

СОЦИЈАЛНО-ЕКОНОМСКИ АСПЕКТИ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА МЛАДИХ У БЕОГРАДУ У КОНТЕКСТУ СТРАТЕШКЕ КУЛТУРЕ

Маја Стојимировић*
Јасна Вељковић**

Достављен: 22. 04. 2020

Језик рада: Српски

Прихваћен: 12. 08. 2020

Тип рада: Оригинални научни рад

DOI број: 10.5937/vojdelo2004263S

Ментално здравље људи је важан индивидуални и друштвени ресурс, поготово у савременом српском друштву које има великих проблема са демографијом. Без пуног менталног здравља особа није свесна себе и својих способности, те се не може развити до својих пуних капацитета. Самим тим, не може допринети сопственом бољитку, ни бити продуктиван део друштвене и социјалне заједнице. Ментално здравље је основа благостања, како за појединце, тако и за здраво друштво и представља једно од изворишта стратешке културе. Постојање свести о проблемима менталног здравља нације, посебно младе популације, представља примарни сегмент стратешке културе. Много је чинилаца који утичу на ментално здравље, а три основна која су међусобно преплетана и условљена су: биолошки, психолошки и социјални чиниоци. Тек ако се узме у обзир њихово међудејство може се говорити о менталном поремећају као феномену у свом тоталитету.

Фокус овог рада биће на једној од споменутих перспектива у проучавању ове појаве. Циљ је стицање увида у оне социјалне, социолошке, економске али и психолошке чиниоце који могу произвести негативне последице на ментално здравље, у овом случају на појаву и развој неуротичних поремећаја у популацији младих људи у Београду. Биће представљени и подаци истраживања спроведеног 2013. године, које се бавило социо-економским аспектима неуротичног поремећаја младих у нашој престоници. Општи

* Маја Стојимировић, дипл. социолог, МА социологије и МА социјалног рада, Фондација „Дечја села“, Београд, maj.stojimirovic@gmail.com

** Ван. проф. др Јасна Вељковић, Универзитет у Београду, Факултет политичких наука, Одељење за социјалну политику и социјални рад, jasna.veljkovic@fpn.bg.ac.rs

циљ био је да се утврди који економски и (или) социјални чиниоци могу утицати на појаву овог неуротичног поремећаја. Налази истраживања указали су на то да су млади који пате од овог поремећаја материјално и психолошки зависни од својих родитеља. У породицама испитаника присутна је јака психолошка узајамна везаност, нарочито на релацији испитаник–мајка. Од свих чланова породице мајка је испитаницима главни ослонац финансијске, моралне и саветодавне подршке. Психолошка зависност од емоционалних објеката сигурности је једна од важних одлика неуротичног поремећаја, а у нашој земљи представља типичан образац понашања, културом утемељен однос између родитеља и деце.

Кључне речи: *стратешка култура, млади, неуротични поремећај, социјални фактори, економски фактори*

Увод

Бројна су одређења појмова менталног здравља и менталног поремећаја. Постоје уже и шире дефиниције: оне које су законом утврђене, општеважеће, као и велики број проистеклих из различитих наука. Законом о јавном здрављу Републике Србије, из 2009. године, здравље је дефинисано као „Стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести или неспособности”, а ментално здравље као „интегрални део индивидуалног здравља и добробити, као и здравља и добробити заједнице, њеног развоја и обнове”.¹ Светска здравствена организација описала је ментално здравље као „Стање благостања у којем је свака особа остварује своје потенцијале, способна је да изађе на крај са стресом свакодневног живота, у могућности је продуктивно да ради и доприноси својој друштвеној заједници”.² Обе дефиниције указују, како на индивидуални значај, тако и на функционални и општи друштвени значај менталног здравља.

У терминолошком смислу нормалност се често користи као синоним за ментално здравље, а абнормалност као синоним за ментални поремећај. Израз нормалност посебно је присутан у неким ранијим покушајима дефинисања менталног здравља. По дефиницији нормалност је „стање у коме нема одступања од норми или просека”.³ Прецизније дефиниције менталног здравља проистекле су из анализе свеукупног психолошког развоја људске јединке, људских потреба у једном друштву и могућности за њихово задовољење. У овом раду користиће се појмови ментално здравље и ментални поремећај, са изузетком де-

¹ Закон о јавном здрављу, „Службени гласник РС”, бр. 22/2009.

² Уводне одредбе Статута Светске здравствене организације.

³ Sulejman Hrnjica, *Zrela ličnost*, Zavod za udžbenike, Beograd, 2008, str. 29.

финиција аутора који радије користе израз нормално, насупротив абнормалном, говорећи заправо о истом феномену. Различита научна одређења менталног здравља варирају у зависности од научних приступа: психолошког, социолошког, медицинског, самих теоријских оријентација у оквиру датих приступа, као и од различитих аспеката које аутори наглашавају у оквиру овог сложеног феномена. Добро ментално здравље у вези је са способностима рационалног расуђивања, сврсисходног деловања, капацитета за успостављање интерперсоналних односа и реализацију властитих потенцијала. Нарушено ментално здравље односи се на различите менталне поремећаје, односно на постојање специфичних симптома који указују на одређени тип менталног поремећаја. Једна од психолошких дефиниција нормалности (менталног здравља) гласи: „Нормална особа је она која је слободна од симптома, која је неометена душевним конфликтима и која има добру способност за рад”. Многи аутори сматрају да је нормалност релативан појам, да се и код нормалне особе могу срести блажи облици неуротских симптома. Изнети став први је заступао Фројд, а затим и његови следбеници. У том случају, разлика између нормалног и патолошког прави се на основу следећег принципа: „да воли и ради.”⁴ Ослањајући се на Фројдово учење, многи настављачи психоанализе истичу различите психолошке аспекте менталног здравља као централне: ефикасност, капацитет за љубав, базичну сигурност и сл. Ерик Ериксон, један од представника его психологије, сматра да здрава личност треба да има издиференцирано осећање идентитета, односно јасну представу о свом ја.⁵ Хари Стак Саливен здраву и зрелу личност описује као особу која је у стању да се избори са анксиозношћу, што може једино уколико има добро развијено и утемељено осећање базичне сигурности. Психолози егзистенцијалисти сматрају анксиозност онтолошком карактеристиком човековог бића, дубоко укореваном у човековој егзистенцији. „Она је симптом емоционалне, психолошке и духовне дезинтеграције која се јавила у култури. Анксиозност погађа језгро човековог самопоштовања и осећања сопствене вредности”.⁶ Психоаналитичар Ернест Џоунс сматра ефикасност главном одредницом нормалности, односно менталног здравља.⁷ Основни узрок блокаде индивидуалних способности, по Џоунсу, јесте у унутрашњим конфликтима. Он сматра да се на основу процене нереализованих способности може проценити присуство унутрашњих конфликта у личности. Критичари тог приступа указују на важност спољашњих фактора за развој индивидуалних способности, посебно културе у којој одраста појединац. Да ли ће се одређена способност реализовати или не зависи, како од саме личности, тако и од друштва у којем појединац одраста, породичних односа, доминантног модела васпитања, социо-економског статуса, што све заједно може бити стимулишуће или пак

⁴ Ernest Džons, *Život i delo Sigmunda Frojda*, knjiga 1-2, Matica srpska, Novi Sad, 1985, str. 37.

⁵ Erikson, prema Hrnjici. Sulejman Hrnjica, *Zrela ličnost*, Zavod za udžbenike, 2008.

⁶ Harry Stuck Sullivan, *Schizophrenia as a Human Process*. N.N. Norton, New York, 1974, str. 54.

⁷ Ernest Džons, *Život i delo Sigmunda Frojda*, knjiga 1-2, Matica srpska, Novi Sad, 1985, str. 38.

блокирајуће за развој индивидуалних потенцијала. Фром истиче два међусобно повезана критеријума при дефинисању менталног здравља. Први се односи на добробит појединца, а други на добробит друштва. Ментално здрава особа, са једне стране, треба да је у стању да оствари своје људске потенцијале, а, са друге, да испуни своју друштвену улогу, односно да учествује у друштвеној репродукцији. При дефинисању менталног здравља Фром полази од становишта да је „патологија појединца везана за патологију друштва ... да је излаз у мењању друштва, а не појединца”.⁸ Постоје и посебни психолошки приступи који истичу улогу стреса у стварању менталних поремећаја. Стрес дефинишу као „резултат физичког, психолошког или социјалног притиска или њихове комбинације”, а ментални поремећај као „одговор на стрес или притисак који личност није у стању да савлада на успешан начин”. Важно је осврнути се и на ову врсту приступа због посебне важности коју стрес добија у постмодерном, урбаном начину живота. Заједничко многим ауторима, без обзира на научну оријентацију, јесте да ментално здраву личност описују као особу која је у стању да се самореализује, односно задовољи потребе за личним развојем. По Абрахаму Маслову „здрава, нормална личност је самоактуализована личност”.⁹ Већина аутора сматра да појединац може да оствари своје потенцијале једино у оквирима шире друштвене заједнице, те истичу важност спољашњих фактора. Ментално здравље може само приближно одговорити ономе што, у једном одређеном тренутку, у једном одређеном контексту, сматрамо менталним здрављем. Сам појам менталног здравља мора да еволуира онако како еволуирају људи и њихови мисаони системи.¹⁰ У контексту стратешке културе јасно се учача корелација заинтересованости за ментално здравље становништва, при чему је популација младих посебно значајна.

