

UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET

Milana M. Ljubičić

**SOCIOPATOLOŠKI PROFIL I TRETMAN LICA SMJEŠTENIH NA
LIJEČENJE I ČUVANJE U ZATVORSKU PSIHIJATRIJSKU BOLNICU**

doktorska disertacija

Beograd, 2013.

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF PHILOSOPHY

Milana M. Ljubičić

**SOCIO-PATHOLOGICAL PROFILE AND TREATMENT OF PERSONS
PLACED IN PENITENTIARY PSYCHIATRIC HOSPITAL FOR
TREATMENT AND CARE**

doctoral dissertation

Belgrade, 2013.

Mentor:

Prof. dr Mirjana Bobić, vanredni profesor Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Članovi komisije:

Prof. dr Marija Bogdanović, profesor emeritus Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Prof. dr Zoran Stojanović, redovni profesor Pravnog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Prof. dr Slađana Dragišić Labaš, vanredni profesor Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu

Datum odbrane: _____

Sociopatološki profil i tretman lica smještenih na liječenje i čuvanje u zatvorsku psihijatrijsku bolnicu

Rezime: U ovom radu smo se bavili istraživanjem posebne, marginalizovane populacije – neuračunljivim i smanjeno uračunljivim licima. O ovim smo licima, koja su, barem kada je riječ o našoj naučnoj produkciji, u značajnoj mjeri zapostavljena, sliku stvarali na osnovu teorijske analize i empirijskog istraživanja, koje je bilo usmjeravano osnovnim nalazima prethodne. U prvom dijelu studije smo se bavili teorijskom analizom pitanja koja okružuju neuračunljivost iz longitudinalne perspektive, a drugom smo dali nalaze našeg istraživanja kojim smo obuhvatili rezidente *Specijalne zatvorske bolnice* u Beogradu. Kada je riječ o teorijskim paradigmama, valja kazati da su o ovim licima najpozvanije da govore psihijatrija i pravo. No, integrativni pristup ovoj problematici manjka, te smo, da bismo stekli sliku o tretmanu oboljelih opasnih po društvo, dali prikaz čitavog niza psihijatrijskih i pravnih shvatanja o neuračunljivima: uzrocima bolesti i opasnosti, te njihovom tretmanu. Nalazi teorijske analize su nedvosmisleno ukazali na nizak društveni, institucionalni i porodični položaj ovih lica, koji se može opisati kao – izolovanost. Ovi nalazi su bili naročito usmjeravajući za drugi, empirijski dio studije, u kojoj smo se bavili istraživanjem sociopatoloških profila i tretmana štićenika zatvorske psihijatrijske bolnice u Beogradu. Istraživanje je teklo u dvije faze. U prvoj smo se bavili kvantitativnom, a u drugoj produbljenom, kvalitativnom analizom *priča o* naših sagovornika. Najprije smo pristupili prikupljanju i analizi podataka iz službene dokumentacije oboljelih lica (N=234) koja su se u vrijeme istraživanja nalazila u zatvorskoj bolnici. U drugoj fazi smo izdvojili 50 ispitanika čije su žrtve članovi porodica, a važan uvidu u tretman i položaj oboljelih su nam dali njihovi čuvari (komandiri), ordinirajući psihijatri, socijalne radnice i psiholog. Glavni cilj istraživanja je bio deskriptivni: da opišemo sociopatološke profile i tretman ovih lica. Opise smo zasnovali na trima dimenzija tzv. sociološke tipologije: 1. na ličnim ili antropološkim; 2. patološkim odlikama; 3. te na statusima: porodičnom i institucionalnom, o čemu su nam sa svoje strane lični uvid dali naši sagovornici – ispitanici. U istraživanju smo koristili nekoliko metoda za prikupljanje i analizu podataka. Riječ je o analizi sadržaja, polustrukturisanom intervjuu i posmatranju, kome smo dali mjesto pomoćnog metoda. Nalaze smo analizirali koristeći statistički metod i već pomenutu narativnu analizu. Neke od hipoteza koje smo provjeravali u istraživanju, kao što su ona o izuzetnoj zastupljenosti porodične disfunkcionalnosti, o

niskom porodičnom i institucionalnom položaju, i konačno, o nekim kriminološko-kliničkim odlikama ove populacije, stoje. Ipak, očekivanje da se oboljeli mogu razvrstati u različite profile s obzirom na dimenzije opisa se nisu pokazale opravdanima. Naime, rezidenti zatvorske bolnice dijele u većini lične, porodične i institucionalne karakteristike, tako da nema opravdanja za njihovo međusobno izdvajanje. Ipak, treba skrenuti pažnju da su se među oboljelima izdvojile kategorije izvršioca dva tipa djela: onih nasilnog i imovinskog karaktera. Kada je riječ o narativima naših 50 ispitanika, valja kazati da oni potvrđuju pretpostavku o niskom položaju i degradirajućem tretmanu: u bolnici, porodici, društvu, i posljedičnoj marginalizaciji. Na osnovu ovih priča produbili smo i naše razumijevanje uticaja porodične disfunkcionalnosti na izbore/odluke oboljelih. Konačno, nalazi istraživanja su razotkrili niz kontradiktornih praksi postupanja sa oboljelima i odatle otvorili mnoštvo pitanja koja se tiču mogućnosti društvene i porodične integracije oboljelih opasnih po društvo.

Ključne riječi: neuračunljiva lica, mjere bezbjednosti, obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje, specijalna bolnica, sociopatološki profil, tretman, porodica, narativ

Naučna oblast: Sociologija

Uža naučna oblast: Sociologija mentalnih poremećaja, Sociologija društvenih devijacija

Socio-pathological profile and treatment of persons placed in penitentiary psychiatric hospital for treatment and care

Summary: This paper deals with a special, marginalized population group – insane and semi-insane individuals. The image about those persons, who are, at least at home science circles, notably ignored, was created on basis of theoretical analyses and empirical research that was directed by the results of the former. The first part of the paper discusses the theoretical analyses of issues concerning insanity from a longitudinal perspective, whilst the second part contains results of our research conducted on residents of *Special Penitentiary Hospital* in Belgrade. In view of theoretical paradigms it may be said that the most competent to reason about those individuals are psychiatric and law experts. However, integrative approach to this particular issue is deficient and, to be able to create an image about treatment of dangerous to society mentally ill, we gathered a number of psychiatry and law related comprehension of the insane: causes of disease and dangers from, as well as treatment. The findings have, no doubt, revealed the low social, institutional and family status of those individuals that may be described as – isolation. These facts had been a guiding point for the second, empirical part of the research which studied sociopath profile and treatment of detainees in Belgrade penitentiary psychiatric hospital. The research was divided into two phases. In the first phase a quantitative analyses was conducted, while the second consisted of a qualitative analyses of *stories told* by our interviewees. Firstly, the information pertaining to the official documentation on the mentally ill (N=23) who were presently serving their sentence at the penitentiary hospital was gathered and analysed. In the second phase we singled out 50 individuals whose victims were their family members. Insight into their treatment and status was provided by their *guards* (commanders), clinical psychiatrists, social worker and the psychologist. The main aim of the research was descriptive: that is to describe sociopath profiles and treatment of those individuals. The descriptions were based on three dimensions of so-called sociological typology: 1. personal or anthropological; 2. pathological; and 3. status: family and institutional as experienced by our interviewees – respondents. Several methods of collecting and analysing data were used for the research purposes. That is content analyses, semi-structured interview and observation as a supporting point. The findings were analysed by statistical method and previously mentioned narrative analyses. Some of

the hypotheses such as significant emergence of family dysfunction, low family and institutional status, and finally, some criminological-clinical features of this population group were tested and demonstrated during the course of research. Still, the expectation that the mentally ill can be divided into groups by profile considering the description dimensions has not proved valid. The common personal, family and institutional characteristics are shared by the residents of the penitentiary hospital; therefore, there is no justification for them being separated. Yet, the attention should be drawn that among the mentally ill categories of perpetrators of two types of crime have been singled out: violent crime and crimes against property. Considering narratives by our 50 respondents we should say that they have confirmed a proposition about low status and degrading treatment: in hospital, family surrounding, society and marginalization as a consequence. Our understanding of family dysfunction influence to choices/decisions of the mentally ill was rather enhanced by their stories. Finally, the results have uncovered a number of contradictory practices in treatment of the mentally ill and a cluster of question regarding the ways of integrating the ill that are dangerous to society into the society and family.

Key words: insane, security measures, obligatory treatment and care, special hospital, socio-pathological profile, treatment, family, narrative

Scientific discipline: Sociology

Science field: Sociology of mental disorders, Sociology of social deviations - criminality

SADRŽAJ

UVOD.....	1
1. Od ludila do mentalnog poremećaja: transformacija termina i/ili njihovog sadržaja?.....	4
2. Shvatanja o porijeklu ludila: od antike do moderne psihijatrije.....	12
3. Ludilo i opasnost.....	17
3.1. <i>Od moralnog ludaka do sociopatske ličnosti</i>	<i>20</i>
3.2. <i>Uzroci homicidalnog ludila: o monomaniji, paranoji i shizofreniji.....</i>	<i>21</i>
3.3. <i>Opasnost i ludilo volje: manija i epilepsija.....</i>	<i>24</i>
3.4. <i>Opasnost od posrnutih.....</i>	<i>26</i>
4. Istraživanja o odnosu ludila i zločina	28
4.1. <i>Studije o neuračunljivima</i>	<i>33</i>
4.2. <i>Tipologije: uzaludna potraga ili opravdani napor?.....</i>	<i>42</i>
5. Postupanje sa opasnom lunaticima	45
5.1. <i>Zatvaranje opasnih u azile</i>	<i>46</i>
5.2. <i>Njegovanje opasnih.....</i>	<i>53</i>
5.2.1. <i>Tretiranje tijela.....</i>	<i>54</i>
5.2.2. <i>Moralni tretman</i>	<i>55</i>
5.2.3. <i>Tretman forenzičkih pacijenata u XX vijek.....</i>	<i>57</i>
5.2.3.1. <i>Individualna psihoterapija.....</i>	<i>59</i>
5.2.3.2. <i>Grupna psihoterapija.....</i>	<i>60</i>
5.2.3.3. <i>Okupaciona i rekreativna terapija.....</i>	<i>63</i>
5.2.3.4. <i>Terapijska zajednica.....</i>	<i>64</i>
5.3. <i>Evaluacija tretmana u forenzičkom miljeu.....</i>	<i>66</i>
6. Pravni tretman opasnih kriminalaca.....	70
6.1. <i>Razvoj mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u našem krivičnom zakonodavstvu.....</i>	<i>73</i>
6.2. <i>Kritički pogled na pravni tretman neuračunljivih</i>	<i>75</i>
7. Svijet osoblja: psihijatari i srednje medicinsko osoblje u specijalnoj bolnici ..	77
7.1. <i>Zadaci psihijatara u forenzičkom miljeu</i>	<i>77</i>
7.1.1. <i>Procjenjivanje nauračunljivosti</i>	<i>81</i>
7.1.2. <i>Procjene opasnog ponašanja u budućnosti.....</i>	<i>84</i>
7.1.3. <i>Otpust</i>	<i>90</i>
7.2. <i>Uloga srednjeg medicinskog osoblja: o odgovornosti i riziku u specijalnoj bolnici</i>	<i>95</i>
8. Studija o licima smještenim na liječenje i čuvanje u Specijalnu zatvorsku bolnicu u Beogradu.....	102
8.1. <i>Teorijski okvir istraživanja.....</i>	<i>102</i>
8.2. <i>Predmet istraživanja.....</i>	<i>106</i>
8.3. <i>Ciljevi istraživanja.</i>	<i>106</i>

8.4. Hipoteze	107
8.5. Tehnike i instrumenti istraživanja.....	109
8.6. Uzorak.	113
8.7. Tok i način istraživanja. Obrada podataka.....	114
8.8. Praktične teškoće u istraživanju	117
9. Rezultati istraživanja: kvantitativna analiza.....	120
9.1. Sociodemografska obilježja lica kojima su izrečene mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja	120
9.2. O porodici porijekla	124
9.2.1. Sociodemografske odlike porodica porijekla	124
9.2.2. Porodična dinamika	127
9.2.2.1. O braku roditelja	127
9.2.2.2. Emocionalni odnosi između roditelja i oboljelih ...	129
9.2.3. Mentalno zdravlje članova porodice	133
9.3. Klinička struktura lica kojima su izrečene mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja.....	134
9.3.1. O prethodnim iskustvima liječenja u psihijatriji i uspješnosti tretmana.....	137
9.3.2. O autodestruktivnosti oboljelih	140
9.4. Kriminološka struktura oboljelih	145
9.4.1. O odnosima između žrtava i oboljelih	146
9.4.2. Recidivizam oboljelih.....	150
9.5. Porodični položaj oboljelih: od prihvatanja do zaborava.....	154
9.6. Institucionalni položaj(i) oboljelih.....	164
9.6.1. Svakodnevice: šta nudi formalni sistem?.....	164
9.6.2. Resocijalizacija u spoljašnjoj sredini. Preduslovi za dobijanje privilegija.....	166
9.6.3. Institucionalni položaj oboljelih: iz perspektive čuvara	170
9.7. Prilog za tipologiju oboljelih.....	176
10. Analiza narativa.....	183
10.1. O životu prije dolaska u instituciju.....	184
10.1.1. O relacijama sa pozitivnim konotacijama.....	184
10.1.2. Priče o porodici	185
10.1.2.1. O braku roditelja.....	187
10.1.2.2. O porodičnim savezima i vaspitanju.....	190
10.1.2.3. O emocionalnim odnosima između roditelja i oboljelih.....	195
10.1.2.4. O komunikacionim obrascima u porodici porijekla....	196
10.1.3. O svome braku.....	201
10.1.4. O emotivnim vezama.....	209
10.1.5. Lične kompetencije.....	213
10.1.5.1. O školskom postignuću i druženju.....	214
10.1.5.2. Radni status(i): od karijere do invalidizacije.....	216
10.1.6. Lične tragedije.....	219
10.1.7. O nepravdama.....	222
10.1.8. O bolesti.....	228
10.2. Život u instituciji.....	232
10.2.1. Uslovi života u specijalnoj bolnici	232
10.2.2. Formalni sadržaji svakodnevica.....	238
10.2.2.1. O rekreativno - okupacionoj terapiji.....	238

10.2.2.2. <i>Grupna psihoterapija</i>	242
10.2.2.3. <i>O radnom angažovanju</i>	244
10.2.3. <i>O svakodnevici izvan formalnih okvira</i>	247
10.2.3.1. <i>O pravilima za život</i>	247
10.2.3.2. <i>O sukobima unutar zajednice oboljelih</i>	250
10.2.3.3. <i>O druženju</i>	254
10.2.4. <i>Tipični dan u specijalnoj bolnici</i>	257
10.2.5. <i>O sebi i drugima</i>	261
10.2.5.1. <i>Samopercepcija: ko sam ja i šta drugi misle o meni?</i>	261
10.2.5.2. <i>O podršci drugih</i>	266
10.2.5.3. <i>O žrtvama iz ugla naših sagovornika</i>	272
10.3. <i>Život poslije</i>	275
10.3.1. <i>O željama i planovima</i>	275
Zaključna razmatranja	278
 Literatura.....	 293
 PRILOZI.....	 308

Uvod

Nedavno javnost u Republici šokirala je vijest da je Lj. B. ubio 13 ljudi, među kojima i jedno dvogodišnje dijete. U medijima smo mogli pronaći informaciju o tome da je ovaj čovjek monstrum, stručnjaci različitih profila (psiholozi, psihijatri i kriminolozi) su dobili priliku da javno iznesu mišljenje o tome ko je bio i od čega je (ako je) bolovao ovaj čovjek, da dijele savjete o tome kako da sačuvamo mentalno zdravlje, a samo je jedan među njima ukazao da ovakve *javne prezentacije* doprinose porastu stigme prema mentalno oboljelima.

Ono što *se desilo* Lj. B. i njegovim žrtvama, dobar je uvod u temu kojom smo se bavili. I to iz nekoliko razloga. U prvom redu jer ukazuje na raširenu sliku kako među stručnjacima, tako i među laicima o tome kakvi su mentalno oboljeli: riječ je o opasnim i divljim ljudima. Između redova se može isčitati i poruka da ih je potrebno izdvojiti iz društva. S druge strane, priča o Lj. B. je bitna jer ilustruje još jedan važan segment našeg odnosa prema mentalno oboljelima koji su društveno opasni. O njima ne mislimo sve dok se ne desi kakav strašan zločin. I zaista za to nemamo ni razloga: trudimo se da ove ljude ne vidimo, time negiramo da uopšte postoje, a kada se pojave, sklanjamo ih na, za nas, sigurno mjesto (u azile).

Može se steći utisak da su prethodne konstatacije samo poziv na apstraktnu humanost bez mnogo stvarnog osnova. No, pokazaće se – na žalost – da one stoje na čvrstim temeljima i da „protok vremena i dinamična dešavanja u struci“ (forenzičkoj psihijatriji koja je najpozvanija da se bavi ovim pitanjem, prim. M. Lj.) (Kapamadžija, 1989: 11) nisu donijele novine na ovom polju. Od XIX vijeka kada je kategorija *opasnih lunatika* posebno prepoznata u novonastaloj disciplini psihijatriji (a zahvaljujući tome i u pravu osvojila poseban tretman) malo šta se promijenilo. Ovi ljudi su se našli na terenu između prava (jer nisu osuđenici, ali se postupanje sa njima skoro izjednačava) i psihijatrije, unutar koje uživaju poseban status po svoju okolinu opasnih lica (iz tog razloga ih se reforme, tako duboko izvršene na polju ove discipline, nisu ni dotakle). Za njih nismo osmislili politički korektne termine. Ove ljude i u nauci tretiramo na sličan način: ili ih zaboravljamo (na primjer, i pored toga što se sociolozi rado bave temama o različitim marginalizovanim grupama, o onima koji su opasni po društvo, ne govorimo) ili reprodukujemo ideje nastale stoljećima unazad, bez njihovog kritičkog preispitivanja. Konačno, nedostaje i jedan *pogled iznutra*, koji bi nam mogao dati odgovor na pitanje: *ko su i kako sebe vide ovi ljudi?*

Upravo ovim pitanjima: tretmana, društvenog položaja, opisa odlika ovih ljudi, iz stručne i lične perspektive, smo se bavili u ovom radu.

Pred nama je dakle stajao zadatak da, uvažavajući perspektive triju disciplina koje se bave međusobno neodvojivim pitanjima položaja i tretmana oboljelih opasnih po društvo: psihijatrije, prava i konačno, nama najbliže - sociologije, osvjetlimo predmet svog istraživanja. Taj zadatak nije bio lak, budući da interdisciplinarnost u pristupu izučavanju ovog problema po pravilu izostaje. Tako smo, u nedostatku stručne literature koja bi nas vodila na tom putu, odlučili da u prvom dijelu rada ponudimo neku vrstu teorijske interdisciplinarno rukovođene analize, koja nam je u krajnjem skoruu pružila holistički uvid u polje koje okružuje neuračunljivost.

Prvi korak na tom putu se sastojao u uporedno-istorijskom prikazu shvatanja o etiologiji (mentalnih) bolesti, i sa njom povezane opasnosti, te opisa (društvenog i pravnog) položaja i (pravnog i medicinskog) tretmana oboljelih opasnih po društvo. Zahvaljujući ovakvom, naizgled opširnom pristupu, pronašli smo da su ovi ljudi i zaboravljeni i izolovani, prvenstveno zbog poimanja o prirodi njihove opasnosti, te potrebe da se društvo od njih zaštiti, nezavisno od protoka vremena i uprkos (savremenoj, naročito u pravu ispoljenoj) opredjeljenosti za humaniji tretman. O tome na primjer svjedoče, kako izostanak politički korektnog označavanja ove kategorije mentalno oboljelih, tako i konačni ciljevi tretmana, koji se i pored deklarativne humanosti svode na izdvajanje i (što dugotrajnije) zatvaranje. O (institucionalnom) položaju oboljelih na posredan način govori i odjeljak koji smo, posudivši Gofmanovu (2011) frazu, nazvali *Svijet osoblja*. Tu smo pružili prikaz zadataka i uloga, te poteškoća sa kojima se u radu u specijalnim bolnicama susreću psihijatri i medicinsko osoblje srednjeg nivoa. Saznali smo da su uloge u koje su oni stavljeni, nesaglasne. Na primjer, od njih se očekuje da istovremeno budu i čuvari (društva) i njegovatelji i ljekari (oboljelih). Na širem planu posmatrano, uvid u svijet osoblja je učinio vidljivim proces koji se uslovno može nazvati nihilacijom. Riječ je o tome da se i prema ovom *svijetu*, kao i prema njihovim *štićenicima*, društvo ophodni na sličan način - sa priličnim nemarom.

Osnovni zaključci teorijske analize, koji u krajnjem skoruu govore o izdvajanju i skrajnutosti rezidenata specijalne bolnice, ponudili su nam koristan okvir unutar koje smo situirali i tumačili nalaze višemjesečnog istraživanja rađenog u Specijalnoj zatvorskoj bolnici u Beogradu, o kojima smo pisali u drugom dijelu rada. Analiza nalaza je tekla u dvije faze. Prva, kvantitativna je prethodila kvalitativnoj analizi.

Primarni cilj kvantitativne analize je bio da opišemo sociopatološke profile neuračunljivih lica kojima je izrečena mjera obaveznog liječenja i čuvanja. Egzaktnijim empirijskim pristupom smo nastojali da dođemo do razuđene tipologije. Iako nam je bilo jasno da bi za takav poduhvat bilo neophodno raspolagati detaljnijim podacima od onih koji su nam učinjeni dostupnim, težili smo – da na osnovu onoga do čega smo u istraživanju došli - utvrdimo takvu tipologiju specijalnih pacijenata koja je ne samo epistemološki značajna, nego i praktično primjenjiva. Budući da stojimo na stavu da je za potpuno sagledavanje istraživačkog problema kojim smo se bavili od posebnog značaja steći *pogled iznutra*, u drugoj fazi istraživanja smo pristupili narativnoj analizi priča naših sagovornika – ispitanika iz redova oboljelih i njihovih *čuvara*. Očekivali smo da nam ona pruži obogaćujući uvid u svijet specijalne bolnice i možda dovede u pitanje kako lične, tako i naučne *teze* o ovim ljudima.

Na kraju, smatramo da je važno da ukažemo i na lične razloge koji su nas opredjelili da za temu doktorske disertaciju izaberemo baš ovu. Prvi je profesionalni: u svom radu smo usmjereni ka tzv. socijalnoj patologiji koja obuhvata polje i mentalne bolesti i kriminaliteta. Takođe, privilegija da se u praksi bavimo sistemskom porodičnom terapijom, uputila nas je na to da izučimo uticaj porodičnog okruženja na nastanak simptomatskog ponašanja. Drugi razlog je želja da se pronikne u svijet zaboravljenih i napuštenih ljudi i učini napor da se njihov položaj poboljša.

1. Od ludaka do osobe sa mentalnim poremećajem: transformacija termina i/ili njihovog sadržaja?

Budući da je imenovanje prvi korak ka razumijevanju stvari (Semple, Smyth, 2010), odmah na početku ovog rada ukazaćemo na terminologiju kojom ćemo se služiti. Ovakvo terminološko uokviravanje nalažu kako naučni principi, tako i naše nastojanje da se ogradimo od mogućih kritika zbog upotrebe tzv. politički nekorektnog jezika. Odmah valja podvući da nismo išli za tim da se preko analize *imenovanja* bavimo *statusima* mentalno oboljelih¹, jer bi takav pristup bio isuviše opširan, i pri tom bi daleko premašio ciljeve našeg rada. Pa ipak, čak i naizgled površna analiza korišćene terminologije koja slijedi, nam je pruža plodan uvid u društveni položaj i tretman mentalno oboljelih. Iz fokusa smo izostavili laičku, disfemičku terminologiju jer je ova, sudeći po brojnim autorima (vidi: Stojnov, 2002, Kecmanović, 2008, i drugi), bez izuzetka opterećena predrasudama i mržnjom.

Kako stvari stoje kada je riječ o stručnoj javnosti? Prvo, ključno pitanje koje valja postaviti je *da li mentalna bolest objektivno postoji?*, a potom *da li ju je moguće/treba imenovati?* Konačno, da li terminološka transformacija, kakva je ona od lunatika do osobe sa mentalnim poremećajem, i upotreba politički korektnog govora suštinski utiče na promjenu društvenog statusa oboljelog? Ovo su neka od pitanja na koja smo pokušali dati odgovor. Pođimo redom.

Savremeno shvatanje mentalne bolesti ne može se razdvojiti od psihijatrije koja se u XIX vijeku počela razvijati kao posebna medicinska disciplina. Kao i ostale grane medicine, i psihijatrija je težila da se zaogrne Eskulapovim autoritetom: da razvije znanje i umijeće liječenja (mudrosnu dimenziju), da uskladi lične potrebe oboljelog (za zdravljem) sa potrebama društva (moralna dimenzija) i konačno da zaštititi, odbrani od smrtne opasnosti (harizmatska dimenzija) (Kecmanović, 2008). Za razliku od većine drugih medicinskih disciplina, psihijatrija nije bila na visini zadatka (isto, 2008). Naime, kada se upoređi sa tzv. somatskom medicinom, psihijatriji je i tada, kao uostalom i danas, manjkala sposobnost da pouzdano zna (od čega ko boluje i kako da ga liječi), da uskladi potrebe oboljelog sa zahtjevima društva (jer najčešće onaj kojeg smatramo psihički bolesnim, vjeruje da smo mi ljudi i da liječenje treba nama, a ne njemu) i da brani od smrti (koja u slučaju psihički oboljelih nije

¹ Smatra se da terminološko označavanje devijanta i devijantnosti samo po sebi ima značajnu sociološku težinu, jer može da ukaže na njihov društveni položaj i tretman (vidi: Marinković, 2006)

neposredna prijetnja). Ipak, psihijatrija je nastojala da se prikaže dostojnom medicinskom disciplinom. Da bi u tom poduhvatu uspjela, bilo je neophodno da izgradi teoriju, kategorijalni aparat i klasifikacije, koje će biti primjenjive u praksi (Horowitz, 2002). Prvi psihijatri su tako detaljno opisali fenomenologiju i klasifikovali simptome u sindrome, koristeći jezik izvjesnosti i medicinski koncept bolesti, kojemu je nedugo potom oduzet oreol objektivnosti (vidi: Vulfolk, 2005, Marinković, 2006). Ovaj model bolesti je zatim zamjenjen novim, koji je u središte stavio nesvjesno, ali je i njegov primat ukinut, zahvaljujući socijalnom konstruktivizmu i ideji da ludilo ne postoji izvan naših predstava.

Iz ove, ukratko opisane tranzicije dominantnih znanja (vidi: isto, 2006) o konceptu (mentalnog) poremećaja, može se zaključiti da se umijeće liječenja mijenja zavisno od dominantnih shvatanja o uzrocima bolesti, i da nije objektivno. Zapravo, najveći broj klasifikovanih poremećaja ne dozvoljava da se govori o uzrocima, toku, trajanju bolesti i tretmanu takvih stanja, jer nije uočena direktna povezanost između očitih simptoma i specifičnog oboljenja koje leži ispod njih. Sadler stoga u pitanje dovodi mogućnost psihijatrije da proizvede objektivna znanja, jer je ova grana medicine vrijednosno vođena (Houts, 2001). Konačno, kada se klasifikacije, dijagnostičke sheme, diskursi o bolesti izmjestе van referentnog okvira, prestaju biti validni, i moraju se zamijeniti drugim teorijama, adekvatnijim pojmovima i dijagnostičkim aparatom (Long, Zietkewitz, 2002).

Posebno, pitanje nekongruentnosti imenovanja i definicija do izražaja dolazi u oblasti forenzičke psihijatrije, na čijem polju se susreću psihijatrija i pravo. Na razlikovanju između psihijatrijskog i pravničkog poimanja bolesti, koje datira još iz XIX vijeka, insistira i Drakić (2007b). On ukazuje na nekompatibilnost zadataka koji su stavljeni pred psihijatre (da liječe) i pravnike (da se staraju o zaštiti društva). Konačno, ovaj autor prebacuje odgovornost za neiscrpnost (neobjektivnost?) klasifikacija na medicinare, podsjećajući na brojne probleme kada je u pitanju *nazivanje*, pa čak i sam koncept bolesti, oko kojeg nema saglasnosti (Ferejra i saradnici, 2011). To višestruko ugrožava poziciju pravnika, koji nisu stručni da odlučuju u pitanjima zdravlja i bolesti, ali to očigledno ne umiju ni psihijatri (vidi: Kecmanović, 2008). Naime, uz klasifikaciju duševnih bolesti koja se obilato koristi u sudskoj psihijatriji, a koju je ustanovio Kurt Schneider, danas na značaju dobija nov pristup. Tako se u krivične postupke na “mala vrata” (Drakić, 2007b: 16) uvodi međunarodna klasifikacija bolesti (ICD-10), koja se u suštini ne razlikuje od

klasifikacije koju koristi *Američko psihijatrijsko društvo* (DSM-IV). Iako je ta nova klasifikacija trebala uvesti objektivnost u kliničku psihijatriju, te uticati na smanjenje stereotipa naspram duševno poremećenih, tako što su odbačeni termini kakvi su: bolest i oboljenje, kao uostalom i strogo razlikovanje između neuroza i psihoza, nastupila je prava neprilika za pravnike! Naime, podjela mentalnih poremećaja je krajnje relativizirana, uz nabranje simptoma bolesti, koji su toliko opširni da se kose sa pravnim definicijama koje bi morale biti sažete i precizne. Drakić takođe podsjeća i na to da su, uz izuzetak Schneiderove, klasifikacije nastojale da bolest svedu na socijalnu ravan, kako bi bile prepoznatljive i među ne-psihijatrima. Jedna od takvih je i Raschova klasifikacija koja je uspostavljena za potrebe psihijatrijskog vještačenja. Ona bi trebala da da odgovor na pitanje: gdje leži biće oboljenja u odnosu na društvene okolnosti? U tu svrhu potrebno je procijeniti oboljelog na osnovu njegove sposobnosti za: rad, vođenje *uobičajenog* života, uspostavljanje socijalnih kontakata, konfliktnosti, stereotipnog ponašanja. Konačno, kada je riječ o zakonskom ili pravničkom pojmu bolesti, on bi morao da ponudi odgovor na pitanja: da li duševni poremećaj smanjuje ili isključuje sposobnost delinkventa da se smisleno ponaša? Na kraju Drakić konstatuje da se pravni pojam bolesti sadržinski ne razlikuje od medicinskog, iako se ova dva sistema koriste drugačijom, neusklađenom terminologijom.²

S druge strane, ukoliko se složimo da taksonomija ludila nije niti fiksirana niti objektivna, uvjerljivom se čini teza da je to način na koji se vježba (društvena) moć (Hook, Eagle, 2002). Naime, "diskursi o nenormalnom" (Marinković, 2006: 199), devijantnom, patološkom, mogu postojati jedino ukoliko se takvi oblici (konstrukcije) realnosti uoče i definišu unutar institucionalnih domena, na primjer, u okvirima zvaničnog dijagnostičkog sistema. Na taj način se vrši terapijska kontrola kako neka spoznaja, kakva je ona o sporednoj realnosti o kojoj često izvještavaju shizofrenici, ne bi ugrozila dominantne obrasce znanja i sveukupnog društvenog funkcionisanja. Nad oboljelima se sprovodi specifični, kompleksni oblik moći, uspostavljen u okviru institucija, procedura, analiza i refleksija, kalkulacija i taktika. Konačno, dominacija bilo kog oblika znanja, u ovom slučaju psihijatrijskog, za posljedicu ima isključivanje, stigmatizaciju i terapatizaciju, koje same po sebi jesu vid društvene kontrole.

² Drakić (2007b) ipak podvlači da pojam patološkog može sadržinski odrediti jedino psihijatrija.

Horowitz (2002) ovaj trend povezuje sa sveukupnom psihijatrizacijom društva, i naravno - novom terminologijom. Budući da je dijagnoza više način da se neko označi, nego da se objasni njegovo stanje, kao direktna posljedica nastupa depersonalizacija. To najbolje do izražaja dolazi kada se upotrebi termin *shizofrenik*. Naime, upotreba ovog termina može biti ponižavajuća, najznačajnija kategorija ličnog opisa, koja ignoriše status toga kao osobe. Stoga se Bowers (1998) zalaže za odbacivanje *označujuće* terminologije (duševno bolestan, shizofren, npr.) naglašavajući da unutar nje leže pogrešne pretpostavke i pretjerivanja koja riječi ponekad podstaknu. S druge strane, valja podsjetiti na premisu da naziv kojim imenujemo neko stanje značajno oblikuje (samo)sagledavanje njegovog nosioca. Upravo na ovoj pretpostavci, leži i potraga za politički korektnijim³ imenovanjem. Ovaj novi, politički korektniji jezik bi trebao da reflektuje i ojača socijalne promjene (Allan, BurrIDGE, 2006), jer bi drugačiji izrazi, eufemizmi morali da utiču na promjenu stava prema diskriminiranim grupama. Iako se ne negira da novi termini, kakav je “poremećaj⁴”, čije se korišćenje preporučuje od strane *Svjetske zdravstvene organizacije* (u daljem tekstu: SZO), neegzakti, vjeruje se da su korisniji od prethodno korišćenih: oboljenje ili bolest (Protić, 1992).

Halmari (2011) ovu terminološku transformaciju, odnosno rađanje politički korektnog psihijatrijskog govora smješta u devedesete godine XX vijeka, i naziva je *jezikom koji stavlja ljude na prvo mjesto* (“*people first*” language). Navodi da je takav jezik blag, indirektan, manje eksplicitan. Ovaj govor odlikuje ljubaznost i stil (podvukla M. Lj.), koji treba da utiče na razvoj društvene svijesti posredstvom koncipiranja univerzalnih uputstava za nediskriminacionu upotrebu jezika. Na primjer, tokom devedesetih je velik broj institucija usvojio primjenu *jezika kome su ljudi na prvom mjestu*, promjenivši ranije, diskriminatorne nazive. Takav jezik je uveden u obaveznu upotrebu u Teksasu na svim državnim univerzitetima, a APA⁵ je prihvatila preferirane fraze, jasno stavivši do znanja da one moraju zamijeniti stare, problematične (Tabela 1.) (isto, 2011). Ova organizacija tako jasno nalaže da na prvo mjesto uvijek treba staviti čovjeka, a ne njegovu smetnju, da ljude ne treba etiketirati

³ Politička korektnost označava senzitivnost na nesvjesno ispoljen rasizam i seksizam, kao i na druge vidove diskriminacije (Glumbić, 2005).

⁴ Sadržinski, poremećaj treba da označi postojanje klinički prepoznatljivog skupa simptoma ili ponašanja vezanih za duševnu patnju ili funkcije ličnosti (vidi: Protić, 1992).

⁵ American Psychiatric Association. Najveća psihijatrijska organizacija u svijetu, osnovana 1848. Broji oko 36000 članova. Smatra se da je APA glas i savjest moderne psihijatrije (vidi: <http://www.psychiatry.org/>).

pomoću njihovog invaliditeta, da se nipošto ne smije ukazivati na njihove slabosti, te da treba upotrebljavati emotivno neutralne, i izbjegavati uvrijedljive izraze.

Tabela 1. Politička korektnost: problematične i preferirane fraze u jeziku bolesti

PROBLEMATIČAN IZRAZ	NEDISKRIMINIŠUĆI IZRAZ
Invalid	Osoba sa invaliditetom
Mentalno oboljela osoba	Osoba sa mentalnom bolešću
Shizofreničar	Osoba koja ima shizofreniju
Epileptičar	Osoba koja ima epilepsiju
Ludaci, paranoičari	Osoba sa simptomom mentalne bolesti

Izvor: Halmari, 2011.

Takođe, navodi se da bi pri uvođenju novih termina trebalo voditi računa o sljedećem: da li je naziv dovoljno iscrpan, da li ga je moguće dosljedno upotrebljavati, da li olakšava komunikaciju, da li se njime postiže cilj kojemu se teži, te konačno, da li se tim imenovanjem na pozitivan način opisuje osoba ometena psihopatološkim procesom (Allan, Buridge, 2006). Tako humanistički orijentisani psiholozi, kao i antipshijatri predlažu da neprimjereni termin “bolest” bude zamjenjen novim: “problemi življenja ili štetna mentalna disfunkcija” (Dulović, 2011), koje je moguće definisati kao neminovne zastoje i teškoće koji nastaju usljed stalne čovjekove borbe sa pitanjem: *kako živjeti svoj život* (Kašiković, Vulinović, 2011)?

Pa ipak, nastojanje da se bude politički korektan, barem kada je područje psihijatrije u pitanju, ne prolazi bez kritičkog osvrta. Od devedesetih godina XX vijeka pa do danas, pitanje političke (ne)korektnosti je došlo u žižu akademskih rasprava u SAD-u, pri čemu protivnici *terminološkog puritanizma* vjeruju da je na djelu novi oblik kontrole uma, savremeni vid inkvizicije, neostaljinizma ili čak neomekartinizma (vidi: Halmari, 2011). Ozbiljne kritike apologetama političke korektnosti upućuju socijalni konstruktivisti. Smatraju da se u eufemizmima (ljubaznosti i stilu) krije jedan poseban vid socijalne kontrole koju nazivaju nihilacija (Marinković, 2006). Nihilacija nema pretenziju da liječi, kažnjava, azilira, već kao sredstvo kontrole upotrebljava ignorisanje, odbacivanje, neprimjećivanje odnosno terminološko reuokviravanje onih realnosti koje su teško socijalno prihvatljive. Tako se smatra politički nekorektnim govoriti o duševnom oboljenju. Umjesto toga se insistira na stavljanju osobe na prvo mjesto. Bolest je sada opisana u trećem licu, podložna upravljanju i konceptualizovana kao nepersonalizovani dio osobe (Ferejra i saradnici, 2011). Da li to čini (duševnu) bolest manje prisutnom, ili je način da se postojanje drugačijih, nama stranih realnosti učini prihvatljivijim? Složićemo se da na

takav način, poricanjem i skrivanjem: "... društvo najlakše toleriše osobe sa duševnim poremećajem" (Kecmanović, 2008: 57), jer ima razloga da se vjeruje da niti kritika niti jezička transformacija ne dovode do strukturalnih niti statusnih promjena ljudi sa smetnjama. Na kraju, nipošto ne treba zaboraviti da eufemizam jeste (i) jezik izbjegavanja, iza kojeg stoje strah i gađenje (Allan, Burrige, 2006, Burrige, 2006).

Neki predlažu i treći put u rješavanju pitanja politički (ne)korektnih imenovanja. Hopton (1994) se zalaže za prihvatanje one terminologije pomoću koje pripadnici (devijantnih) grupa opisuju sebe i svoja iskustva. Termin kojim bi se imenovali, trebali bi da odaberu sami nosioci nekog stanja (Glumbić, 2005). Na primjer, osobe koje su u invalidskim kolicima negiraju da su ometene (*disabled*), već tvrde da su sposobnije na drugačiji način (*differently abled*) (Halmari, 2011).

Kada je riječ o politički korektnom psihijatrijskom govoru, primjećeno je da se on brzo mijenja (Houts, 2001). Primarni razlog zbog kojega jedan eufemizam biva nakon kratkog vremena zamijenjen drugim, poželjnijim, leži u stidu koji uvijek okružuje imenovanu mentalnu bolest. Odatle, jedan izraz koji je ranije korišćen kao eufemizam, lako prerasta u disfemizam, koji se mora mijenjati zbog svoje uvrijedljive prirode. Na primjer, izraz latinskog porijekla *in-sanity*, izvorno označava ne-zdravlje, i to kako mentalno, tako i somatsko. Pa ipak, tokom vremena, njime se počelo opisivati mentalno stanje odnosno psihičko nezdravlje, da bi potom prerastao u krajnje nepoželjni disfemizam.

Konačno, debata koja je vođena oko političke korektnosti ima i značajne političke implikacije. Na politički nekorektnom govoru neistomišljenicima se naročito zamjera, a oni se pozivaju na odgovornost. Postoje i teze da se ovakva vrsta osporavanja koristi kao efikasna strategija da bi se skrenula pažnja sa daleko značajnijih tema (vidi: Marinković, 2006).

Kada su u pitanju tzv. forenzički pacijenti koji su u fokusu našeg interesovanja, o terminologiji kojom se opisuju imamo veoma malo podataka. Ovakav zaključak, doveden do krajnosti, može da posluži kao ilustracija teze da su oni, skrajnuti na sigurne društvene margine, predmet kako terapatizacije (koja ih liječi i zatvara na dovoljno dugo vremena, ne bi li društvo bilo sigurnije), tako i nihilacije. Potonja se ogleda u ignorisanju ove kategorije devijanata kako od psihijatarata, tako i od pravnika, pa i laika. Pravници i medicinari prebacuju odgovornost za (de)marginalizaciju ovih pacijenta jedni na druge, pozivajući se na neiscrpnost definicija bolesti i zdravlja i pripadajućih klasifikacija, odnosno na podređenost

medicinskih pravnim rješenjima, što rezultira prolongiranjem socijalne kontrole nad ovom kategorijom oboljelih. Podsjetimo i da su iz stalno aktualnih reformi u oblasti psihijatrije isključeni tzv. forenzički pacijenti. Konačno, čak i onda kada se predlažu promjene u sistemu izvršenja krivičnih sankcija⁶, korisnici usluga forenzičke psihijatrije ostaju van njih. Na primjer, iako se u našoj zemlji u bližoj budućnosti predviđa šira primjena alternativa zatvorskim sankcijama, osobe kojima su izrečene mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u strateškim dokumentima, nisu pomenute (*Strategija za specijalnu reintegraciju i prihvrat osuđenih lica, 2011*).

Na kraju, ni pokušaji da se ova grupacija delinkvenata opiše ljubaznim *jezikom i stilom* (pomoću eufemizama), nisu zaživjeli. Podsjetimo da je termin kriminalac - lunatik, koji je u Engleskoj korišćen od vremena ustoličenja prvih azila za ovu kategoriju oboljelih devijanata, pa sve do 1948. godine, kada je novim zakonskim aktom njegova upotreba zabranjena (Kaye, Fransey, 1998), zamjenjen ne manje stigmatizujućim terminom *neuračunljiv*. U Australiji se koristi naziv forenzički pacijenti, na Mauricijusu obezbjeđeni (*secure*), a u Južnoj Africi državni pacijenti (*state patients*) (Freeman i saradnici, 2005: 95).

Da bi se označila ova posebna kategorije delinkvenata, na prostoru bivše SFRJ su korišćeni različiti termini, od kojih navodimo samo neke: psihički abnormalni društveno opasni delinkventi, umobolni (Uglešić, 1966), slaboumni (vidi: Turčin i saradnici, 1964), opasni, neuračunljivi, te forenzički pacijenti (Lazarević, 1971, Kapamadžija, 1974, Kostić, 2002 i drugi). Već šezdesetih godina XX vijeka psihijatri su ukazali da ova imenovanja pravnička, a ne medicinska (vidi: Korbar, Turčin, 1966). Bili su mišljenja su da su ovi nazivi nekorisni i njima i pravnicima, jer su nedovoljno određeni. Predlagali su da se ovi termini zamjene novijim, modernijim, a sa njima su se složili i pravnici koji su smatrali da ovakva terminologija ne bi mogla izdržati kritiku psihijatrije (vidi: Uglešić, 1966, Turčin, Korbar, 1970).

Bilo kako bilo, svaki od navedenih termina govori o posebnom društvenom položaju oboljelih opasnih po društvo koji ih izdvaja od običnih zatvorenika (jer su posebno obezbjeđeni, opasni, državni pacijenti) s jedne, i drugih mentalno oboljelih (oni su i dalje abnormalni, duševno bolesni...) s druge strane. Valja kazati da su ipak učinjeni i neki koraci ka destigmatizaciji (ili možda daljoj nihilaciji). Njih je preduzela SZO koja predlaže da u upotrebi bude termin *neodgovoran/a usljed*

⁶ Neki (vidi: Bavcon, 1968) mjere bezbjednosti podvode pod krivične sankcije, ali se u tom pogledu ne slažu svi autori (vidi: Drakić, 2007a).

psihičke smetnje (not responsible due to mental disability ili NRDMD) jer se smatra da je ovaj termin manje stigmatizujući od sada korišćenog *neodgovoran usljed neuračunljivosti (not guilty by reason of insanity ili skraćeno NGRI)* (Freeman i saradnici, 2005).

