas*, br. 1-2, str. 117-132/133-143.
- Prevenција samoubista: priručnik za lekare opšte medicine* (2003) Beograd: Svetska ZO, Institut za mentalno zdravlje.
- Protić, L. (2006) *Pravni vodič za žene: deca, porodica - zaštita od nasilja*. Beograd: SOS telefon za žene i decu žrtve nasilja.
- Spasić, D. (2006) Bezbednosni aspekti prostitucije u Beogradu, *Bezbednost* (4), str. 321-338.
- Svetska zdravstvena organizacija (2007) *Prevenција samoubistava: priručnik za lekare*, http://www.who.int/entity/mental_health/prevention/suicide/resmedia_002_Serbian_mediji.pdf, pristupljeno 15. 1. 2007.
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Diagnostic Criteria for Research*, (1993) urednici srpskog izdanja: P. Kaličanin, D. Lečić-Toševski, V. Išpanović-Radojković, J. Bukelić.
- Tschann, J. (1994) Initiation of Substance Abuse in Early Adolescence. *Health Psychology*, 4, str. 326-333.
- Vidanović, I. (2006) *Rečnik socijalnog rada*. Beograd: Društvo socijalnih radnika Srbije, Udruženje stručnih radnika socijalne zaštite Srbije.
- Weiss, B. et al. (1992). Cognitions, depressive symptoms and development in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, str. 47- 57.

Danijela SPASIĆ

Depression as a cause and consequence of victimization

In this paper, I tried to show cause-and-consequence relationship between depression, as one of very frequent and specific mental disorders, and different forms of victimization. I wanted to make a modest contribution to the statement that depression, taken in a historic and temporal sequence, despite our will and quite unexpectedly was transformed into some kind of "collective madness". At the beginning, it was a synonym for melancholy, a specific state into which those who were weaker were falling. But step by step and parallel with the global network of changes in all fields of human life, it got a character of world "infection" which spreading was being followed by the expansion of cardiovascular or malignant diseases, but without so obvious physical manifestations. Depression, as a long-term

and "painful state of human soul" is often looking for shelter and rescue in abusing psychoactive substances, drugs and alcohols, and is often finding a way out in suicide behaviour, and therefore it becomes one of its dominant causes. Before that, it is, of course, usually manifested as a consequence of different forms of victimization; generally, it implies social conditions, either at macro or micro levels, and inadequate response of a person to them, but also criminal or any other negative acts, doings or omissions that could endanger or destruct any human

good and put the man in a position of victim. In this way, depression "is closing its magic circle of causes and consequences", in which the man has three allies: himself, community or other people, and time. Strength, quality and duration of allied assistance are reversely proportional to victimization dimension of depression.

Keywords: mental disorders, depression, causes and consequences of victimization.