Концепт стратешке културе и ментално здравље

Појам стратешке културе изведен је из концепта политичке (националне) културе и њене интеракције са стратегијским студијама схваћеним као свеукупност научних знања и стечених вештина и искуства у очувању националних вредности и реализацији националних интереса. Тешко је замислити функционалну и ефикасну дугорочну националну стратегију у било којој области друштвеног живота, посебно области националне безбедности, која не би била заснована на основним вредностима националне културе. Реч је о чиниоцима националне културе који су везани за безбедност, као што су: самоспознаја (како нација доживљава саму себе, односно особине националног карактера, њихових планираних регионалних и глобалних улога, као и перцепција њихове ко-

⁸ Erich Fromm, *Bekstvo od slobode*. Nolit, Beograd, 1983, str. 31.

⁹ Hol, I. Lindzi, *Teorije ličnosti*, Nolit, Beograd, 1983, str. 56.

¹⁰ Antoan Poro. *Enciklopedija psihijatrije*. Nolit, Beograd, 1990, str. 385.

начне судбине), вредности (приоритети материјалних и/или идејних фактора који су изабрани у односу на друге опције у функционалној анализи уложеног и користи), правила (усвојени и очекивани модели понашања) и светоназор (веровања, истинита или погрешна, као и искуства или недостатак искуства на који начин се посматра свет).¹¹

Извори стратешке културе, према Џонсоновој, многобројни су и разнородни и крећу се од географије и историје, преко идеологије и легенди, до приступа савременој технологији, образовању и здрављу популације. Управо здравље популације, конкретније ментално здравље младе популације у Србији, сагледавано у контексту стратешке културе, представља основни истраживачки проблем овог рада. Сведоци смо веома лоших демографских показатеља, проблема одлива младе и, често, образоване популације, што се често коментарише као недостатак система вредности српског друштва. Јасно је да је решавање свих наведених проблема везано за популацију младих, стварање услова за њихов останак у земљи, личну афирмацију и развој у корисне и задовољне чланове друштва. С друге стране, иако свесни да је реч о веома забрињавајућим процесима, за чије је решавање очигледно потребан систематски и дугорочан напор не само државних институција већ читавог друштва, изостало је континуирано деловање на овом плану.

Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији, која је усвојена 2006. године, у којој се истиче да „клиничко искуство и резултати спроведених истраживања указују на значајно психолошко трпљење популације младих. Око 1/3 популације средњошколаца и студената припада групи граничних и ризичних, тј. манифестује знаке психолошког трпљења и менталних проблема и поремећаја и исказују потребу за организованом психолошко-психијатријском подршком, односно помоћи. Из године у годину све је већи број младих који имају психолошке проблеме или манифестују одређену, за овај узраст, специфичну психопатологију”.¹² Иако су у Стратегији квалитетно препознати проблеми младе популације, није се много одмакло у њеној операционализацији и реализацији зацртаних циљева, што је једна од карактеристика наше стратешке културе.

Чиниоци менталног здравља

Многобројни су чиниоци који утичу на ментално здравље, а три основна, међусобно повезана и условљена, јесу: биолошки, психолошки и социјални. Тек ако се узме у обзир њихово међудејство може се говорити о менталном поре-

¹¹ Jeannie L. Johnson, *Strategic Culture: Re fining the Theoretical Construct*, US Defense Threat Reduction Agency, 2006, p. 15.

¹² Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији, 2006; <http://www.zdravlje.gov.rs/tmpmz-admin/downloads/zakoni1/Strategija%20Za%20Razvoj%20i%20Zdravlje%20Mladih.pdf>, приступ: 21.12.2019.

мећају као феномену у свом тоталитету. С тим у вези, у раду се разматрају социјални и економски чиниоци који могу произвести негативне ефекте на развој неуротичних поремећаја у популацији младих.

Биолошки чиниоци менталног здравља односе се на наследне факторе, особену генетику, био-хемијске процесе у можданој структури и на функционисање целокупног нервног система. Још увек није пронађен ген којим се преноси душевна болест, али је доказано да у породицама у којима је неко од чланова породице и/или рођака оболео од одређене душевне болести расту шансе да се она испољи кроз наредне генерације. Наслеђује се генетска предиспозиција за одређену душевну болест, а да ли ће се она испољити или не зависи, како од саме структуре личности, начина на који се одвија укупан психолошки и емоционални развој, тако и од утицаја из спољашње средине. Овим чиниоцима менталног здравља превасходно се баве медицинске науке.

Психолошки чиниоци менталног здравља односе се на свеобухватан раст и развој личности. Развој личности може се посматрати кроз различите стадијуме њеног развоја и пратити кроз појединачна животна раздобља: детињство, младост и одрасло, тзв. зрело доба. Током посебних развојних стадијума успостављају се специфичне способности и капацитети личности, али настају и потенцијални конфликти. Циљ сваке фазе јесте да се на успешан начин разреше унутрашњи конфликти, чиме се јачају капацитети личности. У развоју личности у периоду детињства кључну улогу имају родитељи. У динамици односа родитељ–дете развијају се способности за давањем и примањем љубави, контрола нагонских потреба и импулса, способност регулисања анксиозности, развија се базична сигурност, капацитет за доношење одлука, одговорност за сопствене поступке, као и процеси усвајања моралних норми и адаптација на срединске услове. Адолесцент себи поставља нека од круцијалних питања у вези са личним идентитетом, као што су: ко сам ја, где припадам, какав желим да будем? Адолесценција је период развоја који обухвата низ биолошких, психолошких и социјалних промена у којем је крајњи циљ конституисање једног јасног, стабилног, потпунијег и коначног властитог идентитета. То је доба кризе, али и изазова, период самопреиспитивања, наглих успона и падова, успеха и неуспеха. У једном моменту адолесцент осећа неизмерну моћ, а у другом необјашњиву стрепњу, страх и несигурност. Улаже напор да усагласи своје жеље са нормама и ограничењима друштва у којем живи, преиспитује своје вредности и циљеве. У овом периоду нарочито се интензивирају конфликти са родитељима. Психолошка сепарација од родитеља, успостављање нових емоционалних односа ван породице и стицање економске независности један је од важнијих задатака у овом периоду. По већини психолошких дефиниција адолесценција обухвата животни период од 11. до 24. године, који се сматра преласком из детињства у одрасло, зрело доба. Међутим, старосне границе и типичне карактеристике омладинске популације склоне су промени у зависности од друштвено признате дефиниције и дефинисања значења младих у односу на шири социјални контекст. Актуелан феномен данашњице је продужена адолесценција која се везује за померену границу младости у нашој земљи.

Социјални и социолошки чиниоци менталног здравља могу се поделити на микрочиниоце и макрочиниоце, у зависности од самог приступа овом феномену. На микро-друштвеном плану на ментално здравље утиче, пре свега, породица, док је јединица посматрања на макронивоу улога целокупног друштвеног система у односу према менталном здрављу. Поставља се питање: на који начин поједини елементи друштвеног система, својим утицајем, доприносе или не доприносе очувању и развоју менталног здравља у једном друштву. У оквиру социо-економских аспеката менталног здравља могуће је анализирати степен развоја економије у једној земљи, општи друштвени стандард и какав утицај то има на ментално здравље; затим везу између класне припадности и менталног здравља, степена образовања и менталног здравља, професионалног остварења и менталног здравља. Културни аспекти менталног здравља односе се на специфичне системе мишљења који владају у једној култури, као што је патријархални вредносни систем или демократски културни образац мишљења, понашања и делања. Они формирају посебне системе вредности који се негују унутар породице, нарочито важне у процесу васпитања. Различити вредносни системи утичу на примену модела васпитања, а два основна су ауторитарни и демократски модел васпитања. Поред анализе заступљености ова два модела, битно је утврдити и доминантну родитељску фигуру, односе у породици, учесталост породичних конфликта и какав утицај све то има на ментално здравље појединца. У овом контексту битно је испитати и степен самосталности појединца са специфичним менталним поремећајем или пак емоционалне везаности за примарну породицу, као и степен развоја социјалних веза и његове опште укључености у друштво.

Анализирајући превасходно психолошке, социјалне и социолошке чиниоце менталног здравља са аспекта стратешке културе, може се констатовати да специфичности социолошке, економске и културне реалности српског друштва у последње три деценије не пружају услове за оптимизам у погледу услова за развој младих генерација у Србији. Распад бивше Југославије, недавна ратна прошлост, санкције и транзиција умногоме су девалвирани друштвене вредности и усложнили иначе тежак период адолесцентског сазревања личности.