Kada je riječ o našem radu, u njemu smo koristili svu raspoloživu paletu naziva pomoću kojih su bili imenovani, i kojima se još uvijek označavaju „neuračunljivi“. Razlog iz kojeg smo odlučili da ne budemo politički korektni leži u, za nas, krajnje upitnim dometima i funkciji novog, „ispravnog“ psihijatrijskog govora. Zapravo, vjerujemo da upotreba eufemizama suštinski ne mijenja društveni status oboljelih, već da služi da bi se prihvatljivijim učinili stari/novi načini društvene kontrole, kakva je terapeutizacija. Drugačije rečeno, vjerujemo da, iako danas ne govorimo o s uma sišavšima, već o osobama sa mentalnim problemom, i umjesto lanaca upotrebljavamo neuroleptike, to činimo s istim ciljem: staviti pod kontrolu. Valja kazati i da smo termine koje smo koristili da imenujemo oboljele koliko je bilo moguće vremenski locirali.

2. Shvatanja o porijeklu ludila: od antike do moderne psihijatrije

Pitanja koja okružuju prostor duševne bolesti i rđavog ponašanja su od davnina interesovala ljude. Ona se nisu ticala isključivo kauzalne veze između ova dva devijantna entiteta⁷, već su imala dugoročan uticaj i na promišljanje o etiologiji ovakve rđavosti, i na tretman ovih *krivaca*. O prirodi njihovih zločinštava ponešto možemo naslutiti oslanjajući se na mitsku prošlost starih naroda: Kineza, Indijaca, Egipćana, Grka, Rimljana i drugih. Na primjer, iz Eberskog papirusa saznajemo za poremećaje koncentracije i pažnje, i emocionalni stres srca i uma, koji će kasnije biti prepoznati kao histerija i melanholija (Porter, 2002). Drevni Indijci su u spisu *Charaka Samhita*, napisanom oko 600 godine prije nove ere opisali depresiju, pa čak i različite tipove ličnosti. Smatrali su da za pad u ludilo odgovornost snosi sam oboljeli, jer ono nastaje zbog nemoralnosti (nepoštovanja bogova, učitelja) ili pak usljed neadekvatne ishrane, šoka zbog velike radosti ili straha istog intenziteta (isto, 2002).

Stari Grci su porijeklo ludila objašnjavali pozivajući se na poetski i medicinski model (Wallace, Grach, 2008). Sudeći po prvom, ludilo je stanje izazvano božjom intervencijom. Medicinski model usvaja ideju o hijerarhiji organa i njihovom (dis)balansu. Po ovom modelu, disbalans u tijelu može izazivati pijenje vina, ali i snažne emocije: bijes, mržnja, ljubav, želja, radost, zadovoljstvo, bol i indignacija. Hipokrat je na primjer vjerovao da je ludilo posljedica neravnoteže jedne od četiri osnovne tjelesne tečnosti u organizmu: crne i žute žuči, sluzi i krvi, a sudeći po Aristotelu, ono biva izazvano nerazvijenošću duše, pa su odatle *ludi* bez izuzetka nerazumni (vidi: Finzen, Hoffman-Richter, 1999).

I Arabljeni su, kao i Rimljani prije njih, u značajnoj mjeri prihvatili ideje starih Grka o uzrocima, i konačno tretiranju ludila. Na primjer, navodi se da se u arabljanskim tekstovima mogu pronaći rasprave o melanholiji, maniji i različitim fenomenima, kakve su halucinacije i iluzije (vidi: Porter, 2002). Al Balkhi tako opisuje strah i bijes, anksioznost i agresivnost, tugu, depresiju, pa čak i opsesivnost. Al Razi smatra da uzroci ludila leže u psihološkim, moralnim ili religijskim problemima duha, a Ibn Sina sve mentalne poremećaje (a opisao je mnoge: insomniju, vertigo, halucinacije, melanholiju i maniju) pripisuje bolesti mozga.

⁷ Ili, kako to lijepo primjećuje De Young (2010) dva vida društvene nekorisnosti.

U srednjovjekovnoj Evropi, kako primjećuje Porter (2002) ovakva manje-više racionalna objašnjenja porijekla ludila, nisu bila prihvaćena. Naime, napuštena je ideja da je čovjek biće razuma. Umjesto toga, sve ono što je okruživalo i uticalo na njega, je pripisivano transcendentnom. Ludilo je bilo okruženo pitanjem moralnosti: viđeno i kao kazna za učinjeni grijeh, i kao test vjere i karaktera (Minoa, 2008). Tako bitku Svetog Duha i đavola oko (posjedovanja) duše nekog čovjeka dokazuje: očajavanje, bol, kao i drugi znaci koji ukazuju na poremećaj uma, kakve su halucinacije. Vjerovalo se da su potonje nesumnjivi proizvod djelovanja: "... paklenih sila, koje navode čoveka na grehove. Otuda pak dolazi i žalosni fakt da su mnogi takvi bolesnici mučeni i spaljivani" (Danić, Cvijetić, 1895: 9).

Neki tvrde (vidi: Kroll, Bachrach, 1984) da je u srednjem vijeku, pored natprirodnog objašnjenja, njegovana i teorija o tjelesnim sokovima, te da ovi koncepti nisu bili međusobno isključujući. Zapravo, Kroll i Bachrach (1984) ističu da se uglavnom, i bez opravdane osnove, smatra da je u srednjem vijeku dominirao tzv. transcendentalni stav o porijeklu ludila. Da ovakva teza nije održiva, dokazali su analizirajući opise mentalnih poremećaja (ludila, opsjednutosti, alkoholizma, epilepsije i njihovih kombinacija) u prekrstaškim hronikama i životima svetaca, u kojima se grijeh kao uzrok mentalne bolesti pominje u samo devet od ukupno 57 analiziranih opisa. Čini se da su srednjovjekovni autori bili upoznati i sa drugačijim uzorcima mentalne bolesti: disbalansom tečnosti, gojaznošću, uzimanjem alkohola, pretjeranim radom i velikom tugom.

U XVIII vijeku će sa rađanjem tzv. azilijumske medicine, uzroci duševnih bolesti biti zaogrnuti u novo ruho. Sve veću pažnju zaokuplja čovjekovo tijelo, o čijem će etiološkom značaju u nastanku duševne bolesti naročito progovoriti psihijatrija – disciplina rođena samo jedan vijek kasnije (Jaspers, 1990). U XIX stoljeću psihijatrija osvaja oreol naučnosti, zahvaljujući tome što se služila naučnim operativnim aparatom: posmatranjem i/ili eksperimentom, ne bi li pronašla dokaz o postojanju bolesti, uzročniku iste, liječenju i prevenciji. Tada je bilo rašireno učenje da se svaka bolest, uključujući i duševnu, da prepoznati po nekom fizičkom simptomu. Etiologija ludila je povezivana sa nekim od oboljenja mozga (Porter, 2002), a umni ljudi toga doba su se prihvatili istraživanja moždane patologije ne bi li otkrili preciznu lokaciju bolesti u korteksu (vidi: Mayo, 1847, Mayo, 1850).

U drugoj polovini XIX vijeka naročitu je popularnost dobila teorija o degeneraciji i hereditetu⁸ (Wetzell, 2000). Morel, čije je učenje uticalo i na utemeljenje i razvoj kriminalne antropologije, je tako tvrdio da se morbidni hereditet prenosi sa koljena na koljeno. Degeneracija se pogoršava sa svakom generacijom: prva je samo nervozna, druga je već neurotična, treća psihotična, a u posljednjoj se rađaju imbecili i konačno, čitava porodica nestaje (Pick, 1989).

Valja podvući da su ovakve ideje bile bliske i našim umnim glavama u XIX vijeku. Na primjer Vasić (1893: 106), jedan od prvih sudskih psihijatar, vjeruje da se: „... uzrok u polovini slučajeva duševne bolesti, epilepsije, epileptičnog ludila, umne ograničenosti, od polublesavosti, do pravog kretenizma, krije u degeneraciji porodica. Druga polovina duševnih bolesti je posledica uboja po glavi i otrova”, od kojih na prvo mjesto dolazi alkohol.

Tek je pred kraj XIX vijeka etiologija duševnih poremećaja izmještena iz sfere vidljive degeneracije. Naime, otkriveno je polje nesvjesnog zahvaljujući naporima u eksperimentalnom liječenju histerije pomoću hipnoze (Dowbinggin, 1991). Na primjer, veliki njemački psihijatar Griesinger je smatrao je u osnovi mentalnog poremećaja cerebralna iritacija, koja vodi ka degeneraciji mozga i dezintegraciji ega kakva postoji kod demencije (ludila) (Porter, 2002). Konačno, krajnje pesimistično, vjerovao je da mentalne bolesti mogu jedino progredirati: one se pogoršavaju krećući iz depresije ka poremećenijim stanjima uz povremene lucidne intervale u kojima je poremećaj *prigušen* (Berrios, 1996).

Ipak, taj široko prihvaćeni stav o neizlječivosti ludila su u pitanje doveli zagovornici moralnog tretmana i to na osnovu nalaza kliničkih opservacija (De Young, 2010). Zahvaljujući njima, raširen je optimizam, kada je u pitanju liječenje mentalne bolesti. Sa te strane je podržana i humanizacija tretmana, naročito kriminalaca-lunatika (Drakić, 2007a).

Dvadeseti vijek je obilježilo mnoštvo različitih koncepcija o uzrocima mentalnih poremećaja, a posljedično i *imenovanja* bolesti, o kojima je već bilo riječi. Kako primjećuje Mikenik (2005), danas se insistira na tzv. medicinskom modelu, sudeći po kojemu je mentalna bolest disfunkcija koja se može empirijski dokazati.

Nama je ipak bliži stav da u slučaju mentalnih poremećaja ovaj model nije primjenjiv (vidi: Vulfolk, 2005, Vejkfild, 2005). Zapravo, zahvaljujući kritikama

⁸ Hereditet označava nasljeđe, nasljednost. Hereditarno opterećenje je nasljeđena sklonost ka bolesti ili slabosti (Vujaklija, 1964: 1045).

upućenim na račun ovog koncepta, sve veću važnost dobijaju sociološke koncepcije, sudeći po kojima mentalni poremećaj predstavlja socijalno definisan događaj (vidi: Kecmanović, 1978, Marinković, 2006, Saz, 2008).

U ove, sociološke koncepcije o mentalnom poremećaju Opalić (2009) svrstava sljedeće: 1. teoriju anomalije, po kojoj duševni poremećaj nastaje kao posljedica sasvim određenog načina prilagođavanja pojedinca na društvene uslove; 2. teoriju uloga, koja polazi od teze da duševna bolest ima svoju društvenu ulogu, i cilja na razdvajanje ovog, od drugih vidova devijantnog ponašanja; 3. teoriju etiketiranja, koja nastanak mentalnog poremećaja povezuje sa prihvatanjem nametnute uloge bolesnika i svega onog što ova uloga nosi; 4. model karijere psihički oboljelog, kao “fatalne karijere” koja se gradi zahvaljujući nizu socijalnih diskvalifikacija počev od dijagnoze do upitne rehabilitacije oboljelog; 5. etnometodologiju, po kojoj duševna bolest nastaje u procesu socijalne interakcije oboljelog i značajnih drugih iz njegove okoline zahvaljujući jezičkoj konstrukciji; i konačno, 6. antispishijatriju, koja negira postojanje duševne bolesti kao takve. Na ovom mjestu valja podsjetiti i na sistemsku porodičnu teoriju i terapiju, koja se počinje razvijati 50-tih godina XX vijeka. Iako se ne mogu sporiti njeni psihoanalitički korijeni (vidi: Milojković, Srna, Mićović, 1997), ova teorija i terapija nije usmjerena na pojedinca, već na interpersonalno, relaciono. Milje u kome se posmatraju relacije je dovoljno širok da se u njega smjesti i društveni i porodični uticaj na ponašanje. Konačno, ovakav pristup nudi i posebnu terminologiju, koja depatologizira oboljelog (identifikovani pacijent ili nosilac simptoma) i delegira odgovornost za simptomatsko ponašanje (tj. bolest) i na sve članove porodice i na samo društvo.

Vagajući prednosti i nedostatke navedenih koncepata bolesti, Fulford (2005: 71) se zalaže za prihvatanje tzv. uravnoteženog modela “koji pokriva celo polje” prirodnih i društvenih nauka. Ovaj model bi obuhvatio i vrijednosti koje uključuju doživljaj bolesti i nesposobnost, i činjenice o uzrocima i liječenju bolesti, kao i one o poremećaju funkcije.

Iz svega navedenog jasno je da danas, za razliku od ranijih vijekova, nema jasne koncepcije o uzrocima mentalnih poremećaja (vidi: Tarner, 2005, De Maio, 2010). Ono što je, po našem mišljenju ostalo isto, i pored sve prisutnije deklarativne odlučnosti u borbi protiv izolacije i/ili institucionalizacije, jeste ograđivanje društva od mentalno oboljelih. Razlozi se bez sumnje, nisu promjenili. I danas se, kao i prije toliko vijekova, kako će pokazati istorijsko-uporedna analiza shvatanja odnosa

između ludila i opasnosti koja slijedi, mentalno oboljeli smatraju za nepredvidive i opasne.

3. Ludilo i opasnost

Jasno je da je prostor ludila (Fuko, 1980) uvijek zauzimao važno mjesto u svim ljudskim društvima. I priželjkivano (kada je u ruhu božanskog) i odbacivano (kada je plod đavolje pobjede), uglavnom strogo tretirano, ludilo je plašilo kako naše drevne pretke, tako i nas. I nadalje, najviše brine njegov nasilni, nepredvidivi potencijal.

Naime, od davnina je postojalo uvjerenje da su s uma sišavši opasni (vidi: Pinatel, 1964), iako je dopušтана mogućnost da neki od njih budu i drugačiji (Colaizzi, 1989). Odatle su ulagani naponi da se, u praktične svrhe prepoznaju i od potonjih odvoje opasni. Taj teret je pao na pleća medicinske profesije, a u XIX vijeku u odgovornost psihijataru, čija su znanja sve do sredine tog vijeka bila isključivo šegrtska, a nipošto teorijska (vidi: Mayo, 1934, Morrison, 1848).

Na naučno zasnivanje i razvoj psihijatrije snažan uticaj je imalo gotovo simultano osnivanje azila za mentalno oboljele u evropskim zemljama u prvim decenijama XIX vijeka. Ove institucije su kao i danas, imale ispuniti medicinske, društvene i naučne potrebe: da se ljekari bore sa bolešću, da štite od s uma sišavših, i konačno - da istražuju. U nekim zemljama ljekarima je nametnuta obaveza da dokumentuju kliničke promjene kod oboljelog, što je otvorilo mogućnost da se razviju ne samo različite psihijatrijske škole, i utemelji kriminalna antropologija, već i da se napravi baza za semantičku promjenu u odnosu na ludilo (Berrios, 1996). Ovakvi značajni pomaci u psihijatrijskom saznanju su bili neposredno podstaknuti jednim praktičnim pitanjem koje je postavljano medicinarima: da li su *ludi* opasni (vidi: Colaizzi, 1989). Odgovor na njega je zahtjevaio i (drugačiji) adekvatan operacionalni aparat: klasifikaciju mentalnih poremećaja i postavljanje diferencijalnih dijagnoza (vidi: Monahan, 1977, Berrios, 1996, Mizuno, 2010).

S druge strane, ne treba zaboraviti da je rast i razvoj naučnih saznanja uticao na uslove života u tadašnjim društvima, a naročito na potrebu da se ona zaštite. Na primjer, dovoljno je podsjetiti da je, ako izuzmemo svijetle tačke ljudskog napretka u svakom smislu, otkriće statistike još ranije ukazalo na poražavajući porast patoloških činjenica, a naročito kriminaliteta i ludila. O razradi ideje o nužnoj međupovezanosti ova dva patološka entiteta zanimljiv stav iznosi Wetzell (2000). Navodi primjer

prakse koju savremeni autori prepoznaju kao transzvatvaranje⁹, a koja je dugo vremena opstala u Njemačkoj. Naime, u ovoj zemlji su tokom XIX u azile za s uma sišavše, slali ne samo lude i neuračunljive, već i zločince čije je ludilo nastupilo u zatvoru. Ova praksa je za rezultat imala enorman, i shodno tome, zabrinjavajuć porasta broja *ludih* u azilima od kojih su samo neki bili kriminalci. Nezavisno od toga, statistika nije međusobno razlikovala zločince od onih koji to nisu, pa je to otvorilo nove istraživačke teze, koje je valjalo dokazati: da li su *ludi* skloni zločinu i/ili su zločinci duševno bolesni? Konačno, u takvim uslovima nastala je i potreba za kliničkom kriminologijom: disciplinom čiji su naučni nalazi imali i praktične implikacije na krivičnu pravdu gotovo svih evropskih zemalja, naročito kada je riječ o duševno oboljelima (vidi: Arrigio, 2002, De Young, 2010). U okrilju ove discipline tražena je ne samo etiologija zločina, već je naučnim putem potvrđeno postojanje sasvim jasnih tipova zločinaca (Berrios, 1996). Pojam bolesti je toliko proširen da se svako stanje moglo psihijatrizirati, uključujući i zločin (vidi: Greig, 2002, Drakić, 2007a). Smatralo se da se na duševno oboljele kriminalce kažnjavanje ne može djelovati preventivno, već ono pogoršava stanje njihove ličnosti (Pinatel, 1964). Odatle se umjesto na kažnjavanju, insistiralo na njihovom čuvanju i liječenju. Zapravo, stiče se utisak da u osnovi logike na kojoj počivaju ove premise, stoji “(neodređena) ideja medicinske prevencije” (Kostić, 2002: 93) koja je trebala redukovati opasno stanje mentalno oboljelog zločinca.

Ali šta opasno stanje zaista jeste? Prvi korak u definisanju ovog pojma je načinio Garofalo. On je 1878. upotrebio pojam kriminalna sposobnost ili temibilitet koji označava postojanu i aktivnu izopačenost prestupnika i količinu zla koja nam može biti nanesena od njega¹⁰ (Pinatel, 1964). Nedugo potom, ovoj negativnoj definiciji Garofalo je dodao i pozitivno-konstruktivnu (preventivnu) stranu. Naime, zahtjevao je da se za svakog prestupnika ponaosob odredi, u skladu sa njegovom prirodom i stepenom izopačenosti, kao i stepenom društvenosti koji posjeduje, neka vrsta kočnice koja će njegovu opasnost zauzdati. Smatrao je da opasno stanje može uzeti dva oblika: hronični i imanentni. Za razliku od prvog, koje je čvrsto i postojano,

⁹ Po definiciji transzvatvaranje (*transcarceration*) predstavlja prostorno *razmještanje* mentalno poremećenih između krivično-pravnog i sistema zdravstvene zaštite (Arrigio, 2002).

¹⁰ Opasnost se i danas definiše na sličan način. Ona je viđena kao “mogućnost ili verovatnoća da će neka osoba ponovno učiniti ista ili neka druga dela zbog psihičkog poremećaja, odnosno u stanju neuračunljivosti ili bitno smanjene uračunljivosti” (Kostić, 2002: 93).

imanentno opasno stanje predstavlja „odsudnu etapu zločinačkog puta“ (isto, 1964: 83) koja prethodni neposrednom prelasku na dijelo.

Psihijatrija je bez svake sumnje imala ključnu ulogu u oblačenju opasnosti u pravničko ruho (Drakić, 2007a). Na primjer, Benjamin Rush je, smatrajući da ubice i kradljivci pate od poremećaja volje, isticao da ih medicina mora spasiti od zakona (Colaizy, 1989: 18). Slično mišljenje je djelio i Kraepelin, predlažući da se umjesto vremenske kazne, opasni lunatici liječe u zavodima neodređen period vremena (Wetzell, 2000). I Isack Ray se u to doba založio da se pri suđenju za *nedjela* na umu mora imati da bi nepravdano bilo da se standardi razuma primjene na one koji su nerazumni tj. ljudi, jer oni ne mogu shvatiti pravi cilj kazne (Berrios, 1994).

I Pinel, kome pada u zaslugu zasnivanje psihijatrije, stoji na stavu da je opasnost (nepredvidivost) jedna od ključnih odlika ludila (Colaizy, 1989). Ipak, nije bio isključiv kada je riječ o ovom pitanju: potencijalna opasnost ne prijete kod svih, već samo kod nekih tipova ludila. Među takve, on je svrstavao melanholijsku, odnosno oštećenje intelekta, pri kojem se mozak bavi isključivo jednom idejom, koja se može ticati uništenja sebe ili drugih. Najopasnija je, sudeći po njemu manija bez delirijuma. Za razliku od ostalih, maničari se čine umno zdravima, zbog čega su daleko opasniji.

Docnije će, kada se desi pomak od tzv. statične ka dinamičnoj neurofiziologiji, zahvaljujući Griesungerovim i Meynertovim idejama o hijerarhijskoj strukturi mozga i o (ne)svjesnom, biti prihvaćen stav da su svi mentalno oboljeli opasni (Colaizy, 1989). Posebna uloga u tome je pripala Henry Maudsleyu koji je smatrao da je opasnost prije pitanje disfunkcije, nego forme bolesti. Drugim riječima: svi oblici ludila mogu oboljelog učiniti opasnim.

Na pitanje: da li su mentalno oboljeli ujedno i opasni, ni danas sa sigurnošću ne možemo dati odgovor. Pokazaće se da neka shvatanja o *opasnim lunaticima* i dalje stoje, nezavisno od protoka vremena, dok su neka neprepoznata u savremenim diskursima zahvaljujući promjeni koncepcija o nastanku bolesti i na njima zasnovanim dijagnostičnim shemama (Kapamadžija, 1989). Danas se u polju psihijatrije koristi mnoštvo izraza, naziva i dijagnoza koje se suštinski ne razlikuju, ali ih nije moguće međusobno sravniti. Colaizzi (1989) je na primjer uočila da dijagnostičke kategorije zasnovane na Prichardovoj podjeli ludila na: intelektualno, emotivno i ludilo volje, ostaju suštinski nepromjenjene, iako preimenovane, od početka XIX pa sve do sredine 80-tih prošlog vijeka. Tako se danas umjesto moralnog ludaka govori o psihopati i intelektualno ometenom, iza monomanije stoji

intelektualno ludilo, odnosno pospartalna psihoza, paranoja i shizofrenija, ludilo volje izazivaju manija i epilepsija, a posebna pažnja se, kada je riječ o opasnost, i dalje (uz neke izuzetke) pridaje moralno posrnulima.

Kako bismo izbjegli ovakav vid konfuzije, a sa namjerom da damo kratak historijski, etiološki i klinički prikaz najčešće pominjanih „opasnih” psihijatrijskih stanja, pošli smo od modela psihijatrijskih entiteta koji sačinjavaju fenomen homicidalnog (ubilačkog) ludila (Colaizzi, 1989). Ova longitudinalna shema je dozvolila je da unutar nje smjestimo različita shvatanja o uzrocima opasnog ponašanja *ludih*, kao i da ukratko ukažemo na istraživanja koja su se ovom problematikom bavila kroz bezmalo dva i po vijeka. Pođimo redom.

3.1. Od moralnog ludaka do sociopatske ličnosti

U XIX vijeku je sa zločinom, koji je najčešće bio percipiran kao bolest (ili posljedica iste), ruku pod ruku išlo i pitanje (ne)moralna. Ova je veza imenovana kao: moralno ludilo, moralna imbecilnost, moralna defektnost, manija bez delirijuma ili psihopatska inferiornost, između ostalih. Zapravo, neki smatraju (Henderson, 1947) da svi ovi termini manje-više obuhvataju stanje koje se donedavno nazivalo psihopatija, odnosno poremećaj ličnosti, dok drugi (Weitzel, 2000) ne dijele takvo mišljenje. Unutar grupe moralno defektnih smještaju i idiote i imbecile, smatrajući ih za naročito opasne zbog odsustva, slabosti ili pervertiranosti morala (Berrios, 1996).

Bilo kako bilo, u XIX vijeku se vjerovalo da moralno ludilo dovodi do homicidalne monomanije. Ovaj koncept je u medicinskim krugovima postao predmet osporavanja 50-tih godina XIX vijeka, iako je i dalje van medicinske struke rado prihvaćan od strane - advokata odbrane.¹¹ Jedan od najznačajnijih oponenta moralnog ludila je bio John Purdue Gray, koji je vjerovao da su moralno ludilo i homicidalna monomanija samo opravdanja za ubistvo! Neuračunljivost, po njemu može nastati jedino ukoliko postoji neka fizička bolest koja oštećuje mozak (Porter, 2002).

Zapravo, i danas je prisutan stav da se moralno ludilo (čitaj: psihopatija) nalazi na granici duševnog zdravlja i bolesti (Milovanović, 1926, Krainski, 1934), i da ne ispunjava uslov za neuračunljivost, osim za smanjenu, u nekim slučajevima. Iako su

¹¹ Kako je šaljivo primjetio John Ordranax, jedan od najznačajnijih medicinskih vještaka tog doba, i sam đavo se preobratio u prostog moralnog lunatika (Colaizzi, 1989: 50).

socijalno neprilagođeni, nepodobni i za sebe i za druge, za život uopšte, jednostrani, nestalni, lijeni, preosjetljivi, nestrpljivi, neistrajni, bez samovladanja, neuravnoteženi u mišljenju i djelovanju (Vasić, 1893), a k tome i nemoralni (Krainski, 1934), kod psihopata sposobnost shvatanja vlastitog djela teško da ikada dolazi u pitanje (Kapamadžija, 1974). Odatle je, bez obzira da li je riječ o pretežno agresivnom, iz čijih redova se regrutuje zavidan broj kriminalaca (vidi: Kolarević, 2012), pasivnom tipu, među kojima je moguće naći svijet sklon laganju, prevarama, ili individualizmu, ili pak onima kod kojih je kreativnost na visokom nivou zbog povećane psihičke energije, bespredmetno raspravljati po pitanju njihove neuračunljivosti.

Konačno, kada je riječ o drugoj kategoriji *moralnih ludaka* (mentalno ometenima), valja podsjetiti da je sve donedavno je važio stav da ih se treba plašiti zbog njihovog nepredvidivog i nekontrolisanog ponašanja (Meyo, 1854). Vjerovalo se da „sudske probleme” (Hajduković, 1981: 107) najčešće izazivaju upravo oni, i to zahvaljujući povećanoj sugestibilnosti, želji za isticanjem i važenjem. Tako su (vidi: Hajduković, Janković, 1971, Prins, 1980 i drugi) među lako mentalno ometenima najčešće pronalazeni kradljivci, palikuće i silovatelji, ali postoje i oni autori (vidi: Kapamadžija, 1989) koji tvrde da osobe koje su ometene mogu izvršiti bilo koje krivično djelo. Neki (Kapamadžija, 1974) u duhu pravog neolombrozijanstva, čiji su najeminentniji propagatori Godard, Dugal i Healy ističu da bi, kada ne bi bilo debila (i psihopata) zatvori opustjeli, a kriminolozi i kriminalisti ostali bez posla. Danas je, na sreću, takvo mišljenje donekle korigovano (vidi: Cooper i saradnici, 2008).

3.2. Uzroci homicidalnog ludila: o monomaniji, paranoji i shizofreniji

Kada je sredinom XIX vijeka ideja o moralnom ludilu postala predmet kritike, prihvaćen je koncept o neuračunljivosti čije je izvorište ne u razumu, već u emocijama/sklonosti. Ovakvo stanje Pinel i Esquirol nazivaju manija bez delirijuma, razlikujući njena tri subtipa: intelektualnu (paranoja), afektivnu¹² i instinktivnu¹³, dok američki savremenici ove dvojice francuskih velikana upotrebljavaju termin homicidalni impuls (vidi: Maschi, Barkley, Wark, 2009). Pod uticajem ovakvog impulsa lunatik ima potrebu da nekog ubije, a u isto vrijeme shvata da je to i nemoralno i strašno.

¹² U slučaju koje su afekti pervertirani, a razum očuvan (Maschi, Barkley, Wark, 2009).

¹³ Volja je očuvana, ali razum i emocije ne mogu kontrolisati ponašanje (isto, 2009).

Tokom osamdesetih godina XIX vijeka koncept o intelektualnom ludilu je doživio značajne promjene u teorijskom smislu. Ideja da lunatik pod uticajem deluzija i halucinacija komandnog tipa može biti potencijalno opasan dobila je na težini. Neki od ljekara su *pogrešnom mišljenju* davali dijagnostički prioritet, dok su se drugi zalagali za stav da neuračunljivost može nastati i bez deluzija. Ipak, krajem XIX vijeka homicidalni impuls je dobio mjesto simptoma bolesti (ne više bolesti same), da bi potom početkom XX bio shvaćen kao *opasno ludilo*.

Jedna od najranije imenovanih formi intelektualnog ludila je bila *manija puerperalis*. Od ovog ludila mogu se razboljeti isključivo žene, i to u periodu neposredno prije, za vrijeme ili poslije porođaja. Odatle je ova manija često nazivana i mliječna groznica (Jamieson, Moenssens, 2011), da bi početkom XX vijeka ovaj poremećaj bio prepoznat pod novim imenom: postpartalna psihoza (vidi: Kunst, Reed, 1999).

Druga forma intelektualnog ludila: paranoja, je bila poznata još od vremena Hipokrata. Ovaj poremećaj suštinski određuje postojanje persekutivnih iluzija koje su uklopljene u logičan sistem. Porijeklo paranoje je u XIX vijeku od strane nekih autora (na primjer Krafft-Ebinga) pripisivano emocionalnoj uznemirenosti, ali je bio raširen i stav da ona nastaje kao degenerativna bolest, u kojoj ključnu ulogu igra hereditet (vidi: Burr, 1907). Ipak, ona se ne nasljeđuje direktno, već u porodici uvijek postoji loše naslijeđe, kao i neka forma ludila, epilepsije, ekscentričnosti, pseudogenijalnosti, histerije ili pak kriminaliteta. Kada je početkom XX vijeka na značaju dobila dinamička psihijatrija, te pokret mentalne higijene, medicinske kriminologije i eugenike, posebno mjesto, kada je riječ o neuračunljivosti, je dato upravo paranoičnima. Opšti stav je bio da su od svih najopasniji oni koji djeluju pod uticajem bolesnih sistematizovanih deluzija: drugim riječima paranoidni (vidi: Subotić, 1900). Milovanović (1926: 254) je tako isticao da „paranoici predstavljaju opštu opasnost po okolinu zbog preduzimanja samopomoći i uobražene nužne odbrane”.

Takođe, učinjeni su značajni naponi kako bi se klasifikovale različite forme paranoje. Napravljena je razlika između: sumanutosti proganjanja (*paranoia persecutoria*), paranoje parničenja (*paranoia querulans*), sumanutosti pronalazaštva ili veličine i *paranoiae erotice*, a dinamički orijentisni psihijatri su išli za tim da odrede i stadijume njenog razvoja sa ciljem da utvrde u kojoj fazi oboljeli postaju opasni (Krajski, 1934). Neki su tvrdili da opasnost od paranoičnih slijedi u kasnoj

drugoj (na primjer, Meyer), a ostali da je oboljeli potencijalno opasan u bilo kojem stadijumu bolesti. To je u svojoj studiji pokazao i Bowers (1917, po: Colaizzi, 1989), ukazavši istovremeno da je paranoični, uz intelektualno ometene, najopasniji od svih mentalno oboljelih. Colaizzi (1989) zaključuje da je mišljenje po kojemu je paranoja posebno opasna, opstalo do danas, uz nešto ublaženiju retoriku. Tako navodi da je Streckerova teza iz četrdesetih da se paranoici moraju zatvarati jer su uvijek opasni, u potpunosti saglasna sa onom koju iznosi krajem sedamdesetih Kolb u *Modernoj kliničkoj psihijatriji*.

Danas gotovo da postoji opšta saglasnost da je prognoza paranoje krajnje nepovoljna, a pacijenti opasni po okolinu, pa je njihovo zatvaranje neophodno (vidi: Monahan i saradnici, 2010). Nasuprot ovom, Noyes tvrdi da je sasvim moguće da paranoja ostane u stanju koje društvo može tolerisati. Zatvaranje paranoidnih je stoga u nekim slučajevima kontraproduktivno, jer proširuje deluzioni sistem i stimuliše mržnju (isto, 2010).

Konačno, dvadesetih godina XX vijeka Eugen Bleuler je kroz dinamičku interpretaciju Kraepelinove *dementiae praecox* uveo shizofreniju (Poro, 1990). Za razliku od potonjeg, koji je smatrao da ovo oboljenje vodi krajnjoj deteriorizaciji ličnosti (odnosno ranoj *izlappjelošći*), Bleuler je vjerovao da shizofrenija za posljedicu ima rascjep psihičkih funkcija (Hajduković, 1981). Ipak, krajem XIX i početkom XX vijeka gotovo je bio opšte prihvaćen stav da oboljeli od *dementiae praecox* ne može biti krivično odgovoran, odnosno da je nužno neuračunljiv (vidi: Vasić, 1893, Milosavljević, 1926). I Häfner i Böker (1982) navode da je u starijim udžbenicima, posebno onima iz forenzičke psihijatrije, koncept opasnosti bio vezan za ljude oboljele od shizofrenije. Nerijetko je takav stav ilustrovan impersivnim prikazima slučajeva. Na primjer, Scipkowensky je na osnovu analize samo 15 slučajeva shizofrenih ubica, napravio njihovu tipologiju, zastupajući tezu o nedvosmislenoj povezanosti između ova dva fenomena (isto, 1982). Iako je postojalo relativno malo empirijskih dokaza o opasnosti shizofrenih, smatralo se da su upravo halucinacije i deluzije njeni najznačajniji prediktori. Brojni autori su držali ove „tradicionalne” ideje, iako su nalazi nekih studija opovrgli ovakve tvrdnje (Arrigio, 2002).

Čini se da se do danas zadržao identičan stav, iako su empirijski dokazi dvosmisleni. U savremenoj stručnoj literaturi se posebno insistira na forenzičkom značaju komorbiditeta shizofrenije i zloupotrebe psihoaktivnih supstanci. Tako Felthous (2008) navodi da oni oboljeli od shizofrenije koji u isto vrijeme konzumiraju

i psihoaktivne supstance (u daljem tekstu PAS) vrše nasilna djela, čak 25 puta češće u poređenju sa onima koji nemaju mentalni poremećaj i ne upotrebljavaju PAS. Pri tom ovaj autor skreće pažnju na nalaze *Epidemiological Catchment Area Study* iz 1991. da se među zavisnicima, u poređenju sa opštom populacijom, nalazi daleko veći broj shizofrenih. Konačno, Felthous podvlači da je u SAD-u, među neuračunljivima najveći broj onih sa ovom dijagnozom.

3.3. *Opasnost i ludilo volje: manija i epilepsija*

Sredinom XIX vijeka se pojavio i potpuno novi koncept o ludilu volje ili *maniji tranzitoriji*. Za razliku od moralnog, ovu formu ludila ne izaziva nikakva bolest mozga, već pretjeran dotok krvi u mozak oboljelog, jako piće, mentalno uzbuđenje, fizička ili mentalna iscrpljenost, brze promjene temperature, gastrointestinalni problemi, trovanje ugljen monoksidom. U odnosu na ostale forme ludila, ona se prepoznaje po sljedećim znacima: nastaje iznenada, kratko traje i završava potpunim oporavkom. Pacijent nema osjećanja u trenutku napada (bolesti) niti ga se, iako je po pravilu destruktivan, sjeća nakon oporavka.

Manija tranzitorija je šezdesetih XIX vijeka povezana sa epilepsijom. Maudsley se tako zalagao da se naziv ove bolesti zamjeni adekvatnijim i predložio termin: mentalna epilepsija (Colaizzi, 1989). Bilo kako bilo, epilepsija je predstavljana kao naročito opasan oblik ludila u kome su oboljeli sposobni za najokrutnije zločine. *Furor tranzitorius*, kako ga naziva Maudsley (prema: isto, 1989: 59) traje po nekoliko sati ili dana, a prate ga žive halucinacije i destruktivni impulsi. I Vasić (1893: 19) navodi da se u vrijeme „velike boletice“¹⁴ mogu izvršiti rđava djela neposredno prije, za vrijeme i poslje napada. Karakter oboljelih je pokvaren: život oduzimaju sebi ili drugima, bez povoda i namjere: „... na sred puta, pred svetom, na grozan način“. Ipak, kako je to primjetio Vasić, svi epileptičari nisu uvijek i za vrijeme svakog napada „van sebe“. On preporučuje da se opasnim smatraju oni epileptičari: 1. koji djelo izvršavaju brzo, bez pripreme, grozno, pretjerano, sa snagom koja nadmašuje potrebnu; 2. kojima zločinstvo nije donijelo nikakvu korist već isključivu štetu; 3. koji su neosjetljivi prema zakonskim posljedicama djela, i sa

¹⁴ Drugi naziv za epilepsiju.

najvećom hladnoćom slušaju presudu na smrt; 4. koje ne interesuju posljedice koje je djelo imalo po njihovu porodicu; 5. koji se svog djela niti sjećaju niti se skrivaju.

Vjerovalo se i da epileptičari posjeduju tzv. epileptičnu ličnost, koja nastaje kao posljedica njihove bolesti. Oni su tako opisivani kao: svadljivi, lako uvrijedljivi, nepredvidivo konfrontativni. Njima manjka sposobnost da kontrolišu svoje animalne instinkte, a neki (vidi: Colaizzi, 1989) su išli dotle da pokažu kako su epileptičari po prirodi zli. Konačno, epileptičari nisu smatrani samo za nepredvidive i bez kontrole, već se vjerovalo da imaju poguban uticaj na ostale *obične lunatike* („ordinary lunatics”, isto, 1989: 60). Stoga su iz predostrožnosti oboljele od epilepsije ponekad i odvajali u posebne azile (Maschi, Barkley, Wark, 2009), a vjerovalo se da osoba može postati opasna, čim je neko u porodici bolovao od ove bolesti.

Stav prema epileptičarima kao naročito opasnima se zadržao sve do tridesetih godina XX vijeka, uprkos činjenici da su dokazi o njihovoj opasnosti češće pronalazeni u literaturi, nego u kliničkoj praksi (Colaizzi, 1989). Tek će otkriće encefalograma, koji je odmah našao primjenu u ispitivanju populacije kriminalca, s jedne strane, te dilatina (antikonvulzatora), uticati na stav o (bez)opasnosti epileptičara. Naime, encefalografske studije nisu uspjele dokazati postojanje veze između zločina i epilepsije, te je i sama ideja o konstitutivnoj epileptičnoj ličnosti početkom četrdesetih godina XX vijeka stavljena na stranu. Pa ipak, i tada su na populaciji epileptičara vršena istraživanja slična onima u XIX vijeku. Na primjer, Hill i Pond su, koristeći metodu encefalografije na uzorku od 105 ubica, zaključili da je veza između epilepsije i ubistava više nego jasna, iako su pronašli da je tek devetoro od njih ispoljavalo epileptični automatizam u vrijeme izvršenja djela, i isto toliko pokazivalo specifične epileptične abnormnosti ili imalo istoriju epi napada (Häfner, Böker, 1982). S druge strane, Alström je, primjenivši istu metodu na uzorku od 897 epileptičara liječenih u *Neurološkoj klinici Karolinka Instituta* u Stokholmu u periodu od pet godina (1945-1950), došao do potpuno drugačijeg zaključka. Pronašao je tek 30 kriminalaca i neznatan broj izmjenjenih u mentalnom smislu. Interesantan je nalaz da su oni koji nisu pokazivali znake takvih promjena, bili skloniji kriminalitetu (isto, 1982).

3.4. Opasnost od posrnutih

U okviru nama bliskog teorijskog modela koji je ponudila Colaizzi (1989) o razvoju nozoloških entiteta i etiologije homicidalnog ludila, veoma često se ističe kauzalna povezanost između ludila i moralne degeneracije. Svakako, bitno mjesto u ovom modelu imaju i seksualne perverzije (i posljedice istih) i alkoholizam, za koje se dugo vjerovalo da uzrokuju i zločin i ludilo, koje do zločina može dovesti (vidi: Majo, 1854, Vasić, 1893, Hajduković, 1974, Porter, 2002, i drugi). Tako je posebno mjesto u nastanku homicidalnog ludila tokom čitavog XIX vijeka bilo pripisivano sifilisu. Ova polna (moralna!) bolest je izazivala paralitičku izlapjelost (*dementia paralytica*), a pod njenim uticajem ljudi su bili sposobni da vrše silna zla (Vasić, 1893).

Prema polno nemoralnima je ispoljavana snažna distanca. O njoj govori i činjenica da su sifilističari bili česti rezidenti duševnih bolnica. Na primjer, Danić i Cvjetić (1895) navode da je *dementia paralytica* u Kneževini Srbiji najčešća od svih duševnih bolesti i da su oni koji pate od ove bolesti među najbrojnijim pacijentima *Bolnice za duševne bolesti* u Beogradu.

O tome koliko se ova bolest smatrala društveno opasnom svjedoči i praksa sprovedena u SAD-u. U ovoj zemlji su oboljele od sifilisa prinudno smještali u azile, iako je tek od 15-20% njih ispoljavalo simptome neurosifilisa (posljednjeg stadijuma bolesti), kojeg prati poremećaj raspoloženja, promjene ličnosti, progresivna izlapjelost, halucinacije i deluzije. Konačno, 1927. godine Vrhovni sud SAD-a je donio i zakon o sterilizaciji oboljelih.¹⁵ Sve do četrdesetih godina XX vijeka kada je otkriven penicilin, sifilis je ostao epidemijska (i) bolest (morala) (Maschi, Barkley, Wark, 2009).

Sličan je stav i prema zavisnicima od psihoaktivnih supstanci. Jedan od prvih autora *Kriminalne psihologije* na našem prostoru, Krainski, alkoholičare naziva posrnutim ljudima. Smatra da je pijani čovjek biološki, psihički i socijalno abnormalan, ciničan, amoralan i bestidan. Takav čovjek daje „volju svojim nagonima i zato lako dolazi u sukobe, tuče... U pijanom stanju ... je bezbrižan, naprasit, agresivan, a posrnutost njegova je neizlječiva” (Krainski, 1934: 14). Sa Krainskim se,

¹⁵ Sterilizacija oboljelih od ove bolesti je zakonski sprovedena samo u Ajovi, a sve do kraja sedamdesetih, istom postupku su bili podvrgavani: neuračunljivi, slaboumni, imbecili, kriminalci iz navike, epileptičari, moralno degenerisani, mentalno defektni. Ovakvo „medicinsko rješenje” je primjenjeno na 63.000 ljudi zatvorenih u institucijama diljem SAD-a (vidi: Porter, 2002).

po pitanju povezanosti između upotrebe alkohola i sklonosti ka nasilnom ponašanju, u potpunosti slaže Kapamadžija, pored ostalih autora (vidi: Hajduković, 1981, Kovačević, 2000, Kostić, 2002, Dragišić Labaš, 2012 i drugi). Kapamadžija (1989: 91) tako slikovito ilustruje kako pod dejstvom alkohola racionalno-intelektualne komande nad nagonско afektivnim impulsima osoba slabe, pa se oni „otmu s lanca”. Kao anksiolitik, on oslobađa čovjeka straha, pa ovaj dobija vještačku hrabrost i može da učini ono što nikad u trijeznom stanju ne bio uradio.

4. Istraživanja o odnosu ludila i zločina

Odmah valja podvući da nastojanja da se potvrdi povezanost između mentalne bolesti i zločina do danas nisu dala rezultate. Naime, iako je literatura o kriminalnom ponašanju mentalno oboljelih začeđujuće bogata, nalazi studija o ovoj temi nisu međusobno saglasni. Ovakva istraživanja po pravilu pate od brojnih metodoloških nedostataka, počev od toga da je uzorak ispitanika obično prigodan, a ne slučajno izabran, da uglavnom nedostaju kontrolne grupe, kao i da dijagnostički instrumenti za procjenu mentalnog poremećaja nisu ujednačeni, te nalaze i nije moguće međusobno porediti (Teplin, Abram, McClelland, 1994).

Iako prve dragocjene opise opasnog ludila pronalazimo u mitološkim predstavama drevnih naroda (vidi: Morrison, 1848), tek je psihijatrijska praksa institucionalnog zbrinjavanja s uma sišavših omogućila kumulaciju saznanja o različitim formama ludila i njihovom forenzičkom značaju. Prve naučne studije u ovoj oblasti su bile studije slučaja, koje su imale krajnje pragmatične ciljeve. Njihov je zadatak bio da za praktične (društveno-preventivne) potrebe kvantifikuju opasnost: da procjene/otkriju zločinačke potencijale mentalno oboljelih (Englander, 2003). Na njima su zasnovane i prve generalizacije, kao i prve tipologije „opasnih ludaka” (Häfner, Böker, 1982). Pa ipak, treba primjetiti da su nalazi ovih studija, čak i u XIX vijeku prihvatili s izvjesnom dozom skepse. U pitanje su primarno bile dovođene dijagnostičke sposobnosti ljekara - psihijatra, koji su strogoj analizi podvrgavali slučajeve svojih kolega i o tome diskutovali u vlastitim studijama, ili pak na naučnim skupovima. Na primjer, Danić i Cvijetić (1895) iznose sumnju u tačnost podataka o dijagnozama pacijenata *Bolnice za duševne bolesti* u Beogradu, tvrdeći da je velikom broju oboljelih data nepoznata psihijatrijska dijagnoza.

Plodne rasprave vezane za problematiku ujednačenosti dijagnostičkog aparata su vođene i na prvim naučnim skupovima. Jedan od takvih je održan 1893. godine u Parizu¹⁶, a imao je odgovoriti na pitanje da li su zločinci anatomski određeni? Iako je naročito kritikovano tada popularno Lombrosovo učenje, zaključak Pariskog kongresa je između ostalih bio, i da se među krivcima nalazi izvjestan broj onih koji spadaju u patologiju, i nose stigmatu degeneracije (Vasić, 1893).

¹⁶ Riječ je Trećem kongresu kriminalne antropologije.

Kasnije će usljed neslaganja među stručnjacima na vidjelo izaći ozbiljna metodološka pitanja, koja su ostala živa do danas. Ona se tiču odabira uzorka i njegove uporedivosti, u prvom redu. Houze je tako primjetio da je metod proučavanja zločinaca neadekvatan (Pinatel, 1964). Umjesto da se prije izučavanja prestupnika, prouče glavne osobine neprestupnika, čini se obrnuto i dobijaju neadekvatni nalazi. Pinatel (1964) takođe prepoznaje da su prestupnici polimorfna grupa abnormalnih lica, koje je za potrebe istraživanja neophodno odvojiti od onih, psihički zdravih. Pa ipak, i sam primjećuje da je takvo razlikovanje teško napraviti.

Docnije će u potrazi čvršćim empirijskim dokazima, biti napuštene studije slučajeva i spekulacije o tipovima. Sada su njihovo mjesto zauzela statistička istraživanja. Budući da je rano uočeno kako je i u kvantitativnim studijama teško dizajnirati adekvatan milje u kome bi bilo moguće proučavati pretpostavljenu kauzalnu povezanost između mentalnog poremećaja i zločina, ova relacija je posmatrana ili na uzorku mentalno poremećenih zatvorenika, ili osoba koje su mentalno oboljele (i smještene u institucije azilarnog tipa).

Danas se istraživanja povezanosti između zločina i mentalne bolesti, uglavnom zasnivaju na opservaciji uslovno nazvano, triju kategorija mentalno oboljelih. Riječ je o: mentalno oboljelim osuđenima, onima koji su hospitalno zbrinuti, ali nisu kršili zakonske norme, te najširoj grupaciji psihički oboljelih koji su obuhvaćeni epidemiološkim studijama. Nalazi studija uzeti zajedno ukazuju na jasan zaključak: nema pouzdanih, konzistentnih dokaza o povezanosti mentalnog poremećaja i sklonosti ka zločinu. Na primjer, i pored toga što postoji opšte slaganje oko pitanja koji mentalni poremećaj prevladava unutar zatvorske populacije, procjene o broju psihopata među osuđenima na zatvorske kazne se ne poklapaju i kreću se od 5.6% do čak 70% (vidi: Milovanović, 2005). Blaauw, Roesch i Kerkof (2000) navode, na osnovu metaanaliza studija, da je u evropskim zatvorima oko 5% zatvorenika psihotično, kod jedne četvrtine se susreće afektivni poremećaj, a oko 40% je zavisno od psihoaktivnih supstanci. Ovi autori uočavaju još jedan značajan problem, kada je riječ o prepoznavanju mentalno oboljelih. Naime, mentalni poremećaj kod najvećeg broja zatvorenika ostaje neprepoznat, budući da se preventivo-kontrolni pregledi uglavnom ne rade (vidi: isto, 2000). Taylor i saradnici (1999) pronalaze da je među osuđenima na doživotne kazne zatvora u Engleskoj, čak 2/3 mentalno oboljelih. Od tog broja 10% muškaraca i žena je psihotično. Neki drugi autori (vidi: Milovanović, 2005) pronalaze da je taj procenat znatno viši i da se oko 26% zatvorenika može

smatrati psihotičnima. Bazirajući se na podacima *Bureau of Justice Reporta* iz 1999. i Cooper i saradnici (2008) zaključuju da je među zatvorenima u SAD-u nalazi čak ¼ onih koji su mentalno oboljeli. U poređenju sa zdravom osuđeničkom populacijom, oni su značajno češće vršili nasilnička krivična djela, a od 10 izvršilaca šestoro su u trenutku izvršenja krivičnog djela bili pod uticajem alkohola. Isto toliko njih je prije dolaska u zatvor bilo medicinski tretirano, a čak ¾ su recidivisti.

Nesumnjivo je da na diverzitet nalaza utiču kako protok vremena između istraživanja, i promjene statusa i načina tretmana mentalno oboljelih, različite interne klasifikacije ispitanika, tako i promjene dijagnostičkih smjernica. Konačno, Feldman smatra da, kada je riječ o raširenosti mentalnih poremećaja unutar zatvorske populacije, objašnjenje ne treba tražiti u jednolinalnoj povezanosti između kriminaliteta i mentalne bolesti. Ovaj autor naime, nudi alternativno objašnjenje i kazuje da se visok procenat mentalno oboljelih unutar zatvoreničke populacije može pripisati nedovoljnoj osmišljenosti njihovog kriminalnog akta, što ih čini lakše uočljivima za organe kontrole (Hodgins, 1988). Posredno, Feldmanovo stajalište je potvrdio i Teplin (1983, 1990), koji je uočio da za ista krivična djela znatno češće bivaju uhapšeni mentalno oboljeli u poređenju sa onima koji slove za zdrave. S druge strane, studije u kojima je praćen rizik od kriminalnog recidivizma bivših mentalno poremećenih osuđenika navode na interesantan zaključak. Oni su naime češće hapšeni u poređenju sa bivšim osuđenicima bez mentalnog oboljenja. Ukazuje se, u isto vrijeme, i na žalostan nedostatak postpenalne podrške u zajednici i na neminovnu socijalnu deteriorizaciju (vidi: Lovell, Gagliardi, Peterson, 2002).

Ni studije koje su za uzorak uzimale hospitalno liječene psihijatrijske pacijente, kada je riječ o nalazima, ne pokazuju značajniju saglasnost. Na primjer, Steadman i Coccoza su pratili godinu dana 98 pacijenata otpuštenih iz psihijatrijske bolnice. Od tog broja 20 je uhapšeno, dok je 14 ispoljilo opasno ponašanje. Valja podvući da ova dva autora ne smatraju da je riječ o zabrinjavajućem niti visokom procentu „potencijalno opasnih” (Milovanović, 2005). Guze dijeli slično mišljenje. On je pronašao da je od 500 psihijatrijskih pacijenata u SAD-u tek 4% izvršilo krivično djelo (Prins, 1980). Prins (1980) navodi nalaze studija Ashleya, Pollacka i Cohena i Freemana koji su utvrdili da je stopa hapšenja hospitalizovanih pacijenata znatno manja u poređenju sa opštom populacijom. Pa ipak, ne dijele svi ovu vrstu optimizma. Na primjer, Link i saradnici su pronašli da su mentalno oboljeli, u poređenju sa onima bez dijagnoze, pet puta češće zvanično registrovani kao nasilni i dva puta češće

hapšeni. Na ovom mjestu valja ukazati i na Wannerovu prospektivnu studiju (Milovanović, 2005). Posmatrano je 2.482 pacijenta koji su se zatekli u *Bernese Institutu* u periodu od 1896-1952. godine. Među njima se našlo čak 10.6% onih koji su ispoljili neki vid nasilničkog ponašanja.

Kako navode Thornbery i Jacoby (1979) od polovine XX vijeka naovamo, u najširem je prihvaćen osoben metod za istraživanje opasnosti (od) mentalno oboljelih. Riječ je o praćenju bivših psihijatrijskih pacijenata, čije se potencijalno opasno ponašanje poredi sa frekvencijom sličnog ponašanja u opštoj populaciji. Oni smatraju da posebna manjkavost ovih studija leži u neujednačenom definisanju i operacionalizaciji pojma opasnost, te činjenici da se zasnivaju na službenoj, često nepotpunoj policijskoj dokumentaciji. Dodaju i da se u različitim studijama pod nasilnim, nerijetko podrazumijevaju veoma različita djela, što nalaze istraživanja čini međusobno neuporedivim. Na kraju, ukazuju na po njima krajnje indikativne nalaze studije Mauricea Asdhleya, koji je tokom desetogodišnjeg perioda pratio 1.000 otpuštenih pacijenata iz bolnice *Middletown Homeopathic Hospital* u državi New York. Pokazalo se da je u prosjeku rehospitalizovano oko 12% ispitanika, a da je od ukupnog broja uhapšeno samo 12 (za skitnju, napad i prevaru).

Oprezan je pri tumačenju nalaza i Pollock (isto, 1979). On je tokom jedne (1938.) godine pratio 9.563 pacijenata oba pola koji su bili otpušteni iz neke od psihijatrijskih bolnica u državi New York. Iako je pronašao je da su oboljeli znatno češće vršili krivična djela, poredeći njihovu, sa stopom hapšenja u opštoj populaciji, ovaj autor ne izvlači zaključak da su mentalno oboljeli značajnije zastupljeni unutar populacije sklone nasilju niti da je mentalna bolest značajan rizik za nasilničko ponašanje. I Juss i Monahan su pronašli tek blagu povezanost između mentalne bolesti i vršenja nasilničkih krivičnih djela (Englander, 2003). Do sličnih nalaza su došli i Teplin, Abram i McClelland (1994) u svom šestogodišnjem prospektivnom istraživanju rađenom na uzorku zatvorenika. Oni su zaključili da dijagnoza mentalnog poremećaja nije mjerodavan prediktor nasilničkog kriminaliteta, već je to ranije krivično djelo sličnog (violentnog) karaktera.

Među posebno važnima ističe se i studija Rappeporta i Lassena (Hafner, Bocker, 1982). Njome je obuhvaćeno 708 muškaraca i 639 žena, koji su tokom 1947. otpušteni iz psihijatrijske bolnice u Merilendu, te 2.152 muškaraca i 2.129 žena, otpuštenih iz iste psihijatrijske bolnice deset godina kasnije. Grupe su međusobno upoređene kako bi se utvrdila incidenca hapšenja za ubistvo, silovanje, razbojništvo i

ozbiljne napade druge vrste tokom pet godina od otpusta. Pokazalo se da je u poređenju sa opštom populacijom incidenca hapšenja mentalno oboljelih muškaraca veća jedno kada je riječ o razbojništvu, a u slučaju mentalno oboljelih žena kod fizičkog napada (Milovanović,2005).

S druge strane, postoji i niz istraživanja čiji nalazi ukazuju na nedvosmislenu povezanost između mentalnog oboljenja i sklonosti ka delinkventnom ponašanju. Ovu vezu potvrđuju nalazi velike epidemiološke studije Swansona i saradnika kojom je bilo obuhvaćeno više od 10.000 ispitanika u pet velikih američkih gradova (Jacoby, 1979). Oni su poredili respondente s obzirom na prisustvo simptoma mentalnog poremećaja. U prvu grupu su svrstali one koji nisu ispoljavali psihotične manifestacije, u drugu one koji su bili psihotični, a u treću one koji su pored teškog oblika psihijatrijskog poremećaja zloupotrebljavali supstance. Takođe, autori su provjeravali prisustvo psihotičnih simptoma (halucinacije, osjećanje veličine) i prestupničkog ponašanja do 18-te, i godinu dana prije istraživanja. Pokazalo se da su psihotični simptomi povećavali vjerovatnoću za nasilničko ponašanje, kao uostalom i zloupotreba supstanci. U skladu sa nalazima pomenute studije su i zaključci Apelbaumovog istraživanja da su oni pacijenti koji su razmišljali o tome da nanesu bol nekome znatno skloniji nasilju, u poređenju sa ispitanicima kod kojih takvih ispada nema (isto, 1979). Konačno, među nasilnijima se značajno češće nalaze oni koji imaju psihotične simptome, a na navedene nalaze poseban akcenat stavlja Madenova (2009) konstatacija da je prevalenca shizofrenije unutar opšte populacije u Engleskoj i Velsu 1%, a ovaj procenat se među osuđenima za ubistvo penje na pet.

U tzv. postdeinstitucionalnoj fazi osamdesetih i devedesetih godina XX vijeka istraživanja o povezanosti mentalnog oboljenja i kriminaliteta su se najčešće svodila na epidemiološke studije (vidi: Anckarstätter i saradnici, 2009), ali valja kazati da su istraživanja ove vrste rađena i znatno ranije (već u XIX vijeku). Ove studije se uglavnom bave ispitivanjem prevalencije mentalnih poremećaja unutar opšte populacije, a neke od njih traže odgovor na pitanje da li je mentalni poremećaj povezan sa nasilnim ponašanjem? Nalazi epidemioloških studija nisu međusobno saglasni (vidi: *Sixth Annual Report of the Trustees of the Worcester State Hospital*, 1839, *Report of Her Majesty's Commissioners appointed to inquire into the State of Lunacy Asylums in Scotland*, 1857, *Reports from Commissioners*, 1862, Prins, 1980, Häfner, Böcker, 1982, Englander, 2003, i drugi). Dovoljno je ukazati na neke od njih. Na primjer, Gunn primjećuje da će svaki treći muškarac i svaka 12 žena kod kojih su

prisutni simptomi metalnih poremećaja, tokom života biti barem jednom optuženi za relativno ozbiljan prekršaj (Prins, 1980). S druge strane, Large i saradnici (2008) se pozivaju na nalaze studija Schipkowenskog, Gudjonssona i Petussona i tvrde da je broj ubistava koje vrše mentalno oboljeli negativno povezan sa prevalencom mentalnih poremećaja.

Na kraju, ostalo nam je da se složimo sa stavom Teplina, Abrama i McClellanda (1994) da je, i pored niza studija, teško donijeti zaključak o postojanju povezanosti između mentalnog oboljenja i opasnosti, u prvom redu zahvaljujući nizu poteškoća metodološke prirode.

4.1. Studije o neuračunljivima

Studije koje se bave neuračunljivima bi se uslovno mogle podjeliti na: studije slučaja, statističke i longitudinalne. U prvim istraživanjima ove vrste – studijama slučaja, pronalazimo detaljne opise simptoma i ponašanja lunatika, a često i tretmana (Porter, 2002). Za prvu takvu studiju koja se bavila pitanjem opasnosti koju po javnost predstavljaju lunatici, uzima se ona koju je napisao Koruth 1845. godine (Häfner, Böcker, 1982), dok je jedna od naročito uticajnih Gauppov izvještaj o Headmaster Wagneru (isto, 2002). Ova studija se smatra posebno značajnom budući da je Gaupp u njoj prikazao razvoj deluzionog sistema, kao ostalom i uticaj okruženja na razvoj paranoje.

Odmah valja kazati da su veoma rano, dok je psihijatrija još uvijek bila u povoju, činjeni posebni naponi kako bi se dobio uvid u brojnost neuračunljivih. Oko toga ko je autor prve statističke studije postoje sporenja. Po nekima (Häfner, Böcker, 1982) to je Aschaffenburg, po drugima Ashley koji su nalaze svojih istraživanja početkom XX vijeka (Harris, Lurigio, 2007). Ipak, valja ukazati i na izvještaje različitih autora koji su podatke o broju kriminalaca - lunatika prikupljali i pedesetak godina ranije. Tako njihov broj među prvima bilježe komisije koje su nadgledale rad azila za lunatike. Na primjer, Jarvis (1841) navodi da je u *Massachussettes State Lunatic Hospital* 1833. godine, kada je ovaj azil i otvoren, u njemu boravilo 1.053 lunatika. Od tog broja 13 je izvršilo ubistvo, a 18 ga pokušalo, dok je od puerperalnog ludila bolovalo 30 žena među njima. Slične podatke o broju oboljelih u *Državnoj bolnici za lunatike* u Worchesteru pronalazimo i u godišnjem izvještaju *Komisije za lude*. U ovoj bolnici se 1839. nalazilo 855 pacijenata oboljelih od svih vidova ludila.

Izražava se briga oko toga koliko košta njihovo izdržavanje, kao i bojazan da bi se troškovi ovakvog njegovanja u budućnosti mogli povećati. Posebna pažnja je posvećena prikazu slučajeva onih oboljelih koji su izvršili razna “nedjela” (zgodno upotrebljen termin “deeds”, *Sixth Annual Report of the Trustees of the State Lunatic Hospital at Worcester*, 1839: 72) - od masturbacije do ubistva.

Valja primjetiti da su podaci o broju mentalno oboljelih, a među njima i neuračunljivih u različitim zemljama prikupljeni i međusobno poređeni već sredinom XIX vijeka. Kod Barrowsa (1898) tako pronalazimo ne samo uporedni pregled rješenja pravnog položaja i tretmana neuračunljivih, već i podatak o broju kriminalaca - lunatika (tamo gdje mu je bio dostupan). Deacon (2003) na primjer navodi podatak da je u Južnoj Africi u *Robben Island Lunatic Asylum* u periodu od 1846-1910. ušao 1.141 mentalni bolesnik. Od toga broja čak 406 (36%) je bilo neuračunljivo. Takođe, kao i u prethodno navedenim, i u izvještaju na kojeg se poziva Deacon, postoje opisi slučajeva neuračunljivih. Dalje, upravo kod ove autorke pronalazimo i jednu nedvosmislenu prepreku koja uporedno-istorijsku perspektivu, kada je riječ o neuračunljivima, stavlja pod znak pitanja. Naime, kako se navodi, među opasne koji su smješteni u ovaj azil su ubrajani i oni koji nikad nisu vršili krivična djela, kao i oni o kojima nije imao ko brinuti.

Sudeći po Häfneru i Böckeru (1982), prvi iscrpniji izvještaj o broju neuračunljivih u nekoliko evropskih zemalja je dao Aschaffenburg 1912. On je obilazio azile u Pruskoj, Badenu, Švajcarskoj i Holandiji. Pronašao je da je u psihijatrijskim institucijama u ovim zemljama niska stopa onih koji se mogu smatrati za opasne. Procjenio je tako da na milion oboljelih dolazi tek 20 opasnih. Sudeći po nalazima Ashleyeve studije, napisane deceniju kasnije, broj potencijalno opasnih među mentalno oboljelima je značajno viši (isto, 1982). U novijoj stručnoj literaturi podatke o kretanju broja neuračunljivih ne prenosimo, uz izuzetak procjene da oni čine 1% od ukupnog broja mentalno oboljelih (Cooper i saradnici, 2008).

Konačno, i danas, kao i sredinom XIX vijeka, pažnja se posvećuje, kako psihijatrijsko-pravnom¹⁷, tako i sociodemografskom¹⁸ profilisanju. Iako ih ne možemo uzeti bez rezerve, naročito s obzirom na koncepciju o tranzatvaranju (neprimjerenih), nalazi navedenih studija nam pružaju prostor za poređenje, koje jeste metodološki

¹⁷ Mislimo na podatke o: simptomima i kliničkoj slici, dijagnozi, sadašnjem tretmanu i prethodnom liječenju. Uslovno nazvani pravni profil se tiče izvršenog djela i izrečene mjere.

¹⁸ Riječ je najčešće o podacima o: uzrastu (u sadašnjem trenutku, u trenutku izvršenja djela i/ili postavljanja dijagnoze), polu, obrazovanju, radnom, materijalnom i bračnom statusu.

manjkavo, ali, nažalost, jedno moguće. Na primjer, Hodgins (1988) nudi podatke o broju neuračunljivih u SAD-u i Velikoj Britaniji tokom 70-tih godina XX vijeka i posebno analizira njihove sociodemografske odlike, konstatujući da je među ukupnim brojem neuračunljivih lica tek 10% žena. Takođe, pokazalo se da su one, za razliku od muškaraca koji su proglašeni za neuračunljive, uglavnom u braku. I za jedne i za druge važi nalaz da su uglavnom nisko obrazovani i nezaposleni, dok je tek nekolicina prije izvršenja djela bila zaposlena. Pasewark je pronašao na osnovu analize pet studija o neuračunljivim izvršiocima protivpravnih djela u SAD-u, da se procenat onih koji su bili prethodno liječeni kreće od 35-61%. Ovaj autor navodi da je među neuračunljivima u Quebecu taj broj znatno veći: oko 2/3 muškaraca i 62% žena je i prije izvršenja djela imalo iskustvo hospitalizacije (Hodgins, 1988). Gotovo bez izuzetka, nalazi različitih studija govore da se među neuračunljivima nalazi najveći broj psihotičnih čiji udio se kreće od 67 do 70% (vidi: Wormth, McKeague, 1996, Milovanović, 2005). Što se krivičnih djela tiče, ona su uglavnom usmjerena protiv ličnosti (takva djela u Kanadi izvršava oko 52% muškaraca i 72% žena). Takođe, u poređenju sa muškarcima (32%), žene češće ili ubijaju ili pokušavaju izvršiti ubistvo (u 35% slučajeva). Najčešće, njihove žrtve su supruzi ili djeca (vidi: isto, 2005).

Interesantne podatke o neuračunljivim licima pronalazimo kod Wanga i saradnika (2007). Oni su tokom jednogodišnjeg perioda pratili, između ostalih i 104 neuračunljiva lica, upućena na posmatranje i procjenu uračunljivosti u *Central South University* u Huanu. Pokazalo se da je kod 72% njih dijagnostifikovana shizofrenija, da polovina nije bila u braku, da su najčešće seoskog porijekla (68% njih) i da imaju srednjoškolsko obrazovanje (oko polovine). U roku od tri godine sedmero je kriminalno recidiviralo, a od tog četvoro je pokušalo ili izvršilo ubistvo. Na kraju, Wang i saradnici zaključuju da je recidivizam¹⁹ neuračunljivih u Kini znatno niži u poređenju sa stopama povratništva ovih lica u SAD-u i Kanadi, a to pripisuju postojanju socijalne podrške u svojoj zemlji, kao i neprijavlivanju krivičnih djela.

Iako je uočena i interesantna tendencija da se neuračunljivi posmatraju kao homogena grupa (Howitt, 2009), postoje i oni autori koji se ovakvim nastojanjima protive. Hodgins (1988) se tako zalaže za uvođenje klasifikacija i subgrupa unutar populacije neuračunljivih, smatrajući da bi se na taj način mogle uočiti determinante antisocijalnog ponašanja. Takođe, kada je riječ o metodološkom pristupu, neki autori

¹⁹ Pod pojmovima: recidivizam i povratništvo koje smo upotrebljavali kao sinonime, smo podrazumijevali ponovljeno vršenje (krivičnih) djela od strane oboljelih.

(vidi: Häfner, Böcker, 1982, Hodgins, 1988, Hodgins i saradnici, 2007) ističu da najvalidnije podatke o neuračunljivima možemo dobiti na osnovu službene dokumentacije i procjena eksperata.

Kada je riječ o povratništvu oboljelih opasnih po društvo, Thornberry i Jacoby (1979) nalaze da je oko 10% njihovih ispitanika recidiviralo, dok drugi autori (vidi: Hodgins, 1988) vjeruju da je taj procenat niži i da iznosi oko 5%. Nalazi studija ipak nisu ujednačeni. Pasenark i saradnici tvrde da je procenat kriminalnog povratništva izrazit i da se kreće između 29 i 37%, dok Spodak pronalazi da je recidivirala jedna trećina od 86 neuračunljivih ispitanika koji su praćeni deceniju i po (Häfner, Böcker, 1982). I Hodgins (1988) tvrdi slično: od 176 njegovih ispitanika u roku od tri godine novo djelo je izvršilo 36% njih.

Iako nalazi studija o kretanju kriminalnog recidivizma nisu međusobno usaglašeni, takva saglasnost postoji kada je riječ o povratnicima. Oni su prepoznati kao relativno homogena grupa. Po pravilu riječ je o nisko obrazovanim, mladim, nezaposlenim muškarcima, oboljelim od shizofrenije. Ukoliko su prethodno izvršili ubistvo, za njih se može sa velikom vjerovatnoćom pretpostaviti da će u nastupu naredne psihotične epizode izvršiti isto djelo (Häfner, Böcker, 1982).

O brojnosti i odlikama neuračunljivih izvršioca protivpravnih djela na prostoru bivše SFRJ, nema mnogo literature. Na primjer, prve podatke o broju lica koja su liječena u *Bolnici za s uma sišavše* su nam ostavili Danić i Cvijetić (1895). Svakako hvale vrijedan je i Subotićev prikaz slučajeva ljudi koju su u stanju rastrojstva izvršili kakav zločin. Po našem saznanju, on je autor prve statističke studije o krivičnim djelima s uma sišavših u Kraljevini Srbiji, koja je objavljena 1905. Izvršio je detaljnu analizu sociodemografskih karakteristika duševno oboljelih izvršioca krivičnih djela koji su se u periodu od 1861. do 1904. našli u *Bolnici za s uma sišavše*. Pokazalo se da su od 228 duševno oboljelih najveći broj zločina izvršili maničari (25.4%), epileptičari (17.5%), za kojima ne zaostaju mnogo melanholic (15.3%). Među zločincima se našlo i 22 progresivnih paralitičara, te oko 10 onih koji se se potrovali „modernim otrovom” (Subotić, 1905: 17), alkoholom (Tabela 2.).

Tabela 2. Dijagnoze sudskih slučajeva liječenih u *Domu za s uma sišavše* u Beogradu u periodu od 1861-1904. godine

DIJAGNOZA	MUŠKARACA	ŽENA	UKUPNO
Mania	46	16	58
Epilepsia	36	4	40
Melancholia	31	5	36
Dementia paralytica	19	2	21
Alcoholismus	12	2	14
Imbecillitas	9	2	11
Parania	7	3	10
Simulatio	7		7
Sine morbo	7		7
Idiotismus	6		6
Folia Periodica	5		5
Folia religiosa	5		5
Folia Lactationis		3	3
Moral Insanity	2		2
Folia acuta transitoria	1	1	2
Atetosa	1		1
U opšte	190	38	228

Izvor: Subotić, 1905.

Najveći broj s uma sišavših je izvršio ubistva (njih 70), a u više od polovine slučajeva (45) života su lišili nekog od članova svoje porodice.²⁰ Među ubicama se našlo čak 38 žena (Tabela 3.).

²⁰ Na ovom mjestu Subotić (1905: 17) doslovce veli: "Užas!" i dodaje da ima i dirljivih i užasnih scena kada je riječ o ubistvima u porodici, naročito onda kada se oboljeli „povrate na svest, sami užasnuti šta su počinili“. Kazuje i da ima i onih koji život okončaju u duševnom mraku.

Tabela.3. Djela koja su izvršili opasni oboljeli liječeni u *Domu za s uma sišavše* u Beogradu periodu od 1861-1904. godine

KRIVIČNO DJELO	MUŠKARACA	ŽENA	UKUPNO
Protiv države i javnog reda			
Uvrjeda vladaoca	3		3
Uvrjeda vlasti	2		2
Kvaranje tel. žice	1		1
Napad na stražu	1		1
Nasilni pokušaj prodiranja u dvor	1		1
Pomaganje u bjekstvu vojnika	1		1
Krivična djela protivu ličnosti			
Kleveta putem štampe	1		1
Napadanje	16	1	17
Povrjeda	6		6
Prijetnja	1		1
Rodoskrvljenje	5		5
Silovanje	3		3
Pokušaj silovanja	1		1
Ubistvo vanbračnog djeteta	1		1
Ubistvo u porodici	47	6	53
Ubistvo van porodice	19	1	20
Ubistvo trovanjem	1	1	2
Sva ubistva uopšte	68	6	76
Pokušaj ubistva	28	6	34
Krivična djela protiv imovine			
Varanje	1		1
Kvarenje tuđe imovine	1		1
Krađa	15	5	20
Paljevina	10	7	17
Pokušaj paljevine	3	2	5
Razbojništvo	1		1
Upropašćavanje imovine	4	1	5
Krivična djela u služb. dužnosti			
Posluga drž. novcem	1		1
Utaja drž. novca	3		3
Ostalo			
Samoubistva	2	2	4
Pokušaj samoubistva	10	4	14
Nesposobn. predst. sudu	1	2	3
U opšte	190	38	228

Izvor: Subotić, 1905.

Nakon Drugog svjetskog rata pitanje neuračunljivih se posebno otvara i to mahom od strane stručnjaka koji su pozvani da se o njima brinu. Naime, u prvi plan je postavljen problem nedostatka zavoda za smještanje ovakvih lica, a potom i čitav niz drugih pitanja na koja nije odgovoreno, čini ni danas. Među njima pažnju treba skrenuti posebno na dva, od značaja za našu temu: 1. ono koje se tiče validnosti

procjene njihove opasnosti po društvo i 2. ono o mogućnosti njihovog povratka u socijalnu sredinu.

Prve (nama dostupne) podatke o broju neuračunljivih lica pronalazimo sredinom šeste decenije prošlog vijeka. Tako Turčin i Sila (1964) izvještavaju o broju „slučajeva na čuvanju i liječenju” u (bivšoj) SFRJ 1963. godine. Od 402 ovakva „slučaja” oko 35% je bilo čuvano i liječeno u bivšoj SR Srbiji i SR Hrvatskoj. Među njima polovina je imala dijagnozu shizofrenije, 14% je bilo oligofrenih, oko 11% onih koji su bolovali od epilepsije i koji su ispoljavali psihopatiju, dok je alkoholičara bilo najmanje (4%). Najveći broj je izvršio ubistvo (157). Sobotinčić i Fadljević (1964) su u Hrvatskoj pronašli 120 neuračunljivih i smanjeno uračunljivih lica, koji su smješteni u odjelima psihijatrijskih bolnica. Među njima, čak dvadeset trojici je i ranije bila izrečena mjera obaveznog čuvanja i liječenja.

Interesantne podatke za Srbiju pronalazimo kod Sedmaka (1964). Iako se na osnovu njih ne može zaključivati o kretanju broja neuračunljivih niti pak o njihovom kriminalnom recidivizmu, oni ukazuju na neke odlike neuračunljivih izvršioca najtežih djela kod kojih je dijagnostifikovana shizofrenija. Naime, u psihijatrijskoj bolnici u Kovinu 1964. godine našlo se 20 shizofrenih bolesnika koji su izvršili ili pokušali da izvrše ubistvo. Među njima je bilo 18 muškaraca i dve žene, a Sedmak je pronašao da je kod većine, uz izuzetak četvoro, bio prisutan manje-više dobro formiran paranoidni sistem. Dalje, navodi i njihova zanimanja, godine starosti, te posebno značajne podatke o dužini boravka u bolnici (prosječno 7 godina i 8 mjeseci, najduže 38 godina) i ranijem liječenju (u 11 od 20 slučajeva), te žrtvama koje su po pravilu članovi porodice, izuzev u tri slučaja. Konačno, ovaj autor zaključuje da je učestalost djela ubistva statistički značajnije zastupljena u grupi shizofrenih bolesnika sa paranoidnim fazama u poređenju sa shizofreno oboljelima bez paranoidnih faza.

Do sličnih zaključaka dolazi i Krstić (1974) u svojoj studiji o shizofrenim ubicama. Na osnovu opservacije 50 lica, među kojima je bilo 37 muškaraca i 13 žena, pronalazi da je obrazovanje oboljelih nisko u preko 60% slučajeva, a porijeklo uglavnom seosko. Žrtve su skoro bez izuzetka poznate, najčešće u direktnom srodstvu (30.1%) ili je riječ o supružnicima (26.6%). Samo u četiri slučaja oboljeli su usmrtili nepoznata lica. Takođe, inidikativan je podatak da samo 18, od njih 50, nije liječeno prije izvršenja djela, kao i konačan zaključak da van psihotičnog šuba nisu opasni.

Domaći autori se danas rijetko bave ovom temom. Jedno od istraživanja skorijeg datuma je longitudinalna studija Kovačevića i Kecmanove (2003). Oni su u

periodu od 1993-2002. pratili sva ona lica koja su bila upućena na psihijatrijsko vještačenje u *Kazneno-popravnu dom bolnicu* u Beogradu zbog ubistva. Pronašli su da je psihijatrijski vještačeno 266 osoba (212 muškaraca i 54 žene). Po pravilu, riječ je o osobama sa završenom osnovnom ili bez osnovne škole, uglavnom nezaposlenim, u preko polovine slučajeva oženjenima/udatima. Procjenjeno je da su porodice polovine njih potpune i funkcionalne. Koristeći mjeru *odnos šansi* (vidi: isto, 2003), autori zaključuju da je među muškarcima dvostruko veći broj onih koji su prethodno psihijatrijski liječeni, i to zbog poremećaja iz kruga psihoza. Takođe, utvrđeno je da su muškarci statistički značajno češće paranoidni i agresivni, u poređenju sa ženama, te je razumljiva razlika među njima kada su u pitanju preporuke psihijataru za dalji tretman. Naime, preporuka za izricanje mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja je data dvostruko većem broju muškaraca (46%) u poređenju sa ženama (u oko 22% slučajeva). Žene su tako češće vještačene kao smanjeno uračunljive, ili smanjeno uračunljive, ali ne bitno. Uračunljivost je konstatovana tek kod 4.7% muškaraca i oko 7.5% žena. Podatak o tome koje psihijatrijske dijagnoze prevladavaju među oboljelima, autori ne iznose. Njih pronalazimo, ali samo za kategoriju ubica supruga (N=90), kojima se ovo dvoje autora (2004) bave u posebnom radu. Sociodemografska i psihijatrijska analiza ubica supruga je zasnovana na podacima iz prethodno pomenute longitudinalne studije. Pokazalo se da su ubice supruga po pravilu nisko obrazovani, u polovini slučajeva zaposleni. Preko polovine (52% njih) je odrastalo u potpunim, funkcionalnim porodicama i uglavnom ranije nisu kažnjavani. Većina nije sklona upotrebi narkotika (samo dvojica su povremeni konzumenti), ali je zato alkoholizam izuzetno zastupljen (16 zavisnika). Od ukupnog broja onih koji su ubili supruge, 31 ima dijagnozu iz kruga psihoze. Najčešće, riječ je o perzistentnom poremećaju sa sumanutošću (u 16 slučajeva) i shizofreniji (10 njih), dok poremećaj ličnosti ispoljavaju sedmorica.

Kada je riječ o ženama ubicama, interesantne podatke iznosi Samardžić (2008). Ona je vršila istraživanje u forenzičkom odjeljenju *Psihijatrijske klinike* u Sokocu na uzorku od 17 žena koje su izvršile ili pokušale izvršiti ubistvo. Od shizofrenije je oboljelo njih 14 (70%), kod jedne je ustanovljen alkoholizam, a dvije su lako mentalno ometene. Žrtve su najčešće bili muževi (četiri) i djeca (petoro). Takođe, po pravilu je riječ o nisko obrazovanim ženama, ispodprosječnih intelektualnih sposobnosti, iz porodica opterećenih konfliktom.

Posebno, valja podvući interesantnu opservaciju Popovića (2007), koja se odnosi na uračunljivost alkoholičara. Ovaj autor primjećuje, pozivajući se na iskustvo forenzičkog odjeljenja u *Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici* u Novoj Toponici, da se u prosjeku na izvršenje mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja, uputi 20 alkoholičara. Taj broj se ne smatra velikim, ukoliko se uzme u obzir da se u ovoj ustanovi liječi njih oko 400, od čega polovina bude primljena zbog agresivnih ispada (ne u neuračunljivom stanju!).

Na kraju, možemo konstatovati, da pored sporadičnih naučnih radova iz ove oblasti, (službenih) izvještaja o brojnosti i nekim aspektima smještaja lica na mjerama obaveznog liječenja i čuvanja u *Specijalnoj zatvorskoj bolnici* u Beogradu, novinskih članaka na čiju naučnu relevantnost ne možemo računati, podataka zapravo - nemamo. Na primjer, na sajtu Ministarstva pravde pronalazimo da se 2012. u *Specijalnoj zatvorskoj bolnici*, kao ustanovi u kojoj se izvršavaju mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja nalazilo 593 lica i da je tendencija rasta stalna (<http://www.uiks.mpravde.gov.rs/cr/articles/ustanove-za-izvršenje-krivicnih-sankcija/specijalna-zatvorska-bolnica/>). Sudeći po *Izveštaju Helsinškog odbora* u *Specijalnoj zatvorskoj bolnici* je 2010. godine bilo 672 lica na mjerama liječenja i čuvanja, uključujući i 220 zavisnika kojima je ta mjera izrečena, iako je kapacitet oko 400. Izneseno ipak moramo uzeti sa rezervom, prije svega pozivajući se na iskustvo višemjesečnog boravka u ovoj ustanovi tokom 2009-2010. godine. Naime, brojčano stanje rezidenata, posebno na mjerama obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja, se iz dana u dan mijenja, prvenstveno zahvaljujući stalnom prijemu pacijenata uz rijetku realizaciju otpusta. Kakva je situacija kada je riječ o kriminalnom recidivizmu ovih lica, podataka takođe - nemamo. Zapravo, čini se da, u poređenju sa konsultovanom stranom stručnom literaturom, kod nas ima malo zanimanja za pitanja koja okružuju neuračunljive. Odatle, ostaje nam da pokušamo osvijetliti ovo prilično tamno polje.

4.2. Tipologije: uzaludna potraga ili opravdani napor?

Na kraju ovog odjeljka ostalo je da se kratko zadržimo na jednom od važnih dometa istraživanja o povezanosti ludila i opasnosti. Riječ je tipologijama. Budući da smo u nekoj mjeri osvjetlili društvene uslove u kojima su nastale prve (tzv. konstitucionalističke) klasifikacije zločinaca u XIX vijeku, na ovom mjestu se nećemo ovim pitanjem posebnije baviti. Umjesto toga, namjera nam je da ukratko ukažemo na neke od osnovnih pretpostavki i ciljeva tipologija, kao i na opravdanost njihovog postojanja, s posebnim osvrtom na klasifikacije koje su sociološke po svojoj prirodi.

Kada je riječ o pretpostavkama, sve bi tipologije trebale, u cilju naučne verifikacije, da zadovolje sljedeće kriterijume: 1. da funkcionišu kao klasifikatorni sistem, 2. da postoje jasne pretpostavke klasifikacije, 3. da je moguće razlikovati dimenzije klasifikacija sa specifičnim odlikama. Akumulacija saznanja o kriminalnim tipovima dovela bi do teorijski koherentnih konstrukata, koji su trebali da pomognu da se kriminalitet objasni. S druge strane, ciljalo se i na praktičnu primjenu tipologija, i to kako na polju specijalne, tako i generalne prevencije.

Postoje brojne podjele tipologija. Na primjer Kronova (1992) razlikuje heurističke²¹ od empirijskih²², kauzalne od deduktivnih²³. Roebuck (1971) smatra da se sve tipologije mogu podijeliti s obzirom na u njima dominantne naučne pristupe i prepoznaje: 1. legalistički; 2. psihološko-konstitucionalno hereditarni; 3. psihološko-psihijatrijski i 4. sociološki pristup. Takođe, ovaj autor primjećuje da, kada je riječ o ove četiri grupe tipologija, među njima postoje preklapanja, te da nisu isključive. Tako **legalističke** polaze od pravnih definicija krivičnih djela.²⁴ One su najčešće i kritikovane, uz argumentaciju da su društvene norme, uključujući i one pravne, promjenjive. Takođe, ovoj tipologiji su upućivane i druge kritike, počev od onih da zanemaruje individualne razlike između vršioaca istih djela, preko toga da u obzir ne

²¹ Heurističke su one koje su rukovođene deduktivnom logikom, i koje su zasnovane na teorijskim principima. Tako *tipolog*, kada se koristi heurističkom logikom, bira upadljive odlike grupa koje se uklapaju u njegovu podjelu.

²² Empirijski modeli su zasnovani na induktivnoj logici, a sami tipovi su zasnovani na statističkim vezama između podataka.

²³ Kauzalne su zasnovane na pretpostavkama o etiologiji, a za cilj imaju da pruže pomoć u istraživanju, dok bi deduktivne trebale imati praktičnu primjenu u tretmanu.

²⁴ Sudeći po ovom kriterijumu razbojnik je onaj koji je osuđen zbog razbojništva, ubica onaj koji je osuđen zbog izvršenja krivičnog djela ubistva...

uzima motivaciju i etiologiju, do pretpostavke o homogenosti grupa. **Konstitucionalisti** svoje tipologije zasnivaju na hereditetu i bolesti, bazirajući se na različitim kombinacijama morfoloških, psiholoških i mentalnih odlika, a kriminalitet je bez izuzetka viđen kao posljedica uticaja okoline na defektne ili abnormalne organizme (vidi: isto, 1971: 4). Jedna od prvih, dobro poznatih konstitucionalističkih tipologija je Lombrosova (Lombroso, 2009). Na tjelesnim odlikama prestupnika su zasnovane i Ferrijeva, Garofalova i Krechmerova tipologija, i dijelom ona koju su sačinili Gluckovi (vidi: Roebuck, 1971, Ferri, 2009, Ignjatović, 2011)

Psihološko-psihijatrijski pristup polazi od ideje da se tipovi prestupnika međusobno razlikuju s obzirom na ličnu motivaciju koja opet proizilazi iz strukture njihove ličnosti i različitih psiholoških stanja i oštećenja. Ključna hipoteza od koje se polazi, kada su u pitanju psihološko-psihijatrijske tipologije, jeste da je kriminalac na neki način emocionalno oštećen. Klasifikacije su obično zasnovane na podacima o: istorijatu kriminalnog i antisocijalnog ponašanja, ego uključenosti u kriminalni akt, i agresivnim porivima koji se manifestuju u samom kriminalnom činu i mentalnom i emotivnom stanju. Na osnovu ovih generalnih kriterijuma, Abrahamson je na primjer razlikovao dva opšta tipa prestupnika: akutne i hronične. Među akutne kriminalce on je svrstao situacionog, slučajnog i pridruženog, dok je među hroničnima pronašao neurotične, opsesivne, kao i psihotične i mentalno ograničene.

Sociološki pristup uvažava tezu da je kriminalno ponašanje produkt socijalnih interakcija i kulture. Budući da je kriminalitet u velikoj mjeri društveni fenomen, onda i kriminalci moraju biti međusobno poređeni s obzirom na njihove socijalne odlike, vrijednosti i definicije u okvirima kultura kojima pripadaju. Tako među prve tipologije koje bismo mogli nazvati sociološkima, spadaju one koje su ponudili Cohen, Short, Ohlin, Miller (Roebuck, 1971), te Wulfgang i Feracutti (2012). Ovi autori su svoje klasifikacije zasnovali na delinkventnim podkulturama, koje razvijaju pripadnici niže klase i muškog pola. Cohen i Short su tako došli do zaključka da se, kada je riječ o kriminalcima, može govoriti o četiri tipa subkulture: roditeljsko-muškoj, konfliktnoj, subkulturi zavisnika i poluprofesionalnih lopova (Roebuck, 1971). Slične tipologije su ponudili i drugi pomenuti autori, a na ovom mjestu valja ukazati i na jednu od naznačajnijih kritika koja su im upućena. Naime, smatra se da nas samo *imenovanje* kriminalne podkulture, navodi da o njima mislimo kao o strukturisanim i homogenim grupacijama sa jedinstvenim setom pravila koja se razlikuju od onih u opštoj kulturi. Nasuprot ovoj tezi, Teplin ističe da se ne može

govoriti o subkulturi koja bi bila odvojena od opšte kulture i od nje potpuno nezavisna (isto, 1971). Smatra se da je jednu od najkonciznijih socioloških klasifikacija tipova delinkvenata dao Gibbons (isto, 1971). On je svoju tipologiju zasnovao na sedamnaest pretpostavki od kojih su neke: prestupničko ponašanje, interakcije, self-koncept, porodično okruženje, povezanost sa vršnjacima i kontakti sa različitim grupama. Tako je opisao devet tipova prestupnika²⁵, a njegova tipologija se smatra posebno značajnom jer je ponudio i predlog tretmana na osnovu uočenih odlika delinkvenata.

Neki su u razmišljanju o tipologijama otišli korak dalje i ponudili i formule koje treba koristiti u procesu klasifikacije. Na primjer, Arthur Huffman (prema: isto, 1971) je predložio da se tipologije *izračunavaju* po sljedećoj socio-psihološkoj matrici:

$$C=S \times P/R$$

U ovoj formuli **C** predstavlja kriminalno ponašanje, **S** ukupne situacione faktore (sredinske činioce), **P** faktore ličnosti (kriminogeni temperament, karakter i inteligencija, ponašanje), a **R** stepen lične neprihvatljivost kriminalnog ponašanja.²⁶ Na osnovu ove formule Huffman je dobio niz tipova i podtipova počev od onog kod kojeg nema kriminalne patologije, preko lično demoraliziranog, lično dezorganizovanog, sociopate do različitih tipova profesionalnih kriminalaca.