Дефиниције неуротичног поремећаја

Упоредо са развојем цивилизације, напредовало је и само знање о природи и пореклу неуротичних поремећаја. Развијали су се многи научни модели: органски, медицински, психодинамски, друштвено-културни и други који су на различит начин објашњавали неурозе. Неуротични поремећај првобитно је описао Хипократ (4. веку п.н.е.), који је сматрао да сви ментални поремећаји представљају обољења мозга. Била је то основа тзв. органског објашњења неуроza. Вилијам Кулен први је, 1769. године, дефинисао неурозе као нервна обољења у које је сврстао сет симптома, данас карактеристичних за веома различите бо-

лести. Са развојем медицине многи поремећаји које је Кулен дефинисао класификовани су у посебне групе неуролошких и аутоимуних болести, веома различитих од психичких поремећаја. Од XIX века појам неурозе се све чешће користи за означавање поремећаја нервног функционисања психогеног порекла, без органске патологије. Упоредо са развојем медицинског приступа развија се и тада најиновативнији, алтернативни приступ менталним поремећајима – психоанализа, као прва психолошка теорија личности. Сама психологија као наука настаје крајем XIX века.¹³

Нарушено ментално здравље односи се на различите врсте менталних поремећаја, односно на постојање специфичних група симптома који дефинишу конкретан тип менталног поремећаја. Главну одлику неуротичног поремећаја представља стално присуство доживљаја угрожености и несигурности у свету у којем особа живи. Превасходан разлог томе су сопствена негативна осећања усмерена према другим људима и стварима, која особа потискује. То претерано потискивање негативних мисли и осећања производи унутрашњи конфликт и анксиозност, што је друга важна одлика неуротичног поремећаја. Људи са неуротичним поремећајима, као и ментално здрави бране се од анксиозности различитим психолошким механизмима одбране¹⁴ који су утемељени у одређеној култури, али и у самој личности. Наиме, различите структуре и организације личности поседују битно различите, зреле или мање зреле механизме одбране. Неуротични конфликти, према Фројду, потичу из најранијег детињства, као последица застоја (фиксације) на некој од фаза психосексуалног развоја. То је прва, типична одлика неуротичног поремећаја. Фиксација на одређену развојну фазу (оралну, аналну или фалусну) настаје уколико родитељи превише или премало излазе у сусрет дететовим потребама и ако су превише ригидни или пак превише попустљиви у том свом настојању. По правилу, оне производе поремећаје у базичном карактеру који се, по Фројду, обликује у првих пет година живота. До тих сазнања Фројд је дошао на основу искуства у раду са одраслим пацијентима, примењујући психоанализу. „Њихово истраживање душе неизбежно их је водило натраг у доживљаје раног детињства, који су се показали одлучујућим за развој неурозе касније у животу”.¹⁵

¹³ Dušan Kecmanović, *Psihijatrija*, Medicinska knjiga, Beograd–Zagreb, 1989, Poglavlje: Teorijski modeli neuroza.

¹⁴ Механизми одбране су несвесни психички маневри којима се особа брани од анксиозности која потиче од неприхватљивих импулса који су претња слици коју особа има о себи. Фројд се први бавио механизмима одбране, још 1894. године, говорећи о потискивању као механизму одбране. Касније је разрадио, упоредо са процесом своје праксе, и друге механизме одбране, као што је, на пример, пројекција. У својим позним годинама, пишући о култури, Фројд је говорио да је читаву културу настала као продукт најзрелијег и најпродуктивнијег механизма одбране, сублимације. Његова ћерка Ана Фројд објавила је књигу „Его и механизми одбране”, 1936. године, у којој је обрадила читав спектар механизма одбране. Њен посебан допринос је у томе што је извршила поделу механизма одбране у односу на различите организације личности.

¹⁵ Hol, I. Lindzi, *Teorije ličnosti*, Nolit, Beograd, 1983, str. 67.

Друга важна карактеристика неуротичара је недовољно развијен, диференциран и интегрисан его, који није у стању да успостави баланс између ида и суперега. Централни конфликт код неуротичара догађа се између ова три система личности и реалности. Неуротичар није у стању да задовољи многе потребе без пропратних осећања кривице или страха од друштвене осуде, односно осуде суперега. Недовољно развијени механизми одбране трећа су одлика неуротичног поремећаја. Неразрешени конфликт неуротичар решава потискивањем и, пошто на то троши велики део своје психичке енергије, није способан да функционише на продуктиван начин.

Неофројдовци уважавају Фројдову теорију личности, али не и став да су све људске акције и мотиви одређени искључиво биолошки – потребом за задовољењем нагона (најпре сексуалних), те да је извор неуротичног конфликта искључиво у инхибицији нагонских (сексуалних) импулса у некој од развојних фаза. Карен Хорнај неурозу сматра производом унутрашњих конфликта који се не могу проучавати одвојено од културе и самог друштвеног контекста у којем настају. Проблеми неуротичних особа су „производ тешкоћа, које постоје у нашем времену и култури”.¹⁶

Хорнајева је неурозу сматрала производом унутрашњих конфликта који се не могу проучавати одвојено од културе и самог друштвеног контекста у којем настају, а проблеме неуротичних особа као „производ тешкоћа, које постоје у нашем времену и култури”.¹⁷ „Главни конфликти око којих се развија неуроза практично су увек исти; то су исти конфликти којима је подвргнута и здрава особа наше културе”.¹⁸ У капиталистичким друштвима једно од главних начела је начело потрошње, а реалност је да је за већину људи испуњење потрошачких потреба ограничено. То ствара сталну несразмеру између индивидуалних жеља и могућности за њихово испуњење, што је типична карактеристика неуротичног поремећаја.

Фром заступа још радикалнију критику савременог америчког друштва, заговарајући тезу о његовом негативном утицају на ментално здравље. Друштвено структурирани дефекти налазе се у самој бити капиталистичког система, у сфери међуљудских односа, односно сфери производних односа, базираних на приватној својини над средствима за производњу. Као такви „не признају се као болести, већ као нормалне појаве, пошто су институционализоване, како у структуру постојећег друштва, тако и у структуру пожељног друштвеног карактера”.¹⁹ Суштина је у искривљеној слици нормалности у којој личност модерног западног човека представља прототип извитопереног друштвеног карактера.

Хуманизација света претпоставља да се материјални свет не намеће као нешто одвојено, отуђено од самог човека, већ он (материјални свет) треба да буде производ људске делатности. „Овај свет је људски свет, и човек, присва-

¹⁶ Kare Hornaj, *Neurotična ličnost našeg doba*, Čigoja štampa, Beograd, 2004, str. 24.

¹⁷ Karen Hornaj, *Naši unutrašnji konflikti*, Čigoja štampa, Beograd, 2004, str. 24.

¹⁸ Ibid, str. 193.

¹⁹ Erich,Fromm, Erich. *Marksovo shvatanje čovek*, Grafos, Beograd, 1980, str. 10.

јајући га себи – а то може учинити човек ослобођен алијенације – духовно се обогаћује, постаје свестранији”.²⁰ На основу ове Марксове концепције о стварном и истинском човеку, Фром развија анализу друштвеног карактера, менталног здравља и менталних поремећаја.

Индустријско друштво је, по Фрому, друштво у којем посао и производња истискују људско биће са његовим аутентичним жељама и бригама. Оно је „грамзиво друштво” у којем ишчезава осећај за моралност и солидарност. Однос између људи у капитализму „добија обележје манипулације и инструменталности”.²¹ Морално исправним сматрају се све људске акције уколико доносе профит и сама срећа добија значење тежње за сопственим профитом. Конкуренција, као један од основних покретачких сила капиталистичког тржишта, руши традиционални принцип солидарности. „Човек је гоњен жељом да превазиђе свог конкурента, престаје да буде циљ за себе и постаје средство сопствених, туђих или економских интереса великих корпорација. Све је подређено начелу рада, акумулацији капитала, који са једне стране објективно има огромну вредност за напредак човечанства (материјални просперитет), али субјективно доприноси да човек ради за ванличне циљеве. Човек у таквом систему не продаје само робу, већ самога себе као робу, све је подређено начелу корисности. Он тргује својим способностима, а о њиховим вредности одлучује тржиште”.²² „Ако се својства којим једна особа располаже не могу употребити”, она постају безвредна, „управо као роба која се не може продати”.²³ У таквим околностима самопоштовање постаје зависно од успеха личности; у супротном се догађа пропадање у осећање инфериорности. Раст спољашњих претњи, најпре претњи од незапослености и рата, као и огромност градова, као значајне компоненте капиталистичког друштва, према Фрому, такође производе у појединцу осећања несигурности, страха, безличности и мање вредности. Ипак, просечан човек није свестан ових осећања која су карактеристична за неурозе – осећања изолованости и немоћи. Он „прикрива осећања усамљености и страха уобичајним активностима, успехом на послу, разонодом, а поуздање тражи у својим приватним и друштвеним односима”.²⁴

Конструкција идентитета у постмодерном друштву

Идентитет је у тесној повезаности са припадношћу и идентификацијом појединца са друштвом у којем живи. „У персоналној сфери рефлектује се ’тип идентитета’ које постулира друштво. Лични идентитет или самоидентитет дефинише

²⁰ Adam Schaff, *Marksizam i ljudska jedinka*. Nolit, Beogra, 1967, str. 123-124.