I pored toga što su ponuđene brojne klasifikacije, i dalje se vode polemike oko njihove metodološke utemeljenosti i opravdanosti. Kako navodi Roebuck, rasprave ove vrste su rezultirale time da su se jedni ušančili u ekstremnim pozicijama tvrdeći da je opravdano klasifikovati na osnovu pretpostavki pristupa koji su im bliski, dok drugi, nešto brojniji negiraju tezu da su kriminalci homogena grupacija i da su klasifikacije uopšte moguće. Među potonjima su svakako najglasniji sociolozi.

Roebuck stoji na stavu da nema adekvatne opšte teorije o kriminalitetu na kojoj bi se tipologije mogle zasnovati, kao i da se istraživači uglavnom fokusiraju na to da objasne jedno od upadljivih ponašanja. Konačno, ovaj autor ističe da, ukoliko plediraju da budu opravdane, tipologije moraju biti zasnovane na interdisciplinarnom pristupu. Od skora, takva orijentacija među *tipolozima* postaje sve prisutnija.

²⁵ To su: nasilni, konfliktni i obični pripadnici ganga, obični delinkventi, kradljivci automobila, agresivni delinkventi koje još naziva „usamljeni vukovi”, ženski delinkventi i delinkventi sa problemima u ponašanju.

²⁶ Kritika upućena ovoj tipologiji je zasnovana na mogućnosti da se dobije odgovor na pitanje: kako mjeriti *otpornost na kriminalitet* (R)?

5. Postupanje sa opasnim lunaticima

S uma sišavši se pominju već u drevnim spisima, koji svjedoče ne samo da je ludilo bilo prisutno i u davnoj prošlosti, već i da su takvima mogli postati i carevi i projaci (vidi: Conoly, 1830, Morrison, 1848, Cummings, 1852, Halleck, 1987, Alllderidge, 1997, Arrigio, 2002, Porter, 2002, Candilis, Weinstock, Martinez, 2007 i drugi). Nezavisno od statusa, i jedni i drugi su tretirani na podjednak način. Zapravo, čini se da je tretman duševno oboljelih u nekim segmentima ostao nepromjenjen do danas. Da bismo argumentovali ovaj stav, neophodno je da se pozabavimo analizom društvenog, medicinsko-psihijatrijskog i pravnog aspekta tretmana. Takođe, odmah treba skrenuti pažnju da smo, kada govorimo o tretmanu, pošli od sljedeće uslovno nazvane integrativno-operativne definicije ovog pojma koja pod tretiranjem podrazumijeva podvrgavanje nekoga osobe postupku ili uticaju (Ingliš, Ingliš, 1972: 571). Tretman nipošto ne treba svoditi na medicinske postupke, jer bi to bilo suprotno njegovoj istorijskoj i savremenoj upotrebi, već se pod njim treba podrazumijevati niz mjera i postupaka počev od onih medicinskih, preko psiho i socioterapijskih, savjetodavnih ili neposrednih vidova pomoći.

Valja odmah primjetiti da su društva, da bi riješila *problem* s uma sišavših, prvenstveno onih za koje se sumnjalo da su opasni, kroz čitavu istoriju imala poseban odnos prema njima. Regulisani su različiti aspekti postupanja sa kriminalcima-lunaticima, a mijenjanje (društveno-medicinsko-pravnog) ophođenja prema njima je bilo uslovljeno društvenim prilikama i razvojem medicine i prava. Nezavisno od dometa u ovim oblastima, ostala je potreba za samozaštitom društva. Takođe, treba podvući i da je ova odgovornost preuzimana na način koji je ostavljao dovoljno prostora za samovolju moćnijih.

Prvi korak u samozaštiti društva od opasnih lunatika učinjen je u pravcu njihovog prostornog izdvajanja i zatvaranja. Tako izdvojeni i zatvoreni, opasni su mogli biti adekvatno kontrolisani. Nakon zatvaranja, nadzor se počeo sprovoditi kroz liječenje (Fuko, 2009). Iako su se argumenti racionalizacije (društvene, medicinske, pravne) nadzora nad oboljelima opasnim po društvo tokom vremena mijenjali, ciljevi kontrole su ostali suštinski nepromjenjeni do današnjih dana. Riječ je o: potrebi društva da se zaštiti od opasnih, kroz izdvajanje i liječenje, koje, u dalekoj vremenskoj perspektivi oboljelog može učiniti manje opasnim. S druge strane, oboljeli uživaju poseban (pravni) tretman, jer ne mogu biti kažnjeni. Ipak, čini se da je humanost ovih

nastojanja upitna, budući da se ona mogu prepoznati i uklopiti u model kazne (Drakić, 2007b).

Budući da se, fukoovski nazvano *okivanje* tijela u prošlosti, i mozga, u savremenom svijetu, odvajkada odvija u posebnom prostoru, u daljem izlaganju ćemo poći od njega. Potom, nastojaćemo da ukažemo na neke od praktikovanih metoda njegovanja oboljelih²⁷, u okviru ovih prostorno omeđenih entiteta. Konačno, poseban akcenat smo stavili na pravni status i tretman opasnih lunatika.

5.1. Zatvaranje opasnih u azile

„Ove su bolnice bile posljednje pribježište živućih manijaka. U njima bi oni bili zaboravljeni od svojih prijatalja, i prečesto zamemarivani i iskorišćavani od strane svojih gospodara unutra”
(Jarvis, 1840: 6).

U hrišćanskom svijetu je o s uma sišavšima gotovo sve do kraja srednjeg vijeka brinulo monaštvo. Budući naviknuti na samokažnjavanje i surovu disciplinu, monasima se činilo da je deset udaraca bičem dnevno po leđima sasvim odgovarajući lijek (Jarvis, 1841). Onima, za koje se vjerovalo da su bezopasni, u to doba je dopuštano da lutaju (vidi: Fuko, 1980, Bowers, 1998), dok su ozbiljno poremećene morali držati zatvorenima u kući.²⁸

Hrišćansko milosrđe je inspirisalo i formalniju segregaciju neprimjerenih: siromašnih i bolesnih. *Ludi* su počev od XIII vijeka zatvarani u kule ili tamnice, ne samo po manastirima. Prvo pribježište za s uma sišavše je otvoreno u parohiji Svete Marije od Betlehema 1247. godine, a nepunu deceniju potom su utemeljeni azili u Valensiji, Saragosi, Sevilji, Toledu, Barseloni, Manchesteru, New Castlu i Yorku. I svi su bez izuzetka bili pod uticajem religijskih redova. Docnije će pored javnih, o kojima je računa vodila država, biti otvarani i privatni azili, i kuće za izolaciju. Sada su azili postali dostupni svim staležima: u javne su slati siromašni, a u privatne, i u kuće za izolaciju samo oni iz viših slojeva. Bolnice za *sumanute* su po čitavoj Evropi počele nicati „kao pečurke“ nakon 1810. godine, jer su se države „...međusobno takmičile koja će podići savremenije zavode po čijem se broju i izgledu moglo oceniti

²⁷ Njegovanje je drugi naziv za terapiju, odnosno liječenje (vidi: Krstić, 1991).

²⁸ Shorter (1997) navodi riječi jednog od članova Donjeg doma engleskog Parlamenta, koji kaže da nema ništa šokantnije od ludila u kolibi irskog seljaka. Jedini način da se *savlada* oboljeli je da se stavi u kavez ukopan u podu kolibe. Kavez je premalen da bi se čovjek u njemu mogao ispraviti, a oboljeli tu jede, spava, vrši nuždu, i tu obično i umre.

na kom su stupnju humani pojmovi u toj državi” (Danić, Cvijetić, 1895: 13). Time je bez sumnje skinuto ogromno breme odgovornosti sa porodice, koja je sada svoje oboljele članove, ponekad i pod lažnim optužbama za ludilo, mogla smjestiti u azil.

Pa ipak, proći će dosta vremena prije nego što poraste osjetljivost na mogućnost ovakvih zloupotreba. Tek će u XVIII vijeku biti prihvaćeno da u azilima budu oni za čije zatvaranje ima opravdanja, kao i da se zatvaranje i liječenje posebno nadziru. Kada je riječ o nadzoru, ulogu da kontrolišu zatvaranje su dobili članovi komisija za lude (*Lunacy Commission*) ili oblasni inspektori, i to kako u Evropi, tako i u Americi.

Da su prema oboljelima učinjene brojne nepravde i da je njihov položaj bio blizu užasnog, vidi se iz opisa azila i uslova života u njima. Jedan od odličnih prikaza prilika u azilima u prvoj polovini XIX vijeka je dao Cummings (1852), koji je putujući po čitavoj Evropi od Njemačke, preko Češke i Engleske, opservirao azile i njihove stanovnike. Sve institucije koje je on posjetio su bile pretrpane, jer ih je bilo malo, higijenski uslovi su bili loši, a liječenje se nerijetko svodilo na fizičko sputavanje oboljelih, dok je moralni tretman izostajao. Konačno, sami ljekari, naročito upravnici azila su, sudeći po Cummingsu, bili nazadni, često nepristupačni za bilo kakav razgovor, dok statistika o oboljelima uglavnom nije vođena. Ipak, on navodi i jedan svijetao primjer tretmana u *Azilu za lunatike Sonnenstein* u kod Drezdena, u kojemu je u potpunosti usvojen moralni tretman. Posebno hvali radnu terapiju oboljelih²⁹, uz činjenicu da se o pacijentima, u poređenju sa engleskim azilima, brine velik broj ljekara. Takođe, ovaj azil naročito ističe, jer je u njemu otvoreno i odjeljenje za rekonvalescente koji su bili u potpunosti odvojeni od ostalih pacijenata.

Prvi azili u engleskim kolonijama na američkom tlu su nastali nešto kasnije u poređenju sa Evropom, sredinom XVIII vijeka (De Young, 2010). Kao i u Evropi, i ovdje su pribježišta za bolesne i lude utemeljena kao domovi za siromašne. Njihova je uloga izuzetno značajna, budući da je upravo u njima zaživio moralni tretman, za čijeg rodonačelnika se smatra Thomas Bond. On je smatrao da je moralna obaveza građana da brinu za najugroženije. Pored ovog, Bond navodi i argumente ekonomske prirode. Naime, valjalo je smanjiti izdavanja za izdržavanje bolesnih i *ludih*, kako je to već bilo urađeno u Evropi, u kojoj je ovaj inicijator, po profesiji hirurg i stekao obrazovanje. Konačno, treći razlog je bio takođe krajnje pragmatičan: aziliranjem

²⁹ U sklopu radne terapije oboljeli su na primjer obrađivali baštu ili šetali po terasastim parkovima (isto, 1852).

ludih dobila bi se prilika za njihovo neposredno posmatranje kroz praksu. Iako s početka Bondovi pokušaji nisu naišli na odobravanje, prvi dom za siromašne je osnovan 1751. zahvaljujući velikodušnoj donaciji Benjamina Franklina (uz još 32 eminentna građanina) od 2.000 dolara.

Takođe, valja primjetiti da je u to doba kako u Evropi, tako i u Americi postojao raširen optimizam kada je u pitanju tretman mentalne bolesti. Vjerovalo se da je moguće ludilo medicinski izliječiti, što su potvrđivali izvještaji iz evropskih azila, u prvom redu oni iz *Royal Bethlem* bolnice u Londonu (Russel, 1996). S druge strane, ne treba zaboraviti da je u eri Prosvetiteljstva o ludima pisano kao o iracionalnim, ljudima koji se ne daju voditi, često violentnima prema sebi i drugima (vidi: Wright, Miller, 2005). Stoga se smatralo da je njima manje potrebna njega/briga, a više nadzor. Takođe, treba podvući da se broj pacijenata svake godine povećavao: tek mali broj se smatrao izlječenima i bivao otpuštan iz bolnica (vdi: isto, 2005).

Što se Srbije tiče, pronalazimo da su „rukovodioce sanitetske struke, najdocnije zainteresovali s uma sišavši. Oni su čuvani kod kuće i slobodno puštani da skitaju po varošima i uveseljavaju dečurliju po sokacima. Samo o onima nemirnima i opasnima po okolinu brinule su apsnandžije“ (Danić, Cvijetić, 1895: 15). Danić i Cvijetić vele da su ovi čuvani i zatvarani u „kojekakvim ćelijama³⁰“ okružnih bolnica. „Kad koji od njih umre, a takva je sudba morala većinu u tako ružnim okolnostima postizavati, odahnuli bi dušom, zato što su samo kubure imali od njega, jer nije bilo načina ni sredstava da se ovakvim nesrećnicima pritekne u pomoć” (isto, 1895: 15).

Prva bolnica nazvana *Dom za s uma sišavše* je otvorena u Beogradu 1861. godine, zahvaljujući ukazu kneza Mihajla (vidi: isto, 1895). U nju je moglo biti smješteno dvadesetšestoro ljudi, ali je već nakon jedne nepune godine taj broj porastao, pa je i *Dom* odmah prepunjen.³¹ Za samo tri godine od 1880-1882. broj bolesnika se popeo sa 49 na 88, a već 1889. ih je bilo 200. Zato se racionalno koristio prostor: u pojedinim sobama, pa čak i u ćelijama u koje su zatvarani razdražljivi bolesnici je povećan broj kreveta. “Izgleda stoga da je glavna celj bila skloniti opasne sumanute iz društva, pa ih pogurati u izvesne prostorije, gde imaju mesta samo leći i provesti život do smrti makako to bilo” (isto, 1895: 16).

³⁰ Ostava za hranu, sobica (Šljakić, 1985).

³¹ Čini se da se više od vijeka kasnije možemo složiti da ga „ta nezgoda prati i u današnje dane” (Danić, Cvijetić, 1895: 15).

I kriminalci - lunatici su se, kao i oni *obični*, obreli u azilima. Naime, odgovor na pitanja: *da li je opravdano ovu opasnu klasu lunatika kažnjavati na podjednak način kao i obične kriminalce, te kako zaštititi društvo od štete koju opasni mogu nanijeti?*, je pronađen u njihovom izdavanju i „humanijoj” kontroli, a njihov položaj je posebno pravno regulisan.

Što se Evrope tiče, postoje sporenja i oko toga kada su doneseni prvi propisi koje su dozvoljavali zatvaranje kriminalaca - lunatika u azile i oko toga kada su azili otvorili svoja vrata za njih. Bloom-Cooper (2006) smatra da je prva legislativa koja je regulisala zatvaranje lunatika - kriminalaca englesko običajno pravo iz 1482. godine. Ono je zahtjevalo da se utamniči u kući ili u lokalnoj tamnici svako onaj ko je s uma sišao i za koga se sumnja da je i opasan. Oni nisu bili liječeni, sve dok *Vagrancy Act* iz 1744. nije progovorio o potrebi da se za vrijeme utamničenja, lunatici i medicinski tretiraju.

Kod Kelly (2009) s druge strane, pronalazimo da je prva legislativa o mentalno oboljelim zločincima donešena znatno kasnije. Riječ je o irskom *Prison Actu* iz 1789. kojim je omogućeno otvaranje odjela za lunatike u kućama za siromašne, a koje su trebale obezbjediti prostor za *lude* i *idiote*. Konačno, 1838. godine je, zahvaljujući jednom nemilom događaju³² u ovoj zemlji usvojen *Criminal Lunatics Act*, koji je dozvoljavao da se iz zatvora u azil za mentalno oboljele premjeste svi oni za koje se vjerovalo da su opasni, mentalno oboljeli ili intelektualno ometeni. Odluku o neophodnosti prijema u azil je donosilo dvoje sudija, koji su se mogli rukovoditi mišljenjem medicinara. Jedan dio opasnih je u Irskoj slat u dvorac Rushen, stari i glomazni zatvor. Prvi *Central Criminal Lunatic Asylum* u Dublinu, u koji su slati kriminalci- lunatici, je za 11 godina svog postojanja zbrinuo 131 utamničenika. Za sve ovo vrijeme je samo jedan od njih preminuo, što po inspektorima svjedoči o zavidnom sanitarnom nivou u instituciji, u kojoj sve ukupno boravi oko 150 duša (isto, 2009). Ipak, pokazalo se da su i ovaj, kao i drugi azili u Irskoj, nakon samo par godina od otvaranja bili prenaseljeni. Na primjer u *Richmond Asylumu* u Dublinu broj bolesnika je dosegao cifru od 1.500, dok je mjesta bilo za samo 1.100.

Iako ima sporenja oko toga koji je azil u Engleskoj prvi otvorio svoja vrata za kriminalce - lunatike (vidi: Bloom-Cooper, Kelly, 2006, Pilgrim, 2007), postoji

³² Direktora irske banke je ubio mentalno oboljeli (Kelly, 2009).

slaganje da dinamika prijema nije pratila dinamiku otpusta, te su ova *utočišta* veoma brzo bivala prenaseljena. Navodi se tako da, i pored toga što je do 1827. otvoreno devet azila, njihov kapacitet nije bio dovoljan, pa su mnogi oboljeli i dalje boravili u zatvoru (vidi: Pilgrim, 2007). Broadmoor je bio prenaseljen već 1892. godine, nepunih trideset godina po svom osnivanju (Bloom-Cooper, 2006), a 1903. transfer u ovaj azil je čekalo dodatnih 109 lunatika kriminalca (Pilgrim, 2007).

U XX vijeku, čini se, malo šta se promijenilo kada je riječ o prostornom izdvajanju i nadzoru neuračunljivih. Neuračunljivi izvršioци protivpravnih djela se i dalje zatvaraju u posebno obezbjeđene ustanove, koje nesumnjivo ukazuju i na njihov poseban društveni i pravni položaj. Tako Bloom-Cooper (2006) prepoznaje brojne sličnosti između davnašnjih i današnjih specijalnih bolnica. Sličnost se ogleda u visokim zidovima koji ih opasuju, unutrašnjim bravama i lancima koji služe za vezivanje/ograničavanje, u kontroli i obuzdavanju koja se svodi na odvajanje. Ove bolnice su i dalje viđene kao prostori za „sigurni nadzor“ (Hamilton, 1985, Kaye, Fransey, 1998).

U ovom trenutku u Engleskoj, Velsu, Škotskoj i Sjevernoj Irskoj postoje četiri donekle različita pristupa neuračunljivima, čiji se diverzitet dovodi u vezu sa sociogeografskim odlikama, ali isto tako i sa postojećim pravnim sistemom na ovom prostoru (vidi: Thomson, 2008). U Velikoj Britaniji oboljeli kriminalci se smještaju u institucije različitog stepena obezbjeđenja od onih sa maksimalnim do onih sa niskim stepenom. Na primjer, pacijenti iz Irske se smještaju u *Škotsku državnu bolnicu*, a velški u engleske maksimalno obezbjeđene bolnice, prvenstveno u *Ashworth*. Specijalne bolnice srednjeg i niskog obezbjeđenja su zapravo intenzivne psihijatrijske jedinice za akutne pacijente i zaključani odjeli opštih psihijatrijskih bolnica koji služe za rehabilitaciju pacijenata koji imaju kontrolisan pristup zajednici. Pored tretmana u zajednici, valja ukazati da u Engleskoj i Velsu danas postoje i nezavisne sigurne psihijatrijske institucije za koje se tvrdi da popunjavaju veliki jaz koji postoji u djelovanju forenzičkih službi u Velikoj Britaniji (vidi: isto, 2008). U prosjeku oko 50% tzv. sigurnih kreveta u psihijatrijskim institucijama obezbjeđuje nezavisni sektor.

U Njemačkoj se neuračunljivi, za koje se procijeni da su izuzetno opasni, šalju se u visoko obezbjeđene bolnice od kojih svaka ima od 250-350 kreveta i u kojima je sigurnost na nivou zatvora (Müller-Isberner i saradnici, 2010). U Austriji su sve do 1985. neuračunljivi slati u forenzička odjeljenja neke od devet opštih psihijatrijskih bolnica, ili pak u specijalnu psihijatrijsku bolnicu sa maksimalnim obezbjeđenjem. U

potonju su slati svi oni koji su ispoljili visok stepen opasnosti po društvo, koji nisu imali socijalnih veza niti podrške, te oni za koje se vjerovalo da je prognoza njihove bolesti negativna.

U Italiji se, i pored toga što je reforma u psihijatriji dala značajne rezultate, neuračunljivi izvršioi krivičnih djela za koje je utvrđeno da su društveno opasni, smještaju u forenzičke bolnice za potpuno neuračunljive, odnosno, ukoliko je nađeno da su smanjeno uračunljivi, u kuće za njegu i starateljstvo. Naime, italijanski Ustavni sud je 1983. godine odbacio raniju tezu da su neuračunljivi nužno za društvo opasni, što je imalo značajne implikacije na praksu. Oni kod kojih je utvrđeno da jesu neuračunljivi, ali ne i opasni po društvo, danas se ne zatvaraju zarad liječenja i čuvanja, već dobijaju mogućnost da se liječe u zajednici (kao i da liječenje odbiju), (Traverso, Ciappi, Ferracuti, 2000).

Ciszewski i Sutula (2000) kazuju da u Poljskoj postoje tri grupe institucija u koje se smještaju mentalno oboljeli kriminalci. Oni koji bi mogli da predstavljaju opasnost po druge se upućuju u institucije sa pojačanim obezbjeđenjem. U ovim ustanovama se vrši elektronsko nadziranje odjela, soba i hodnika i primjenjuje niz drugih mjera sigurnosti. Prostor za rekreaciju je ograđen, a institucije ovog tipa bi trebale da prihvate do 500 pacijenata. Takođe, postoje i maksimalno obezbjeđene jedinice za naročito opasne. Pored mjera obezbjeđenja opisanih u institucijama druge grupe, u maksimalno sigurnim osoblje mora biti opremljeno sa elektronskim alarmom i mora postojati ograda oko ustanova da bi se spriječio bijeg. Takođe, za njih bi trebalo obezbjeđiti specijalno obučeno osoblje. U trima ovakvim institucijama, koliko ih ima u Poljskoj, ima mjesta za najviše 200 pacijenata. U koji tip ustanove će pacijent biti upućen zavisi od procjene *Nacionalnog odbora za zaštitne mjere*, koji snosi isključivu odgovornost za odluku o stepenu obezbjeđenja koji preporučuje.

U Finskoj se neuračunljiva lica (među koja spadaju i ona čiji je kvocjent inteligencije mjeren skalom *Wechsler Adult Intelligence* ispod 55, kao i psihotični) obavezno upućuju u jednu od dvije bolnice. Riječ je o *Niuvanniemi* bolnici koja ima 284 kreveta i *Vanja Vassa* bolnici u kojoj je predviđeno 125 kreveta za forenzičke pacijente. Procjena o neophodnosti tretmana u slučaju ovih pacijenata se vrši na svakih šest mjeseci i šalje sudu koga mišljenje ljekara ne obavezuje. Nakon otpusta pacijent je pod nadzorom još šest mjeseci (svakog mjeseca se javlja psihijatru), a NAMA (*National Authority of Medicolegal Affairs*) može po isteku ovog perioda predložiti da se supervizija produži na još pola godine. Valja podvući da u Finskoj ne

postoji nikakva vrsta posebnog vanbolničkog tretmana za bivše forenzičke pacijente (vidi: Eronen i saradnici, 2000).

Kada je riječ o vanevropskom prostoru, pronalazimo podatak da na primjer u Japanu, neuračunljive izvršioce protivpravnih djela smještaju u neku od ukupno 23 (maksimalno obezbjeđene) forenzičke bolnice (Fujii i saradnici, 2011). Slično, kao i u ovoj zemlji, i u Kini neuračunljivi izvršioци protivpravnih djela bivaju slati u posebne tzv. ankaᅡg bolnice³³ koje se međusobno ne razlikuju po stepenu sigurnosti. Ipak, takve razlike postoje unutar samih bolnica tj. između odjeljenja. Na primjer, u zaključanom krilu su smješteni pacijenti bez uvida, kao i oni koji su suicidalni, dok se oni sa jasnijom percepcijom o tome da su bolesni, upućuju u poluotvorena ili otvorena odjeljenja. U Kini danas postoji 25 ankaᅡg bolnica, u kojima ima mjesta za 7.000 pacijenata (vidi: Hu i saradnici, 2011).

Interesantan je primjer forenzičko-psihijatrije službe na Novom Zelandu na koju su u značajnoj mjeri uticale društvene prilike i zahtjevi za deinstitucionalizacijom (vidi: Simpson i saradnici, 2000). Kako navodi Brinded (2000), ova služba se počela razvijati tek od 1987. godine. Do tada je postojala samo jedna ustanova, neka vrsta specijalne maksimalno obezbjeđene institucije na Sjevernom ostrvu (*Lake Alice bolnica*), koja je osnovana 1954. sa ciljem da zbrine do 54 najnasilnija psihijatrijska pacijenta (u čitavoj zemlji). Pa ipak, zahvaljujući promjenama zakona, koje su bile uslovljene brojnim nemilim događajima³⁴, od kraja osamesetih godina XX vijeka došlo je do značajnih zahvata u polju forenzičke psihijatrije. Više pažnje je obraćano na prava, kulturalnu posebnost³⁵ i potrebe pacijenata. Osnovano je nekoliko specijalnih bolnica, različitog stepena (od maksimalnog do minimalnog) obezbjeđenja, kao i forenzičke psihijatrijske službe u zajednici. Konačno, od kada su u ovu zemlju stigli zahtjevi za deinstitucionalizacijom u psihijatriji, radi se na smanjenju stigmatizacije. Danas se umjesto maksimalno obezbjeđene institucije, češće govori o dugotrajno sigurnoj jedinici, u koju se upućuju oni za koje se smatra da rehabilitacija zahtjeva duže vrijeme (duže od 2-3 godine) (isto, 2000).

³³ Ankaᅡg (doslovce znači: mir i zdravlje) je skraćenica za specijalne psihijatrijske bolnice koje nose zvanični naziv: *Institucije za menadžment i tretman psihijatrijskih pacijenata*.

³⁴ Prije svega, izuzetno visokom stopom suicida među pacijentima u specijalnoj bolnici, a potom i značajnim brojem ubistava koje su vršili bivši pacijenti po izlasku iz ove ustanove. Od 1988. godine specijalne bolnice posebno nadzire *Commission of Inquiry* i o ovoj aktivnosti izvještava u tzv. *Mason Report* (Brinded, 2000).

³⁵ Naročito se insistira na posebnim institucijama koje će biti prilagođene za Maore (isto, 2000).

Kada je riječ o Srbiji pronalazimo da su tzv. sudski slučajevi (Subotić, 1905) počev od 1861. bili zatvarani u tada utemeljenom *Domu za s uma sišavše* u Beogradu. U ovaj *Dom*, koji je promjenio naziv 1881. u *Bolnica za duševne bolesti*, su slati oboljeli iz svih krajeva Kraljevine SHS između dva rata, a nakon Drugog svjetskog rata u svim republikama bivše SFRJ su osnovane tzv. specijalne bolnice.³⁶ *Specijalna zatvorska bolnica* u Beogradu, koja predstavlja najveću instituciju takve vrste u Republici Srbiji je osnovana Aktom Republičkog izvršnog veća 9. aprila 1969. godine. Bolnica se nalazi u okviru Okružnog zatvora, a kako se navodi u *Izveštaju Helsinškog odbora* (2009), postoje planovi da se do 2020. izmjesti u Bujanj potok. U vrijeme kada je osnovana, u nju su upućivani neuračunljivi izvršiocu protivpravnih djela iz svih krajeva SFRJ prije njenog raspada, a potom iz Republike Crne Gore, sve do raspada Državne zajednice Srbije i Crne Gore. U sadašnjem trenutku *Specijalna zatvorska bolnica* ima sedam odjeljenja: dva za lica kojima su izrečene mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja (blok A i B), odjeljenja za liječenje lica kojima je izrečena mjera obaveznog liječenja od narkomanije, akutno neuropsihijatrijsko i interno (somatsko) odjeljenje za lica koja su oboljela u toku istražnog postupka ili u toku izdržavanja kazne, te odjeljenje za neuropsihijatrijsko sudsko-medicinsko liječenje. Valja podvući da postoje i forenzička odjeljenja u *Specijalnoj bolnici za psihijatrijske bolesti "dr. Slavoljub Bakalović"* u Vršcu (50 kreveta za pacijente muškog pola), Gornjoj Toponici u Nišu i u Kovinu, u koja se takođe upućuju lica vještačena kao neuračunljiva, a u nekim od bolnica, uključujući i *Specijalnu bolnicu* u Beogradu, ukoliko nemaju porodični, nalaze i neku vrstu trajnijeg prihvata.

5.2. Njegovanje opasnih

Postupanje sa oboljelima je moguće podijeliti na četiri grupe s obzirom na sredstva koja se u tretmanu koriste i ciljeve koje treba da ispuni njegovanje. Sveukupni tretman ovih ljudi ne možemo odvojiti od teorijskih postavki o uzrocima njihove bolesti i pretpostavkama o metodama i mogućnosti liječenja. U istorijskoj perspektivi, njegovanje u azilima je obuhvatalo nekoliko metoda, koje se nisu

³⁶ Na primjer u bivšoj SR Hrvatskoj duševno oboljeli delinkventi su bili liječeni u *Bolnici za živčane i duševne bolesti* u Vrapču, i to odmah po završetku II svjetskog rata (vidi: Turčin, Sila, 1964). Kako je broj abnormalnih delinkvenata stalno rastao, otvarana su odjeljenja u bolnicama u Pakracu i Šibeniku, Puli i u *Kaznenom zavodu Lepoglava*.

međusobno isključivale. Među prvima primjenjivana je metoda koja je išla za tretiranjem tijela oboljelih, kako bi se liječila njihova bolesna duša (ili barem držala pod kontrolom). Nju smo nazvali *tjelesnim njegovanjem* koje za predmet imat ijelo bolesnika i u te svrhe koristi različite metode (vidi: Fuko, 2009). Zahvaljujući novim uvidima u etiologiju mentalnih bolesti, do kojih je došlo sredinom XIX vijeka, oboljeli se počinju njegovati pomoću moralnog tretmana, uz postepeno napuštanje tretiranja tijela. Moralni tretman je potom evoluirao ka novim, psihoterapijskim metodama.

Konačno, valja podsjetiti da je i u prvobitnim azilima je postojala neka vrsta farmakoterapije, koja je danas uz psihoterapiju, osnov liječenja mentalno poremećenih. Obe, sudeći po Foucaultu (1971) imaju moć da na suptilan, fizički nevidljiv način nadziru *oboljeli* mozak. Čini se naime, da pobrojane metode tretmana, počev od transfuzije krvi, okretanja naglavačke, vezivanja u okove, a potom i nešto humanije ludačke košulje, psihoterapije i terapije antipsihoticima, služe da bi se postigla dva međusobno saglasna cilja: liječiti oboljelog i držati ga na sigurnoj distanci od drugih, *razumnih* ljudi.

5.2.1. Tretiranje tijela

U prvim azilima tijela oboljelih su tretirana pomoću različitih, nerijetko okrutnih postupaka. Ipak, oni za takve nisu smatrani, budući da je njihova primjena bila u skladu sa tadašnjim medicinskim saznanjima o mogućnosti liječenja, uzrocima bolesti i odlikama bolesnika. Smatralo se da je riječ o zlom, teško izlječivom biću, koje nema sposobnost da osjeća bol, studen, glad (vidi: isto, 1971). Oboljeli su nepredvidivi i ne može se znati kada će u potpunosti izgubiti razum (vidi: Bakewell, 1809, Conolly, 1830, Cummings, 1852, Barrows, 1898, i drugi). Stoga je najsigurnije držati ih zauzdane: okovanih ruku i nogu, kako ne bi naudili ni sebi ni drugima. Njima nikad ne treba vjerovati niti obraćati pažnju na ono što govore i nikad im se ne smije dozvoliti previše slobode (Williamson, 1864). Takođe, na njih bi trebalo primjenjivati tzv. mehaničke metode liječenja. Pronalazimo i da se za violentnog lunatika kao lijek preporučuje vezivanje (u ludačku košulju), tuširanje, stavljanje na dijetu, držanje u mraku. Efekat se gotovo bez izuzetka postiže: pacijent je iscrpljen, njegovo uzbuđenje je obuzdano, i/ili se naučio poniznosti (Conolly, 1830). Agresivni su takođe umotavani u *rukave* (*ludačke* košulje) i vezivani za krevet. Prisilno su hranjeni

ukoliko bi odbili da jedu, a umiranje od gladi je spriječavano hranjenjem preko stomačne sonde.

Danas se tijelo i psiha oboljelog tretiraju na daleko suptilniji način: pomoću psihofarmatika, koji sputavaju naizgled humano. Otvorena primjena fizičkog sputavanja tijela se opravdava isključivo u slučajevima onih koji su auto i heteroagresivni, i primjenjuje se uz neizostavnu farmakoterapiju. Tretman tijela je opstao i tamo gdje se vjeruje da se primjenom ovakvih metoda (npr. elektrošokovima) može postići terapijski efekat (u slučajevima nekih poremećaja, kakva je depresija).

5.2.2. *Moralni tretman*

U XIX vijeku se desila značajna promjena, jer se na mentalnu bolest i na oboljelog počelo gledati drugačije. Porastao je i broj obučениh medicinara u velikom broju zemalja (vidi: Porter, 2002). Ipak, najznačajnija novina se desila u tretmanu oboljelih. Umjesto ranije logike u kojoj je s uma sišavši bio poistvojećen sa životinjom, a odatle i neosjetljiv na ljudske patnje i lišen svih ljudskih potreba, iznova je oživljena hrišćanska doktrina milosrđa, po kojoj svi ljudi u sebi imaju nešto dobro. Odatle je proizašla ideja o moralnom tretmanu oboljelih. Ovaj tretman je uključivao: rad, rekreaciju, intelektualne i religijske aktivnosti, koje su trebale zaokupiti misli oboljelog i pripremiti ih za život u društvu. Takođe, moralna terapija je uvažavala dvije osnovne ideje: a) da na oboljele treba primjenjivati tek minimalnu fizičku prisilu; i b) da se kontrola ponašanja oboljelih vrši pomoći nagrada i pohvala (Bowers, 1998). U praksi će to omogućiti da se izvrši klasifikacija oboljelih (na dobre, loše, odnosno lake - poslušne i teške - neposlušne), te stvori osnov za razradu i primjenu i grupne i individualne psihoterapije.

Moralni tretman je primjenivan bez razlike u azilima širom Evrope i Amerike. Posebno se insistiralo na okupacionom, rekreacionom i edukativnom aspektu tretmana. O tome kako je izgledala primjena moralnog tretmana saznajemo od Lindsaya (1859). On opisuje moralni tretman sproveden u jednom od azila, u kome su se oboljeli najčešće rekreirali tokom zime održavajući koncerte, ili plesove, igrajući karte, čitajući, dok su ljeti boravili van zidova ustanove. Ipak, mora se podvući to su tako tretirani samo oni pacijenti koji su spadali u kategoriju *gospode*. Oni su odlazili na piknike, u ribolov, ili na izlete. Edukacija je uključivala prisustvovanje službi Gospodnjoj (barem tri puta u sedmici, a obavezno nedeljom).

Takođe, oboljeli su se obučavali u botanici i mikroskopskim formama života, a cilj ovih lekcija je bio da se postepenim davanjem naučnih informacija *ludi* navedu na ispravno razmišljanje, da se otvori prostor za njihovu kontemplaciju i da se njihova pažnja skrene sa degradirajućih zadovoljstava svijeta.

I Tuke je jedan od onih koji je smatrao da je moralni (tzv. humani) tretman daleko korisniji od primjene fizičkih sredstava liječenja (i čuvanja). Rezonovao je da, ako brutalnost mudre pravi ludima, sigurno ni lude neće učiniti mudrima, već će samo uvećati njihovu bolest kao i njihov otpor (De Young, 2010). Thomason Story Kirkbride se naročito zalagao za strogo strukturisanu dnevnu rutinu. Strukturacija svakodnevice je po njemu neophodna kako bi se razbile loše navike, koje i jesu uzrok ludila. Smatrao je da su rani jutarnji i rani večernji sati u azilima dragocjeni. Preporučuje da se već u šest sati pacijenti spreme za doručak. Odmah nakon doručka, na njima je da spreme krevete i očiste odjeljenja. Po planu odlaze u šetnju, vožnju, ili posjetu interesantnim mjestima. Takođe, oboljeli pišu, čitaju, razgovaraju, igraju razne igre i bave se svakim poslom koji bi im mogao biti zanimljiv. Poslijepodneva po lijepom vremenu provode u dvorištima odjela, u pola šest ljeti, a u pola pet zimi piju čaj, potom lijekove, a u pola devet večeraju. Ko odgovori pozitivno na ovakav tretman, može očekivati da će biti prebačen u gornja (bolja) odjeljenja, oni problematični bivaju smješteni na odjeljenja u sredini, a oni čije je ponašanje najgore su uvijek zatočeni u prizemlju (isto, 2010).

Brojni primjeri iz prakse su posvjedočili u prilog uspješnosti ovog tretmana. Tako se navodi da je u *Friedns Asylumu* u Franckfordu, u kojemu je korišćen ovaj vid tretmana, samo tokom prve tri godine od osnivanja jedna trećina od 66 hronično bolesnih i neliječenih, *ozdravila* (isto, 2010).

Moralni tretman je, smatralo se, bio naročito djelotvoran u slučajevima neuračunljivih. Mayo (1847) tako primjećuje da je, pomoću ovog tretmana moguće čak i njih privesti moralnom stanju uma. Slično mišljenje iznosi i Williamson (1864) i kazuje da bi svaki kriminalac - lunatik, koji radi, boravi u sobi, šeta preporučenu dnevnu rutu, trebalo da za 19 nedelja prestane biti destruktivan i nasilan.

I u Kneževni Srbiji se insistiralo na primjeni moralnog tretmana u liječenju s uma sišavših, iako je tek pred kraj XIX vijeka dr Janković, obučen u inostranstvu, iz bolnice uklonio nasilna sredstva „koja su donde bila dosta raskošno upotrebljavana pri

lečenju i nezi sumanutih u beogradskoj ludnici³⁷ (Danić, Cvijetić, 1895: 21). Od takvih brutalnih metoda ostala je u upotrebi jedino *ludačka košulja*, ili kako su je nazivali „bluza”, a i ona se primjenjivala tek izuzetno (kod najnasilnijih). Danić i Cvijetić su saglasni da je za oporavak sumanutih neophodno da se u bolnicama naprave i radionice, trpezarije i prostorije za konverzaciju, i uviđaju da tada jedini *Dom za s uma sišavše* u Kneževini Srbiji manjka u prostoru.

5.2.3. *Tretman forenzičkih pacijenata u XX vijeku*

Moralni tretman je postepeno disperzovan na niz specijalizovanih podvrsta. Riječ je o brojnim metodama, koje su uklopljene i preimenovane u okrilju socioterapije, individualnih i grupnih psihoterapija. One se stalno umnožavaju, ali su granice među njima krajnje elastične. Moglo bi se reći da se tehnike rada, a naročito ciljevi, u uslovno nazvanim novim vidovima moralnog tretmana sve više približavaju (vidi: Porter, 2002).

Za razumijevanje ovog novog/starog tipa tretmana, bitno je ukazati na osnove njegove upitne transformacije, kao i na ključne oblike. Kako navodi Hollin (2004) u onoj mjeri u kojoj je klasična teorija uticala na razvoj krivičnog prava idejama o utilitarnosti i slobodnoj volji, razvoj psiholoških teorija je oblikovao terapijske pristupe u radu sa zločincima, počev od pedesetih godina XX vijeka. Uz psihodinamski pristup i teoriju učenja, poseban uticaj na oblikovanje tretmana je imao kognitivno-bihevioralni pristup, koji je u radu sa teško mentalno oboljelim prestupnicima zaživio tokom sedamdesetih (vidi: Ashford, Sternbach, Balaam, 2009). Za razliku od pedesetih i šezdesetih, kada je (još uvijek) bilo povjerenja u rehabilitacione potencijale tretmana, sedamdesetih je, zahvaljujući prije svega Martinsonovom naporu da pokaže da u zatvoreničkom miljeu ništa ne daje rezultate, primat nad tretmanom dobilo kažnjavanje i primarna prevencija (vidi: Hollin, 2004). I za osamdesete je karakterističan sličan skepticizam, kojeg je teorijski osnaživala kritička kriminologija, zasnovana na kritici savremenih društava. Pa ipak, tih godina je došlo i do značajnijeg interesovanja za tretman forenzičkih pacijenata. Smatra se (vidi: Hodgins, 2004) da je ova naprasno narasla briga, plod angažovanja javnosti koja je bila zainteresovana da se odbrani od nasilnog potencijala mentalno

³⁷ Među takva sredstava njege i liječenja je spadala i kamdžija, „nasilna“ stolica i pojas kojim su vezivani za krevet.

poremećenih osoba, čija je izuzetna opasnost promovisana u medijskom prostoru. Devedesetih je u Kanadi i u Velikoj Britaniji, a djelomično u SAD-u, vraćeno puno povjerenje u tretman. Ovaj značajan zaokret se desio zahvaljujući istraživanjima koja su išla za tim da empirijski dokažu djelotvornost tretmana, odnosno da odgovore na pitanje: šta djeluje?

Tretman forenzičkih pacijenata je u XX vijeku usmjeren na nekoliko glavnih ciljeva. U prvom redu, riječ je stabilizaciji simptoma bolesti, kao koraku neophodnom za ostale faze tretmana. Kao značajna etapa na putu oporavka navodi se i uključivanje pacijenata u proces planiranja tretmana. Tretman bi zatim morao biti prilagođen svakom od pacijenata ponaosob, kao uostalom i procjena rizika. Ukoliko pacijent prihvati odgovornost za oporavak, mora se raditi na njegovom uvidu u svoju bolest i ponašanje, prvenstveno oslanjanjem na suportativne tehnike. Konačno, na kliničaru je da čini više za pacijenta ukoliko on ne može sam sebi pomoći, i obrnuto, ako pacijent preuzima odgovornost za sebe. Osnovni zadatak kliničara se svodi na procjenu rizika, koji na takav način utiče na povećanje nezavisnosti i samoodređenja pacijenta, istovremeno ga štiteći od nanošenja štete sebi i drugima. Zapravo, autori insistiraju na tome da je oporavak moguć, čak i u forenzičkom miljeu, ukoliko je usmjeren na nadu, poštovanje i ojačavanje individualizirane brige u *ka-oporavku-orijentisanoj praksi* (McLaughlin, Geller, 2011).

Terapijski rad sa forenzičkim pacijentima za primarni cilj ima rehabilitaciju. Čini se da je „najbolja” rehabilitaciona terapija ona koja je multidimenzionalna i usmjerena na faktore problematičnog ponašanja, na značajne aspekte korektivne rehabilitacije (motivaciju, redukciju rizika...), uz to je relativno jednostavna i istovremeno efikasna, kada je riječ o reintegraciji. Konačno, terapija bi trebala biti prilagođena svakom od pacijenata, uz uvažavanje njegovih potreba i ličnih odlika (Robertson, Barnao, Ward, 2011).

Tretmane koji se danas primjenjuju u institucionalnom miljeu je moguće podjeliti s obzirom na različite kriterijume, koji nije lako sistematizovati (vidi: Opalić, 1986). Ashford i saradnici (2009) tako navode da se strukturisani rad sa forenzičkim pacijentima može podjeliti na one tretmane koji su usmjereni na: rješavanje problema, upravljanje bijesom/agresijom, intervencije koje ciljaju na spriječavanje samopovrjeđivanja i ostale (iako ne navode koje su to). Drugi (Roesch i saradnici, 2010) smatraju da se, kada je riječ o podjeli tretmana u forenzičkom setingu, mora poći od procjene mentalnog poremećaja kao faktora kriminalnog ponašanja.

Pobrojane podjele govore u prilog ranije uočene prividne raznolikosti tretmana forenzičkih pacijenata. Za sada funkciju ove izuzetne razuđenosti terapijskih pristupa nećemo razmatrati. Umjesto toga, u prikazu metoda *njegovanja* pacijenata u specijalnim bolnicama, rukovodićemo se podjelom koju je ponudio Kecmanović (1978), a za koju postoje validni, na terenu prikupljeni dokazi. Riječ je o: individualnoj psihoterapiji, za koju se pokazuje da se rijetko koristi u forenzičkom miljeu, te socioterapijskom pristupu u užem smislu, koji u svom radu koristi grupu i njen terapijski potencijal. Posebnije, riječ je o: 1. grupnoj (psiho i socioterapiji); 2. radno-okupacionoj i 3. rekreacionoj terapiji, te 4. terapijskoj zajednici.

5.2.3.1. Individualna psihoterapija

Što se psihoterapije u uslovima forenzičke bolnice tiče, Welldon i Von Velsen (1997) podvlače da se ona odvija u trouglu: pacijent, psihoterapeut, društvo. Po definiciji, individualna psihoterapija predstavlja proces u kojem posebno edukovan terapeut pomaže emocionalno uznemirenoj osobi da pronade konformniji i efikasniji način adaptacije (Halleck, 1987: 159). Iznosi se pri tom da postoje značajna neslaganja oko toga koje se verbalne interakcije između pacijenta i osoblja jesu psihoterapijske intervencije, a šta se treba smatrati vođenjem, odnosno savjetovanjem.

Odatle, neki (vidi: isto, 1987) smatraju da je krajnje diskutabilno da li je individualna psihoterapija uopšte dostupna pacijentima u specijalnim bolnicama. Čini se naime, da individualna psihoterapija nije toliko zastupljena u forenzičkom miljeu, što zbog manjka obučenog osoblja, što zbog koštanja intervencija koje oduzimaju velik dio vremena terapeutu (po pravilu je opterećen velikim brojem pacijenata) (vidi: Hopton, 1994). Zapravo, unutar stručne javnosti postoji raširen stav da u terapijskom procesu ključna uloga pripada upravo terapeutu, budući da je njegova dužnost da stvori tzv. sigurnu bazu za pacijenta (Welldon, Van Velsen, 1997). Odatle je posebno važno da terapeut ima razvijeno umijeće slušanja, naročito uznemiravajućih sadržaja, bez prekidanja pacijenta. Ipak, čini nam se da se tolika odgovornost za terapijski proces ne može pripisati isključivo terapeutu, jer, na primjer, odgovor na pitanje koliko će seanse trajati, zavisi od toga na čemu se mora raditi. Od toga da li je pacijent opasan za sebe i/ili druge, da li prijeti da će prekinuti tretman, da li je iskren u komunikaciji, i/ili eventualno trivijalizira, da li se ponašao u seansi i van nje po principu acting-outa, zavisi i to koliko će seansa biti duga. Posebno se podvlači

neophodnost da se terapeut ne osjeća ugroženim jer je to preduslov iskrenog ulaganja u terapijski odnos, a naglašava se i opasnosti da zauzme onipotentnu poziciju i da se razočara zbog relapsa svog klijenta (Kernberg, 2003). Naime, jasno je da postoje i oni pacijenti koji su „nemogući” (isto, 2003: 381), tj. oni kojima se ne može pomoći. Terapeut je ponekad uvučen u takav odnos („*going out of ones way*”) svojim mesijanskim stavom da je moguće pomoći pacijentu. Na taj način terapeut može previdjeti neadekvatno ponašanje oboljelog, u isto vrijeme gajeći prema njemu prezaštitnički odnos.

Ističe se i da na uspjeh ove vrste psihoterapije poseban uticaj ima institucionalni kontekst (Pilgrim, 1997). Razmatra se tako uticaj veličine ustanove na: tip tretmana, njegovu uspješnost i konačno, recidivizam. Iako su ova pitanja pokrivena u stručnoj literaturi, u odgovorima na njih autori se nerijetko rukovode ideološkim zamajcem, a ne empirijskim dokazima (vidi: Porter, 2002). Naime, tvrdi da su specijalne forenzičke bolnice, koje su po pravilu velike, utiču na diskriminaciju pacijenata, dok je onim manjima po obimu, lakše upravljati. S druge strane, ističe se i da su velike institucije sposobne da primjene različite vrste specijalnog tretmana, da se mogu prilagoditi pacijentovim odlikama i njegovim potrebama. Konačno, stopa recidivizma u slučaju primjene ovakvih specijalizovanih tretmana je daleko niža (Müller-Isberner i saradnici, 2000).

5.2.3.2. *Grupna psihoterapija*

Kada je riječ o grupnoj psihoterapiji, valja podsjetiti da je ona zasnovana na postulatu da je (i) duševno bolestan čovjek socijalno biće. Grupna terapija polazi od premisa da: a) iza ponašanja članova grupe stoje njihova svjesna osjećanja i namjere – sociodinamika teza; b) osjećanja i namjere pojedinca bivaju korigovani u relacionom kontekstu male grupe – strukturalno-dinamski aspekt; c) iza strukturalno-dinamskih mehanizama pojedinca stoji duboko nesvjesno, što predstavlja genetičko dinamski aspekt grupnog rada. Grupe namjenjene tretmanu se mogu dalje dijeliti na: a) one unutar kojih se obavljaju neke aktivnosti; b) socioterapijske, koje su zasnovane na aktivnostima, a terapijsku vrijednost crpe iz ličnog učestvovanja pojedinca u radu grupe; te na c) psihoterapijske (Opalić, 1986). Da bi se smatrale psihoterapijskim, grupe moraju uključivati verbalnu komunikaciju između članova, koji su objekti tretmana, a sama grupa mora biti terapijsko sredstvo. Iz navedenog, proizilazi da su

razlike između socio i psihoterapijskih grupa relativno neznatne (vidi: Kecmanović, 1978), ali ipak postoje. Sastoje se u odnosu prema ispoljavanju patoloških sadržaja i ponašanja. U socioterapijskoj grupi se tako patološki sadržaj i ponašanje usmjerava u cilju korekcije. Socioterapeut izbjegava emocionalno zasićene teme i ne ide za osvještavanjem osjećanja, već je fokusiran da nauči članove grupe kako da na *nepatologizirajući* način savladaju svoju emocionalnu napetost. U grupnoj psihoterapiji cilj je upravo da se osvijetle lična osjećanja prema drugim ljudima.

Iskustva iz nekih zemalja u kojima se koristi grupna psihoterapija forenzičkih pacijenata, govore u prilog njene uspješnosti. Cox (2003) tako smatra da je ovaj vid psihoterapije naročito koristan u specijalnim bolnicama. Grupna terapija se izvodi u restriktivnom okruženju, u kojemu rezidenti provode unaprijed nedefinisan vremenski period. Ova vremenska neograničenost pruža znatne terapijske mogućnosti i oblikuje ljudsku razmjenu u sigurnom okruženju.

U Austriji se na primjer tretman forenzičkih pacijenata donedavno svodio na neku vrstu grupne terapije, pored farmakoterapije, sa strukturisanim aktivnostima i treningom socijalnih vještina koje ciljaju na sticanje uvida i popravljjanje ponašanja (Schanda i saradnici, 2000).

U specijalnim bolnicama u Njemačkoj se sve do sredine osamdesetih godina XX vijeka primjenjivao isključivo tzv. medicinski model terapije, koji je krajem devedesetih zamjenjen jednim pragmatičnijim, multimodalnim pristupom. U nekim bolnicama primjenjuje se grupna psihoterapija psihodimskog, a u drugim kognitivno-bihejvioralnog tipa. Cilj psihoterapije je da neutralizira opasnost, redukuje ili eliminiše faktore koji povećavaju rizik od kriminaliteta, uz stav da je antisocijalno ponašanje naučeno i da ga kao takvog možemo mijenjati. Müller-Isberner i saradnici (2010) smatraju da je u slučaju hroničnih bolesnika, čije je socijalno funkcionisanje značajno otežano, a koji pri tom ispoljavaju i motivacioni deficit, cilj terapije ne izlječenje, već redukovanje simptomatike, stabilizacija i učenje socijalnih vještina. Takođe, naglašava se da je značajno načelo nulte tolerancije naspram nasilja, alkohola, droga i prijetnji drugim rezidentima unutar bolnice, čije kršenje povlači za sobom gubitak privilegija (ili nazadovanje, "*downgrading*").

U većini specijalnih bolnica u Norveškoj tretman je fokusiran na tzv. problematične oblasti ponašanja (Smeijsters, Cleven, 2006), koje su vezane i za samu bolest kao i za djelo koje je pacijent izvršio. Ipak, različiti autori pod problematičnim podrazumijevaju drugačije aspekte ponašanja. Na primjer, kod Broeka se pominju:

gubitak kontrole, agresivnost, nedostatak empatije, niska socijalna funkcionalnost i nedostatak strukture, dok Dolan navodi tenziju, agresivnost, impulsivnost, moć, kontrolu, nedostatak granica i strukture, neadekvatno izražavanje i percepciju kao problematične oblasti (isto, 2006). U najopštijem, čini se da se grupni rad fokusira na teme socijalne percepcije, asertivnosti i neverbalnog ponašanja, koji se smatraju za problematične u populaciji forenzičkih pacijenata. U Norveškoj je tako u okviru *De Kijvelanden* forenzičke bolnice u periodu od 1998-2001. eksperimentalno primjenjen program tretmana psihotičnih pacijenata. Riječ je o: kognitivno-bihevioralnom programu koji uključuje obučavanje u upravljanju stresom, te funkcionalni trening, Libermanov modul izlaženja na kraj sa psihotičnim simptomima i učenje socijalnih vještina. Valja podvući da se kao jedan od vanredno usješnih programa tretmana pokazao *The Option program*, kojeg su osmislili Bush i Bilodeau (Ashford i saradnici, 2009). Riječ je o kognitivno-bihevioralnom programu koji je osmišljen tako da cilja na kriminalne stavove i na rješavanje socijalnih problema.

Od ostalih vidova grupne terapije u specijalnim bolnicama se koristi tzv. procesuiranje tugovanja ili perspektiva o budućnosti. Riječ je o devedesetominutnoj grupnoj terapiji, koja je ograničena na deset seansi i usmjerena ka prihvatanju bolesti koju imaju i načina osmišljavanja života s obzirom na ograničenja koja ona nosi. Pored toga, na cijeni je i tzv. stres menadžment program u trajanju od osam 90-minutnih seansi (Welldon, Van Velsen, 1997). Ova terapija je usmjerena na učenje oboljelih da se opuste i uživaju u fizičkoj aktivnosti.

Vjeruje se da drama-terapija nije najadekvatnije sredstvo za rad sa forenzičkim pacijentima, budući da je velikom broju njih teško da razdvoje vlastiti, od gledišta drugih na svijet koji ih okružuje (isto, 2006). Pa ipak, osmišljene su radionice koje su za njih primjeren(ij)e. Jedna od takvih je "*Joe Blaggs*" ili "*The Pump*". "*Joe Blaggs*" je zamišljeni devijant o kojemu pacijent stvara priču vođen pitanjima terapeuta: "*Ko je Joe Blaggs?*", "*Čime se on bavi?*", "*O čemu razmišlja?*", "*Na koga on utiče?*". Priča se potom *odigrava*, a pomoću pravila za zaustavljanje moguće je istovremeno osmisliti alternativne vidove ponašanja. "*The Pump*" je radionica u kojoj pacijent uči da napravi razliku između "*Kucanja*" (činjenica koje je moguće promijeniti), "*Plaćenja*" („*Wind-ups*" ili provokacija, prijatniji od strane drugih ljudi), i "*Dizanja*" ("*Pumps*" odnosno unutrašnjih misli i interpretacija koje povećavaju njegov bijes). Pacijent se obučava da obuzda namećuće misli i da upravlja bijesom.

Neki terapeuti (Timmer, na primjer) su razvili drama-terapiju u koju je inkorporiran i izvršeni zločin. U radu se koristi čitav niz intervencija npr. termometar agresivnosti koji mjeri osjećanje agresivnosti skalom od 0-10 kada se opisuje neki događaj, potom, razmišljanje o agresivnosti u svom životu i oživljavanje kroz igranje uloga. Konačno, pokazalo se da sa dužinom participacije u dramaterapiji značajno opada stopa recidivizma. Tako se u povratu našlo 67% onih koji su bili uključeni u ovu vrstu terapije manje od šest mjeseci, i tek 17% onih koji su na dramaterapiji proveli duže od dvije godine (isto, 2006).

U grupne terapije spada i funkcionalni, i trening vještina koji se uče kroz šest jednoipčasovnih seansi, kao i ranije pomenuti Libermanov modul koji je fokusiran na prepoznavanje simptoma relapsa. Pacijenti su takođe obučavaju u socijalnim vještinama (15 seansi), vještinama vođenja domaćinstva i brige o sebi.

5.2.3.3. Okupaciona i rekreativna terapija

Smatra se da je radna terapija, koja se smatra pretečom okupacione³⁸, bila korišćena u privatnim azilima, još u XIX vijeku (Porter, 2002). Terapeutski potencijal ove vrste terapije se sastoji u korišćenju rada u terapijske svrhe. U izvođenju okupacione terapije važno je rukovoditi se sljedećim principima: rad mora biti plaćen, ne smije biti osnov bilo kakve diskriminacije, a socijalni okvir obavljanja aktivnosti mora biti unaprijed poznat. Konačno, smatra se da prvi pozitivan odnos prema radu ima i dijagnostički značaj: može da ukazuje na početak poboljšanja kliničke slike bolesti (vidi: Bukelić, 2000).

U literaturi o okupacionoj terapiji u forenzičkom miljeu značajnih podataka nismo pronašli. Mnogo više pažnje je poklonjeno dometima rekreativne terapije. Zapravo, smatra se da između nje i prethodno opisane, okupacione, nema značajnih razlika (vidi: Kecmanović, 1978). U rekreativnoj terapiji su prisutni edukativni elementi, verbalna i neverbalna komunikacija, transfer i kontratransfer. Logika terapijskog djelovanja se sastoji u sljedećem: član grupe uviđa da ima slične motive kao i ostali, osjeća se prihvaćenim u grupi i dobija podršku u djelovanju na istom cilju. Član grupe modifikuje i prilagođava svoje stavovima grupe, a time se

³⁸ Razlike se sastoje u sljedećem: radna terapija je jednostavnog mehaničkog karaktera. Okupaciona bi trebala da koriguje njene nedostatke, a to su: zapostavljanje individualnog pristupa, zanemarivanje bolesnikovih sklonosti, usmjerenost na fizičke i korisne djelatnosti, te dogmatska krutost (Kecmanović, 1978).

modifikuje i spremnost da se prihvati kritika. U rekreativnu Smeijsters i Clevon (2006) ubrajaju: art terapiju, muzikoterapiju i terapiju plesom.

Pomenuti autori navode iskustva u korišćenju različitih vidova tzv. art terapije u forenzičkim bolnicama u Norveškoj. Ona je usmjerena na edukaciju pacijenata u smjeru mijenjanja mišljenja, osjećanja i ponašanja vezanih za njihovo problematično ponašanje. Konačno, između art terapije i izražavanja umjetničke forme postoji jasna analogija u pogledu dinamike, tempa, ritma i forme koja omogućava da se konkretni ciljevi dosegnu kroz eksperimentalno i aktivno učešće u terapijskom procesu kroz umjetnički izraz.

Posebno mjesto u tretmanu forenzičkih pacijenata ima muzikoterapija. Ona cilja na opuštanje, samoizražavanje, promjenu raspoloženja, emocionalni razvoj, samopouzdanje i poštovanje drugih osoba, osposobljavanje za socijalne interakcije i prilagođavanje, relaksaciju od tenzije i anksioznosti, kontrolu bijesa. Muzikoterapeut u svom radu sa pacijentima može koristiti: slušanje muzike, odabir pjesama, parodiju na njih, komponovanje, analizu stihova, horsko pjevanje, bubnjanje, vokalnu i instrumentalnu improvizaciju na temu ličnih kompetencija, vjerovanja i identiteta. Konačno, neke studije pokazuju da je ova vrsta terapije izuzetno efikasna, naročito kada je riječ o korekciji agresivnosti, o tenziji, frustraciji, impulsivnosti i samopercepciji (vidi: isto, 2006). Kako navode Gallagher i Steele od 188 pacijenata jedne forenzičke bolnice koji su učestvovali u muzikoterapiji, 82% je naučilo da izrazi svoja osjećanja i mišljenje, a 68% je postiglo pozitivne efekte (isto, 2006).

Pored ovih, navodi se i terapija plesom - pokretima čija upotreba u evropskom forenzičkom miljeu nije naročito raširena. Sama terapija je zasnovana na Labanovoj analizi pokreta, koja polazi od bazične ideje da predstavljanje sebe kroz pokret govori o individualizaciji i osjećanjima pacijenta. Ipak, nema podataka koji bi govorili u prilog (ne)efikasnosti ove terapije (vidi: isto, 2006).

5.2.3.4. Terapijska zajednica

Konačno, u socioterapiju u užem smislu se ubraja i terapijska zajednica. Po nama je, za razliku od nekih autora (Welldon, Van Velsen, 1997), krajnje upitno da li se specijalna bolnica može smatrati adekvatnom za uspostavljanje terapijske zajednice, prvenstveno zbog principa na kojima počiva. Terapijska zajednica je zasnovana na premisi o značaju atmosfere za efikasnost tretmana. Naime, da bi bila u

terapijskom smislu efikasna, atmosferu u psihijatrijskom institucionalnom okruženju bi trebalo da odlikuje: zaštita individualnosti, tretiranje oboljelih kao osoba vrijednih povjerenja, sposobnih za odgovornost i inicijativu, podsticanje na adekvatno ponašanje i uključivanje u svakodnevne aktivnosti. Konačno, za terapijsku zajednicu je karakteristična zaravnjenost hijerarhijske piramide, odnosno insistiranje na ravnopravnosti svih njenih članova: i osoblja i oboljelih. Odatle su i nosioci terapijskog postupka svi članovi terapijske zajednice, koji dijele odgovornost za većinu odluka. Iz svega navedenog izgleda jasno da forenzička bolnica nije prostor u kome je moguće organizaciono utemeljenje terapijske zajednice.

Pa ipak, neki smatraju da je unutar ovog miljea moguće razviti tzv. demokratski model terapijske zajednice (vidi: Dolan, 2003). Ovaj model odlikuje: kolaborativnost između pacijenata, koji se sada imenuju kao rezidenti, i osoblja, smanjivanje hijerarhijskog jaza i imitacija (re-kreacija, kako je naziva Dolan, 2003: 410) spoljašnjih interakcija u zatvorenom prostoru, te usmjerenost ka permisivnosti, komunitarizmu, demokratizaciji i konfrontaciji sa realnošću.

U literaturi je moguće naći opise dvaju tipova terapijskih zajednica: tzv. prave ili stare, kakve je opisao Rapaport, i nove, koje nastaju u slučaju izmještanja u zajednicu. Nasuprot starom pristupu, novi je autoritaran i reprodukuje društvenu hijerarhiju. Interesantan opis tzv. starog tipa terapijske zajednice pronalazimo kod Dolan (2003). Navodi primjer bolnice *Henderson* u Engleskoj i primjećuje da je u ovoj ustanovi grupna terapija striktno organizovana (tri puta nedeljno), da se rezidenti i osoblje svakodnevno sastaju, kao i da se dva puta nedeljno radne grupe bave određenim zadacima. Terapije traju minimalno 25 sati nedeljno. Dalje, rad u grupama je vremenski i organizaciono strukturisan, pravila su jasna, kao i sankcije za nepoštovanje. Na primjer, ukoliko se desi da neko od rezidenata zakasni 10 minuta smatra se da na terapiji nije ni učestvovao, a ukoliko se takva situacija dva puta uzastopce ponovi, može se desiti, da (ukoliko nema adekvatno opravdanje) bude izbačen sa grupe. Rezidenti su, a ne članovi osoblja, pozvani da rješavaju tzv. krizne situacije, ukoliko se dese. Konačno, Dolan navodi da, čak i tako strukturisane, terapijske zajednice imaju značajnog uspjeha u tretmanu teških psihopatija.

Interesantan vid terapijske zajednice je utemeljen u relativno novoj (otvorena je 1996.) bolnici *Kijvelanden* u Norveškoj (vidi: Smeijsters, Cleven, 2006). U njoj su pacijenti (njih 128) smješteni u devet odjeljenja, od kojih su šest srednje obezbjeđeni, dva intenzivnog tretmana (7 kreveta) i jedan maksimalno obezbjeđen (11 kreveta).

Pacijenti sami brinu o odjeljenjima. Imaju zaduženja da peru posuđe i čiste, a nad njima nadzor (brigu) imaju tzv. socioterapeuti (koji nisu nužno obučene psihijatrijske sestre). Većina pacijenta može napustiti odjeljenje kako bi učestvovala u psihoterapiji, muzikoterapiji, radu u vrtu, socijalnim događajima ili slobodnim aktivnostima u okviru bolnice. Takođe, imaju mogućnost i da pohađaju edukativne kurseve u okviru odjeljenja za obrazovanje. U okviru bolnice, nezavisno od opšteg bolničkog programa, pacijenti se mogu uključiti i u neki od specijalnih grupnih programa koji ciljaju na specifične ponašajne probleme kakvi su zavisnost, agresivnost i impulsivnost, te psihotični simptomi. Značajno je podvući da iako osoblje prijavljuje pacijente za učešće u ovim programima tretmana, oni imaju pravo da ga odbiju.

Na terapijski proces u forenzičkom setingu se na posebno interesantan način osvrće Bose (2009). Ona poredi iskustvo razvoja terapijskog odnosa sa Bionovim shvatanjem zajednice. Jasna je, veli Boseova, paralela između zajednice kao interpersonalnog odnosa između majke i djeteta (koji uključuje osjećanja, razmišljanje, organizaciju i djelovanje) sa terapijskim procesom u kojem učestvuju pacijent (na mjestu djeteta) i medicinska sestra (iz pozicije majke). Medicinske sestre naime, razvijaju radni savez sa pacijentima, koji nije bez rizika od nasilja. Upravo stoga je od naročite koristi strukturisanje dnevnih aktivnosti. Pacijenti ustaju, uzimaju obroke i lijekove, učestvuju u grupnoj terapiji i odlaze na spavanje u sasvim određeno vrijeme. Institucionalizacija je pri tom, vjeruje se, smanjena na najmanju moguću mjeru pomoću dozvole da pacijenti izraze svoje potrebe i želje na zajedničkim sastancima. Iako se Bose uzdržava od kritike ovako strukturisanje svakodnevice, drugi (vidi: McMillan, 2009) zamjeraju da se na ovakav način infantilizira odrasla populacija.

5.3. Evaluacija tretmana u forenzičkom miljeu

O tome koliko je efikasan tretman forenzičkih pacijenta imamo malo podataka (vidi: Duggan, 2008). Razlozi za takvo stanje stvari se mogu pronaći u činjenici da se sistematična i metodološki dobro potkovana istraživanja takve vrste rijetko sprovode (vidi: Hodgins, Müller-Isberner, 2000, Hornsvel, Nijman, 2005), iako bi ona bila izuzetno dragocjena u praksi.

Do interesantnih nalaza o dometima tretmana u forenzičkom miljeu je u svom longitudinalnom prospektivnom istraživanju došla *Evropska Komisija za prevenciju*

torture i nehumani ili degradirajući tretman i kažnjavanje (u daljem tekstu CPT izvještaj) (Niveau, 2004). Članovi *Komsije* su u periodu od 1990-2001. godine posjetili 78 psihijatrijskih bolnica, uključujući i one specijalne, u 35 zemalja - potpisnica *Konvencije protiv torture*. U CPT izvještaju se ističe, između ostalog, i da se prava pacijenata često krše: zloupotrebom lijekova koji se koriste ne u terapije, već u svrhe smirivanja pacijenta. Takođe, navodi se i da terapijska aktivnost nije dovoljna, kao i da se ne sprovodi adekvatan rad na rehabilitaciji. Potonje se gotovo graniči sa nehumanim i degradirajućim tretmanom, budući da zatvaranje zbog neuklopljenosti u, i opasnosti po društvo, ne isključuje potrebu za rehabilitacijom. Konačno, posebno zabrinjavaju i oni izvještaji koji ukazuju na nedostatak osoblja koje bi sprovodilo tretman (vidi: isto, 2004).

Hornsvel i Nijman (2005) su pronašli, evaluirajući eksperimentalni multidimenzionalni program³⁹ kognitivno-bihejvioralne terapije koji je primjenjen u *De Kijvelanden* forenzičkoj bolnici, da su dometi ovog programa krajnje problematični. Naime, psihotični pacijenti koji su bili uključeni u tretman, nisu značajne poboljšali svoje ponašanje poređenju sa onima koji njime nisu bili obuhvaćeni, uz izuzetak korekcije tzv. negativnih simptoma.

Pa ipak, pronalazimo i nešto optimističnije podatke (vidi: Nijamn, De Kruyk, Van Nieuwenhuizen, 2004). Na primjer, u nekim specijalnim bolnicama se u cilju evaluacije tretmana, pa čak i predviđanja ponašanja pacijenta, primjenjuju standardizovani instrumenti. Jedan od takvih je i *Instrument za evaluaciju rehabilitacije Hala i Bekera (Rehabilitation Evaluation Hall and Becker instrument, skraćeno REHAB)*. Ovim instrumentom se periodično (na šest mjeseci) mjeri opšte ponašanje pacijenta, njegova socijalna aktivnost i verbalne vještine, te sposobnost da se brine o sebi. U jednoj od studija u kojoj su evaluirani dometi tretmana pomoću REHABA se pokazalo se da se opšti nivo funkcionisanja značajno poboljšao, ali samo u slučaju nepsihotičnih pacijenata, kao i da je socijalna aktivnosti i onih psihotičnih i onih nepsihotičnih tokom hospitalizacije značajno povećana (isto, 2004).

Neki (Duggan, 2008) ističu da se pri osmišljavanju programa tretmana u obzir treba uzeti mogućnost i motivisanost prestupnika da se uključi u tretman. U implementaciji takvih programa značajnu ulogu bi moralo da ima obučeno osoblje. Konačno, bilo bi idealno ukoliko bi tretman bio sproveden u zajednici, a ako se vrši

³⁹ Program je uključivao: rad na tugovanju, upravljanje stresom, funkcionalni trening, Libermanov modul izlaženja na kraj sa psihotičnim simptomima i učenje socijalnih vještina.

u forenzičkoj bolnici, neophodno ga je povezati sa službama u zajednici. Hodgins (2004) ovom dodaje da bi tretman morao biti dugotrajan i multidimenzionalan. Pretpostavlja da, uz korekcije neprikladnog ponašanja i razmišljanja, forenzički pacijenti moraju biti posebno osposobljeni za samostalni život, jer im ta vještina sasvim sigurno nedostaje.

S druge strane, Robertson, Barnao i Ward (2011) sumnjaju u terapijske domete tzv. rehabilitacione terapije. Jedan od razloga njihove sumnje je nepouzdana metodologija kada je riječ o evaluaciji rezultata ovog pristupa, s jedne strane, dok se s druge naročito ističe činjenica da ovaj model leži na pogrešnoj premisi da pacijenti u forenzičkim bolnicama imaju drugačije i značajno različite potrebe u poređenju sa ostalim mentalno oboljelima.

I Blackburn (2004) primjećuje da je malo dokaza za generalizacije o tome koji tretmani daju rezultate. Ipak, većina autora (vidi: Hodgins, 2004) se slaže da je, i pored nedoumice o tome „šta djeluje” u slučaju forenzičkih pacijenata, jedno sigurno. Za uspješnost tretmana je ključan kontinuitet i dugotrajnost.

U svakom slučaju, brojne su nedoumice koje se tiču tretmana u forenzičkoj bolnici. Ne samo da je upitno da li tretman treba sprovoditi kako bi se spriječilo ponovno „nanošenje štete”, ili je primarni cilj rad na ozdravljenju oboljelog i njegovim psihološkim potrebama, nego i da li tretman treba na silu sprovoditi ukoliko pacijent odbije da u njemu participira. Duggan (2008) kazuje da se, kada je riječ o uvođenju ili pak kako je on naziva institucionalizaciji tretmana, odmjeravaju troškovi i korisnost za pacijenta, ali i po samo društvo koje tretman plaća. Takođe, naročito je problematičan milje u kome se tretman sprovodi, kao i činjenica da su oboljeli natjerani da u njemu učestvuju, iako bi ga pretpostavljamo, rado - izbjegli.

Evidentan je i značajan disbalans moći između pacijenata (natjeranih na tretman) i ljekara (koji bi im po definiciji trebali služiti). U takvom raskoraku između primoravanja i potrebe da i takav prinudan tretman bude uspješan, *Grupa za napredak u psihijatriji (GAP Report 137)* je dala uputstva za potencijalno senzibilnu praksu (Maden, 2009). Njihove preporuke se sastoje u sljedećem: a) da bi tretman bio efikasan i odgovarajući, treba da postoji savez između terapeuta i porodice, suda i/ili poslodavca koji su saglasni da se radi nešto u interesu pacijenta; b) prisilnu hospitalizaciju pacijent mora prihvatiti, i kao nasilnu i kao pravičnu; c) mora postojati i određena struktura tretmana kako bi on bio uspješan, što podrazumijeva dobro obučeno osoblje, dovoljna novčana sredstva... Kada je riječ o pacijentu, neophodno je

da bude upoznat sa posljedicama odbijanja da učestvuje u tretmanu, mora vjerovati da će pristankom na tretman izbjeći takve implikacije, treba biti sposoban na učestvuje u radu, bar minimalno. Takođe, bitan uslov je da je njegov psihički problem moguće tretirati. Ovaj *na-kapacitetu-zasnovani* pristup je naročito popularan među kliničarima: oslobađa ih odgovornosti i prebacuje na samog pacijenta. Ipak, Maden (2009) vidi brojne manjkavosti ove argumentacije, ističući da se sposobnost da se da pristanak na tretman može gradirati, kao i da varira tokom vremena. Konačno, ovaj se autor zalaže za spovođenje tretmana i nad onima koji to ne žele, bez obzira na to što tretman koji nije dobrovoljan ne daje adekvatne rezultate.

6. Pravni tretman opasnih kriminalaca

Poseban pravni položaj zločinci koji su procijenjeni kao opasni, su dobili kroz mjere bezbjednosti kao (dopunske) sankcije. Riječ je o posebnoj kategoriji sankcija kojima se ne nanosi zlo učiniocu, već se pomoću njih nastoji otkloniti određena opasnost koja proizilazi iz ličnosti zločinca (Zlatarić, Damaška, 1966, Pradel, 2008). U obliku u kojem ih danas znamo javljaju se pred kraj XIX vijeka, a smatra se da su za njihov nastanak najzaslužniji psihijatri, koji su na takav način nastojali da se uključe u krivični postupak (vidi: Drakić, 2007a).

Na afirmaciju mjera bezbjednosti je posebno uticala kritika krivičnog prava kao apsolutnog i kazne kao jedinog sredstva borbe protiv kriminaliteta, budući da se pokazalo da su potonje krajnje nedjelotvorne u suzbijanju zločina. Zato je preispitivanje postojećih načina izlaženja na kraj sa porastom broja zločinaca postavljeno u prvi plan kaznene politike.

Takođe, na umu treba imati i činjenicu da su mjere bezbjednosti zaživjele u jednoj liberalnoj kaznenoj politici koja na učinioca krivičnog djela nije gledala kao na "odbačenog društvenog monstruma" (Lazarević, 1971: 22) već na ličnost koju je pomoću tretmana moguće ponovno privesti ka društvu. U takvoj je atmosferi predloženo da se umjesto kazne, zločinci liječe i čuvaju, čime je dovedena u pitanje njihova krivična odgovornost.

Ovakav teorijski koncept je potekao iz okrilja (lomborzijanskog) pozitivizma koji se suprotstavio učenju Klasične škole. Za razliku od pozitivista, klasičari su krivično djelo smatrali za pravni pojam koji je koncipiran kroz apstraktnu logiku i pravnu tehniku. Po njima, krivična odgovornost leži na ličnoj, moralnoj, a potonja na apsolutnoj slobodnoj volji. Čovjek je slobodan da odluči kako će se ponašati. Odatle je i zločin njegov (slobodan) izbor, a svakog ko se po svojoj volji ponaša rđavo, društvo mora kazniti.

Pozitivna škola će ovakve postavke kritikovati (vidi: Živanović, 1928). Psihološki, a nerijetko i fizički anormalni, zločinci po njima i nemaju slobodu volje. Zbog toga ih i nije moguće kazniti postojećim kaznama, jer je njihova krivična odgovornost dovedena u pitanje. Krivično djelo naime, nije produkt slobodne volje, već je posljedica bio-psihološke strukture učinioca. Odatle su zločinci nepodobni za uračunljivost i vinost, i još su opasni po društvo. Konačno, njihovim kažnjavanjem se ne postiže svrha kazne, a to je zaštita društva kroz specijalnu i opštu prevenciju, jer

ova lica ne mogu shvatiti karakter ove sankcije kao odmazde. Stoga, da bi se odbranilo, društvo mora raspolagati mjerama koje ciljaju na popravljane i liječenje, te činjenje bezopasnim ovih moralnih ludaka (isto, 1928). Slučajeve u kojima se ovakav cilj ne može postići, treba neutralizirati i izolovati od društva. Konačno, pozitivisti zaključuju da mjere bezbjednosti trebaju u potpunosti zamijeniti postojeće kazne. Iako ovo nastojanje nije sprovedeno u praksi, Pozitivna škola je ovakvom koncepcijom unaprijedila krivično pravo, budući da je mjera bezbjednosti, kao uostalom i dubiozni pojam opasnog stanja sa kojim je operisala, uvršćena pored kazni, u sistem krivičnih sankcija (Lazarević, 1969).

Pa ipak, tek će Sociološka škola, koja se zalagala za multikauzalno objašnjenje uzroka kriminaliteta, uticati na uvođenje mjere bezbjednosti, uz kazne, u krivična zakonodavstva početkom XX vijeka. Ova škola se zalagala da se mjere bezbjednosti primjenjuju na tzv. hronične delinkvente koje na vršenje krivičnih djela nagone lične odlike: psihička abnormalnost ili dispozicija ka devijantnom načinu ponašanja (skitnice, prosjaci, alkoholičari, prostitutke), ali nije smatrala za nužno ukidanje kazni.

I naš krivičar, Živanović se zalagao za dualitet krivičnih sankcija. Smatrao je da bi, ukoliko bi se kazna vezivala striktno za liječenje i popravku, bilo moguće da se princip njene srazmjernosti dovede u pitanje, budući da je zamislivo da se krivac za vrijeme trajanja kazne ne popravi niti izliječi, te bi ga valjalo zadržati u zavodu i duže nego što je to propisano. Odatle, cijeni da je mjera bezbjednosti nužna, jer kazna nije primjenjiva na "izvesne duševno nedozrele i na duševno nezdrave izvršioce krivičnih dela" (Živanović, 1928: 57). Oni su naime, krivci tek u širem smislu. To ne znači da se društvo od njih ne treba braniti, već se treba koristiti spektrom krivičnih sankcija: mjera bezbjednosti, koje bi za njih bile pogodne. Za razliku od kazne, mjera bezbjednosti je lišena retributivnih elemenata, a njen je karakter kurativni i pedagoški. Konačno, kazna se može primjeniti jedino na krivično odgovornog učinioca, a mjera bezbjednosti na one krivično neodgovorne.

U praksi, mjere bezbjednosti (prvobitno su nosile naziv „sporedne sankcije”) su uvedene u evropska krivična zakonodavstva u vrijeme tzv. velike evropske zakonodavne reforme, početkom XX vijeka. Iako se mjere bezbjednosti prvobitno pominju u projektu švajcarskog krivičnog zakonika iz 1894. koga je izradio Karl Stross (vidi: Stojanović, 2007), one će zaživjeti najprije u KZ-u Norveške (1902.), potom Velike Britanije (1905.), Švedske (1927.), Mađarske (1928.), Čehoslovačke (1929.) Kraljevine SHS (1929.), Belgije (1930.), Danske (1930.), Italije (1930.) i

Poljske (1932) (vidi: Drakić, 2003, Stojanović, 2009). Sporedne sankcije u ovim zakonicima su bile medicinskog karaktera: izricale su se umjesto kazne (u slučaju duševno oboljelih), ili zajedno sa njom (u slučaju alkoholičara, narkomana i povratnika).

Smatra se da danas nema države koje ne poznaju mjere bezbjednosti, uključujući i one koje se primenjuju neuračunljive izvršioce protivpravnih djela (Drakić, 2007a). Pa ipak, neka savremena zakonodavstva ne poznaju razliku između duševno oboljelih koji su krivično odgovorni i onih koji nisu, dok druga prave takvu razliku.

Zavisno od metode pomoću koje se određuju abnormalnost delinkventa, sva se krivična zakonodavstva mogu svrstati u dvije grupe: ona u kojima je ovaj pojam određen čisto biološki i ona u kojima je to određenje bio-psihološko. Abnormalnost je u ranijim zakonodavstvima, kakav je npr. francuski KZ iz 1810. godine, uglavnom bila određivana biološki. Po ovoj koncepciji, nisu bili kažnjavani oni delinkventi kod kojih je utvrđeno stanje demencije (tj. ludila). Bio-psihološki pristup krivičnu odgovornost definiše nešto drugačije. Naime, sudeći po ovom konceptu za isključivanje krivične odgovornosti nije dovoljno samo prisustvo psihopatskih stanja kod učinioca u vrijeme vršenja krivičnog djela, već je neophodno da je takvo stanje uticalo na psihičke funkcije učinioca.

Takođe, zakonodavstva se međusobno razlikuju i u pogledu uvažavanja psihičkih funkcija koje bi trebale biti pogođene da bi neko bio proglašen za neuračunljivog. Na primjer, u jednom broju zakonodavstava kakvo je australsko, kanadsko i novozelandsko, između ostalih, poremećaj koji isključuje uračunljivost bi trebao nastupiti u sferi kognitivnih funkcija, što dalje vodi nemogućnosti shvatanja značaja i prirode djela, odnosno razlikovanja dobra od zla. U drugim zakonodavstvima se smatra da je osoba lišena krivične odgovornosti ukoliko je poremećaj uticao na konativne funkcije, odnosno mogućnost odlučivanja. Ipak, danas najveći broj zakonodavstava prihvata bio-psihološko tumačenje i krivično neodgovornim smatra one učinioce kod kojih je poremećene kognitivne ili konativne funkcije, odnosno mogućnost rasuđivanja i/ili odlučivanja (Drakić, 2007b).

Da bi bila izrečena mjera bezbjednosti moraju biti zadovoljena dva uslova: objektivni (da je lice izvršilo kažnjivu radnju) i subjektivni (da kod učinioca postoji duševna abnormalnost, čije određenje se razlikuje od zakonodavstva do zakonodavstva). Ipak, do sedamdesetih godina XX vijeka je po nekim

zakonodavstvima samo postojanje duševne abnormalnosti bilo dovoljno da bi bila izrečena mjera bezbjednosti (Belgija), dok druga podvlače da se mora raditi o društveno opasnom (Brazil, Italija), licu opasnom po bezbjednost i javni poredak (Švajcarska, neka zakonodavstva država u SAD-u), licu opasnom po društvo (SSSR) (vidi: isto, 2007b).

Najčešće, mjere bezbjednosti su neodređenog trajanja, ali postoje i ona zakonodavstva koja određuju ili minimum ili maksimum trajanja mjere (vidi: Lazarević, 1971). Izricanje mjera uglavnom spada u nadležnost suda, kao uostalom i njihovo ukidanje. Mjera se prekida kada se stanje delinkventa dovoljno popravi da on više ne predstavlja opasnost po sebe i/ili druge, a sudskoj odluci o prekidu mjere prethodi detaljno ispitivanje zdravstvenog stanja izvršioca.

6.1. Razvoj mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u našem krivičnom zakonodavstvu

Smatra se da mjera bezbjednosti koja se primjenjuje na “abnormalne delinkvente” (mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u zdravstvenoj ustanovi) spada u red najstarijih mjera bezbjednosti u krivičnom zakonodavstvu na prostoru bivše SFRJ (vidi: Stojanović, 2007, Stojanović, 2009).

Krivični zakonik Kraljevine Jugoslavije iz 1929. godine je poznao niz mjera bezbjednosti, među kojima i upućivanje u zavod za liječenje ili za čuvanje koja je primjenjivana na neuračunljiva ili smanjeno uračunljiva lica. Drugim riječima, na ona lica koja u vrijeme činjenja djela nisu mogli shvatiti njegovu prirodu i značaj, usljed duševnog rastrojstva ili pomućenja svijesti ili umne nerazvijenosti ili slabosti (Drakić, 2007b). Mjeru je izricao sud, izdajući posebno rješenje o oslobađanju od optužbe. Učinitelj je ostajao u posebnom zavodu sve dok se njegovo zdravstveno stanje ne bi popravilo, tako da dalje liječenje i čuvanje nije bilo potrebno.

Zakon o vrstama kazni u bivšoj FNRJ iz 1945. godine, je takođe predviđao da se izvršiocima mogu izreći različite sankcije: od novčane kazne, prinudnog rada bez lišenja slobode, do izгона iz mjesta prebivanja, zabrane bavljenja određenom djelatnošću, i drugih. Ipak, mjera upućivanja u zavod radi čuvanja i liječenja nije uvrštena među ove kazne. Ona je u *Opštem dijelu Krivičnog zakonika* iz 1947. godine nazvana zdravstveno-zaštitnom mjerom (a ne mjerom bezbjednosti). Krivično neodgovornim su se smatrala ona lica kod kojih je u vrijeme izvršenja djela nije

postojala svijest o značaju djela, niti su mogla upravljati svojim postupcima, usljed trajnog ili privremenog duševnog oboljenja, privremene duševne poremećenosti ili zaostalog duševnog razvoja. Ova je mjera prepoznata kao praktično i uspješno sredstvo za osiguranje društva od one opasnosti koju može predstavljati neuračunljivi učinilac (Tomić, 1990).

U *Krivičnom zakoniku* iz 1951. postojeća zdravstveno-medicinska mjera je preimenovana u mjeru bezbjednosti: upućivanje u zavod radi čuvanja i liječenja. Takođe, ovaj KZ predviđa i kategoriju smanjeno uračunljivih lica tj. onih kod kojih je u vrijeme vršenja djela sposobnost za shvatanje djela ili mogućnost za upravljanje svojim postupcima bila bitno smanjena usljed trajnog ili privremenog duševnog oboljenja, privremene duševne poremećenosti ili zaostalog duševnog razvoja. Smanjena uračunljivost, valja podvući, je bila osnov za blaže kažnjavanje učinioca. Posebnim odredbama je regulisano trajanje mjere i način njenog prestanka (vidi: Lazarević, 1971).

Krivični zakonik SFRJ iz 1976. je unio i nekoliko novina kada je riječ o ovoj mjeri. Prije svega, uvedene su terminološke ispravke. Umjesto dotadašnjeg naziva - *upućivanje u zavod radi čuvanja i liječenja*, mjera je preimenovana u - *obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi*. Ne samo da je dat primat liječenju nad čuvanjem (barem u nazivu mjere), već je i određena vrsta tretmana koja se očekuje (psihijatrijski) (Tomić, 1990). Takođe, ovaj KZ predviđa da pri obustavi mjere, mišljenje ljekara o prestanku opasnosti ne obavezuje sud, koji može produžiti njeno trajanje.

Krivični zakonik Republike Srbije iz 2006. u članu 79. predviđa, uz ostale mjere bezbjednosti, i obavezano psihijatrijsko liječenje i čuvanje u zdravstvenoj ustanovi. Sudeći po članu 81. ova mjera se izriče ukoliko se utvrdi da postoji ozbiljna opasnost da učinilac učini teže krivično djelo, imajući na umu ranije izvršeno djelo i stanje duševne poremećenosti učinioca (vidi: Stojanović, 2009). Mjeru ukida sud, kada utvrdi da je prestala potreba za liječenjem i čuvanjem učinioca protivpravnog djela koje ima zakonska obilježja krivičnih djela u objektivnom smislu (skraćeno KDOS).

6.2. Kritički pogled na pravni tretman neuračunljivih

Iz svega do sada navedenog, može se sumirati nekoliko ključnih, i u posmatranoj vremenskoj dimenziji manje-više stalnih obilježja mjera bezbjednosti koje se primjenjuju na neuračunljive. Na prvom mjestu njihova svrha se sastoji u posebnim specijalno-preventivnim ciljevima koji se postižu liječenjem, zaštitom, popravljanjem učinioca, a ne zastrašivanjem i moralnom osudom, jer se mjerama ne želi nanijeti zlo učiniocu. Osnov za izricanje ovih mjera je opasnost da učinilac ponovno izvrši krivično djelo usljed psihopatološkog procesa. Konačno, u najvećem broju zakonodavstava, uključujući i naše, mjere bezbjednosti nisu vremenski ograničene, jer sud unaprijed ne može znati koliko je neophodno vremena da se otkloni osnov za njenu primjenu (opasno stanje učinioca) i postigne svrha mjere (vidi: Drakić, 2003, Stojanović, 2007, 2009).

Na račun mjere bezbednosti obavezanog liječenja i čuvanja je upućen nemali broj kritika, od krivičara, psihijatarata i psihologa, i to kako u proteklim decenijama, tako i danas. Ove zamjerke su značajne stoga što ukazuju na nedostatke ove mjere koji se ogledaju u pravno nejasno definisanim pojmovima (kakvi su: neuračunljivost, duševna bolest, opasnost). Na primjer, Turčin i Sila (1964) navode da su na *IV Internacionalnom kriminološkom kongresu* koji je održan u Hagu 1960. i pored interdisciplinarnog pristupa, neka pitanja ostala otvorena. Jedno od njih je konsenzus oko definicija opasnosti i psihičke abnormalnosti koja sa sobom povlači opasnost, a koja bi služila kao baza za izricanje sudske odluke.