²¹ Erich Fromm. *Zdravo druwtvo*, Rad, Beograd, 1983, str. 113.

²² Erich Fromm. *Marksovo shvatanje čoveka*, Grafos, Beograd, 1980, str.103-104.

²³ Erich Fromm, *Zdravo druwtvo*. Rad, Beograd, 1983, str. 114-115.

²⁴ Ibid, str. 125.

се као 'свест о самом себи' као различитог од свих других. Порекло значења овог појма налази се у филозофији западног индивидуализма".²⁵ Као израз личне аутономије, идентитет почиње да се користи тек у XIX веку, са развојем модерних, капиталистичких друштава, јер је у традиционалним био везан искључиво за припадност сродничкој групи. Заснивао се на принципу истоветности и, као такав, био је приписан по систему идентификације са сродничком групом. Тек у процесу одвајања појединца од сродничке везаности и са развојем идеје индивидуализма, идентитет постаје лична карактеристика која налази друге облике идентификације у модерном свету. Период адолесценције узима се као конститутивна фаза у његовом развоју. „Главна питање које се поставља у вези са личним идентитетом је: ко сам ја, а на њега се не може одговорити без претходног одговора на питање: где припадам? Одговор на то питање налази се у различитим формама колективних идентитета који представљају базу за развој персоналног идентитета".²⁶ „Колективни идентитет је претпоставка за одвијање процеса индивидуализације. Колективни идентитет обухвата: културни идентитет, социјални идентитет, класни и национални идентитет и друге облике групних идентитета. Преко државе конституише се социјални идентитет као припадност одређеном друштву које обухвата у себи све друге партикуларне колективне идентитете".²⁷ Културни идентитет је нарочито важан за формирање индивидуалног идентитета, јер се кроз њега стварају: индивидуалне потребе и начини за њихово задовољење, однос према ауторитету, појам о своме „ја", доживљаји конфликта и начини за њихово решавање – шта се сматра здравим, а шта болесним.²⁸

Вредносни обрасци су најважнија компонента културног идентитета. „Без вредносних одређења индивидуе ни колективи не би могли дефинисати своје место у свету и схватити где припадају, а у чему се разликују од других. У зависности од тога да ли су усвојене вредности „усклађене или су конфузне, или влада аномија, зависиће конхеренција културног идентитета као поузданог ослоња за формирање персоналног идентитета".²⁹ Кризу колективног и персоналног идентитета ауторка дефинише као „поремећај склада конститутивних елемената личности или елемената друштвене структуре, што ремети основу заједничког осећања припадања једној целини, ремети континуитет смисла и јединства".³⁰ Истраживање односа и могућих извора кризе колективног и персоналног идентитета у Србији неодвојиво је од анализе самог историјског и друштвеног контекста, пре свега

²⁵ Zagorka Golubović. *Ja i drugi: antropološka istraživanja individualnog i kolektivnog identiteta*, Vikom grafik, Beograd, 1999.

²⁶ Maja Stojimirović, Istraživanje socio-ekonomskih aspekata neurotičnog poremećaja u populaciji mladih u Beogradu. *Filozofski fakultet, odeljenje za Sociologiju*. Univerzitet u Beogradu. 2014.

²⁷ Zagorka Golubović, *Ja i drugi: antropološka istraživanja individualnog i kolektivnog identiteta*, Vikom grafik Beograd, 1999, str. 32.

²⁸ Ibid, str. 33.

²⁹ Ibid, str. 36.

³⁰ Ibid, str. 54.

процеса постсоцијалистичке трансформације.³¹ Као изразито мултидимензионални процес, постсоцијалистичка трансформација „на глобалном нивоу захвата подједнако дубоко економски, политички и културни подсистем. У оквирима свакодневице он продира у животне услове група и појединаца, редефинише њихове односе, мења понашања, очекивања перспективе”.³² Поставља се питање на који начин друштвене промене у периоду тзв. деблокиране трансформације у Србији утичу на шансе младих да се самоостваре и развију самоидентитет?

У вртлогу промена младима је отежан улазак у сферу рада, принуђени су да раде на привремене уговоре, нискоквалификовани млади људи имају све мање шанси да побољшају свој друштвени положај, док се образованима не нуде сигурне професионалне каријере. Дакле, „млади остају без дугорочног погледа у будућност”.³³ На вредносном плану, изражени су „изразито амбивалентни процеси формирања вредносних оријентација, опадање традиционализма и ауторитарности, уз одржавање националистичких и конфузних либералних вредносних оријентација”.³⁴ Све наведене околности отежавају индивидуализацију и, с тим у вези, формирање идентитета младих у Србији. Аномичан контекст постсоцијалистичке трансформације „ствара велике структуралне препреке интеграцији младих у друштво”.³⁵ На делу је отежана транзиција у одраслост и, с тим у вези, продужена зависност од родитеља, тзв. феномен продужене адолесценције. Одлаже се завршетак школовања, стамбено осамостаљивање и заснивање породице. Уочљив је недостатак жеље за истраживањем самоидентитета, лична нестабилност, недостатак воље да се испробају различите животне могућности, преовлађује осећање да је особа између адолесценције и одраслости.³⁶

„Паралела између модерног и постмодерног друштва битна је и са аспекта бриге о менталном здрављу и саме транзиције од болести ка здрављу. Док је у модерним друштвима брига о здрављу била превасходно одговорност државе, у постмодерним друштвима брига о здрављу постаје ствар личне одговорности, свако постаје одговоран за своје властито здравље, долази до деинституционализације здравственог система”.³⁷

³¹ Постсоцијалистичка трансформација, према Младену Лазићу, дефинише се као реинтеграција средњоевропских и источноевропских земаља у капиталистички (светски) систем, Лазић, 2005.

³² Mladen Lazić, *Promene i otpori: Srbija u transformacijskim procesima*, Filip Višnjić, Beograd, 2005, str. 28.

³³ Smiljka Tomanović, Suzana Ignjatović, *Mladi u tranziciji između: porodice porekla i porodice opredeljenja*, CPA, Beograd, 2014, str. 18.

³⁴ Mladen Lazić, *Promene i otpori: Srbija u transformacijskim procesima*, Filip Višnjić, Beograd, 2005, str. 33.

³⁵ Smiljka Tomanović, Suzana Ignjatović, *Mladi u tranziciji između: porodice porekla i porodice opredeljenja*, CPA, Beograd, 2014, str. 38.

³⁶ Tomanović Smiljka, Stanojević Dragan, Jarić Isidora, Mojić Dušan, Dragišić Labaš Slađana, Ljubičić Milana, Živadinović Ivana, *Mladi naša sadašnjost: Istraživanje socijalnih biografija mladih u Srbiji*. Čigoja štampa, Beograd, 2012, str. 22.

³⁷ Jasna Veljković, Maja Stojimirović, „Neurotični poremećaji kod mladih u postmodernom društvu – sociološki i psihološki aspekti”, *Sociološki pregled*. No 1/ 2019.

Стање менталног здравља младих у Београду

Свака земља задужена је да прати стање менталног здравља свог становништва, о чему подноси извештај Светској здравственој организацији која врши даље процене и компаративне анализе. С обзиром на то да у Србији још увек није у потпуности развијен систем мониторинга и процене психичког здравља становништва, за сада не постоје репрезентативни статистички подаци о томе који су ментални поремећаји најзаступљенији у општој популацији, као ни у посебним, тзв. осетљивим групацијама. „Процена глобалног оптерећења болестима неуропсихијатријских поремећаја у Србији је непозната”. Крајем 2006. године влада Србије донела је Стратегију развоја здравља младих,³⁸ што указује на то да је проблем здравља младих препознат и да се у том смислу траже адекватна решења. Као главни циљ стратегије наведено је да се тој групацији, „благовремено и на адекватан начин помогне да на здрав начин пређе из адолесценције у доба пуне зрелости”.³⁹

Значајни подаци које ова стратегија износи јесте да се млади налазе у категорији са натпросечним ризиком сиромаштва (12,7% је сиромашно); да 50% запослених или преко 70% незапослених младих живи са родитељима услед недостатка базичних ресурса: посла, стамбеног простора, новчаних средстава, да њихово ментално здравље карактерише висока стопа поремећаја понашања, болести зависности, депресије и самоубиства (Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији).⁴⁰

„Млади су нарочито 'погођени' променама покренути постсоцијалистичком трансформацијом а чије последице се мере једном од највиших стопа незапослености у Србији. Као један од општих стратешких циљева наводи се: „промоција здравих стилова живљења, очување и унапређење здравља младих”,⁴¹ а у виду посебних циљева: „Развити безбедно и подржавајуће окружење за развој и здравље младих; развити адекватан систем преноса знања и вештина за стицање ставова, навика и понашања која воде ка здрављу. На националном нивоу, изградња система за организовано праћење и надзор здравственог стања младих, континуирано праћење здравствених потреба младих, развијање јединствене базе података о здрављу младих, развијање капацитета за научноистраживачки рад”.⁴²

Иако не постоје репрезентативни статистички подаци о томе који је поремећај најзаступљенији, ипак постоји одређени консензус међу стручњацима из области психијатрије да је управо неуротични поремећај најучесталији и да нарочито погађа младу популацију. Јасно је указано на неопходност да се страте-

³⁸ Стратегија развоја здравља младих у Републици Србији, 2006.