Takođe, kao krajnje problematično ističe se nepostojanje načina za egzaktnu provjeru osnove za primjenu mjera bezbjednosti psihijatrijskog liječenja i čuvanja. Klinička kriminologija je u procjeni opasnog stanja koristila multidisciplinarni pristup, koji je uključivao posmatranje, tumačenje i eksperimentisanje (Pinatel, 1964). Dalje, kako primjećuje Pinatel, svako tumačenje o (ne)postojanju opasnog stanja predstavlja sud o vrijednosti. Budući da je riječ o vrijednosnom sudu, o ovom stanju se ne može govoriti drugačije nego u pretpostavkama. I Kostić (2002) dijeli sličan stav. On argumentuje da je veoma teško pronaći medicinske razloge da bi se ko proglasio opasnim (odnosno neuračunljivim). Kaže da je za psihijatre krajnje diskutabilan kriterijum za procjenu opasnosti. Ukoliko se oslone na samo djelo (bez kojega kako tvrdi Kapamadžija, uračunljivost i ne postoji kao kategorija), to ostavlja

prostor za pitanje: na osnovu čega je moguće tvrditi da će neko izvršiti slično ili isto djelo kada mu mjera ne bila izrečena?

Na kraju, valja podsjetiti da ni do danas nisu prestala sporenja o sadržaju pojma opasnosti. Tako Turčin i Sila (1964) prije skoro pola vijeka navode da ideja o opasnosti po društvo, iako usmjerena na prevenciju društveno ugrožavajućeg ponašanja, nužno nailazi na otpor. Ne samo da nema jasnih indicija koje bi ukazivale na dijagnozu opasnog stanja, već ova ideja u sebi krije i opasnost od samovolje i ugrožavanja ljudskih sloboda.

Konačno, neophodno je ukazati i na zamjerku koja se upućuje na račun ove mjere bezbjednosti. Smatra se tako da je ona od svoje prvobitne svrhe koja je specijalno preventivna, dobila značajne odlike kazni (vidi: Drakić, 2003). Drakić to potkrjepljuje činjenicom da se u nekim zakonodavstvima uvodi i institut pomilovanja, zastarjelosti i uslovnog otpusta licima kojima je izrečena mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja, što karakteriše kazne. Konačno, ovaj autor najviše kritika upućuje na račun terapijskog karaktera mjera bezbjednosti, primjetivši njihov retributivni potencijal.

7. *Svijet osoblja: psihijatri i srednje medicinsko osoblje u specijalnoj bolnici*

Već je bilo govora o tome da je društvo koristilo različite metode kako bi izašlo na kraj sa mentalno oboljelima, koje su, gotovo od reda, uključivale segregaciju oboljelih. Izdvajanje oboljelih je dobilo svoju posebnu formu kroz azile, zahvaljujući kojima se razvila i psihijatrija u XIX vijeku. Zapravo, ekspertsko znanje psihijatara je poticalo prvenstveno iz praktičnog rada sa bolesnicima. Svaki azil je trebao biti škola za obuku medicinskih studenata i mjesto obuke ženskih i muških čuvara⁴⁰, a psihijatri su imali obavezu da u dijagnostičke svrhe posmatraju oboljele i da osmišljavaju, nadgledaju i evaluiraju domete intervencija (Conolly, 1830). U te su svrhe razvili i sasvim određene tehnike prikupljanja saznanja o oboljelima, počev od dokumentovanja slučajeva pa do suptilnih tehnika opservacije (vidi: Watson, 1994). Konačno, ova saznanja o ljudskoj duši odlučujuće su uticala (i) na uobličavanje specijalnog pravnog tretmana abnormalnih delinkvenata. Od toga doba, pa do današnjih dana malo šta se promijenilo u *svijetu zatočenika i njihovih čuvara* (Gofman, 2011), od svrhe zatvaranja, do društvenog tretmana rezidenata specijalnih bolnica i njihovih *njegovatelja*. Kao i prije više od jednog vijeka, i danas su aktuelni organizacioni problemi: manjak osoblja, njihova (ne)obučenos, zloupotreba i zanemarivanje oboljelih, s jedne strane. S druge, i dalje se lome koplja oko toga koji zadaci leže na psihijatrima, a gdje počinju ingerencije prava kada je riječ o abnormalnim delinkventima. Pođimo redom.

7.1. *Zadaci psihijatara u forenzičkom miljeu*

Složićemo se da cilj aziliranja abnormalnih delinkvenata, koji je dobio široke razmjere u XIX vijeku, nije bio da se oni izliječe već da se od njih društvo zaštiti (Cummings, 1852). U tom procesu važna društvena uloga je pripala ljekarima. Od ljekara-psihijatara se očekivalo da posjeduju mudrost, strpljenje, brižnost i dobro rasuđivanje. Oni su morali biti obdareni i oštroumnosću kako bi uočili izuzetnu prepredenost i izvještačenost kojoj su naročito skloni *manijaci* (Bakewell, 1809). Bezizuzetno, ljekari su morali da rade u korist oboljelog najbolje što umiju,

⁴⁰ U originalnom tekstu: „Keepers” (Conolly, 1830: 481).

izazivajući pri tom najmanju količinu neprijatnosti, koja je neophodna da bi se odbranio princip dobra (Williamson, 1864).

Poseban problem je, kako u prošlosti, tako i danas, predstavljala ogromna opterećenost osoblja, naročito ljekara. Kod Holmesa (1915) pronalazimo da je situacija u azilima u različitim zemljama početkom XX vijeka, po ovom pitanju drugačija. On se poziva na doktora Schlossa iz Beča koji je prikupio podatke o broju bolnica za mentalno oboljele i bolničkog osoblja u svim civilizovanim zemljama, uz izuzetak Japana. Doktor Schloss je pronašao da je broj bolničara, ljekara i pacijenata varirao od zemlje do zemlje. Na primjer, u 15 azila u Austriji bilo je 11.051 oboljelih i 96 stalno zaposlenih psihijatra. Svaki od njih je trebao brinuti o 115 oboljelih. Slična situacija je i u Njemačkoj u kojoj je u 107 azila bilo oko 81.000 pacijenata i 726 ljekara. S druge strane, u Francuskoj su ljekari bili daleko opterećeniji, jer se o 33.814 pacijenata staralo 150 ljekara. Drugim riječima, na svakog psihijatra je dolazilo 225 pacijenata. U komparativnoj perspektivi situacija je svakako bila najlošija u Engleskoj, jer je u ovoj zemlji na jednog ljekara dolazilo 278 pacijenata. Tek u nešto boljoj poziciji su bili psihijatri u Americi, budući da su trebali brinuti o 275 oboljelih.

O tome kakva je situacija danas, nemamo jasnu sliku. Ono što posredno upućuje na zaključak da je broj psihijatara nedovoljan, jesu sporadični izvještaji iz nekih evropskih zemalja i rijetka istraživanja o ovoj problematici. Gotovo bez izuzetka ove studije ukazuju na nesaglasnost između potrebe za forenzičkim krevetima, čak i u razvijenim zemljama kakva je Britanija, i osoblja obučenog i spremnog da radi u specijalnim bolnicama (vidi: Gournay, Benson, Rogers, 2008).

Sljedeća, posebno važna, i konačno, i danas živa polemika između psihijatrije i prava jeste ona o primatu nad pitanjem neuračunljivosti. Čini se da je na psihijatre pala nezahvalna dužnost da balansiraju između terapije (zdravstveni sektor) i sigurnosti (zaštita društva). Psihijatrima na primjer pravnici pripisuju da nastoje da se nametnu u polju krivičnog prava (vidi: Drakić, 2007), za šta dokaz pronalaze u njihovom zalaganju za drugačiji i poseban tretman duševno oboljelih kriminalaca. Razvitku ove grane medicine je, sa svoje strane, doprinijelo i pravo legitimizacijom potrebe za posebnim tretmanom (čitaj: zatvaranjem) ovih oboljelih. Ono je psihijatrima delegiralo i naročitu odgovornost za čuvanje društvene sigurnosti, ali kako u prošlosti, tako i danas njihovo mišljenje, i pored toga što imaju zadatak da procjenjuju postojanje neuračunljivosti i rizika koje opasnost nosi, nije (bilo) naročito

validno na sudu (vidi: Cummings, 1852, Medović, 1865, Madden, 1866, Subotić, 1905, Zlatarić, 1970, Kostić, 2011).

Na još jedan od potencijalnih izvora sukoba koji žilavo opstaje do današnjih dana, ukazao je već i Ray (1838) prije bezmalo dva vijeka. Riječ je o terminološkim nesuglasicama. Naime, pravnici su uradili suviše malo na klasifikaciji različitih formi i stanja koja u sumnju dovode krivičnu odgovornost, pri tom operišući isključivo jurističkim kategorijama, u kojima medicina nema šta da traži, osim da se - uklopi. Pravo tako, kao konzervativna sila zahtjeva jasne, standardizovne koncepte i definicije, čiju naučnost negiraju psihijatri, jer idu na užtrb pojedinca. S druge strane, psihijatrijska terminologija kojom se nastoji izbjeći shematizam i dozvoliti odstupanje u pojedinačnim slučajevima, za pravo je isuviše fleksibilna (Manheim, 1966). Konačno, i uspjeh ovih disciplina je različito definisan. Pravo operiše izostankom kriminalnog povratništva, a psihijatrija izlječenjem sasvim određene abnormalnosti (isto, 1966). (Tabela 4.).

Tabela 4. Odnos između krivičnog, i zakona o mentalno zdravlju

SPOREDNI PROIZVOD	KAŽNJAVANJE	LIJEČENJE
društveni sud	osuda	saosjećanje
Dispozicija	zatvor	bolnica
donosioci odluka	drugari	eksperti
Procedura	proces	diskreciono pravo
vremenska referenca	ponašanje u prošlosti	buduće ponašanje
osnova za odluku	moralna odgovornost	profesionalna dijagnoza
filozofske pretpostavke	slobodna volja	determinizam
pripisivanje odgovornosti	ličnost	hereditet i/ili okružeje
Opravdanje	a) rehabilitacija b) specijalna i/ili c) opšta prevencija d) kažnjavanje	a) rehabilitacija b) specijalna prevencija

Izvor: Monahan, 1977

Na kraju, valja kazati da se često mogu čuti mišljenja da je rad psihijataru - vještaka u suprotnosti sa medicinskom etikom (vidi: Tuddenham, Baird, 2007). I pored toga što postoje osnovni principi morala koji uokviravaju profesionalne dužnosti i normiraju profesionalnu etiku, forenzičari - psihijatri ih ne mogu slijediti u potpunosti. Ovi principi nalažu da se poštuje autonomija i odluka lica (da li će pristati na tretman), da se odmjeri da li tretman klijentu donosi više koristi ili štete, i u skladu sa tom procjenom djeluje po principu maksimiziranja dobrobiti oboljelog. Na primjer, pacijent mora da bude upoznat sa tim da ga stručnjak evaluira u sasvim određene

svrhe (Candilis, Weinstock, Martinez, 2007). Upravo na tom polju psihijatar krši moralno-etičke principe. Naime, on bi trebao pomagati bolesniku, a vještačenjem mu svakako može nanijeti i dugoročnu štetu (vidi: Kapamadžija, 1974).

U nekim zemljama su učinjeni i koraci da se rad forenzičara – psihijatara koliko-toliko olakša. U SAD-u je tako 2005. godine AAPL⁴¹ donijela minimalne standarde rada, ne bi li skinula breme etičke odgovornosti sa svojih stručnjaka u ovoj oblasti (vidi: Huss, 2009). Pa ipak, istraživanje Weinstocka (vidi: Candilis, Weinstock, Martinez, 2007) ukazuje da se forenzičari - psihijatri u ovoj zemlji i dalje susreću sa sljedećim nedoumicama: 1. kako da budu u ulozi eksperta (koji je najčešće na strani tužioca)? i 2. kako da liječe oboljele koji na tretman ne pristaju?

U Škotskoj je situacija nešto drugačija. U ovoj zemlji etičke principe propisuje posebno tijelo nazvano *Odbor za redukciju rizika (Risk Managment Authority* skraćeno RMA). Moto RMA je *Raditi za bezbjedniju Škotsku (Working towards a safer Scotland)*, a pri procjeni rizika se na primjer, insistira na tome da oboljeli bude informisan o: 1. tome da se sa njim razgovor vodi po odluci/naredbi suda; 2. da je procjena dio kaznenog, a ne terapijskog procesa; 3. da se dobijene informacije uglavnom koriste za procjenu rizika. Oboljeli nema pravo da se žali na naredbu za procjenu rizika, već mu samo ostaje da u tom procesu (ne)sarađuje (Tuddenham, Baird, 2007).

Podaci o sudskoj psihijatriji, a naročito o sudskim psihijatrima u Srbiji su krajnje šturi. Prvi sudsko-medicinski odbor osnovan je u okviru Medicinskog fakulteta 1931., a njegova je uloga bila da daje svoje mišljenje u komplikovanim predmetima (vidi: Voskresenski, Bešlin, Milovanović, 2010). Nadležnosti sudskih psihijatra u složenim sudsko-medicinskim vještačenjima (*superarbitrarum medico-forensis*) su određene *Pravilnikom sudsko-medicinskog odbora* (<http://www.mfub.bg.ac.rs/dotAsset/40292.pdf>). Taj odbor je 1987. godine oformio stalnu sudsko-psihijatriju komisiju, koja se sastojala od trojice psihijatra, od kojih je jedan sudski, i neurohirurga, ali je tek 2009. omogućeno sticanje dodatne edukacije iz oblasti sudske psihijatrije za tzv. stalne sudske vještake.

U našoj zemlji nedostaju podaci o položaju psihijatara koji rade u tzv. specijalnim bolnicama. Osim onih do kojih smo došli na terenu, iz *Izvještaja Helsinškog odbora* za 2010. saznajemo da je u *Specijalnoj zatvorskoj bolnici* u

⁴¹ *American Academy of Psychiatry and Law.*

Beogradu na odjeljenjima namjenjenim obaveznom psihijatrijskom liječenju i čuvanju neuračunljivih, konkurs za psihijatre stalno otvoren, ali da je malo zainteresovanih za rad u ovoj ustanovi. Razlozi su brojni: psihijatri se nalaze pod ingerencijom Ministarstva pravde, što uslovljava gubitak brojnih privilegija koje imaju njihove kolege koje rade u institucijama pod nadzorom Ministarstva zdravlja (na primjer dužina godišnjeg odmora, beneficirani radni staž), potom, njihove plate su niže nego u *civilnim* ustanovama, a ranije beneficije ukinute (godišnji odmor je smanjen sa 40 na 30 dana), njihova odgovornost je ogromna, i konačno, trebaju brinuti o velikom broju pacijenata. Čini se da psihijatri u forenzici nemaju svoje udruženje, uz izuzetak vješataka - psihijatra (koji se ne bave isključivo vješatačenjem uračunljivosti). Odatle se, o pitanju njihovog profesionalnog položaja, prepoznavanja problema koji prate njihov rad i odgovornosti koju imaju u odnosu na neuračunljive pacijente, malo i rijetko govori.

Na kraju valja se osvrnuti i na jedan praktičan savjet koji psihijatrима u specijalnim bolnicama daje Maden (2009). On preporučuje da, da bi adekvatno obavljali svoj posao, forenzičari - psihijatri moraju odrediti granice naspram zahtjeva koje pred njih postavlja pravo. Predlaže da forenzičari - psihijatri: 1. formulišu optimalan plan za rukovođenje rizikom od nasilja za svakog pacijenta, 2. da se u radu rukovode zakonskim normama kako bi znali koliko daleko sežu njihove ingerencije; 3. da su fleksibilni i spremni da modifikuju plan za smanjenje rizika; i konačno, 4. da su spremni da savjetuju i zahtijevaju da se unesu promjene u pravne formulacije (zakon) uvijek kada ih potonje ograničavaju da rade svoj posao.

7.1.1. Procjenjivanje neuračunljivosti

Kao što smo već i kazali, među prvim zadacima koje su stručnjaci iz oblasti psihijatrije zajedno sa onima iz oblasti prava, trebali riješiti, je traganje za preciznim testom kojim bi se određivala granica između kriminalaca koji mogu, i onih koji ne mogu krivično odgovarati (vidi: Volf, 1965). Od psihijatarā se tako očekivalo da znaju razliku između opasnog i ne-opasnog ludila i da iste uklope u legalne kriterijume (Maschi, Bradley, Wark, 2009).

Dovoljno ilustrativan primjer njihovog nezahvalnog položaja na sudu pronalazimo kod Vujića (1934: 26). On kaže da psihijatar mora da odgovori (i) na pitanje da li zločinac simulira neuračunljivost, a odmah potom dodaje da simulacija

sama po sebi često način odbrane „slabijih bića”. I Vasić (1893: 54) priznaje i da najveće naučnike u izvjesnim prilikama moguće prevariti i da je nemoguće tačno odrediti granicu između „sumanutih i pametnih ljudi”. On stoga sugerira da se ima izučavati: “... potanje ovo pitanje, pa videti da li je moguće po nekim znacima potpuno dokazati da zaista krivac u nekim prilikama treba da beneficira odredbama člana 53. Krivičnog zakonika”. Na primjer, na to da li je neko „van sebe” pouzdano ukazuju fizički znaci⁴² i njegovo ponašanje, kao i djelo koje je izvršio.⁴³

I pored ovih materijalnih pokazatelja, veoma rano se počelo tragati za standardizovanim instrumentima pomoću kojih je moguće procijeniti uračunljivost. Jedan od najstarijih je tzv. M'Naghten test (vidi: Winslow, 1912). Riječ je o tzv. pravnom testu koji je zasnovan na slučaju Danijela M'Naghtena iz 1840-tih.⁴⁴ Po njemu, neuračunljivom se smatra osoba koja je djelo izvršila pod uticajem defekta razuma ili oštećenja mozga usljed kojih nije znala šta radi, a ako je i znala, nije mogla da procjeni svoj akt kao pogrešan. Ovom testu su upućene brojne primjedbe, od kojih i ta da je suviše rigidan (vidi: Halleck 1987).

Iako je među psihijatrima (i dalje) rašireno mišljenje da je nemoguće pronaći precizni test pomoću kojeg bi se utvrđivala (ne)uračunljivost, ova potraga i dalje traje. U nekim zemljama su osmišljeni standardizovani instrumenti koji se koriste u te svrhe. Na primjer, u SAD-u su u upotrebi standardi koje je preporučio *Američki Institut za pravo* (Roesch, Zapf, Hart, 2010). Riječ je o *Standardu o neodoljivom impulsu*⁴⁵, potom *Durham pravilu*⁴⁶, *ALI standardu*⁴⁷ i *Standardu reformisanog*

⁴² Posebnu pomoć pri ovoj procjeni daje sama fizička pojava krivca. *Lombrozijanske* fizičke odlike: nepravilna glava, široko lice sa ispupčenim jagodicama, sa „blesastim” pogledom, ispupčenom donjom vilicom, nepravilno usađenim zubima, klempavim ušima i zdepastim tijelom, sve je to ukazivalo sudiji da pred sobom ima „s uma sišavšeg krivca“ (Vasić, 1893: 14).

⁴³ Na primjer, ako je djelo izvršeno na brzinu, bez pripreme, sa snagom koja nadilazi potrebnu, a nije donijelo nikakvu korist izvršiocu, koji je neosjetljiv naspram posljedica i sa „najvećom hladnoćom” sluša presudu na smrt ili robiju, i ako se ne sjeća svog djela niti ga hoće skrivati, sa potpunom izvjesnošću se može govoriti da je on neuračunljiv (isto, 1893: 14).

⁴⁴ *Mc'Naughten rule* (pravilo) je dobilo naziv po Danijelu Mc'Naughtenu, čovjeku koji je pod impulsima mentalne bolesti pokušao ubiti britanskog premjera, ser Roberta Peela 1843. Na osnovu ovog slučaja, britanski Gornji dom je definisao formalne kriterijume neuračunljivosti (Kelly, 2009).

⁴⁵ Sudeći po ovom standardu, izvršilac je znao šta radi, kao i da je njegovo djelovanje loše, ali nije mogao staviti pod kontrolu svoje impulse (Roesch, Zapf i Hart, 2010).

⁴⁶ *Dunham pravilo* je bilo na snazi isključivo u New Hampshire i to tokom jedne decenije (1950-1960). Ono govori da se neuračunljivom osobom treba smatrati svako onaj čije je djelo nastupilo kao posljedica mentalne bolesti.

⁴⁷ ALI standard ili *Browner pravilo* neuračunljivost definiše kao nedostatak kapaciteta da se neko djelovanje ocjeni kao pogrešno, i da se vlastito ponašanje prilagodi potrebama zakona. Danas se u SAD-u kako navode Roesch, Zapf i Hart (2010) u polovini država koristi upravo ovaj standard, koji treba da da odgovor na dva pitanja: *Da li je optuženi znao da je ono što radi pogrešno?* i *Da li je mogao kontrolisati svoje ponašanje?*

zakona o odbrani koja se poziva na neuračunljivost (*Inasntity Defence Reforme Act Standard*).⁴⁸ Ipak, kliničari se u ovoj zemlji najčešće oslanjaju na *Rodžerovu skalu za procjenu krivične odgovornosti (Rogers Criminal Responsibility Assessment Scale* tzv. R-CRAS), (isto, 2010).

Kod nas procjenu vrše medicinski eksperti, uklapajući svoju ocjenu u pravne kategorije. Naime, uračunljivost je čisto pravni pojam i kvalifikacija, o kome se psihijatar ne bi trebao izjašnjavati (Kapamadžija, 1974). Njegov zadatak bi se sastojao u tome da što vjernije prezentuje stanje u kome se nalazio učinilac u vrijeme izvršenja djela, a na sudu je da izvede zaključke i da (pro)cijeni uračunljivost učinioca. Iako se slaže da medicina ne poznaje takav pojam, Kapamadžija ističe da se kod procjene uračunljivosti u obzir moraju uzeti dva bitna elementa: 1. sposobnost shvatanja postupka i 2. sposobnost da se tim postupcima upravlja. Odatle, ako psihijatar procjenjuje sposobnost shvatanja i vlastitih postupaka i mogućnost upravljanja njima u trenutku izvršenja djela, on procjenjuje bez svake sumnje i uračunljivost izvršioca. Moglo bi se stoga reći da se, i pored toga što uračunljivost jeste pravni pojam, do njene procjene dolazi medicinskim putem.⁴⁹

Konačno, bez obzira na napore učinjene na ovom polju, stiče se utisak da nema adekvatnog, racionalnog metoda kojim se precizno može utvrditi postojanje neuračunljivosti. Zapravo, „... sve što jedan veštak psihijatar ovde može, to je da sa manje ili više verovatnoće iznese hipotezu o psihičkom stanju učinioca u određeno vreme” (isto, 1974: 147).

Ostaje nam da se složimo da se: “... mora otvoreno reći i pomiriti sa tim da nema egzaktne i precizne procjene uračunljivosti niti ima nade da će je ikada biti... svako vještačenje i procena uračunljivosti jesu manje - više hipotetični” (isto, 1974: 143). Čini se da stručno znanje nije dovoljno da bi se pouzdano procjenila psihološka struktura i prediktovalo ponašanje ličnosti (Eysenk, 1953).

⁴⁸ Ovaj standard je na snagu stupio 1984. Da bi neko bio proglašen za neuračunljivog po ovom pravilu, neophodno je da dokaže da u trenutku vršenja djela nije mogao shvatiti vlastito ponašanje kao pogrešno.

⁴⁹ Vještačenje uračunljivosti je kod nas dvostepeno. Naime, zakonodavac u prvostepenom vještačenju traži da se procjeni da li je u vrijeme izvršenja krivičnog djela kod učinioca postojalo neko stanje: duševna bolest, privremeni duševni poremećaj, tj. psihička anomalija trajne ili prolazne prirode. U drugom stepenu vještačenja se utvrđuje da li je takva anomalija uticala na sposobnost okrivljenog da shvati značenje svog djela i sposobnost da upravlja svojim postupcima (vidi: Stojanović, 2007).

7.1.2. Procjene opasnog ponašanja u budućnosti

Pored zadatka da utvrde postojanje neuračunljivosti, na psihijatrima je da se bave i tretmanom forenzičkih pacijenata, i konačno daju mišljenje o otpustu iz specijalnih bolnica. Otpuštanje je nesumnjivo vezano za izlječenje, odnosno dokazanu ne-opasnost pacijenata. Budući da uvijek postoje sumnje u mogućnost takvog uspješnog ishoda liječenja, na pacijente se, nezavisno od vremenskog i prostornog okvira, primjenjuje jedinstveno praktično rješenje. Zadržavaju ih u azilima dovoljno dugo dok njihova opasnost ne bude svedena na minimum: starenjem ili fizičkom smrću. Pa ipak, odavno su se pojavile i ozbiljne prepreke za ovakav pristup zbog prenatrpanosti azila. Zato su iznešene ideje da ih je potrebno rasteretiti, jer u njima nepotrebnu gužvu prave rekonvalescenti i hronični pacijenti. Ove bi trebalo stoga otpustiti kući, poslati kod prijatelja ili porodice. Naravno, pod uslovom da su prepoznati kao minimalno opasni (Maschi, Bradley, Wark, 2009).

Logično, odmah se nametnulo pitanje na osnovu čega je moguće tvrditi da je oboljeli prestao biti opasan? Jednim od sigurnih pokazatelja izlječenja se, tokom najvećeg dijela XIX vijeka smatrao izostanak halucinacija i mogućnost kontrole ponašanja (Ray, 1938).

S druge strane, postojali su i potpuno suprotni stavovi, kakav je na primjer Kirkbirdov. On poziva kolege na opreznost, jer izlječenje opasnih lunatika nikad nije dovoljno sigurno da bi se preuzeo rizik njegovog oslobađanja (vidi: Maschi, Bradley, Wark, 2009). Sličan stav dijeli i Alfred Taylor (Colaizzi, 1989). Smatra da homicidalne lunatike nikad ne bi trebalo puštati na slobodu, jer i između dugih lucidnih intervala može da nastupi homicidalna manija.

Zapravo, psihijatri su oklijevali da proglase bilo kojeg opasnog lunatika izlječenim, naročito kada je riječ o onima koji su izvršili ubistvo. Razlog se krije u tome što im je predata moralna odgovornost za štetu koju bi u budućnosti mogao nanijeti bivši pacijent. Imajući u vidu ovakvu vrstu pripisane im odgovornosti, kliničari su nastojali razviti metode za pouzdaniju procjenu budućeg ponašanja pacijenta.

Ovakva su nastojanja naročito izražena u posljednje tri decenije. Nova metodologija za prediktovanje ima isti, stari cilj. Kao i ranije, on se svodi na prevenciju budućeg nasilnog/opasnog ponašanja i razvoj strategija kako bi se kontrolisao i smanjio rizik. Takođe, ne treba zaboraviti da je procjena dobila i jednu

dinamičku i interakcijsku dimenziju, nasuprot ranije statičnosti, zahvaljujući upotrebi nove terminologije. Naime, danas vodeći svjetski forenzičari ne procjenjuju opasnost, već rizik. Konačno, procjena o riziku nije ništa drugo do li izjava o vjerovatnoći da neka osoba ima potencijal da fizički koga ugrozi pod određenim okolnostima (na primjer, ako prestane uzimati lijekove), (Fogel, 2009).

Danas se u procjeni rizičnog ponašanja forenzičkog pacijenta koriste tri vrste metoda: 1. klinički, 2. statistički i 3. strukturisani (Tabela 5.).

Tabela 5. Pristupi procjeni rizika i njihovi dometi

PRISTUP	PREDIKCIJA/ KLASIFIKACIJA	BILJEŽI PROMJENE RIZIČNOG PONAŠANJA	PRUŽA INFORMACIJE POTREBNE ZA PLANIRANJE INTERVENCIJA ZA REDUKCIJU RIZIKA
Klinički	Ne	ograničeno	da
Statistički	Da	donekle	donekle
Strukturisani	Da	da	da

Izvor: Heilbrun, Yasuhara, Shas, 2010

Klinički tzv. nestrukturisani pristup je fokusiran na konkretnog pojedinca i subjektivan po svojoj prirodi. Psihijatri su suočeni sa ni malo lakim zadatkom da na bazi kliničkog iskustva procjene da li postoji rizik od nasilnog ponašanja u budućnosti. Iako je empirijskih nalaza o pouzdanosti kliničke metode relativno malo, svi ukazuju na visok stepen tzv. lažnih pozitivnih predikcija (isto, 2009). Madden (2007) ipak visoko validira kliničku procjenu. I Gann predlaže kliničarima da pri procjeni rizika slijede nekoliko koraka: neophodno je prikupiti što iscrpnije podatke o ličnosti oboljelog koristeći sve dostupne izvore informacija. Naročita pažnja se pridaje istorijatu (zlo)upotrebe psihoaktivnih supstanci, seksualnoj orijentaciji i idejama, ranijim sukobima sa zakonom i eventualno prisutnim antisocijalnim stavovima. Svakog pacijenta treba podvrgnuti psihološkim ispitivanjima inteligencije i ličnosti, te obavezno dokumentovati ponašanje i stavove oboljelog, posebno prema tretmanu (Blumenthal, Lavender, 2001). Ovim preporukama Blumenthal i Lavender (2001) dodaju i procjenu socijalnog konteksta, navika i načina provođenja slobodnog vremena. Smatra se da je bitno obratiti pažnju na okolnosti pod kojima je oboljeli izvršio djelo, zato što postoji realna vjerovatnoća da bi u istoj situaciji postupio na identičan način.

Takođe, opasnost, odnosno rizik od nasilja se vezuje za određene dijagnostičke kategorije, ali i situacione varijable (Colaizzi, 1989). Smatra se da su za nasilje sposobni u prvom redu: 1. psihotični pacijenti koji doživljavaju deluzije ili halucinacije; 2. potom antisocijalne, eksplozivne, pasivno-agresivne ličnosti; i 3. žrtve moždane disfunkcije, kakva je epilepsija. Na primjer, u periodu od 1972-80. američki kliničari su kao glavne prediktivne elemente budućeg opasnog ponašanja uzimali: 1. prisustvo komandnih, imperativnih halucinacija o ubistvu; 2. deluzije, čiji je sadržaj vezan za ubijanje drugih; 3. morbidne impulse bez anksioznosti; te 4. poremećaj ličnosti (isto, 1989). U praksi su s druge strane dobijeni protivrječni nalazi, o čemu je već bilo riječi. Na primjer, neke od studija (vidi: Andrade, O Neil, Diener, 2009, Roesch, Zapf, Hart, 2010) su utvrdile da postoji jasna, gotovo linearna veza između dijagnoze i sklonosti ka nasilju, dok je drugi poriču (vidi: Monahan i saradnici, 2001).

Ipak, i pored impozantnog broja studija koje pokušavaju utvrditi povezanost između određenih mentalnih oboljenja i nasilnog ponašanja, većina autora koji se bave ovom problematikom se slaže da pomoću kliničkog metoda nije moguće predvidjeti buduće ponašanje forenzičkog pacijenta (vidi: Andrade, O Neil, Diener, 2009). U prilog rečenom govori i jedan od izvještaja APA (*The Task Force Report*) iz 1974. u kome je stavljeno do znanja da psihijatrijska ekspertiza u predikciji budućeg ponašanja nije precizna, kao i da bi kliničari trebali izbjegavati konačne zaključke po ovom pitanju (isto, 2009).

Drugi pristup, ili kako ga nazivaju neki autori (isto, 2009), druga generacija metoda za procjenu rizika, je statistička procjena. Ona se zasniva na opservaciji podataka o većim grupama subjekata. Ove procjene u obzir uzimaju markere rizika, od kojih svaki dobija specifičnu težinu. Konačni skor na skali omogućuje kliničaru da utvrdi procentualnu vjerovatnoću ili prediktivni broj za svakog pojedinačnog ispitanika. Danas je na primjer, u najširoj upotrebi *Vodič za procjenu rizika od nasilja (Violence Risk Appraisal Guide*, u daljem tekstu VRAG, Harris, Rice, Quinsey, 1993). Pokazalo se da je od preko 40 varijabli ovog instrumenta, statistički značajno prediktivno za nasilje samo 12, i to devet pozitivno i tri negativno. Za nasilje su prediktivni, između ostalih i sljedeći ajtemi: rani ulazak u delinkvenciju, odvajanje od roditelja na uzrastu mlađem od 16 godina, status nikad oženjen/udate, upotreba alkohola. Sa rizikom od nasilja su u negativnoj vezi: DSM dijagnoza shizofrenije, nanošenje fizičkih povrijeđa žrtvi i ženski pol žrtve. Na osnovu konačnog skora na VRAG-u, osoba se smješta u jednu od devet kategorija, a što je njen skor viši, to je

viši i rizik od nasilja. Na primjer, osoba koja se smjestila u kategoriju broj 5, ima 35% šansi od nasilnog recidivizma u narednih sedam godina. Taj rizik raste, i u toku jedne dekade se penje na 48% vjerovatnoće. S druge strane, za one u kategoriji devet, ta je vjerovatnoća stoprocentna.

Kako navode Rice, Harris i Hilton (2010) meta analiza 35 studija o validnosti VRAG-a je pokazala da ovaj instrument predviđa nasilnički recidivizam sa visokim nivoom tačnosti. Ova trojica autora tvrde da nalazi različitih studija pokazuju da je efikasnost VRAG-a podjednaka kako u SAD-u, tako i u evropskim zemljama u kojima su istraživanja vršena. Uz to podaci sasvim jasno ukazuju da VRAG uspješno prediktuje nasilničko ponašanje na uzorku muškaraca, kao i na tzv. mješovitim uzorcima. Koliko je ovaj instrument primjenjiv na populaciju žena, nije poznato.

Konačno, valja podvući da se, i pored brojnih kritika, statistički pristup smatra daleko preciznijim u poređenju sa kliničkim. Kako kazuju Rice, Harris i Hilton do sada nije objavljena ni jedna studija za koju oni znaju, a da je pokazala obrnuto. Stoga smatraju da bi procjena rizika trebala biti zasnovana isključivo na statističkim metodama, bez oslanjanja na kliničku procjenu.

Treća generacija metoda za procjenu rizika od nasilja počinje se razvijati od devedesetih godina XX vijeka. Riječ je o tzv. strukturisanoj profesionalnoj procjeni, koja se bazira na strukturisanom vodiču za procjenu, a u obzir uzima i specifične individualne rizične faktore. Jedan od u praksi najčešće korišćenih instrumenata je *Upravljanje istorijsko-kliničkim rizicima 20 (Historical-Clinical-Risk Management 20* ili HCR-20, Webster, Douglas, Eaves, Hart, 1997). HCR-20 se sastoji od 20 ajtema koji ciljaju na tri oblasti rizičnih faktora i daje mogućnost da se procjeni stepen rizika (nizak, umjeren ili visok) na osnovu ocjene rizičnih fakora (tzv. istorijskih, kliničkih, i faktora za upravljanje rizikom), (vidi: Douglas, Reeves, 2010).

Smatra se (vidi: Heilbrun, Yasuhara, Shas, 2010) da u poređenju sa statističkim metodama, strukturisane daju bolje rezultate. Na primjer, komparirajući VRAG i HCR-20, Douglas i Reeves (2010) su uočili da je HCR-20 moćniji, kada je riječ o procjeni budućeg ponašanja pacijenata. S druge strane, de Vogel i saradnici iznose suprotne nalaze u longitudinalnoj studiji kojom su obuhvatili 122 forenzička pacijenta u Holandiji. Poredeći prediktivnu moć skala koje koriste ova dva pristupa, zaključili su da su statistički metodi daleko efikasniji, u poređenju sa strukturisanim (Heilbrun, Yasuhara, Shah, 2010). Za razliku od ovih autora, Douglas i Reeves (2010) su utvrdili da VRAG i HCR-20 imaju visoku i gotovo podjednaku prediktivnu moć.

U stručnoj literaturi pronalazimo još jedan interesantan metod procjene koji se pojavio tek nedavno (Monahan, 2010). Riječ je o *Klasifikaciji rizika za nasilje (Classification of Violence Risk, u daljem tekstu COVR)*, metodu koji se tek uslovno može svrstati među strukturisane. Metod se razvio iz MacArthurove studije, koji cilja na procjenu rizika u prvih nekoliko mjeseci po otpuštanju iz specijalne bolnice. COVR je interesantan i stoga što predstavlja interaktivni softverski program, koji sadrži 40 faktora rizika. Rizik se izračunava tako što kliničar i pacijent razgovaraju (5-10 minuta), a potom se informacije unose u program, koji generiše izvještaj sa empirijskom procjenom rizika za nasilje za svakog od pacijenta ponaosob. Zapravo, odgovornost u velikoj mjeri opet pada na pleća kliničara na kome je da odabere sasvim određene faktore rizika za svakog od pacijenata. Na osnovu procjene validnosti ovog instrumenta koja je vršena u bolnice u Worchseteru i Philadelphiji, pronađeno je da je među onima koji su ocijenjeni kao nisko rizični, nakon posmatranog perioda recidiviralo njih 9%, dok je u slučaju visoko rizične kategorije taj procenat iznosio 49%.

Takođe, u literaturi (vidi: Fogel, 2009) pronalazimo i zahtjev za još jednom, suštinskom komponentom pouzdane forenzičke procjene koja nosi naziv *informacija sa treće strane (third party information)*, a koja je već obuhvaćena i kliničkom procjenom. Riječ je o integrisanom procesu procjene koji uključuje čitav niz evaluatora, dok težinu dobijenim podacima daje presuditelj o činjenicama (*trier of facts*) (isto, 2009). U obzir se uzimaju tzv. lični dokumenti: izjave svjedoka ili žrtava, pisma, dnevnici, službeni dokumenti (izvještaji policiji, raniji forenzički izvještaji o stanju mentalnog zdravlja, raniji krivični dosjei). Takođe, evaluator prikuplja *kolateralne informacije* (isto, 2009: 59) u neposrednom razgovoru sa osobama iz okruženja pacijenta (partnera, članova porodice, žrtve, na primjer) i profesionalcima sa kojima je dolazio/la u kontakt (riječ je o policiji, osoblju u instituciji u kojoj boravi, profesionalcima čijoj pomoći je bio prethodno podvrgnut ...).

Na kraju, pred evaluatore se stavlja i zahtjev da donesu zaključak o riziku koji će biti nezavisan od mišljenja drugih (isto, 2009). Jedno od pravila - vodiča koji bi trebao olakšati ovaj nimalo zahvalan posao kazuje da forenzičari - evaluatori trebaju izbjegavati da daju pismeno ili usmeno saopštenje o psihološkim odlikama one osobe sa kojom nikad nisu vodili adekvatan intervju (vidi: Monahan, 2010). Kada okolnosti ne dozvoljavaju da se ovakvo istraživanje sprovede, jasno se mora istražiti uticaj

takvih ograničenja na pouzdanost i validnost njihovog profesionalnog mišljenja, odnosno svjedočenja.

Takođe, mora se istaći da se u naučnim krugovima razmišlja o unapređivanju validnosti istraživanja predikcije opasnog ponašanja. Monahan i Staedman (prema: Blumenthal, Lavedner, 2001) smatraju da bi nalazi ovakvih studija mogli imati praktične domete jedino ukoliko bi se veća pažnja poklonila:

1. razlikovanju između nivoa i tipa nasilja koji se prediktuje (tzv. šteta) i rizičnih faktora;
2. razvoju teorijsko analitičkog okvira o rizičnim faktorima;
3. mjerenju rizika kroz stepen opasnosti;
4. tretiranju rizika kao vjerovatnoće koja se mijenja zavisno od vremena i socijalnog konteksta;
5. statističkim metodama procjene koje bi bile primenjene na reprezentativnim uzorcima ispitanika.

Ističe se i da više pažnje mora biti posvećeno istraživanju socijalnog konteksta u kojem se nasilje dešava, naročito sistemu (ne)formalne podrške i (ne)zaposlenosti. S druge strane, navodi se da je jedan od ključnih načina da se smanji rizik od nasilja forenzičkih pacijenata, povećanje prohodnosti informacija između različitih službi koje su uključene u brigu o njima (isto, 2001). U Velikoj Britaniji tako postoji tijelo *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*, koje je osnovano na Univerzitetu u Mančesteru 1996. a koje prikuplja podatke o suicidima i homicidima oboljelih. Takođe, ovo tijelo daje preporuke u oblasti mentalnog zdravlja, predlaže pojednostavljenja i standardizaciju sistema dokumentacije (tzv. *patients passports*, po: isto, 2001: 125), koja bi trebala biti dostupna, a u kojoj bi naročita pažnja morala biti posvećena validaciji faktora rizika.

Na kraju, ostaje nam da se složimo sa Masonom (1999) koji tvrdi da, iako je potraga za adekvatnim modelom procjene društvene opasnosti/rizika neuračunljivih u nauci dobila oreol pohoda, ovi napori do sada nisu dali značajnijih rezultata. Ne samo da su se različite tehnike procjene pokazale nedovoljno egzaktnima, već su time i neuračunljivi ostavljeni na margini i prava i medicine. Dovedena je u pitanje i efikasnost forenzičke psihijatrije, budući da broj forenzičkih pacijenata ne opada, već raste, bezmalo na globalnom nivou (Maschi, Bradley, Wark, 2009).

7.1.3. Otpust

Pacijenti mogu biti otpušteni iz specijalnih ustanova pod određenim uslovima. U većini evropskih zemalja, uz izuzetak onih u kojima postoji zakonom određeno minimalno i maksimalno trajanje tretmana, dužina boravka u specijalnim bolnicama zavisi, barem deklarativno, od stanja mentalnog zdravlja pacijenta. Na primjer, da bi bili otpušteni, u SAD forenzički pacijenti moraju zadovoljiti sljedeće uslove: da budu u dobrom mentalnom stanju, *bezopasni*, da uz to redovno uzimaju terapiju, da redovno posjećuju psihijatra i ne nose oružje (Roesch, Zapf, Hart, 2010). Ipak, Siler je utvrdio da na dužinu boravka u forenzičkom setingu mnogo više utiče težina izvršenog djela. To ga je navelo da zaključi da su i odluka o upućivanju u specijalnu bolnicu, dužina boravka u njoj i odluka o otpustu, uklopljeni u tzv. "model kazne" u kojem tretman ima tek sekundarni značaj (isto, 2010). Pozivajući se na istraživanja Lyburnera i Roescha, Roesch, Zapf i Hart (2010) navode da boravak forenzičkih pacijenta u specijalnim bolnicama traje vremenski duže, nego što bi trajala kazna zatvora da su na nju osuđeni.

Sa nalazima ove trojice autora se ne slažu Nedopil i Banzer (1996), koji su utvrdili da se u Njemačkoj u različitim pokrajinama dužina boravka u specijalnim bolnicama značajno razlikuje i kreće od 2.9 do 8.6 godina. Na primjer, u Hessenu se u periodu od 1971-1982. godine trajanje tretmana značajno smanjilo: sa 10.8 godina na 4.1 godinu. Takođe, uočavaju i da se klijentela forenzičkih bolnica bitno promjenila. Navode da je indeks prestupa u novije vrijeme značajno viši u poređenju sa prošlošću. Tako je 1986. samo 62% pacijenata izvršilo teška krivična djela (ubistvo, silovanje, tešku krađu), dok je procenat takvih djela 1993. iznosio čak 85%. Takođe, primjetan je i trend rasta broja neuračunljivih u specijalnim bolnicama. Tako se u Hessenu za samo 16 godina (od 1982-1998.) taj broj više nego udvostručio (od 141 do 311 pacijenata). I Njemačka se suočava sa prenaseljenošću specijalnih bolnica, što se u jednom trenutku nastojalo riješiti vanbolničkim tretmanom i otvaranjem zajedničkih kuća, ali je ova inicijativa naišla na otpor lokalnih političara i zainteresovanih grupa građana (koji ne žele takav svijet u svom susjedstvu).

Situacija je u Austriji tek nešto drugačija. U ovom zemlji postoje tri specijalne forenzičke institucije, od kojih samo jedna za neuračunljiva odrasla lica. Ova specijalna bolnica ima 120 kreveta, a među pacijentima prevladavaju oboljeli od shizofrenije (47%); mentalno deficijentni (njih 17%), te oni koji pate od organskih

psihoza (12%). Takođe, pokazalo se da se ovi poremećaji javljaju u komorbiditetu sa zloupotrebom psihoaktivnih supstanci. Među oboljelima su najmnogobrojniji oni koji su izvršili ubistva i/ili nanijeli tjelesne povrijeđe (22%). Posmatrano u petogodišnjem intervalu, najveći broj oboljelih je bio otpušten nakon 3.4 godine boravka u specijalnoj bolnici. Maksimalno vrijeme provedeno u bolnici je 20.6 godina (Sullivan, Mullen, 2006).

Interesantan je i problemski ilustrativan primjer prakse otpusta iz specijalnih bolnica na prostoru bivše SFRJ. Sobotinčić i Fadljević (1964) tako ukazuju na rezon otpusta smanjeno uračunljivih i neuračunljivih koji su čuvani i liječeni u *Bolnici za duševne bolesti Vrapče*. Za samo desetak godina od osnivanja, ova je Bolnica bila prenatrpana. Takođe, u njoj nije postojao adekvatan prostor za čuvanje i liječenje bolesnika sa posebnim režimom (tj. na mjerama bezbjednosti). Pacijenti su zato stalno držani u zatvorenom odjeljenju što je uslovalo i njihovu agresivnost, kao i otpor prema svakom vidu terapije. Da bi se izašlo na kraj sa nekim od ovih problema, *Opće bolnice* u Pakracu i Šibeniku su izdvojile po 10 kreveta, a bolnica u Puli 20 kreveta za forenzičke pacijente već 1959. Takođe, posebno krilo je osnovano i u *Kazneno-popravnoj ustanovi* u Lepoglavi. I pored toga, početkom šezdesetih godina se insistiralo na osnivanju posebne institucije za ovu grupu pacijenata koja bi morala brojati od 200-250 kreveta (Turčin, Sila, 1964). Psihijatri - forenzičari su stoga često, da bi izašli na kraj sa ovim poteškoćama, koristili jedno od dva rješenja. Prvo: praksa da neko bude vještačen kao neuračunljiv postala je izuzetno rijetka. Umjesto toga, izvršiooci djela su bili vještačeni kao smanjeno uračunljivi, jer je to garantovalo da će nakon ulaska u remisiju bolesti, pacijent ostatak kazne izdržati u zatvoru, i nakon toga biti otpušten, nezavisno od (ne)postojanja prihvata u spoljašnjoj sredini. Time je automatski bilo riješeno pitanje njihovog čuvanja, odnosno opasnosti po društvo, ali samo na kratko. Naime, u zatvorskim uslovima, njihovo je mentalnog zdravlje dodatno propadalo (Sobotinčić, Fadljević, 1964). Drugi način rješavanja problema prenatrpanosti i nemogućnosti čuvanja i liječenja je bilo otpuštanje iz institucija, uz sumnjivu medicinsku argumentaciju, što je rezultiralo povratom (Keko, 1964).

Zbrinjavanje otpuštenog pacijenta je bez svake sumnje sastavni dio tretmana. Posebno je važna uloga porodice, koja bi takođe trebala biti pripremljena za prihvata pacijenta. U praksi pak, porodica za takvo šta najčešće nije zainteresovana, pa je forenzički pacijent osuđen da i dalje boravi na odjelu specijalne bolnice, čak i onda kada je terapijski efekat postignut, jer nema prihvata u spoljašnjoj sredini. Da ovakva

situacija nije karakteristična samo za Srbiju, potvrđuju Nedopil i Banzer (1996). Ova dvojica autora iznose da je nemanje prihvata jedna od značajnih prepreka pri otpustu forenzičkih pacijenata u Njemačkoj. U razmišljanje o ovom problemu su u svojoj studiji uključili i službenike specijalnih bolnica, koji su predložili dvije mogućnosti (za otpust): 1. osnivanje terapijskih dnevnih bolnica (oko 42% njih) i 2. zaštićene radionice (33%).

Čini se stoga, da se pri otpustu mora računati na pomoć u zajednici. Međutim, ona je teško dostupna korisnicima i javnosti neprihvatljiva. Valja podsjetiti da je i na prostoru bivše SFRJ tzv. psihijatrijsko-socijalno starateljstvo bilo teško ostvarljivo. Čak i pored toga što su, za razliku od današnjeg vremena, postojale organizacije za postpenalnu zaštitu, one nisu imale značajnih rezultata u radu. Stan i eventualno zaposlenje, pacijenti su rijetko dobijali, a materijalna pomoć kojoj se najčešće pribjegavalo, je bila neprikladna, jer je uglavnom pasivizirala korisnika. Čak ni tada “radne organizacije okupirane proizvodnim, financijskim i personalnim problemima, nisu (bile) raspoložene da se opterećuju još jednim novim, bez koje mogu biti” (Sobotinčić, Fadljević, 1964: 40). Ovo potvrđuju i rezultati prospektivne studije o socijalnom funkcionisanju otpuštenih forenzičkih pacijenata iz bolnice *Ljubljana Polje*. Od 38 zaposlenih koliko ih je bilo među 50 ispitanika, osmoro je “besprijeorno” (Hladnik i saradnici, 1964: 92) funkcionisalo na radnom mjestu. Oko polovine je, uz različite bizarnosti, neurednost, osjetljivost, razvilo i sekundarni alkoholizam, što je na probu stavilo toleranciju rukovodilaca.

Svjetska zdravstvena organizacija predlaže da se uslovni otpust iz specijalnih bolnica sprovodi uz nalog za tretman u zajednici (Freeman i saradnici, 2005). Ovakav nalog dozvoljava osobi sa mentalnim poremećajem da: živi na određenom mjestu, učestvuje u tretmanu i rehabilitaciji koja uključuje savjetovanje, edukaciju i obuku, omogućava profesionalcima iz oblasti mentalnog zdravlja da ga posjećuju kod kuće, da se redovno obavještava nadležni za uslovni otpust i da se eventualno pribjegne prisilnoj hospitalizaciji, u slučaju nužde.

U nekim zemljama, kakva je na primjer Njemačka, tretman u zajednici se sprovodi i u praksi. Nakon otpusta iz specijalnih bolnica, o forenzičkim pacijentima se nastavljaju starati psihijatri, socijalne službe i otvorene klinike. Bivši pacijenti se uključuju u individualnu i/ili grupnu terapiju, posjećuju kod kuće i/ili na poslu, a očekuje se i da redovno dolaze na kontrolu (jednom nedeljno ili mjesečno). Takođe,

postbolnička briga uključuje i povezivanje pacijenta sa različitim socijalnim službama i advokatima, u cilju poboljšanja socijalnog funkcionisanja i zaštite.

Ipak, pokazalo se da je i ovakvo, očekivano efikasno rješenje problematično: samo određene kategorije pacijenata bivaju uključene u tretman van bolnice (koji se opet, uzgred budi rečeno, sprovodi unutar opštih psihijatrijskih bolnica). Među njima su prezastupljeni seksualni prestupnici (uz izuzetak silovatelja) i umjereno nasilni. Ubice su iz ovakvih programa uglavnom isključeni (Nedopil, Banzer, 1996), pa je opravdano zaključiti da je ovakav tretman pogodan za manje *poremećene* pacijente, sa kojima je moguće raditi na individualizovanom tretmanu, odnosno one čija su djela manje opasna po društvo. Takođe, ovaj program staranja o otpuštenim pacijentima ima vremenski ograničeno trajanje. Namjera je da se o otpuštenom pacijentu brine u tzv. kritičnoj fazi, dvije do tri godine nakon otpusta (Müller-Isberner i saradnici, 2000).

Pored ove manjkavosti, valja ukazati i da je vanbolnički tretman forenzičkih pacijenata i dalje na eksperimentalnom nivou, budući da ni pitanje finansiranja, ni odgovornost za tretman i njegove domete nije sistemski riješeno (Nedopil, Banzer, 1996). Schanda, Stompe i Ortwein-Swodoba (2009) navode da se u Austriji dešava trend deinstitutionalizacije, koji se ogleda u planiranom smanjenju broja forenzičkih kreveta, naročito za one koji su izvršili lakša djela (broj onih koji su izvršili ubistva je u posmatranom, skoro tridesetogodišnjem periodu od 1970-2008. gotovo nepromjenjen), i stvarnom porastu broja mentalno oboljelih unutar zatvorske populacije. Razloge vide u odsutnoj brizi zajednice za mentalno oboljele, od kojih većina ne spada u kategoriju „opasnih”, već „teških”. Deinstitutionalizacija ne obećava, čini se ništa dobro: sada su pacijenti utamničeni u zatvorima, i unutar zaštićenih domaćinstava koja su prepoznata kao privatne ludnice i/ili zlatni kavezi (vidi: Schanda, Stompe, Ortwein-Swodoba, 2009).

Za razliku od ovih autora, Fujii i saradnici (2011) pozitivno ocjenjuju praksu postinstitucionalne zaštite oboljelih opasnih po društvo u Japanu. Za tretman neuračunljivih kriminalaca u ovoj zemlji je karakteristično je da nakon otpusta iz specijalne bolnice moraju da se nasele u rezidencijalni kvart sa javnim zdravstvenim centrom u blizini ustanove u kojoj su bili tretirani, kako bi se na vrijeme primjetilo pogoršanje i poduprla resocijalizacija. Značajnu ulogu u tom procesu imaju medicinske sestre kojima pada u dužnost da posjećuju pacijente na dnevnoj bazi i pišu izvještaje o njihovom stanju.

Konačno, treba podvući još jedan interesantan trend. I pored gotovo globalne, i opsežne reforme psihijatrijskog sistema, položaj forenzičkih pacijenata je ostao gotovo nepromjenjen. Kramp i Garrielsen (2009) navode da je u Evropi u posljednjih godina broj kreveta za forenzičke pacijente povećan, iako je u isto vrijeme deinstitucionalizacija velikih psihijatrijskih ustanova na starom kontinentu uzela znatnog maha. Ovakav trend najbolje ilustruje primjer Italije, jedne od prvih zemalja koja je započela reforme psihijatrijskog sistema, zahvaljujući liberalnom Zakonu 180 (iz 1978). Sudeći po Traverso, Ciappi i Ferracuti (2000) riječ je o ozbiljnoj kontradikciji koja svoje korijene ima u istoriji. Na primjer, i pored toga što je raniji italijanski *Krivični zakonik (Zanardelli zakon)* iz 1889. uvažavao principe Napoleonovog koda o neuračunljivima, nije predviđena institucija u koju bi bili prihvatani. Oni su slati u civilne psihijatrijske bolnice, iz kojih ih je mogao osloboditi jedino predsjednik *Civilnog suda*, koji je uostalom mogao odlučiti i da ih trajno zadrži. Zapravo, sve do 1983. su svi oni koji su proglašeni za neuračunljive, smatrani za permanentno društveno opasne, te su i bili trajno zatvoreni u forenzičkim bolnicama.

Kako navode Priebe i saradnici (2008) u devet evropskih zemalja u kojima je započeta reforma psihijatrijske zaštite, u periodu od 2002-2006. broj forenzičkih pacijenata se smanjio samo u dvije posmatrane zemlje: u Italiji i Švajcarskoj. Autori navode da se ovo može objasniti diverzifikovanjem pacijenta ka kućama na sred puta i ka nadziranoj njezi, ali i činjenici da se unutar zatvorske populacije sve češće susreću forenzički pacijenti. Prins (1980) ovaj trend naziva *Penrosovim zakonom* koji tvrdi da je u onim evropskim zemljama u kojima je broj zatvorenika visok, istovremeno malobrojna populacija u psihijatrijskim institucijama, i obrnuto.

Neki (vidi: Kramp, Gabrielsen, 2009) smatraju da zatvaranje velikih psihijatrijskih bolnica, kao uostalom ni porast upotrebe psihoaktivnih supstanci, naročito kod psihotičnih, nije povezan sa rastom broja forenzičkih pacijenata. S druge strane, čini se da je ovakva veza postoji kada je riječ o Engleskoj i Veslu, ali i o Austriji (Schanda, Stompe, Ortwein-Swoboda, 2009). Podaci za Dansku ukazuju na sličan trend. I pored zasnivanja tzv. psihijatrije u zajednici koja je praktično zaživjela od 1993., i smanjenja broja kreveta u psihijatrijskim bolnicama (sa 10 000 na 4 000), broj forenzičkih pacijenata je povećan. Takođe, uočena je snažna pozitivna veza između smanjenja bolničkih kapaciteta i porasta broja ubistava, pokušaja ubistava i razbojništava, naročito u slučaju psihotičnih pacijenata (Kramp, Gabrielsen, 2009).

7.2. Uloga srednjeg medicinskog osoblja: o odgovornosti i riziku u specijalnoj bolnici

Zadaci i očekivanja stavljeni pred medicinsko osoblje su od vremena kada je o ulozi medicinske sestre koja radi sa lunatikom - kriminalcem pisao Granger (1886) do studije Kelly Pyrek (2006) o forenzičkim sestrama danas, manje – više nepromjenjeni. Od srednjeg medicinskog osoblja (po pravilu riječ je o ženama) se očekuje da prema oboljelima ispoljavaju brigu i pažnju, vodeći računa o dobrobiti štíćenika. Medicinske sestre treba da upoznaju novopridošlice sa pravilima bolnice. Na njima je da nauče oboljele kako da se ponašaju, kako da povrate izgubljene navike, i kako da izgrade, korak po korak, pozitivne lične odlike (Ferris, 1909). Sestre trebaju osmišljavati i planove za okupacionu i radnu terapiju, a neki su primjetili (vidi: Mills, 1915) da su u tom pogledu najuspješnije mlade, aktivne, vesele žene, sposobne da na nježan način kontrolišu pacijenta.

Danas se od medicinskih (tzv. F sestara, Watt i saradnici, 2003) očekuje sve gore pobrojano. Budući da osoblje obavlja velik broj zadataka ono mora biti fleksibilno, sposobno da riješi probleme u pragmatičnom maniru (Kaye, Fransey, 1998). Posebno se insistira na tome da srednje medicinsko osoblje obučava pacijente u asertivnosti, te daje neku vrste dijagnoze za njegovanje⁵⁰ (*nursing diagnosys*, Townsend, 2009: 235). Naime, priroda posla medicinskim sestrama nameće potrebu i dužnost (*special licence*, Pyrek, 2006: 81) da pacijente i opserviraju i ispituju, i konačno, sve to dokumentuju. Na primjer, one bi trebale njegovati vještinu pažljive opservacije pacijentovog ponašanja u prisustvu i odsustvu ljekara. Tako pažnju treba obratiti na fizičko i psihičko stanje oboljelog, kao i na njegove navike, kako bi se pratilo stanje njegove bolesti.

Zapravo, stiće se utisak da odgovornost za pacijente snosi osoblje koje je u najčešćem kontaktu sa njima. Na primjer, u Italiji je sve od stupanja na snagu *Zakona 180* (1978. godine) odgovornost za nadzor padala u dužnost srednjeg medicinskog osoblja, koje je u slučaju kakvog incidenta i bilo prvo na udaru (vidi: Traverso, Ciappi, Ferracuti, 2000). Odatle, njima biva prebačena i odgovornost za tzv.

⁵⁰ Na osoblju je da procjeni način na koji se pacijent brani od neprijatnih sadržaja, kako izlazi na kraj sa konfliktnim situacijama, kakav je njegov lični identitet i samopoštovanje, te odnosi sa drugima (Townsend, 2009).

predotpusnu procjenu pacijenta, uključujući i one u specijalnim bolnicama (vidi: Watt i saradnici, 2003, Pyrek, 2006).

I pored toga što ova praksa nije ozakonjena i što postoji tek neznatan broj istraživanja koja su se bavila ovom problematikom, procjene mentalnog stanja od strane medicinskog osoblja se itekako uzimaju u obzir. Pozivajući se na rijetka istraživanja (tek dva) o ovoj problematici, Watt i saradnici (2003) ističu da je u Velsu u periodu od 1991-2001. godine u obzir uzeta ova vrsta procjene u čak 21% posmatranih slučajeva. Ovi autori na takvu praksu ne gledaju sa odobravanjem, pozivajući se na njihovu manjkavu ekspertizu i izuzetnu cijenu koštanja ovakve prakse. Pa ipak, stav SZO-a je da bi u procesu procjene ulogu trebali imati profesionalci iz različitih oblasti (<http://www.who.int/research/en/>). Ko će to biti, zavisi od postojećih zakonskih rješenja, ekonomskog stanja zemalja, koštanja obuke, dostupnosti profesionalaca i njihove kompetentnosti. Opšta je preporuka da u siromašnim zemljama, u kojima nema dovoljno psihijatara, njihovu tradicionalnu ulogu preuzmu psiholozi, socijalni radnici, kao i psihijatrijsko medicinsko osoblje.

Kaže se da je mnogo toga posljednjih decenija, naročito od kada je antipsihijatrija uzela maha, napisano o ljudskim pravima forenzičkih pacijenata, i njihovom kršenju (vidi: Pilgrim, 2007, Bloom-Cooper, 2006). Ipak, malo šta znamo o osoblju koje radi u forenzičkoj bolnici. Njihov je posao izuzetno težak. Još je u XIX vijeku ukazano da je život pored ovakvih bolesnika veliki test karaktera i zdravlja, i da zahtjeva jako tijelo i naročite moralne i intelektualne kapacitete (Mills, 1915: 10). Medicinske sestre takođe moraju da se odbrane od nesvesnih (kontaminacija ludilom i/ili zlom kojim su zaraženi pacijenti) i realnih strahova, koje podstiče stanje pacijenta i njegova opasnost (odnosno rizik da povrijedi druge i sebe). Mills (1915) je tako skoro prije jednog vijeka uočio da ta bitka sa samim sobom ostavlja posljedice po lično zdravlje: upalo lice, gubitak energije, pasivno slijedenje svakodnevnne rutine, što je samo drugo ime za sindrom izgaranja (*burnout sindrom*).

Kao i njihovi štićenici, i medicinske sestre su podjednako socijalno isključene, i u riziku da se inficiraju opasnošću. Ovaj stav Scanlon i Adlam (2009) argumentuju pozivajući se na tri bazična pitanja koja se tiču medicinskih (forenzičkih) sestara. Riječ je o: 1. poziciji na hijerarhijskoj ljestvici zaposlenih; 2. kontradiktornosti radnih zadataka (između brige i kontrole); i konačno, 3. opasnosti da se identifikuju sa sado ili mazohističkim pozicijama oboljelih. Pred sestre je stavljen/nametnut nemoguć zadatak. Na njima je da pažljivo *uvuku* u tretman pacijenta koji ima nisku toleranciju

na intimnost, koji je nepovjerljiv i koji ne želi prihvatiti ukazanu brigu. Stoga se jedan dio njih fizički brani (od sestara), i istovremeno dobija etiketu - teški pacijenti. Zajedno sa sestrama započinju neku vrstu *ples*a koji se kreće jedan korak unaprijed i dva unazad, po pravilima „između kontrole i brige” i „hoću/neću da budem pacijent”. Ovakva dinamika svakako podstiče anksioznost sestara, koje uz sav napor ne uspijevaju doprijeti do pacijenta (uključiti ga), te se okreću kontroli, koja u svom ekstremnom obliku može prerasti i u osvetu. Medicinsko osoblje srednjeg nivoa je tako pod stalnom tenzijom i spolja i iznutra. Pa ipak, postoje i neki kanali pomoću kojih se takav pritisak može smanjiti.

Isabel Menzes je u svojoj pionirskoj studiji identifikovala načine na koje medicinske sestre izlaze na kraj sa anksioznošću koje donosi njihov stresni posao (Lowdell, Adshead, 2009). Jedna od mehanizama odbrane je smanjenje direktnih kontakata sa pacijentima i rad na nekim drugim (najčešće birokratskim) zadacima, kao i povećanje broja sestara koje po smjenama njeguju velik broj pacijenata, ali sa svakim od njih ponaosob provode veoma malo vremena. Dalje, tome doprinosi i uniformizacija sestara. Uniformisane, one predstavljaju aglomerat vještina njegovanja, bez individualnosti. Takođe, Menzes je prepoznala da sestre razvijaju i tzv. primitivne mehanizme odbrane kakve su negacija, cijepanje i projekcija.

Neki autori (vidi: isto, 2009) primjećuju da je jedan od načina da osoblje izađe na kraj sa osjećanjem anksioznosti obezbjeđivanje fizičke sigurnosti, koje se sastoji u zaključavanju vrata i sprovođenju terapijskih planova vezanih za redukciju rizika.

Poseban problem sa kojim se susreće medicinsko osoblje srednjeg nivoa je (i) potencijalna fizička ugroženost od strane pacijenata. Ovo nije tema kojom se istraživači često bave. Neki (vidi: Poster, 1996) smatraju da je u pitanju tabu tema, i pored toga što je rad u forenzičkoj bolnici nosi brojne opasnosti po osoblje. Zapravo, među najvećim stresorima medicinsko osoblje navodi fizički napad (Ray, 2007), o čijem prisustvu podatke pronalazimo već u prvim stručnim knjigama i izvještajima iz azila (vidi: Lindsay, 1864).

O tome koliko se u današnje vrijeme dešavaju napadi pacijenta na medicinsko osoblje u specijalnim bolnicama, postoji veoma malo podataka. Cornnagia i saradnici (2011) su pronašli da se o napadima pacijenata na medicinsko osoblje u forenzičkim psihijatrijskim odjeljenjima izvještava u čak 75% studija objavljenih između 1990. i 2010. koje su se bavile ovom temom. Nicholls i saradnici (2009) su tako zabilježili u toku jednogodišnje opservacije da je čak 60% od ukupno 548 pacijenata forenzičke

bolnice *Port Conquitlam* u Kanadi, bilo nasilno. Od ukupnog broja od 310 napada, 277 se odnosilo na fizičku agresivnost, a 33 na seksualno uznemiravanje. Među žrtvama agresivnih ispada pacijenata, najčešće je bilo osoblje (u 50.5% slučajeva), naročito medicinske sestre (u preko 80% slučajeva). Iznenaduje da su agresivnost najčešće ispoljavale pacijentkinje (u 66.7% slučajeva). I u slučaju da su napadači muškog, i u slučaju da su ženskog pola, napadi su se po pravilu dešavali nenadano.

Žrtve napada pacijenata su najčešće mlađe osobe, ženskog pola, skorije pristigle na odjeljenje, ili pak one koje se pretjerano ne uključuju u rad sa pacijentima, kao i oni članovi osoblja koji ih verbalno vrijeđaju, uznemiravaju i ismijavaju (vidi: Poster, 1996). Napadu obično prethode verbalne uvrijede, prijeteći gestovi i abnormalan nivo aktivnosti, potom psovanje, škr gutanje zubima i prijetnje. Britanski *Nacionalni Institut za klinička istraživanja*⁵¹ (*National Institute for Clinical Excellence*, skraćeno NICE) je uradila neku vrstu vodiča za prepoznavanje rizika od nasilja pacijenata u specijalnoj bolnici (Soothihil, Francis, Liu, 2008). Na primjer, osoblje se može nadati ataku ukoliko je prethodno zabranjeno pušenje na odjeljenju, ako je odjeljenje prenatrpano, ili ako su se skorije pojavili novi bolničari. Ovom spisku Beer, Paton i Pereira (2008) dodaju i: nedostatak vazduha, nemanje privatnosti, suviše stimulacija i autoritarna pravila.

Predlažu se i neke strategije za smanjenje nasilja na odjeljenjima među kojima i: povećanje stručnosti osoblja i njihovih asertivnih vještina, rad na harmoničnim odnosima među kolegama, i konačno upošljavanje bolničara muškog pola, budući da se postojanje muškog bolničara pokazalo najznačajnijim prediktorom niske stope napada na osoblje. Takođe, kolege bi trebalo da stalno razmjenjuju informacije o tome ko je od pacijenata potencijalno agresivan (Beer, Paton, Pereira, 2008). Sugerise se da osoblje uvijek bude u blizini alarma ili da se posjeduje lični alarm, da se drži na dovoljnoj udaljenosti od pacijenta, u blizini vrata. Sa akutno uznemirenim pacijentom treba ostati smiren, argumentovano razgovarati, ali sa sigurne distance. Ukoliko ubjeđivanje ne uspije, treba posegnuti za drugim, situaciji primjerenim mjerama. Konačno, od medicinske sestre se zahtjeva/očekuje da bude sama dovoljno pažljiva (vodi računa) i da se odbrani od ispada potencijalno agresivnih pacijenata (Pyrek, 2006).

⁵¹ Riječ je o nezavisnom tijelu koje se bavi pitanjima javnog zdravlja, zdravstvene tehnologije i kliničke prakse (uključujući i forenziku), (Soothihill, Rogers, Dolan, 2008).

Da je problem nasilja u forenzičkim bolnicama realan, svjedoči i osnivanje nacionalnih asocijacija za pomoć sestrama i bolničarima napadnutim od strane pacijenata. Srednje osoblje u engleskim specijalnim bolnicama je tako ušlo u *Asocijaciju zatvorskih službenika (Prison Officers Association, skraćeno POA)*. To je snažna organizacija, koja brani prava i brine o svojim članovima kada oni nemaju podršku ni jedne od službi. Ne razlikujući se po odjeći koju nose i konačno, neizostavnim ključevima, osoblje se složilo oko dominantnog, starateljskog pristupa pacijentima, kojima najprije prilaze čuvari, a potom medicinske sestre.⁵² Interesantno je pomenuti i da je u SAD-u 1993. osnovana *Internacionalna asocijacija forenzičkih sestara* koja radi na promociji forenzičke njege širom svijeta (<http://iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=148>).

O tome kakva je situacija kod nas, nema dovoljno podataka. Uvid smo stekli na osnovu opservacije i razgovora sa medicinskim osobljem u toku istraživanja u *Specijalnoj zatvorskoj bolnici* u Beogradu, a on se suštinski ne razlikuje od osnovnih zaključaka jednog konciznog *Izveštaja Helsinškog odbora* iz 2010. U njemu je konstatovano nekoliko ključnih problema sa kojim se susreće medicinsko osoblje srednjeg novoa. Zajedno sa ljekarima, medicinsko osoblje je podvedeno pod ingerenciju Ministarstva pravosuđa, zbog čega su izgubili beneficije koje pripadaju kolegama koje rade u zdravstvu. Kao naročito ozbiljan problem pojavljuje se nepriznavanje beneficiranog radnog staža. Tako sestre koje su provele 30 godina (tj. 41 beneficiranog radnog staža) radeći sa psihijatrijskim pacijentima ne mogu otići u penziju zbog neispunjenog starosnog uslova, a nije regulisan ni način plaćanja popodnevnog rada i dežurstva. Medicinsko osoblje je svjesno koliko je teško raditi sa oboljelima duži niz godina, što se nerijeko odražava na njihovo somatsko zdravlje. Nedostaju i podaci o broju napada na medicinsko osoblje i slika o tome sa kojim teškoćama se susreću u svom radu. Ipak, pronalazimo podatak da je osoblje hronično premoreno i lošeg zdravstvenog stanja (*Izveštaj Helsinškog odbora, 2010*), tako da su često bolesni. Uprkos tome, navodi se da ne idu na sistematske preglede. Svemu pobrojanom, valja dodati da radna mjesta na odjeljenjima sudske medicine u *Posebnom kolektivnom ugovoru za zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Srbija (2010)*, nisu kategorizirana kao ona sa povećanim rizikom.

⁵² „Warders first, nurses second”, kako to lijepo primjećuju Kaye i Franey (1998: 40).

Na osnovu prethodnog i relativno opširnog interdisciplinarnog uvida u pitanja koja se tiču neuračunljivosti, izdvojicemo nekoliko zaključaka. Zahvaljujući ovim smjernicama za teorijski okvir studije koja slijedi odabrali smo konstruktivističku potku, te usmjerili naša očekivanja, kada su nalazi u pitanju. Prije svega, primjetili smo da se nezavisno od vremenskog i prostornog okvira, te (deklarativne) orijentacije ka političkoj korektnosti i humanizmu, neuračunljivi ostaju na marginama profesija koje su najpozvanije da se njima bave (prava i psihijatrije). Tako, iako pravo insistira na humanizaciji tretmana i negira mogućnost da ovi ljudi budu kažnjeni, ono ne čini značajnijih napora kako bi pomoglo psihijatriji da (za)liječi, a ne samo da čuva. Od psihijatrije se očekuje da zna da li je neko bio opasan kada je izvršio kakvo (ne)djelo i da li će se tako ponašati u budućnosti. Odgovore na ova pitanja psihijatrija ni danas ne može dati. Stoga se pribjegava sigurnom rješenju – dugotrajnom aziliranju opasnih. Ovakvu vrstu uslovno nazvane marginalizacije, potpomažu sa svoje strane i istraživanja rađena u ovoj oblasti, čiji kontadiktorni nalazi (o povezanosti mentalne bolesti i opasnosti, o dometima tretmana, o mogućnostima predikcije opasnog ponašanja...), ne mogu usmjeravati praksu. Valja istaći da se slična marginalizacija oboljelih dešava i na opštem društvenom planu (budući da, azilirani, postaju *nevidljivi*) i u porodicama, koje ih po pravilu zaboravljaju.

Drugi, za nas posebno bitan nalaz, ili možda više – lični utisak, jeste onaj o ne mijenjanju (društvenih, pravnih, institucionalnih) pozicija oboljelih, ciljeva tretmana, i samih specijalnih bolnica i odnosa u njima, u jednoj longitudinalnoj perspektivi. Oboljeli su tako izolovani, zatvoreni na sigurnom. Danas se kao poželjan cilj tretmana promovirše redukcija rizika (od opasnog ponašanja u budućnosti), no kako nema jasnih pokazatelja kada neko postaje *bezopasan*, koriste se već navedene *sigurne* metode. Konačno, znamo da su duboke reforme u psihijatriji zaobišle specijalne bolnice, kao i da postoje autori koji smatraju i da one i danas kao i XIX vijeku, brane društvo pomoću visokih zidova, žica, ograda, rešetki. Na taj način se reprodukuje slika o opasnim i opstaju postojeće kontradikcije u polju forenzike koje je skrajnuto od bilo kakvih promjena.

Ova, uslovno nazvana, teorijska analiza, za nas je bilo višestruko korisna. Prije svega, ponudila nam je interdisciplinarni uvid u *polje* koji nedostaje. To nas je dalje usmjeravalo ne samo ka odluci da u studiji provjeravamo sasvim određene hipoteze,

već i da nalaze našeg istraživanja razumijemo unutar konstruktivističkog teorijskog okvira, posebno systemske porodične teorije i terapije narativne orijentacije. Ovakav pristup nam je nalagao da o tome: ko su *opasni* rezidenti zatvorske bolnice, razmišljamo uvažavajući cirkularnu perspektivu. Tako smo položaje i tretmane neuračunljivih posmatrali kao statute koji su interaktivno oblikovani u susretu sa poslenicima za njih nadležnih profesija na najopštijem nivou, između svijeta unutar specijalne bolnice, i u okviru porodice.

Iako je istraživački zahvat u pitanja koja okružuju oboljele, daleko skrominiji od ponuđene perspektive, pretpostavke o marginalizaciji, izolovanosti i odbačenosti, kao i o kontradiktornostima koje prate tretman oboljelih, su nas usmjerile ka razmišljanju o značaju simboličke (ne)moći rezidenata specijalnih ustanova na mirko i markoplanu. Naime, sudeći po konstruktivističkom pristupu, stvarnost oblikujemo u susretu sa drugima, značajnima, te odatle položaj i tretman neuračunljivih možemo razumjeti uvažavajući njihovu neveliku simboličku moć, koja ne može biti dekonstruisana (bez značajnijeg upliva društva).

Ovom valja dodati da nam je od posebne važnosti za razumijevanje životnih (svjesnih, nesvjesnih) izbora oboljelih bio konstruktivistički okvir već pominjane narativne porodične teorije i terapije, koja nam je omogućila da priče naših sagovornika o sebi i drugima, posmatramo u cirkularnoj ravni. U odjeljku koji slijedi, objasnićemo osnovne koncepte kojima smo se rukovodili u istraživanju.

8. Studija o licima smještenim na liječenje i čuvanje u *Specijalnu zatvorsku bolnicu u Beogradu*

8.1. Teorijski okvir istraživanja

Već smo ranije istakli da smo naše istraživanje smjestili u konstruktivistički⁵³ teorijski okvir. Ovaj okvir je za nas bio koristan budući da dozvoljava da o (dvostruko) devijantnosti naših ispitanika razmišljamo uvažavajući premise o stvarnosti kao konstrukt. Tako posmatrana iz ove perspektive, izolacija i marginalizacija oboljelih dobijaju posebno društveno značenje i smisao. Konstruktivisti naime, polaze od stava da ljudi daju različita značenja svijetu koji ih okružuje (vidi: Ber, 2001, Marinković, 2006, Pavlović, 2006 i drugi). Ovi okviri (za značenja) su krajnje arbitrarni i svaki od njih predstavlja jedan od mogućih alternativnih vidova organizacije iskustva (Stojnov, 2001). Tako, kada je riječ o pojedincu, njegovo *Ja* stalno (de)konstruišu drugi. Odatle postoje brojne priče *o tvome, o Ja drugih* ljudi i *o mome Ja*. Ipak, čak i tako relativne, predstave o *Ja* imaju stvarne posljedice (Merriam, 2009). U krajnjoj instanci to znači da sposobnost/mogućnost da se ispriča vlastita priča ima političku konotaciju i zavisi od stepena simboličke moći naratora (Burdije, 1998, Spasić, 1998).

Kada je riječ o duševno oboljelima, njihov glas nikad ne može biti dominantan (Carr, 1998). Njihova je simbolička moć izuzetno niska. Bolest je ključna referentna jedinica oko koje se oblikuju narativi o njima. Ove priče su manje-više nepromjenjive, invalidizirajuće, zajedničke svim oboljelima. Tako nametnut (doživotni) virtuelni identitet (Gofman, 2009) ih onemogućava da se izmjestite van okvira koji su omeđeni njihovom bolešću. Svrstani u okvire neke dijagnoze, ovi ljudi postaju objekti, osuđeni na simboličku i fizičku izolaciju, i to kako na makro, tako i na mikro planu. Prva predstavlja njihovu nemogućnost da se prikažu drugačijima, da svoj virtuelni identitet zamjene nekim drugim. Drugi vid izolacije koji onemogućava de-konstrukciju narativa o duševnoj bolesti je njihova fizičko izdvajanje. Po pravilu, fizička izolacija se dešava unutar institucija koje slove za totalne. Ako za sada po strani ostavimo

⁵³ Valja kazati da se u literaturi mogu pronaći diskusije o tome da li je adekvatnije upotrebljavati termin konstruktivizam ili konstrukcionizam (vidi: Ber, 2001, Marinković, 2006). Posebnije se ovim pitanjem u radu nismo bavili, a u tekstu smo koristili termin: konstruktivizam.

pitanje društvenih funkcija ovakvog izdvajanja, ostaje da se složimo da *izdvajanje van* dodatno ojačava dominantni narativ o njima.

Ovaj proces se može prepoznati i u porodičnom polju. Da bismo ga razumjeli, poslužili smo se *metaforama*⁵⁴ (vidi: Piercy, Douglas, Wetchler, 1996, White, Klein, 2008) sistemske porodične teorije i terapije, posebno onima narativnog usmjerenja. U porodici, kao uostalom i u samom društvu, postoje dominantni i subordinisani glasovi odnosno narativi ili priče. Ove priče povezuju određene životne događaje u sekvence, koje dobijaju oreol pravila, iz kojih se zatim rađaju interpretacije/objašnjenja o našem, i životima drugih ljudi (o tome kako živimo i zašto baš na taj način), (Goldenberg, Goldenberg, 2008). Ove priče pomažu da se objasne i opravdaju relacioni obrasci i porodične uloge (bolesnika, žrtve...). Konačno, one oblikuju naš sadašnji i budući život (Flaskas, 2005).

Ali kako priče koje nastaju u porodičnom miljeu imaju tako izuzetnu moć? Sudeći po sistemčarima, porodična dinamika se može razumijeti ukoliko uvažimo epistemološku pretpostavku o cirkularnoj kauzalnosti. Riječ je o uzročnoj relaciji između sistema (porodice) i okruženja, na opštijem planu, ili na onom nižeg nivoa opštosti, odnosu između subsistema (bračnog, roditeljskog, sibling), (vidi: Milojković, Srna, Mićović, 1997). Ovakvo cirkularno povezivanje se odvija po sljedećem principu: obrazac A vodi do B, B ka C, a C ka A. Drugačije kazano, to znači da je ponašanje svakog od članova određeno i omeđeno interakcijskim obrascima koji se ponavljaju i u čijem kreiranju učestvuju svi članovi porodice (Carr, 2006). Tako sistemčari vjeruju da se lokus patologije ne nalazi unutar jedne osobe, već ga treba tražiti u disfunkcionalnom sistemu. Na prisustvo porodične disfunkcionalnosti se može posumnjati (i) onda kada njeni članovi izdvoje oboljelog, za koja vjeruju da izaziva porodične probleme. Ili onda kada gaje emotivnu pseudozavisnost, odnosno takvu vrstu porodične kohezivnosti koja podrazumijeva da se ne smiju isticati međusobne razlike, jer bi to dovelo do psihotičnog sloma. Odatle, uvođenje bolesti u sistem može da služi, paradoksalno, za oslobađanje od porodičnih stega nekih od članova, ili pak za vraćanje onih koji su pokušali da se distanciraju. Zapravo, svaka porodica ima repertoar reakcija na situacije sa kojima se sreće. Među njima odabire sasvim određene, usklađene sa dominantnim narativom o svakom od članova i o

⁵⁴ Smatra se da je sistemska porodična teorija prije kolekcija metafora nego naučni koncept. Ovakav stav White i Klein (2008) obrazlažu ukazujući da je, u odnosu na naučni, za sistemski pristup mnogo važniji test koji on prolazi na polju porodične psihoterapije.

porodici samoj (Goldenberg, Goldenberg, 2008). Na primjer, porodice koje su sklone da konstruišu negativne, poražavajuće, *narative-koji-nikud-ne-vode*, imaju svoje mitove, opravdanja, objašnjenja zašto ne mogu da rade stvari drugačije, zašto su nemoćni (isto, 2008).

Svakako, posebnu ulogu u nastanku simptomatskog ponašanja, naročito u sistemskoj perspektivi, dobijaju roditelji. Na primjer, kada je riječ o shizofreniji, kao posebno toksične se ističu (disfunkcionalne) bračne relacije, te poseban vid porodične komunikacije (vidi: Lidz, Fleck, Cornelison, 1965). Brak roditelja je po pravilu opterećen konfliktima⁵⁵ koji ih guraju ka određenim pozicijama u bračnom sistemu (Turner, 1998). Ove su pozicije najčešće ekstremno asimetrične.⁵⁶ Kao takve, one ostavljaju dovoljno prostora za uključivanje i patološko vezivanje sa djecom - saveznicima. Tako u porodici mogu nastati neprijateljski tabori (jedno dijete i jedan roditelja, nasuprot drugom djetetu i drugom roditelju) i pod znak pitanja može biti dovedena lojalnost djece, što je samo po sebi loše. Ne treba posebno naglašavati da je prostor za self-diferencijaciju djece iz porodične mase na takav način značajno sužen (vidi: Milojković, Srna, Mićović, 1997).

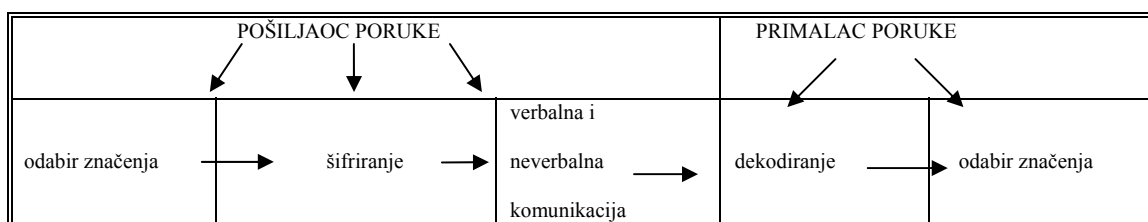
Posebno je toksična tzv. patološka (ne)verbalna između roditelja i djece. Ovakva komunikacija je nejasna i zbunjujuća (indirektna, dvostruka).⁵⁷ Pomoću nje se diskvalifikuje sve ono što kaže oboljeli član (Smith i saradnici, 2009). Njemu se upućuju poruke čiji verbalni i neverbalni nivoi nisu saglasni. Kakvo god značenje da se poruci, ono biva negirano od strane pošiljaoca (Tabela 6.). Doveden u takav zbunjujući položaj, obn ima mali repertoar reakcija: ili da se fizički povuče ili da pobjegne u bolest, jer drugih opcija, usljed svoj simboličke nemoći, koja se reprodukuje i unutar porodice i društva – nema.

⁵⁵ Valja podvući da su konflikti sastavni dio svakodnevice, kao i da se zrelost jedne veze procjenjuje na osnovu uspjeha u prevazilaženju konfliktnih situacija. Bobić (2010) je na reprezentativnom uzorku ispitanika iz R. Srbije prepoznala niz taktika “konflikt menadžmenta”, koje se mogu svesti na dvije ključne: manipulaciju (više modaliteta) i razumnu raspravu. Od nalaza njene studije je posebno važno pažnju obratiti na sljedeći, koji sigurno ne stoji kada je riječ o porodicama u kojima postoji shizofrenija (up. Milosavljević, 1978, Pejović, 1997, Ruk, 1992, Ruk, 1999, Ljubičić, 2005). Naime, pronašla je da supružnici koji su duže u braku češće koriste razumnu raspravu, u odnosu na ostale taktike.

⁵⁶ Ponašajni obrasci mogu biti bilo simetrični, bilo komplementarni. Dok u formiranju simetričnog učestvuju samo oni koji se ponašaju na identičan način (npr. bračni par koji se međusobno okrivljuje), u komplementarnom obrascu članovi zauzimaju različite, i u isto vrijeme dopunjujuće pozicije (npr. muž alkoholičar i žena koja brine o njemu), (McCormack, Tamm, 1998).

⁵⁷ Dvostruko vezana komunikacija je ona kada se osobi šalju kontradiktore poruke. Kontradiktornost poruke se ogleda u nesaglasnosti između izrečenog (verbalni nivo komunikacije) i tjelesno, neverbalno iskazanog (metakomunikacijski nivo poruke), (Lidz, Fleck, Cornelison, 1965, Minuchin, 1974).

Tabela 6. Komunikacija *od, ka i između*: stvaranje značenja



Izvor: Smith i saradnici, 2009

Na kraju, moramo podvući da su nam metafore narativne porodične teorije i terapije, iza kojih stoje, između ostalih, i konstruktivistički postulati (vidi: Fridman, Kombs, 2009), nam pružile plodan temelj i za *ulazak u dijalog* sa našim sagovornicima - ispitanicima, i na isti konstruktivan način nas uputile da razmišljamo o životima ovih ljudi, imajući na umu da su njihova iskustva (na primjer odrastanja, emotivnog vezivanja, bolesti i posljedičnih izolacija) i izbori (kakvi su odluka da se liječe, da imaju svoju porodicu, ili na primjer, da posjećuju radnu terapiju) oblikovani u ekosistemskom, cirkularnom kontekstu.

Konačno, za nas su metafore sistemske porodične teorije i terapije bile naročito usmjeravajuće i stoga što su žrtve naših ispitanika po pravilu članovi njihovih užih porodica. U nastojanju da razumijemo ovakav trend, sistemski porodični pristup se pokazao logičnim izborom.

Takođe, mora se podvući još jedna, ne manje važna premisa na kojoj počiva sistemska porodična teorija i terapija. Riječ je o tome da se smještanjem bolesti u porodični kontekst ni jedan od članova, uključujući i oboljelog, ne oslobađa od odgovornosti za nastanak bolesti. Slično tome, odgovornost za viktimizaciju, koja bi mogla biti posljedica ojačavanja negativnih porodičnih narativa, ne snose ni žrtva/e ni oboljeli. Umjesto toga, svako od njih ima svoj doprinos u ovakvom ishodu. Na kraju, koncepti izvučeni iz ovog *bunara ideja* su nam pomogli da dominantne sekvence priča naših sagovornika-ispitanika o (prošlom, sadašnjem i budućem) životu, tumačimo prvenstveno uvažavajući njihove perspektive kao validne.

Budući da se slažemo da mogućnost da se ispriča vlastita priča (o bolesti, zdravlju, o svojoj porodici, npr.), zavisi od simboličke moći naratora, i da, s druge strane vjerujemo da ni jedno od značenja koje pridajem(o) tebi, drugima i/ili sebi, ne bi trebalo da ima prednost nad onim alternativnima, jer ni jedno *Ja* nije stvarnije od drugog, odlučili smo da "semantičke okvire" koje nude naši sagovornici prihvatimo

kao njihove, lične *istine*. Riječ je o jednom metateorijskom referentnom okviru, koji narativni zaplet stavlja u centar interaktivne konstrukcije značenja (vidi: Fajgelj, 2005). Tako smo, primjenjujući narativno-konstruktivističku analizu, razmišljali o smislu i nastojali interpretirati, razumjeti značenje koje za sagovornika u istraživačkom procesu ima ono o čemu je govorio (vidi: Merriam, 2009). U ovom procesu bitna uloga je pripala i nama, jer smo i sami u ovaj proces unijeli ličnu značenjsku perspektivu, o kojoj svjedoči već i odabir teorijskog i metodološkog aparata. S druge strane, iako su “semantički okviri” koje nude naši sagovornici različiti od onih koje o njima konstruišu drugi, uključujući i nas same, sve pomenute perspektive su u isto vrijeme, barem kada je riječ o naučnom kontekstu razgovora (vidi: Pavlović, 2006), ravnopravne. Odatle ove *istine* nije moguće objektivno porediti niti ih je opravdano epistemološki i metodološki samjeravati.