³⁹ Ibid, str. 3.

⁴⁰ Ibid, str. 4.

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid, str. 23-24.

шка култура бави проблемима менталног здравља младих у Србији. У недостатку репрезентативних истраживања, у овом раду искоришћено је истраживање неуротичних поремећаја младих у Београду, где се налази четвртина младе популације у Србији.

Резултати истраживања социо-економских чинилаца неуротичног поремећаја код младих у Београду

Предмет истраживања био је популација младих у Београду којима су дијагностиковани неуротични поремећаји. Циљ истраживања био је да се утврди који економски и (или) социјални чиниоци могу утицати на појаву неуротичног поремећаја код младих који су били на лечењу у психијатријским институцијама у Београду. Ужи циљ био је да се утврди њихов социо-економски статус, квалитет породичних и социјалних односа. Узорак је чинило 62 испитаника, старости од 18 до 27 година, а коришћена је Ликертова скала за мерење појединих животних ставова и вредности. Наведено истраживање није имало за циљ да укаже на проблеме свеукупне популације младих у Србији, али је спроведено како би се указало на економске и социјалне чиниоце који утичу на њихово ментално здравље. Дакле, оно ће показати „врх леденог брега“ социо-економских чинилаца који утичу на ментално здравље младих, у недостатку других истраживања која би имала свеобухватнији приступ популацији младих у Србији.

Највећи број испитаника имао је средње образовање: 52 (83,9%), вишу школу четири (6,5%), а високо образовање шест (9,7%) испитаника. Родитељи су издржавали 80,6% испитаника, а свега 19,4% издржавало се од сопствених прихода. Однос запослених и незапослених био је 29% : 71%. Студенти су чинили 79% узорка, уједно статистички значајније у односу на 21% испитаника који нису били у својству студента. Од укупног броја анкетираних 52% живело је у потпуним породицама, 22,6% у једнородитељским или непотпуним породицама, 22,6% са несродницима, браћом, сестрама или сами, а 3,2% са партнером. Просечан број чланова домаћинства износио је $3,35 \pm 1,03$, минимум један, максимално пет чланова, а медијана је била три члана.

Демографски подаци. Испитаници су подељени у две старосне кохорте. Прву су чинили испитаници од 18 до 24 година старости који су се налазили у периоду тзв. праве адолесценције, а другу групу испитаници од 25 до 27 година који су у периоду „продужене адолесценције”.⁴³

Професија испитаника анализирана је у односу на удео студената у укупном узорку и оних који нису студенти. Студенти су чинили 79% узорка, уједно статистички значајније у односу на 21% испитаника који нису били студенти. Није доказана статистички значајна разлика у професији испитаника према полу и степену образовања.

⁴³ Светска здравствена организација је 1980. године предложила поделу на рану, средњу и позну адолесценцију чија је старосна граница до 24. године живота.

Анализом брачног статуса родитеља утврђен је статистички знатно већи број испитаника чији су родитељи у брачној заједници: 66,1% родитеља било је у браку, родитељи једног испитаника, 21% испитаника имало је разведене родитеље, а 11,3% родитеља били су удовци или удовице.

Највећи број испитаника имао је средње образовање: 83,9%, вишу школу 6,5% испитаника, а високо образовање 9,7%. Са високим образовањем највише је било испитаника старости 25 и више година. Просечна старост испитаника са средњим образовањем износила је 21,7 година, а са високим 25,5 година. Родитељи су издржавали 80,6% испитаника, а свега 19,4% издржавало се из сопствених извора прихода. Однос запослених и незапослених био је 29% : 71%. Највећа заступљеност запослених испитаника била је у случају разведених родитеља.

Финансијски положај испитаника. Анализиран је материјални положај домаћинства у којем живе испитаници и стамбена структура. Претпоставка је била да већина испитаника финансијски зависи од својих родитеља, да живе заједно са њима и да су приходи домаћинства испод просечних месечних примања која су у Београду за домаћинство са просечним бројем чланова од 3,27 у 2011. години износила 59 391 РСД.⁴⁴

Просечни укупни приходи домаћинства износили су око 77.078,9 динара, а просечни приходи по члану домаћинства око 24.500 динара. Највећи број домаћинства имао је укупне приходе између 60.001 и 80.000 РСД и приходе по члану између 20.001 и 40.000 РСД. Највиша укупна примања забележена су у домаћинствима са оба родитеља, а најнижа у домаћинствима са несродницима (браћом, сестрама) или сами. Месечни џепарац испитаника кретао се у распону од 0 до 50.000 РСД, док је просечна вредност износила око 11.000 динара месечно. 43,5% испитаника имало је џепарац до 5.000 динара или уопште није имало џепарац, док је 56,4% испитаника имало џепарац преко 5.000 динара месечно.

Стамбена структура младих са дијагнозом неуротичног поремећаја. Просечна површина стамбеног простора за посматрани узорак износила је 74,56 m², а по члану домаћинства 22,36 m². У стамбеним јединицама од 20 до 34,9 m² живело је 11,3% анкетираних, у стамбеном простору од 35 m² до 64,9 m² 33,9%, а у становима од 65 и више m² 54,8% испитаника. У стамбеном простору до 10 m² по члану домаћинства живело је свега 4,8% анкетираних. Статистички знатно највећи број испитаника (50%) живело је у становима преко 65 m², са квадратуром преко 20 m² по члану домаћинства, у домаћинствима са три до пет чланова. У становима од 20 до 34,9 m² најзаступљенија су била двочлана домаћинства. У становима од 35 до 65 m² знатно мање је било петочланих домаћинства, а у становима од 65 m² много мање домаћинства са два члана.

⁴⁴ Републички завод за статистику, Анкета о потрошњи домаћинства, 2011, стр. 27. Преузето: http://webzrs.stat.gov.rs/WebSite/repository/documents/00/00/84/63/SB_555_Anketa_o_potrosnji_domacinstava_2011.pdf

Анализа финансијског сиромаштва међу испитаницима. Методологија мерења финансијског сиромаштва у Србији прилагођена је стандардима ЕУ.⁴⁵

Код анкетираних испод границе ризика од сиромаштва била су приближно четири пута нижа од висине просечних месечних прихода *per capita* испитаника изнад границе ризика од сиромаштва (7.161 РСД vs. 29.098 РСД). Џепарац до 5.000 динара имало је знатно више испитаника испод границе ризика од сиромаштва, док је џепарац изнад 5.000 динара имало 57 анкетираних који су дали одговор на питање о приходима. Испод границе живело је 12 анкетираних са стопом ризика од сиромаштва од 21,1%, а 45 (78,9%) испитаника није било у ризику од сиромаштва. Просечна укупна примања у домаћинствима испитаника који су у ризику од сиромаштва била су преко три пута нижа од просечних укупних примања испитаника изнад границе ризика од сиромаштва (28.583 РСД vs 90.011 РСД).

Просечна висина месечних прихода по члану домаћинства чешћа је у категорији испитаника изнад границе ризика од сиромаштва. Није доказана статистички значајна разлика у ризику сиромаштва према професији (студент/није студент), запослености и врсти радног ангажмана. У стану који је у приватном власништву живело је 91,7% анкетираних који су у ризику од сиромаштва. Просечна стамбена површина у овој категорији испитаника износила је чак 81,08 m², а просечна квадратура по члану око 20 m². Са порастом броја чланова домаћинства расла је и стопа ризика од сиромаштва.

У породицама са два члана стопа ризика од сиромаштва износила је 7,7%, у породицама са три члана 13,3%, у породицама са четири члана 25%, док у породицама са пет чланова стопа расте на 50%. Највећа стопа ризика од сиромаштва забележена је у породицама са оба родитеља (27,6%), а најмања у једнородитељским породицама (14,3%), и у заједницама са партнером у којима уопште није било испитаника који су у ризику од сиромаштва.

Анализа социјалне угрожености међу испитаницима. Мерни инструменти социјалне угрожености израђени су на основу индикатора социјалне угрожености прописаних Законом о социјалној заштити из 2011. године, објављеном у Службеном гласнику РС, бр. 24/2011.⁴⁶

⁴⁵ Заснива се на релативној линији сиромаштва која износи 60% од медијане националног дохотка по потрошачкој јединици. Домаћинства чији је доходак испод прага линије сиромаштва нису нужно сиромашна већ су у већем ризику од сиромаштва од оних који се налазе изнад утврђене границе. Релативна линија сиромаштва, у години истраживања, утврђена је на основу података о просечним примањима домаћинства за 2011. годину, Републичког завода за статистику⁴⁵ и износила је 10. 900 динара по члану домаћинства. Сви испитаници који су имали примања испод утврђене границе дефинисани су као категорија која је у ризику од сиромаштва.

⁴⁶ У члану 87. овог закона дефинисана је основица за утврђивање права на новчану социјалну помоћ која је за једночлано домаћинство у 2011. години износила 6.552,00 динара, а за сваку наредну одраслу особу од висине основице 0,5. На тај начин су за дати узорак утврђени минимални приходи према броју чланова домаћинства која би, према одредбама Закона,⁴⁶ остваривала право на новчану надокнаду, те су условно дефинисани као социјално угрожена категорија младих са дијагнозом неуротичног поремећаја.

Налази. У укупном узорку било је 16,1% социјално угрожених испитаника и 75,8% који нису социјално угрожени. Просечна примања по члану домаћинства социјално угрожених испитаника била су приближно 4,3 пута нижа него код испитаника који нису социјално угрожени. Примања по члану домаћинства социјално угрожених испитаника у просеку су износила 6.593,33 РСД, а међу онима који нису социјално угрожени 28.285,46 РСД.

Половина домаћинстава са пет чланова остваривало је захтеве за новчану социјалну помоћ, затим четворочлана (15%) и трочлана домаћинства (13,3%), а најмања стопа социјално угрожених забележена је код двочланих домаћинстава (7,7%). Просечна стамбена површина по члану домаћинства код социјално угрожених износила је $19,74 \pm 9,3 \text{ m}^2$ по члану, док је код испитаника који нису социјално угрожени износила $22,31 \pm 8,5 \text{ m}^2$ по члану. 90% испитаника који су према финансијским показатељима имали право на социјалну помоћ, живело је у становима преко 10 m^2 по члану домаћинства.

Породични, партнерски и односи у пословном окружењу испитаника. У процесу доношења важних одлука, 54,8% породица у којима живе млади са дијагнозом неуротичног поремећаја водило се тзв. демократским моделом одлучивања, а 43,5% ауторитарним. Доказана је статистички значајна разлика у моделу одлучивања према полу и брачном статусу родитеља испитаника. У породицама са демократским моделом одлучивања знатно више је било испитаника женског пола (76,5%), док у ауторитарном моделу одлучивања није уочена значајна разлика према полу. Много учесталији били су анкетирани мушког пола који су сматрали да се отац и мајка договарају и искључују друге чланове породице из процеса доношења породичних одлука, док су испитанице чешће одговарале да сви чланови учествују и договарају се око важних породичних питања. О важним породичним питањима чешће су се договарали сви чланови у породицама чији су родитељи у браку или разведени, док је код удоваца и удовица то ређи случај.

Однос родитеља према животним потребама испитаника анализиран је на основу четири модела понашања: 1. одмерени родитељи који излазе у сусрет потребама испитаника онолико колико им је то потребно, 2. родитељи који се због претеране бриге уплићу у живот испитаника, 3. незаинтересовани родитељи који не посвећују довољно пажње испитанику и 4. родитељи сувише ригидних ставова који немају слуша за потребе испитаника.

Први модел представљао је „идеалан” однос између родитеља и деце, а чинило га је 46,8% узорка. Остале, тзв. „проблематичне” односе са родитељима имало је 53,2% испитаника. Одмерене родитеље много чешће имали су испитаници са демократским одлучивањем, а више родитељске пажње и слуша за потребе недостајало је испитаницима са ауторитарним моделом. Систем одлучивања у партнерским односима у највећем броју случајева био је равноправан. Указивање разумевања и пажње онолико колико је то потребно био је доминантан став партнера у односу према испитанику.

Атмосферу на радном месту запослени испитаници најчешће су описивали као „топлу”, пријатну и мотивишућу за рад. Студенти су професоре, а запосле-

ни послодавце у 64,2% случајева описивали као ауторитативне, пријатне и сарадљиве. Свега 22,6% испитаника описивало их је као дистанциране и незаинтересоване, а 9,4% као ауторитативне, „хладне” и неприступачне.

Учесталост породичних и партнерских конфликта испитаника. Најчешћи разлог за обраћање психијатру пре почетка лечења испитаника била је **лоша комуникација са родитељима и учесталост породичних конфликта** (51,6%), као и психичке и физичке тегобе на које се жалило 40,3% испитаника. Најучесталије психичке тегобе код оних који су пријавили овај проблем биле су: незадовољство собом (29,7%), осећање страха (23,5%), стрес, самоћа (са по 11,7%), смртни случај у породици и проблеми при учењу, са по 4,8%. Уочена је значајна разлика према полу испитаника о разлозима обраћања лекару за помоћ. Код испитаница су много чешћи разлози били материјална оскудица, неуспех на професионалном плану и учесталост породичних конфликта..

Највише конфликта испитаници су имали са члановима породице (95,2%), а најмање на радном месту (32,3%). Најзаступљенији су били конфликти са родитељима (57,4%), затим са несродницима (21,3%), а најмање са рођацима, баћом и сестрама (16,4%). Да избегава конфликте изјаснило се 4,9% испитаника.

У породицама са демократским моделом одлучивања уочена је статистички знатно мања заступљеност конфликта са родитељима, а већа заступљеност конфликта са браћом и сестрама него у породицама са ауторитарним моделом одлучивања.

Најучесталији извор унутарпородичних конфликта била је лоша комуникација између испитаника и појединих чланова породице (64,5%), затим материјална оскудица (40,3%) и, на последњем месту, неуважавање потреба испитаника (29%). Супротни ставови били су најчешћи разлог лоше комуникације (25,00%), затим новац (17,50%), расподела кућних послова (17,50%) и обавезе око студирања (15%), и то најчешће са мајком (38,5%), а најређе са братом/сестром и баћом (13%). Најчешћи разлог неуважавања личних потреба испитаника од стране чланова породице такође су били супротни ставови (43,75%) и то најчешће са родитељима, са уделом од по 33,3%. У породицама са ауторитарним моделом одлучивања најчешћи разлози за конфликт били су у вези с обавезама око студирања и начина провођења слободног времена, а код демократског око расподеле кућних послова и расподеле новца.

Најчешћи извор конфликта међу партнерима такође је била лоша комуникација у 66,7% случајева, а као најчешћи разлози за то издвојили су се љубомора и неслагање око начина провођења слободног времена. Код испитаника мушког пола знатно чешћи разлог била је љубомора партнера или „ситнице”, а код женског пола неразумевање базичних емоција, неслагање око начина провођења слободног времена и неодговорност.

Најучесталији конфликти на радном месту били су међу запосленим испитаницима који нису студенти. Није уочена значајна разлика у присуству конфликта на радном месту према врсти радног ангажмана (запослени хонорарно vs. запослени стално). Нешто учесталија била је лоша комуникација са колегама у

поређењу са професорима у случају студената и послодавцима у случају запослених испитаника, али не статистички значајно. Непријатељски став колега описиван је као препотентност, дволичност, неприступачност, неодговорност и неспремност за помоћ другима. Лошу комуникацију са професорима и послодавцима описало је само три од 10 испитаника наводећи незаинтересованост професора, лоша предавања и глорификацију других студената.

Степен развијености социјалних мрежа подршке и помоћи испитаницима. Анализирана је учесталост обраћања испитаника различитим социјалним групама: члановима породице, родбини, пријатељима, партнеру, колегама, другима, у ситуацијама када им је потребна финансијска, саветодавна помоћ и морална подршка.

Социјалне групе за финансијску помоћ. Када је потребна материјална подршка испитаници се најпре ослањају на најближе чланове породице. Чешће се обраћају мајци него оцу, и пре консултују оца него оба родитеља. Рођацима се у прва три ранга за финансијску помоћ обраћа око 47% испитаника, а најчешће се ова група социјалне мреже помоћи налази у другом рангу. У 63% случајева испитаници рангирају пријатеље у прва три ранга, али кроз целокупан приказ рангова пријатељи процентуално највећим делом заузимају трећи ранг. 45,2% испитаника се врло ретко или никада не обраћа партнеру за финансијску помоћ, док 33,9% партнере рангира у прве три особе којима ће се обратити за ову врсту помоћи. Колегама се 50% испитаника никада не би обратило за финансијску помоћ, 22,5% то чини врло ретко и свега 8,1 % испитаника колеге сврстава у категорију прве три особе којима би се обратили у таквој ситуацији. Друге особе, које нису прецизиране у самом упитнику као одређена категорија, већ као отворено поље по избору испитаника, налазе се у шестом рангу. Њима се 80,6% испитаника никада не би обратило за помоћ.

Када се анализирају чланови породице понаособ у односу на друге групе подршке за финансијску помоћ, испитаници се најпре обраћају мајци – прва у првом рангу, оцу – други у првом рангу, родитељима подједнако – трећи у првом рангу, без присутности других група подршке.

Социјалне групе за саветодавну помоћ. Када су пред важном животном одлуком 71,1% испитаника тражи савет од најближих чланова породице. Пре се обраћају мајци и сестри/брату него оцу. Чешће се обраћају пријатељу него партнерима, а четврти у рангу по учесталости налазе се рођаци. 77,4% испитаника рангира пријатеље у прве три особе којима би се обратили за савет, а 56,5% партнера. 79% испитаника не би се никада, или врло ретко, обратили колегама за савет, а свега 6,7% испитаника рангира их у прве три особе којима би се обратили за ову врсту подршке. Када се посматра породица са свим члановима укупно у односу на друге групе саветодавне подршке, испитаници се за ову врсту помоћи најпре обраћају мајци – прва у првом рангу, пријатељима – други у првом рангу, партнеру – трећи у првом рангу.

Социјалне групе за моралну подршку. У 88,7% случајева породица је главна група моралне подршке, затим следе пријатељи 80,6% и партнер 59,7%. 53,2%

испитаника никада се не би обратило колегама за моралну подршку, 29% то чини врло ретко и свега 3,2 % испитаника сврстава их у прве три особе којима би се обратили за ову врсту подршке. Када се посматрају само чланови породице, испитаници чешће консултују мајку, сестру/брата него оца. Ако се посматрају чланови породице у односу на друге групе за моралну подршку у првом рангу, онда се испитаници најпре обраћају партнеру – први у првом рангу, пријатељима/мајци – другима у првом рангу, па мајци/оцу подједнако – трећи у првом рангу.

Оствареност животних очекивања и степен задовољства појединим животним областима испитаника. Оцењиван је степен остварености животних очекивања испитаника у вези са појединим животним областима: добар материјални статус, складни и хармонични породични и партнерски односи и постигнуће на професионалном плану. За области у којима је забележен низак проценат остварења процењивана су средства којима би, по мишљењу анкетираних, могла да се остваре очекивања која нису остварена. Затим је процењиван општи вредносни образац у вези са релевантним животним областима и мерен је ниво задовољства појединим животним аспектима. Анализирани су и животне области које испитаници желе да промене и посматране су аспирације испитаника по питању жељеног запослења и професије, у случајевима незадовољавајућег избора.

Животне области које буде осећање сигурности код испитаника. Од шест понуђених области: довољно новца, материјална независност од родитеља, лични стамбени простор, професионално остварење, психолошка блискост и добра комуникација са важним особама у животу испитаника, последња се издвојила као главна која производи осећање сигурности и безбрижности код младих са дијагнозом неуротичног поремећаја. Затим се највише вредновало: довољно новца за животне потребе и остварење на професионалном плану. Није доказана значајна разлика у животним областима које буде осећање сигурности према полу, типу домаћинства, стопи ризика од сиромаштва и подели на оне који имају/немају партнера, али јесте према степену образовања испитаника. Испитаници са средњим образовањем много чешће вредновали су психолошку блискост и добру комуникацију са ближњима него испитаници са вишим и високим образовањем. Идеја о личном стамбеном простору знатно чешће је будила осећање сигурности код испитаника са вишом школском спремом. Испитаницима са завршеним факултетом довољно новца нимало није представљало област која улива осећање сигурности. Поставља се питање да ли зато што га имају или немају у довољној мери, с обзиром на то да међу њима нико није био запослен, те нису имали сопствени извор прихода.

Оствареност животних очекивања испитаника. Најучесталији одговор анкетираних био је да нису остварили своја животна очекивања (66,10%). Највећи степен остварености очекивања забележен је у чврстим и стабилним пријатељским односима, а најмањи по питању остварења на професионалном плану и доброг материјалног статуса.

Свега 16% испитаника проценило је да је остварило добар материјални статус, а око 66% да га није остварило, што је близу четити пута више. Да има складне породичне односе сматрало је 47% испитаника, а да нема 39%. Складне и хармоничне партнерске односе остварило је приближно 35,5% испитаника, а није остварило 40,3%. Чврсте и стабилне пријатељске односе 71% испитаника оценило је оствареним, а 19,4% неоствареним. Знатно већи број испитаника изјаснило се неоствареним на професионалном плану (61,3%), а свега 22,6% оствареним.

Од испитаника са високим образовањем нико се није сматрао оствареним на професионалном плану, док је са средњим образовањем и вишом школом проценат остварених на овом пољу износио око 26%. Испитаници који су према годинама старости били у периоду тзв. „праве адолесценције” много чешће су се сматрали професионално неоствареним, док су испитаници у периоду тзв. „продужене адолесценције” знатно чешће имали амбивалентан став по овом питању.

Области живота које испитаници желе да промене. Млади са дијагнозом неуротичног поремећаја који су делили стамбени простор родитељима највише су жудели да промене тај животни аспект (56,4%)⁴⁷. Затим је следила жеља да пронађу партнера (33,9%), жеља за вишом зарадом (24,2%), промена професије (14,5%), а процентуално најмања учесталост исказана је у вези са променом тренутног запослења (11,2%), јер је од укупног броја испитаника свега 29% било запослено. Доказана је значајна разлика у жељи за променом појединих области живота према полу испитаника и врсти радног ангажмана. Жене су знатно чешће него мушкарци и хонорарно запослени чешће него стално запослени желели су да промене примања/плату.

Закључна разматрања

Овим истраживањем је потврђено да млади који пате од неуротичног поремећаја материјално и психолошки зависе од својих родитеља. Већина испитаника била је незапослена, делила је стамбени простор са својим родитељима и мало трошила на личне материјалне потребе. У породицама испитаника присутна је јака психолошка узајамна везаност, нарочито на релацији испитаник–мајка. Од свих чланова породице мајка је испитаницима главни ослонац финансијске, моралне и саветодавне подршке. Однос између неуротичара и његових родитеља је конфликтан. Конфликти се најчешће групишу око једне родитељске фигуре, у овом случају мајке, по питању неуважавања мишљења испитаника. Демократски модел одлучивања у породицама испитаника је нешто учесталији од ауторитарног. Још увек се 29% родитеља руководило тзв.

⁴⁷ Од укупног броја оних који су желели да промене стамбени простор, 42,8% је уместо са родитељима желело да живи са партнером, 31,4% да живе сами, 14,3% са пријатељем, 5,7% са сестром и исто толико испитаника који су живели одвојено од родитеља хтело је да стамбени простор дели са њима.

патерналистичким моделом понашања, а 17,7 % ауторитарним, док је 6,5% испитаника родитеље оценило као незаинтересоване за њихове животне потребе. Према Карен Хорнај, неуротичар је растрзан између својих жеља, очекивања и немогућности да их оствари, што је једна од важних карактеристика ове групе менталних поремећаја. Аспирације испитаника кретале су се у правцу стамбеног осамостаљивања, професионалног остварења и стицања финансијске независности од родитеља. Међутим, истраживањем је потврђено да иако млади са дијагнозом неуротичног поремећаја имају изражене тенденције за аутономијом, код њих је присутна јака психолошка зависност од родитеља (као културно детерминисаног односа), која их, здружена са структуралним препрекама, онемогућава у успешној индивидуализацији. Психолошка зависност од емоционалних објеката сигурности једна је од важних одлика неуротичног поремећаја, а у нашој земљи представља типичан образац понашања, културом утемељен однос између родитеља и деце. У јужноевропским земљама негује се јака повезаност између генерације родитеља и генерације деце. Породични односи обојени су специфичном идеологијом фамилизма у којем се негује презаштитнички однос родитеља према деци, што негативно утиче на процес осамостаљивања младих.

Таква ситуација може да подстиче развој амбивалентних осећања у чијој основи се налази једна од могућих културних контрадикција српског друштва, психолошке везаности за примарну породицу, са једне стране, и природне жеље за независношћу младих, са друге стране. Такође, могућности које пружа шира социјална заједница у виду помоћи младима у стицању независности прилично су ограничене. Индивидуализација младих у Србији је отежана због „недостатка базичних ресурса: посла, стамбеног простора, новчаних средстава, што ставља младу особу у позицију продужене финансијске и шире материјалне зависности од породице порекла“⁴⁸. Младима је ускраћена једна од иманентних људских потреба – потреба за самоостварењем кроз рад, на коју указују Маркс, Фром, Фројд и многи други аутори. Сама дефиниција СЗО указује на овај важан индивидуални и друштвени ресурс менталног здравља и добробити друштва. Чак ни стицање високог образовања не побољшава много изгледе да млади приступе тржишту рада. Таква ситуација провоцира стално колебање између осећања моћи и потпуне немоћи у детерминисању личне судбине, што је, према Карен Хорнај, једна од важних карактеристика неуротичног поремећаја. Настаје све већи јаз између потенцијалних и реализованих способности, у Џоунсовом смислу, а неуротична личност, према Фрому, управо је она која не може да изрази своје потенцијале у широј социјалној заједници. Иако задовољно својим професионалним успехом, 66% младих у узорку сматра да није остварило већину својих животних очекивања, најпре по питању личног материјалног статуса и остварења на професионалном плану. Поражавајуће је да

⁴⁸ Tomanović Smiljka, Ignjatović Suzana, *Mladi u tranziciji između: porodice porekla i porodice opredeljenja*, CPA, Beograd, 2014, стр. 60.

се испитаници са завршеним факултетом у 100% случајева сматрају професионално неоствареним. Они који су запослени, у највећем броју случајева хонорарно, незадовољни су висином примања и врстом занимања. Остају без могућности да на продуктиван начин раде и налазе задовољство кроз рад, у Марксовом смислу. Нездрави друштвени услови не могу повољно утицати на ментално здравље младих. Према Загорки Голубовић, нестабилни економски, културни и социјални услови могу подстаћи кризу личног идентитета. Продужава се психолошка зависност младих од родитеља и интензивирају породични конфликти. Испитаници су се у 52,6% случајева обраћали психијатру управо због учесталости породичних конфликата. Истовремено, популација младих представља групацију која ће у будућности бити носилац система безбедности и одбране и која би требало да се данас оспособи да ту улогу и преузме.

Ако се о овом менталном поремећају говори и као о изразу специфичних културних контрадикција или друштвено структурираним дефектима, онда је у датом друштвеном контексту на делу управо сплет поменутих неповољних културних и структуралних чинилаца који стоје на путу израженој тенденцији за индивидуализацијом младих са дијагнозом неуротичног поремећаја. Они не беже од слободе, у Фромовом смислу, већ имају проблем да је освоје. Резултати истраживања доприносе реалнијем и објективнијем схватању проблема менталног здравља младих, иако је реч о нерепрезентативном узорку. Наиме, реч је о испитивању које су спровела стручна лица на групи која доказано има менталне проблеме, те се резултати истраживања не могу доводити у питање. Будући да је адолесценција период развоја који обухвата низ описаних психолошких и социјалних промена, чији је крајњи исход конституисање коначног властитог идентитета, извесно је да већина младих има, у мањој или већој мери, идентичне проблеме као и испитаници, те је генерализација у доброј мери оправдана, поготово када су у питању културолошки аспекти.

Концепт стратешке културе указује на обавезу и одговорност за континуирану бригу о здрављу, образовању и васпитању младих генерација као залог за будућност свеукупног друштвеног развоја, укључујући и сектор безбедности и одбране. Чињеница да нема репрезентативних истраживања менталног здравља младе популације довољно говори о српској стратешкој култури. Ментално здравље младих је значајан друштвени ресурс, а однос друштва према младима не указује да им се пружа неопходна пажња и подршка да постану функционални и корисни чланови друштва и ослонац не само његовог развоја, већ и опстанка. Већински одговор младих генерација на овакво стање у друштву, жалост, није борба за њихов бољи положај, већ настојање да напусте Србију и оду у државе које имају боље економске и социјалне услове за живот. Јасно је да то раде млади из читавог региона, али уколико желимо да се развијамо нужно је да задржимо младе. Концепт стратешке културе располаже инструментима који правовремено детектују проблеме, али је њихово адекватно и целовито системско решавање обавеза политичке елите, институција и дугорочног ангажовања читавог друштва.

Литература

- [1] Avalske sveske. *Normalnost i psihijatrija*. Bakar, Bor, 1979.
- [2] Džons Ernest, *Život i delo Sigmunda Frojda, knjiga 1-2*, Matica srpska, Novi Sad, 1985.
- [3] Erikson Erik, *Omladina, kriza, identifikacija*, Pobjeda, Titograd, 1976.
- [4] Freud Ana, *Ja i mehanizmi odbrane*, Akademska knjiga, Beograd, 2010.
- [5] Fromm Erich, *Bekstvo od slobode*, Nolit, Beograd, 1983.
- [6] Fromm Erich, *Marksovo shvatanje čoveka*, Grafos, Beograd, 1980.
- [7] Fromm Erich, *Zdravo društvo*, Rad, Beograd, 1983.
- [8] Golubović Zagorka, *Ja i drugi: antropološka istraživanja individualnog i kolektivnog identiteta*. Vikom grafik, Beograd, 1999.
- [9] Giddens Anthony, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Cambridge, Polity Press, 1995.
- [10] Johnson Jeannie L., *Strategic Culture: Refining the Theoretical Construct*, US Defense Threat Reduction Agency, 2006.
- [11] Hornaj Karen, *Neurotična ličnost našeg doba*, Čigoja štampa, Beograd, 2004.
- [12] Hornaj Karen, *Naši unutrašnji konflikti*, Čigoja štampa, Beograd, 2004.
- [13] Hall Calvin S., Lindzey Gardiner, *Teorije ličnosti*, Nolit, Beograd, 1983.
- [14] Hol I. Lindzi, *Teorije ličnosti*, Nolit, Beograd, 1993.
- [15] Hrnjica, Sulejman, *Zrelost ličnosti*, Zavod za udžbenike, Beograd, 2008.
- [16] Lazić Mladen, *Račiji hod: Srbija u transformacijskim procesima*, Filip Višnjić, Beograd: 2000.
- [17] Lazić Mladen, *Promene i otpori: Srbija u transformacijskim procesima*, Filip Višnjić, Beograd, 2005.
- [18] Kecmanović Dušan, *Psihijatrija*, Medicinska knjiga, Beograd–Zagreb, 1989.
- [19] Maslov Abraham, *O životnim vrednostima*, IP Žarko Albulj, Beograd, 2001.
- [20] Poro Anton, *Enciklopedija psihijatrije*, Nolit, Beograd, 1990.
- [21] Tomanović Smiljka, Štanojević Dragan, Jarić Isidora, Mojić Dušan, Dragišić Labaš Slađana, Ljubičić Milana, Živadinović Ivana, *Mladi naša sadašnjost: Istraživanje socijalnih biografija mladih u Srbiji*. Čigoja štampa, Beograd, 2012.
- [22] Schaff Adam, *Marksizam i ljudska jedinka*, Nolit, Beograd, 1967.
- [23] Rotter, J. B. „Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of Internal Versus External Control of Reinforcement”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 43, No. 1, 1975.
- [24] Stojimirović Maja, Istraživanje socio-ekonomskih aspekata neurotičnog poremećaja u populaciji mladih u Beogradu. *Filozofski fakultet, odeljenje za Sociologiju*. Univerzitet u Beogradu, 2014.
- [25] Tomanović Smiljka, Ignjatović Suzana, *Mladi u tranziciji između: porodice porekla i porodice opredeljenja*, CPA, Beograd, 2014.
- [26] Veljković Jasna, Stojimirović Maja, „Neurotični poremećaji kod mladih u postmodernom društvu – sociološki i psihološki aspekti”, *Sociološki pregled*. No1/ 2019.
- [27] Vratuša Vera, *Tranzicija – odakle i kuda?* Čigoja štampa, Beograd, 2012.

Секундарни извори

[28] Zakon o javnom zdravlju, Službeni glasnik RS, br. 22/2009.

[29] Uvodne odredbe Statuta Svetske zdravstvene organizacije – SZO.

[30] Strategija razvoja mladih u Republici Srbiji, 2006. Преузето:

<http://www.zdravlje.gov.rs/tmpmza-dmin/downloads/zakoni1/Strategija%20Za%20Razvoj%20I%20Zdravlje%20Mladih.pdf>

[31] Istraživanje zdravlja stanovnika Republike Srbije, 2006. Преузето:

<http://www.batut.org.rs/download/publikacije/Finalni%20izvestaj%202006.pdf>

[32] Republički zavod za statistiku, Anketa o potrošnji domaćinstva, 2011. Преузето:

http://webzrs.stat.gov.rs/WebSite/repository/documents/00/00/84/63/SB_555_Anketa_o_potrosnji_domacinstava_2011.pdf

Socio-Economic Aspects of the Youth Mental Health in Belgrade in the Context of Strategic Culture

Mental health of people is an important individual and social resource, especially in the modern Serbian society, which has problems with demography. Without full mental health, a person is not aware of himself and his abilities, and he cannot develop to his full capacity. Therefore, a person cannot contribute to his own well-being, and also be a productive member of the social community. It is the basis of well-being, both for individuals and a healthy society, as well as one of the sources of strategic culture. The existence of awareness of the mental health problems of the nation, especially the young population, is a segment of strategic culture. There are many factors that affect mental health, and the three main ones are biological, psychological and social factors. Only if we take into account the interaction of these three factors we can talk about mental disorder as a phenomenon. Our goal is to gain the insight into those social, sociological, economic and psychological factors that can produce negative consequences for mental health, in this case the occurrence and development of neurotic disorders in the population of young people in Belgrade. This paper presents the data from the study conducted in 2013, which dealt with socio-economic aspects of neurotic disorder in the youth population in Belgrade. The general goal of the research is to determine which economic and (or) social factors can influence the occurrence of neurotic disorders to these young people. The findings of the research indicate that young people who suffer from neurotic disorders are materially and psychologically dependent on their parents. In the families of the respondents, there is a strong psychological mutual connection, especially in the relationship between the respondent and their mothers. When it comes to family members, the mother is the mainstay of financial, moral and counseling support for the respondents. Psychological dependence on emotional objects of security is one of the important features of neurotic disorder, and in our country it represents a typical pattern of behavior, a culture-based relationship between parents and children.

Key words: *strategic culture, youth, neurotic disorder, social factors, economic factors*