Primjenjene na naše sagovornike, ove teze bi se mogle sažeti na sljedeći način. Priče o njima su zasnovane na ekspertskim, stručnjačkim, i značenjima koja su im pripisana u javnom i porodičnom miljeu, dok se njihov glas odnosno značenja koja pripisuju svijetu oko sebe i sebi, rijetko čuje. Pa ipak, on je za nas bio podjednako validan.

8.2. Predmet istraživanja

Ova studija je za predmet imala da da opis sociopatoloških profila i tretmana lica kojima je izrečena mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja. Deskriptivni, i u nekoj mjeri eksplanatorni pristup je trebao da nam pruži odgovore na nekoliko istraživačkih pitanja: koja lična obilježja, porodične i institucionalne pozicije su zajedničke za većinu oboljelih i kakav je njihov tretman u porodici, društvu i instituciji?

8.3. Ciljevi istraživanja

Glavni cilj ovog istraživanja bio je deskriptivni: da opišemo sociopatološke profile lica kojima je izrečena mjera obaveznog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi, uzimajući u obzir različite dimenzije, uslovno nazvanih profila. Opise smo zasnovali na sociološkoj tipologiji, koja počiva na: tzv. ličnim ili antropološkim i sociopatološkim odlikama, te statusima: porodičnom i institucionalnom. Antropološki

ili lični aspekt profila smo zasnovali na analizi sociodemografskih odlika oboljelih: njihovog pola, uzrasta, bračnog stanja, broja djece, obrazovanja, ranijih radnih statusa, materijalnih primanja. Iskustava ranijeg liječenja, dijagnoza, odlike izvršenog djela i recidivizam su činili poseban segment opisa kojeg smo nazvali (socio)patološki.

Opis porodičnog položaja je zasnovan na sljedećim dimenzijama: bračnost rođenja, porodična struktura, materijalno stanje porodice u djetinjstvu, i u sadašnjem trenutku, prisustvo psihopatologije među članovima (mentalna bolest, alkoholizam, kazna zatvora), procjena porodične funkcionalnosti, a naročito funkcionalnosti roditeljske dijade, saradnja u liječenju oboljelog i spremnost članova da ga prihvate po eventualnom otpustu iz *Specijalne zatvorske bolnice* (u daljem tekstu SZB).

Institucionalni položaj oboljelih smo mjerili pomoću tri dimenzije. Prva od njih je primjenjiva na sve rezidente A i B bloka⁵⁸ SZB, i tiče se njihovog učešća u radno-okupacionoj i grupnoj psihoterapiji (koje nisu obavezne), s jedne. S druge strane, bitan uvid u razumijevanje ovog statusa oboljelih smo stekli zahvaljujući razgovoru sa komandirima, socijalnim radnicama, psihološkinjom i ordinirajućim psihijatrima. Treća dimenzija pomoću koje smo opisivali institucionalni položaj oboljelih tiče se onih ispitanika koji imaju posebna prava (kategorizirani u tzv. treću grupu), sa ciljem da utvrdimo da li ovakve povlastice mogu koristiti i šta utiče na eventualnu odluku o njihovom otpustu.

Pored ovog, za cilj smo postavili da opišemo 50 ispitanika-sagovornika čije su žrtve članovi njihovih porodica. Opis smo zasnovali na njihovim pričama o svojim ličnim odlikama, porodičnom i institucionalnom položaju, u koje smo zahvaljujući razgovoru, dobili jasniji i konačno, ličniji uvid.

8.4. Hipoteze

U radu smo provjeravali hipoteze zasnovane na očekivanjima:

1. da, kada je riječ o antropološkim faktorima i porodičnom položaju pronađemo:

⁵⁸ U ovim blokovima su smještena lica kojima je izrečena mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi. Ova dva bloka su fizički odvojena (hodnikom i rešetkama), iako se nalaze na istom spratu. Rezidenti blokova se međusobno ne razlikuju ni po dijagnozama, ni po izvršenim djelima, starosti, porodičnom stanju, ili načinu tretmana. Jedine, uočljive razlike su da je B blok nešto mnogoljudniji (iako su smještajni kapaciteti podjednaki). Takođe, valja istaći da je osoblje (psihijatri, srednje medicinsko osoblje, uz izuzetak psihologa, koji im je, kako kažu, *zajednički*) zaduženo isključivo za jedan (A ili B) blok.

1a. da su oboljeli u najvećem broju slučajeva neoženjeni/neudati, a ukoliko su (bili) u braku, da je sklapanje ove zajednice vremenski prethodilo razboljevanju;

1b. da su oboljeli u većini slučajeva završili srednje obrazovanje, kao i da je najveći broj njih bio ili nezaposlen ili često mijenjao posao;

1c. da je većina liječena i prije dolaska u SZB, kao i da su farmakoterapiju koristili sporadično, opet u većini slučajeva uz psihoaktivne supstance;

1d. da postoji značajna povezanost između izvršenog djela i dijagnoze oboljelog;

1e. da su porodice oboljelih u najvećem broju slučajeva materijalno deprivirane, strukturalno potpune i disfunkcionalne, opterećene psihopatologijom (pored oboljelog) svojih članova;

1f. da porodice rijetko učestvuju u liječenju oboljelih, kao i da postoje značajne razlike između neznatne grupe oboljelih čije porodice učestvuju u saradnji i onih koje su *zaboravile* svoje oboljele članove. Očekujemo da ćemo potvrditi da su *sarađujuće* porodice statistički gledano značajno češće funkcionalne i materijalno bolje stojeće, u poređenju sa onima koje ne učestvuju u liječenju. Takođe, takva, statistički značajna povezanost postoji između stepena saradnje koje porodice ostvaruju i izvršenog djela, te dužine boravka u SZB. Tako očekujemo da ćemo pronaći da u liječenju sarađuju porodice onih oboljelih koji su izvršili lakša djela, kao i da saradnja opada što mjera duže traje;

2. U pogledu institucionalnog položaja očekujemo da ćemo pronaći:

2a. da najveći broj oboljelih ne učestvuje u programima tretmana: okupacionoj i rekreacionoj terapiji. Motivacija za pristupanje programima tretmana je statistički značajno povezana sa trajanjem mjere. Drugim riječima, oni koji su duže u SZB značajno češće odbijaju da uđu u tretman;

2b. sa kategorizacijom u grupu koja ima posebna prava su statsitički gledano značajno povezani: dužina boravka u SZB, porodični prihvata, dijagnoza i djelo, kao i stanje remisije (kao osnovni uslov);

2c. da zaposleni u SZB u najvećem broju slučajeva položaj oboljelih percipiraju kao loš;

3. da ima osnova za tezu da rezidenti SZB ne predstavljaju homogenu grupaciju, već da se međusobno razlikuju po ličnim, porodičnim i sociopatološkim odlikama.

Kada je riječ o naših 50 sagovornika, hipoteze nismo postavljali, rukovodeći se isključivo istraživačkim pitanjima koja su se, u najopštijem ticala ličnih, porodičnih i društvenih prilika koje su ih pratile tokom *ranijeg* (prije ulaska u instituciju) i *sadašnjeg* (u ovom trenutku) života.

8.5. Tehnike i instrumenti istraživanja

U radu smo koristili nekoliko metoda za prikupljanje i analizu podataka. Riječ je o: a) analizi sadržaja, za koju neki smatraju (vidi: Kaljević, 1972, Bogdanović, 1994) da ju je teško metodološki razvrstati, jer ne postoji saglasnost da li ona pripada metodama prikupljanja podataka ili je metod analize; potom b) narativnoj metodi; c) polustrukturisanom razgovoru i d) posmatranju. U analizi smo koristili kako triangulaciju metoda istraživanja (kvalitativnih i kvantitativnih), tako i triangulaciju podataka (dokumentaciona građa, intervjui, posmatranje).

Istraživanje je teklo u dvije faze. U prvoj fazi smo prikupili i analizirali podatke iz službene dokumentacije, odnosno dosijea oboljelih, zahvaljujući kojoj smo stekli uvid u osnovne sociopatološke odlike populacije kojom se bavimo. Riječ je o sljedećim dokumentima:

1. *Izvjestaju o zdravstvenom stanju* lica prema kojima je izrečena mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja koji sadrži podatke o: datumu i mjestu rođenja, o tome kada mu je, i za koje krivično djelo u objektivnom smislu (u daljem tekstu: KDOS) izrečena mjera bezbjednosti, o psihičkom stanju u kome je lice primljeno, o terapijskim pomacima, o odnosu prema osoblju i ostalim pacijentima na bloku, sadašnjem psihičkom stanju, primjenjenom programu resocijalizacije i eventualnom predlogu za prekid, odnosno nastavak liječenja;

2. *Istoriji bolesti*, koja sadrži informacije: o datumu i mjestu rođenja, adresi, radnom statusu prije dolaska u SZB, glavnim tegobama, istoriji bolesti, o somatskom statusu, neurološkom, i nalazu psihologa. Takođe, u ovom dokumentu se nalaze i anamnestički podaci i tzv. privremeni dijagnostički zaključak;

4. *Nalazu i mišljenju komisije ljekara o liječenju u SZB sa predlogom za nastavak ili prekid mjere*. Predlog sadrži: osnovne demografske podatke, obrazloženje odluke suda o upućivanju u SZB, opis psihičkog stanja pacijenta pri prijemu, podatke o dijagnozi i toku liječenja, nalaz psihologa, zapažanja o ponašanju na odjeljenju,

uspješnosti rehabilitacije. Ovaj dokument bi trebao da sadrži i izvještaj Centra za socijalni rad o (ne)postojanju prihvata od strane staratelja;

7. *Nalazu vještaka i mišljenju o duševnom zdravlju i uračunljivosti* koja se zasniva na: a) sudskom spisu sa izjavom optuženog i svjedoka i b) pregledima i ispitivanjima vještaka koja su obavljena u okviru SZB;

5. *Mišljenju (sažetku) komisije vještaka* koja sadrži podatke o dijagnozi i trenutnom stanju zdravlja, te mišljenju o potrebi za nastavkom ili prekidom liječenja;

6. *Nalazu psihologa* koji uključuje podatke dobijene nekom od sljedećih tehnika: intervjuom, pomoću MMPI 202, VITI i NEO-PI-R, Roršah projektivne tehnike i/ili crteža ljudske figure;

7. *Socioanamnestičkom izvještaju* (tzv. socijalnoj anketi) o sociodemografskim podacima o porodici, sa izjavama članova porodice o mogućnosti za prihvata oboljelog po okončanju mjere;

8. *Decursus morbi*, koji sadrži informacije o datumima i povodima za razgovor između oboljelog i psihijatra.

Analiza sadržaja službene dokumentacije je za cilj imala da da opis sociopatoloških profila oboljelih. U ovoj uslovno nazvanoj *tipologiji* služili smo se podacima o: antropološkim i sociopatološkim odlikama oboljelih, te njihovim porodičnim i institucionalnim položajem.

Takva uslovno nazvana profilizacija, zasnovana na kvantitativnoj analizi podataka, poslužila je i kao baza za narativnu (kvalitativnu) analizu priča naših sagovornika (oboljelih). Da bismo ih sakupili, koristili smo polustrukturisani ili dubinski intervju. Njime smo obuhvatili sljedeće kategorije (samo)opisa: 1. porodične prilike (sociodemografske odlike i relacioni kontekst ranije i sada: odnos sa roditeljima, sibilizima, (van)bračnim partnerima/kama, djecom); 2. kompetentnost u vanporodičnoj sferi na slobodi ili odnos sa značajnim drugima van porodičnog kruga (školsko postignuće, druženje, radni status i zadovoljstvo u navedenim sferama); 3. percepcija mentalne bolesti (njen početak, percepcija ranijeg i sadašnjeg zdravstvenog stanja, iskustva prethodnih hospitalizacija i dominantni narativ o trenutnom stanju zdravlja); 4. percepcija svog sadašnjeg statusa i uloge u porodici i u okviru institucije; 5. smještanje sebe u buduće vrijeme. Takođe, našim sagovornicima je ostavljeno da sami otvore priče koje smatraju značajnima, a o kojima ih nismo pitali. Bez izuzetka, ove novootvorene teme su se ticale izvršenog djela. Razgovor smo zapisivali, budući

da nije bilo mogućnosti⁵⁹ niti bi bilo preporučljivo⁶⁰ da se na drugačiji način bilježi. Po završetku, na margine papira smo bilježili zapažanja o neverbalnim, tjelesnim porukama naših sagovornika, i u krajnje refleksivnom maniru, lične utiske o njima.

Ovako sakupljene priče smo posmatrali kroz prizmu narativne analize. Narativnu analizu, koja se sudeći po nekima (Fajgelj, 2005) ne može razdvojiti od analize sadržaja, smo uokvirili tematski, istraživačkim pitanjima, usvajajući perspektive naših sagovornika kao jedino validne (Hiles, Čermak, 2008). To nam je pomogao da se pomjerimo sa pozicije istraživača koji provjerava svoje hipoteze, ka poziciji slušaoca - sagovornika koji primat daje sagovorniku koji zna i da iznenadi.⁶¹ Teme su pokrile mnogostruke prostorne (van i unutar SZB) i vremenske (koje narativ smješta u prošlost, sadašnjost, i/ili u budućnost) dimenzije, koje se, u nekoj mjeri međusobno preklapaju. Unutar ovih dviju dimenzija pravili smo dalju distinkciju na: 1. vrijeme i prostor sa porodicom (u prošlosti, sada i u budućnosti, van i unutar SZB) i 2. vrijeme i prostor sa drugima, koji nisu članovi porodice (ranije, sada u budućnosti, van i unutar SZB). Ti “značajni drugi” su prepoznati kao: (ne)prijatelji (iz škole, sa posla, iz SZB), partneri (bračni, vanbračni, bivši, sadašnji, sa “slobode” i/ili iz SZB), osoblje SZB (psihijatri, socijalne radnice, vaspitačice, medicinske sestre), te komandiri. Ovako teorijsko definisana mreža relacija u prostoru i vremenu, pomogla nam je da uhvatimo i rekonstruišemo narative o različitim aspektima njihovog života prije dolaska u instituciju, unutar nje, i njihove percepcije života koji će nastupiti po izlasku iz institucije. Različiti aspekti života (prije, sada i poslije) su stavljeni u odgovarajuće, za našu analizu pogodne okvire. Tako, da bismo stekli uvid u živote kakve su oboljeli vodili prije dolaska u instituciju, analizirali relacioni porodični kontekst i način na koji su opisali svoje funkcionisanje van porodičnog konteksta (u školi, sa društvom, eventualno na radnom mjestu, ukoliko su bili zaposleni). Analiza priča o životu u instituciji je obuhvatila zvanično i neformalno polje djelovanja oboljelih. Život u instituciji smo opisivali služeći se analizom priča o uključivanju u formalne okvire

⁵⁹ Banister (2008) navodi da se kvalitative metode koriste unutar polja forenzičke psihologije i psihijatrije, no da je istraživački proces koji uključuje ove metode, ograničen institucionalno-administrativnim barijerama, o čemu možemo i sami posvjedočiti. Naime, na odjeljenja je zabranjeno unositi bilo kakve tehničke uređaje, uključujući diktafone.

⁶⁰ Prvenstveno, zbog prirode bolesti naših sagovornika.

⁶¹ Nama je prihvatljiva teza da istraživačka situacija nije ništa drugo do razgovor, koji za rezultat ima stvaranje značenja, odnosno razmišljanje (vidi: Branković, 2007, Stojnov, 2002). Budući da *metafora razgovaranja* (vidi: isto, 2002) nužno utire novi put ka alternativnim pričama-narativima, granica između istraživanja i psihoterapije postaje sve poroznija.

djelanja, o svakodnevnoj rutini i načinima njenog kršenja, zatvoreničkom kodeksu ponašanja, mreži neformalne i institucionalne podrške, te osjećanjima vezanima za ovaj kontekst. Posljednji segment analize se tiče njihovih planova i želja vezanih za svoju bližu i/ili dalju budućnost. Posebno, u sve tri vremensko-prostorna segmenta smo nastojali da prepoznamo samopercepciju (Tabela 7.).

Tabela 7. Vremensko i prostorno uokviravanja priča

VREMENSKI OKVIR PRIČA	TEORIJSKI OKVIR PRIČA	TEME PRIČA	SEGMENTI TEMA
Život prije dolaska u instituciju	Relacioni nivo	porodica porijekla	porodične prilike i relacije, simptomatsko ponašanje
		brak	emotivni odnosi, sukobi, rješenja i dogovori
		žrtva	njene odlike: kakva je/su?
		o značajnim drugima van porodičnog kruga	ko su i zbog čega su neki postali značajni drugi?
		lične kompetencije	emotivne veze
		lične nevolje	škola
			društvo
			bolest
lične tragedije			
Život u instituciji	Neformalni sistem	svakodnevica u SZB	o uslovima u bolnici
			rutina
		druženje	ko se sa kim druži i zašto?
		sukobi	da li postoje i oko čega nastaju?
	Formalni sistem	pravila	za život u SZB
		tretman(i)	radna terapija, grupna terapija
	Lični stavovi	radni angažman	zaduženja i snalaženje mimo
			mišljenje
o sebi			
Život poslije izlaska iz institucije	Budućnost	želje	
		Planovi	

Kao i sa jednim dijelom oboljelih, razgovor polustrukturisanog tipa je vođen i sa komandirima, socijalnim radnicama, terapeutkinjama, psihološkinjom i sa četvoro psihijataru. Zahvaljujući triangulaciji tako dobijenih podataka (iz službene dokumentacije, i onih *subjektivnijih*) dobili smo još jedan uvid u različite položaje oboljelih, kao što smo i spoznali stavove koje zauzimaju stručnjaci prema radu u instituciji i naspram položaja oboljelih.

U našem istraživanju koristili smo i posmatranje, kojem smo dali mjesto pomoćnog metoda zbog subjektivnosti ove tehnike, koju na terenu nismo mogli

korigovati. Pa ipak, cijenimo da nam je upravo pažljivo i u isto vrijeme određenom perspektivom opterećeno posmatranje, pomoglo da formiramo sliku - konstrukt o našim ispitanicima. Posmatrali smo tako: fizičko okruženje, relacije između ljudi koji su se tu zatekli (između njegovatelja međusobno, između njih i čuvara, između čuvara, i između oboljelih, oboljelih i njihovih njegovatelja i čuvara), te konačno naše sagovornike - lica na izdržavanju mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja i njihove čuvaru. U tom smislu posebnu pažnju smo posvetili tzv. metakomunikaciji ili neverbalnoj komunikaciji oboljelih koji su se našli u situaciji istraživačkog razgovora. U tumačenju narativa smo u obzir uzimali i tzv. paralingvističke (ton kojim je nešto izgovoreno) poruke koje smo od naših sagovornika primali u toku razgovora, a takva vrsta opservacije je bila zastupljenija i u razgovorima vođenima sa njegovateljima i čuvarima.

Na kraju valja kazati da narativi nisu ostali bez refleksivnog⁶² osvrtu o tome kako istraživačevo očekivanje utiče na istraživački kontekst tj. na ponašanje ispitanika, i konačno, na zaključke same studije.

8.6. *Uzorak*

U prvoj fazi istraživanja analizom smo obuhvatili službene dosijee svih onih kojima je izrečena mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja, a koji su se u tom trenutku našli na A i B odjeljenju SZB u Beogradu. Ukupno, analizirali smo 234 dosijea lica kojima je izrečena ova mjera.

U drugoj fazi istraživanja razgovarali smo sa tri grupe ispitanika: sa licima kojima je izrečena mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja, zatim, sa stručnim osobljem (psihijatri, psihološkinja, socijalne radnice, radni terapeuti), te sa komandirima.

Prvu, i najveću grupu ispitanika činilo je 50 lica nad kojima se sprovodi mjera obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja u SZB u Beogradu. Ispitanici su birani prema dva kriterijuma: prvi i najznačajniji da su u stanju neuračunljivosti izvršili KDOS prema članovima svojih porodica, i drugi, da se u tom trenutku psihički osjećaju dovoljno dobro da mogu razgovarati, kao i da u istraživanju žele učestvovati.

⁶² Refleksivna analiza istraživačkih praksi je pitanje koje podrazumijeva lociranje istraživača i ispitanika u istraživačkom kontekstu i uključuje istorijske, institucionalne i lične aspekte u procesu subjektivizacije (Pavlović, 2006).

Izbor je dakle bio prigodan, a odabir je vršen na sljedeći način: najprije smo izdvojili ispitanike sa A i B odjeljenja koji su mogli ući u naš uzorak, uvažavanjem prvog kriterijuma. Potom smo taj spisak dali psihijatrima, koji su predlagali ko od njih može da razgovara. Na A odjeljenju o tome je odlučivala isključivo upravnica, a na B su u odabiru učestvovala, pored upravnice i dvije ordinirajuće psihijatrice. Dodatne informacije o ispitanicima smo saznavale od ordinirajućih psihijatara. U ovom razgovoru na A odjeljenju je učestvovao samo jedan psihijatar (u odsustvu upravnice odjeljenja), dok su ostali poštovali zabranu njihove načelnice o tome da se sa bilo kim *spolja* ne razgovara. Na B odjeljenju ta saradnja bila značajno bolja, a mi u prilici da razgovaramo sa sve tri ordinirajuće psihijatrice. Takođe, razgovor je vođen i sa četiri socijalne radnice, dvije sa A i dvije sa B odjeljenja, potom sa dvije radne terapeutkinje i jednom psihološkinjom.

Pored njih, o ukupnoj atmosferi i habitusu SZB posebno značajne informacije smo dobili od komandira koji obezbjeđuju A i B odjeljenje. Prvobitna zamisao je bila da se obuhvate svi komandiri i komandirke, no kako je vrijeme proticalo, shvatili smo da je to nemoguće, budući da su rotacije komandira sa odjeljenja na odjeljenje SZB izuzetno česte. Konačno, razgovarali smo sa ukupno njih 14.

8.7. Tok i način istraživanja. Obrada podataka

Istraživanje je teklo u nekoliko faza koje su u logičkom smislu prethodile jedna drugoj. U prvoj fazi smo pristupili čitanju službenih dokumenata (dosijea), sa ciljem da utvrdimo koliko su podaci iscrpni i da li ih je moguće međusobno porediti. Pokazalo se da u jednom broju dosijea nedostaju podaci dobijeni od članova porodice oboljelih. Najčešće je ovakva vrsta izuzetno značajnih informacija nedostajala, ukoliko su pacijenti izvršili višestruka ubistva članova porodice ili ukoliko je porodica ekstremno siromašna. I u jednom i u drugom slučaju kontakt sa oboljelima je prekidan, obično bez *opravdanja* datih psihijatrima, ili uz pozivanje na siromaštvo. S druge strane, podatak da je porodica prekinula kontakt i sam dovoljno govori, te smo ga koristili u daljoj analizi.

U drugoj fazi rada na službenoj dokumentaciji smo izdvojili ključne teme o: porodici, potom vanporodičnim kompetencijama i socijalnom funkcionisanju ranije, i u ovom trenutku, djelu koje su izvršili i okolnostima koje su mu prethodile, uključujući i relacije sa žrtvom, tretmanu unutar institucije, te drugim vidovima

vaninstitucionalne zaštite i brige. Teme su potom kodirane u jedinice analize i unijete u statistički SPSS program (verzija 15), a potom podvrgnuti metastatističkoj (kvanitativnoj) analizi (vidi: Fajgelj, 2005).

U ovoj prvoj fazi istraživanja smo koristili statističke mjere: neparametrijski hi-kvadrat test, Cramer's V pokazatelj, te logističku regresiju. Naša namjera je bila da pomoću ovih statističkih pokazatelja utvrdimo osnovne dimenzije i mjere povezanosti između različitih varijabli. Tako smo koristeći hi-kvadrat test koji se učinio najadekvatnijom statističkom tehnikom s obzirom na karakter podataka kojima smo raspolagali, utvrđivali statistički značaj uočenih razlika između empirijskog i očekivanog rasporeda frekvencija mjerenih obilježja. Cramerov's V pokazatelj smo koristili da bismo utvrdili veličinu uticaja odnosno jačinu veza između odabranih varijabli.

Konačno, da bismo dali odgovor na istraživačko pitanje: da li ima osnova za tezu o postojanju različitih profila neuračunljivih, priklonili smo se logističkoj regresionoj analizi. Budući da smo smatrali da potraga za tipovima neuračunljivih izvršioca KDOS, mora biti zasnovana na interdisciplinarno prikupljenim i iscrpnim podacima, što u našoj analizi nije bio slučaj, odlučili smo se za nešto drugačiji način uslovno nazvanog profilisanja. Naime, ograničili smo se na analizu koja je trebala da pokaže koje su od nezavisnih varijabli prediktivne u odnosu na određene ishode, pod kojima smo podrazumijevali KDOS. Svaku od nezavisnih varijabli smo posmatrali kao prediktivnu i analizirali njenu moć da objasni zavisno obilježje u tri koraka. Prvi od njih je podrazumijevao analizu prediktivne moći svake od pojedinačnih nezavisnih. U drugom koraku smo ove varijable grupisali u pet modela rukovodeći se njihovim osnovnim obilježjima. Tako smo mogli da izmjerimo prediktivnu moć triju grupa faktora: antropoloških ili ličnih, porodičnih, i uslovno nazvanih sociopatoloških činioca (lični i porodični istorijat bolesti i liječenja i recidivizam oboljelih). Konačno, ovako uzete blokove statistički značajno gledano prediktivnih varijabli smo uvrstili u jedan model kojeg smo nazvali intergativnim. Zahvaljujući ovoj analizi mogli smo da utvrdimo i koja od promjenjivih najbolji prediktor, kao i da odredimo relativni doprinos koji svaki od modela ponaosob, i svaka od varijabli uzeta posebno ima u objašnjavanju nezavisne varijable (KDOS).

Sljedeća faza istraživanja je takođe tekla u nekoliko etapa. Razgovoru sa oboljelima i sa njihovim čuvarima i stručnim licima je prethodila kvantitativna obrada podataka i izdvajanje onih tema za koje smo očekivali da ćemo dobiti drugačiju

perspektivu. Potom smo pristupili koncipiranju vodiča - uputstva za polustrukturisani intervju. Dobijeni intervjui su potom transkribovani, a onda su u narednoj fazi izdvajane i tumačene dominantne priče o različitim aspektima života prije dolaska u bolnicu, o životu i snalaženju unutar institucije i o životu kakav planiraju da vode nakon izlaska.

I sa komandirima i sa stručnim licima je vođen polustrukturisani intervju. Izdvojili smo nekoliko tema koje su tiču kako profesionalnog statusa komandira u okviru SZB, tako i percepcije položaja oboljelih u porodici i u instituciji. Sa stručnjacima smo takođe razgovarali o sličnim temama, uz izuzetak radnih terapeutkinja koje su nas upoznale sa programima tretmana koji se u ustanovi koristi, kao i sa osnovnim principima na kojima je zasnovan. Takođe, posebno dragocjene podatke o ličnom i profesionalnom položaju, o porodičnim prilikama i potencijalnim životnim ishodima oboljelih, dali su nam psihijatri.

Na kraju, valja kazati da je razgovor sa svim sagovornicima vođen van blokova. Sa oboljelima smo na A odjeljenju razgovarali u prostoriji pored kancelarije socijalnih radnica, a na B odjeljenju u radnom prostoru psihijatara. Razgovoru nisu prisustvovali komandiri niti bilo ko drugi od osoblja. Sa komandirima smo razgovarali u centralnom hodniku SZB, na kojemu su uglavnom stacionirani (ukoliko nisu u obilasku blokova). Ostala stručna lica su sa nama razgovarala u svojim kancelarijama.

Ovako dobijeno obilje podataka koristili smo u analizi *narativa o* triangulirajući ih međusobno i uvijek imajući na umu da su sve ponuđene perspektive podjednako validne. Sve one uzete zajedno su nam pomogle u potrazi za, uslovno nazvanim, tipovima ličnih portreta. Cilj ovog pristupa bio je da, kako to metaforički opisuju Corbin i Strauss (2008:146), upecamo nešto u moru podataka. Ipak, na tom putu nismo bili bez putokaza.⁶³ U prepoznavanju ličnih profila smo se rukovodili unaprijed određenim okvirom omeđenim temama - pitanjima.

Budući da nema formule ili recepta koji mogu najbolje poslužiti u analizi priča (Merriam, 2009) za nas je naročito korisna bila Polkinghornova shema (vidi:

⁶³ Za razumijevanje dominantnih priča naših ispitanika, i za njihovo smještanje unutar dominantnih diskursa nama su od posebne važnosti bile smjernice-pitanja od kojih polaze Fridman i Kombs (2009, 94). Riječ je o sljedećim "permisivno-preskriptivnim iskazima": 1. tragati za opisima mnogostrukih stvarnosti; 2. slušati tako da razumijem kako je dominantni narativ konstruisan (u odnosu sa drugima); 3. čuti i prepoznati marginalizovane priče; 4. ne razmišljati na patologizirajući način; i konačno, 5. uzdržati se od *stručnjačkih* hipoteza i teorija.

Pavlović, Džinović, Milošević, 2006), koja uvažava značaj kontekstualizacije priče i njenih učesnika.

Istraživanje je rađeno u periodu od septembra 2010. do maja 2011. godine.

8.8. *Praktične teškoće u istraživanju*

Ovdje ćemo navesti nekoliko poteškoća sa kojima smo se susreli na istraživačkom terenu, uključujući one koji su prethodili razgovorima. Potreba da posebno opišemo iskustvo istraživanja u jednoj totalnoj instituciji po nama predstavlja metodološku nužnost. Riječ je zapravo o svojevrsnoj refleksivnosti koja je ne samo poželjna, već i očekivana, naročito kada se radi na (re)konstrukciji značenja priča. To je, podsjećamo, jedan od načina da se stekne uvid u perspektivu iz koje je dominantne priče razumijevao istraživač, a poteškoće sa kojima se susretao svakako utiču na (re)konstrukciju značenja.

Prije svega, moramo ukazati da smo se sa metodološkim poteškoćama susretali prvenstveno u prvoj fazi, i u izvjesnoj mjeri u drugoj fazi istraživanja. Po svojoj prirodi, ova su ograničenja bila institucionalno nametnuta. U prvom redu, analiza službene dokumentacije je bila opterećena činjenicom da dosijei ne sadrže sve ranije pobrojane službene izvještaje. Pa ipak, podatke koje pokriva jedan dokument, je moguće, barem u fragmentima, pronaći u drugima. Takođe, potpuni izostanak podataka o porodičnim prilikama (ukoliko nema saradnje sa porodicom moguće ih je dobiti tzv. socijalnom anketom⁶⁴) kod jednog broja pacijenata, sam po sebi govori mnogo: i o porodično prilikama i o porodičnom statusu oboljelog. Na primjer socijalna anketa, koja bi trebala da sadrži podatke o prilikama u porodicama štićenika, najčešće ili nije sprovedena zbog toga što nadležni centri za socijalni rad nisu stupili u kontakt sa članovima porodice (iz raznih razloga) ili stoga što porodice odbijaju (takođe iz raznih razloga, od kojih je najznačajnija bojazan da će na takav način postati odgovorni za prihvatanje svog oboljelog člana) da razgovaraju. Iz sličnih razloga u jednom broju dosijea nedostaju sociodemografski podaci o oboljelima, budući da porodica nije željela ili je bila objektivno onemogućena (ukoliko je oboljeli najbliže lišio života), da ih pruži.

⁶⁴ Socijalna anketa sadrži podatke koje bismo mogli nazvati *informacijom sa treće strane*. U razgovoru sa članovima najbliže porodice oboljelog, socijalni radnici centra za socijalni rad u mjestu njihovog prebivališta prikupljaju podatke o ukupnim porodičnim prilikama i odnosima, i konačno, spremnosti porodice da po eventualnom otpustu prihvati oboljelog.

Čitajući dosjee, primjetili smo i da su u nekima od njih ažurno bilježene informacije o oboljelom i njegovoj porodici, dok su u drugima takve informacije manjkale. Na primjer, u jednom broju dosjeka postoje opširni podaci o razgovorima između oboljelog i psihijatra, dok u drugima takvih podataka nema. Pretpostavljamo da ovakva praksa može ukazati i na realnu opterećenost psihijatara koji ne uspijevaju da često viđaju, ili barem bilježe razgovore sa svojim štićenicima. Naime, na jednog psihijatra dolazi velik broj oboljelih, te je teško očekivati da će razgovori među njima biti česti (iako bi to bilo poželjno). U tom pogledu se, kako smo to već i naveli na prethodnim stranama, naši psihijatri ne razlikuju u odnosu na svoje kolege u stranim zemljama.

Uslovno nazvane institucionalne poteškoće se tiču i okolnosti koje su pratile istraživanje. Na primjer, pristup dokumentaciji, a potom i određenoj grupaciji sagovornika, nam je bio formalno-pravno odobren, no u samoj instituciji (ne)formalno zabranjen. Tako nam je prećutno uskraćen uvid⁶⁵ u dosjeka nekolicine rezidenta SZB, za koje će se pokazati da su u spoljašnjoj sredini uživali znatan društveni položaj (socijalni kapital). Ovo saznanje će se pokazati kao posebno značajno, jer govori u prilog ranije iznesene teze o simboličkoj nemoći najvećeg dijela populacije SZB-a, koja je u uskoj vezi sa njihovim društvenim statusom.

Takođe, iako smo predvidjeli da u istraživanje uključimo članove užih porodica (roditelje, sibilinge, partnere) naših ispitanika, u tome bili spriječeni. Nije nam dozvoljen pristup adresama i brojevima telefona članova porodica lica na mjerama psihijatrijskog liječenja i čuvanja, uz obrazloženje da ih ne treba dodatno uznemiravati. Time smo svakako ostali uskraćeni za bitne uvide, ali smo isto tako saglasni da navedena argumentacija stoji.

S druge strane, ovo iskustvo čini jasnijom dvostruku i nesaglasnu poziciju između pravosudnog (da čuva) i uslovno nazvanog medicinsko-kurativnog domena (i da čuva i da liječi). Pravosudni segment je bio skloniji da se otvori. Tako smo bez pretjeranih procedura i odlaganja od strane nadležnog Ministarstva pravosuđa dobili dozvolu da sprovedemo istraživanje u SZB. Konačno, i komandiri su razgovarali sa nama bez zazora, iznenađeni da je neko zainteresovan da ih *pita za mišljenje*. S druge strane, na jednom od dva odjeljenja SZB, traženo je posebno odobrenje (koje je ranije dobijeno, ali nije uvaženo kao *dozvola*) da se razgovara sa srednjim medicinskim

⁶⁵ Dosjeji su sklonjeni.

osobljem, iako su i oni, kao i komandiri u neformalnom razgovoru, iskazali zainteresovanost da učestvuju u istraživanju. Od traženja dodatne dozvole se odustalo, zbog insistiranja upravnice ovog odjeljenja da se istraživanje privede kraju. U tom periodu smo uspjeli razgovarati sa jednim psihijatrom⁶⁶, te sa dvijema socijalnim radnicama i to samo o nekim ispitanicima, budući da smo konstantno požurivani.

Na drugom odjeljenju takvih poteškoća nismo imali. I upravnica i ostali ordinirajući psihijatri, srednje medicinsko osoblje, kao i socijalne radnice i vaspitačice, te psihološkinja su bili voljni da sa nama razgovaraju. Zahvaljujući tome, naša slika o štićenicima SZB je obogaćena.

Pored ovih metodoloških ograničenja, treba istaći i one koje su se ticali razgovora sa našim sagovornicima – ispitanicima iz redova oboljelih. Riječ je o tome da su neki od njih prilagođavali svoje ponašanje kontekstu u kome je vođen razgovor.

Konačno, ne treba zaboraviti ni da je način rekonstrukcije dominantnih priča naših sagovornika krajnje subjektivno obojen, u velikoj mjeri vođen teorijskim opredjeljenjem istraživača. Ovaj potencijalni nedostatak smo donekle korigovali samorefleksivnim osvrtom na ispričane priče, s jedne strane. S druge, valja podvući da nam je kvantitativna analiza, ponudila čvrste (statističke) podatke na kojima smo zasnovali opis (sociopatoloških) profila i tretmana rezidenata SZB, i pružila okvir unutar kojega smo nastojali da razumijemo priče naših sagovornika. Potonje nastojanje svakako, ne može biti lišeno subjektivnog.

Na kraju, moramo istaći i jednu prednost koju su nam dali naši sagovornici iz redova oboljelih. Već na prvi pogled je bilo jasno da ne pripadamo niti organima pravosuđa niti medicinskom osoblju, o čemu je jasno svjedočilo to što nisam imala (bijelu) uniformu. Od nekih mojih sagovornika sam saznala da su meni oboljeli na oba odjeljenja pripisali posebnu, u SZB povlašćenu ulogu: *nove socijalne* (radnice)! Jedan D. je ovako prokomentarisao kada sam ga upitala da li hoće samnom da priča: *Sa vama? Pa vi nemate belu uniformu!* Na razgovor je više nego voljno, pristao!

⁶⁶ Od ukupno tri koliko ih ima u A bloku.

9. Rezultati istraživanja – kvantitativna analiza

9.1. Sociodemografska obilježja lica kojima su izrečene mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

U prvoj fazi istraživanja smo nastojali da opišemo istraživački predmet, budući da su podaci koje imamo rijetki i nepotpuni. Ova faza, koju smo nazvali eksplorativnom, se sastojala u prikupljanju podataka iz službene dokumentacije o neuračunljivim licima. Analizom smo obuhvatili dosijea svih lica koja su se u tom trenutku zatekla u SZB, a kojima je izrečena mjera obaveznog liječenja i čuvanja u psihijatrijskoj ustanovi. Riječ je o 234 dosijea, 107 sa A, 127 sa B odjeljenja SZB. Preko 90% (214) pacijenata, kako ih nazivaju njihovi psihijatri, su muškarci, dok žene čine oko 8.5% (20) populacije populacije ovih blokova.

Najstariji pacijent je u trenutku istraživanja imao 77 godina, najmlađi 26, dok su najbrojniji oni između 41 i 56 godina

Više od trećine je rođeno na selu (87 ili 31.2%), u gradu srednje veličine oko 16%, a gotovo podjednak broj u varošici (jedna četvrtina ili njih 59) i u velikom gradu (50 ili 21.4%). Pokazalo se da migracija iz mjesta rođenja među ovim ljudima nije bila česta. Na primjer, u mjestu rođenja je ostajalo da živi preko 60% oboljelih, nezavisno da li su rođeni na selu, u varošici, gradu srednje veličine, ili onom koji važi za veliki grad. Takođe, da se primjetiti još jedan, krajnje interesantan trend. Iako oni koji su rođeni na selu ili u varošici rijetko migriraju ka većim centrima, obrnut trend je unekoliko prisutan. I iz velikih gradova i iz onih srednje veličine u otprilike istom procentu, ovi ljudi migriraju ka selu (oko 10% njih), odnosno ka varošicama (oko 14%).

Što se obrazovanja tiče, iznenađuje da je čak 10 nepismeno: devet muškaraca i jedna žena.⁶⁷ Bez potpune i sa završenom osnovnim školom smo pronašli 80 ili 34% lica. Najbrojniji su pacijenti i pacijentkinje sa završenom srednjom stručnom školom (111 ili 47.4%). Diplomom više škole ima 6 (2.6%), a fakulteta 12 njih. Samo jedan je magistar, a troje je pohađalo specijalne škole. Pronašli smo i da žene, procentualno

⁶⁷ Kada ih uporedimo sa procentom nepismenih u populaciji R. Srbije, uočavamo da je procenat nepismenih među rezidentima SZB-a daleko viši (vidi: Bobić, 2007). S druge strane, interesantno je primjetiti da su u odnosu na zatvoreničku populaciju, oboljeli kojima su izrečene mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja, procentualno gledano dvostruko rijeđe nepismeni (vidi: Joka, 2008).

posmatrano, češće posjeduju više (čak pet puta češće) i visoko obrazovanje (dvostruko veći broj njih) u odnosu na muškarce.

Iznenaduje da između stepena obrazovanja i uzrasta nema značajne korelacije ($\chi^2 = 402.474$, $p > 0.05$), a upadljivo je da se među nepismenima nalaze relativno mladi ljudi (od 1968. do 1985. godišta), koji su u preko 70% slučajeva rođeni na selu. U poređenju sa njima, najstariji ispitanici, dakle oni stari preko sedamdeset godina, imaju završena bilo četiri razreda osnovne škole (2), osnovnu školu (3) srednju ili višu školu (1 od njih).

Kada je riječ o zanimanjima koja su obavljali, pokazalo se da skoro polovima (101, ili 43.2%) nikad nije bila u radnom odnosu, a među onima koji su bili zaposleni najveći broj je obavljao radnička zanimanja (59 ili 25.2%). Među pacijentima se našao i neznatan procenat vlasnika privatnih firmi (5 ili 2.1%), te penzionera (14.5%) koji su u prevremenu penziju otišli uglavnom zbog (psihičke) bolesti. Takođe, valja kazati da su od 234 lica čije dosijee smo analizirali, šestorica na školovanju: jedan je učenik srednje škole, a petorica studenti.

Detaljnija analiza je pokazala da, kada je riječ o zanimanjima, postoje statistički gledano značajne razlike između pacijenata starijih od 50 i onih rođenih od 1971-1980. godine. Naime, potonji su značajno češće u odnosu na ostale pacijente nezaposleni ($\chi^2 = 137.962$, $p = 0.00$, Cramer's $V = 0.343$). Postavlja se pitanje na koji način možemo objasniti ovaj nalaz, a jedan od mogućih odgovora leži u društvenim (ne)prilikama iz devedesetih koje su pratile njihovo odrastanje, s jedne strane. S druge ovom treba dodati i pretpostavku da je riječ o ljudima čija je bolest nastupila relativno rano. Kao takva, u društvenom smislu invalidizirajuća, nije ostavljala mnogo prilika za zaposlenje u zemlji u kojoj je stopa nezaposlenosti inače visoka.

U sadašnjem trenutku, polovina pacijenata nema nikakve prihode (117 ili 50%), o 48 njih nemamo podataka, dok ostali spadaju u kategoriju penzionera, koji su penziju ostvarili prije ili u toku boravka u SZB.

Preko polovine lica čije dosijee smo analizirali, nikad nije bilo u braku (140 ili 59.8%).⁶⁸ Vanbračnu ili bračnu zajednicu je ostvarilo 17.1% ispitanika, od tog broja oko 20% se razišlo, a 9 su udovci/udovice. O jednom ispitaniku nismo pronašli podatke o bračnom stanju. Dalje, pokazalo se da žene češće (ali ne i statistički

⁶⁸ Iako je primjećeno opadanje opšte stope sklapanja braka u R. Srbiji u periodu od 1971-2002. (vidi: Bobić, 2007), kategoriju mentalno oboljelih moramo posmatrati razdvojeno od opšte populacije. Zapravo, mora se podvući da je celibat (vidi: isto, 2007) jedna od značajnih odlika rano mentalno oboljelih.

značajno: $\chi^2=4.752$, $p>0.05$) ulaze u brak ili vanbračnu vezu, kao i da se češće razvode u poređenju sa muškarcima, što ne iznenađuje, i konačno, što je u skladu sa podacima drugih studija (vidi: Sedmak, 1964, Eronen i saradnici, 2000, Gagliardi i saradnici, 2004, Milovanović, 2005, Duncan i saradnici, 2006, Milton i saradnici, 2007, i drugi). Naša pretpostavka da se uočeno može objasniti time što se žene, za razliku od muškaraca, kasnije razboljevaju, se nije pokazala tačnom. Pronašli smo da se procentualno posmatrano veći broj žena (30%) liječio do 26-te godine, u poređenju sa muškarcima (23%). Pokazaće se da je ova razlika i u statističkom smislu značajna ($\chi^2=79.746$, $p=0.000$). Odatle je posebno bitan i sljedeći nalaz, koji može da objasni procentualno posmatrano veći udio udatih u odnosu na oženjene. Naime, muškarci su značajno češće liječenje prekidali, dok je kod žena primjetan izvjesni kontinuitet ($\chi^2=22.377$, $p=0.000$).

S druge strane, pronašli smo da su muškarci češće obudovjeli u odnosu na žene, a detaljnija analiza je ukazala i na jasan razlog. Od osmoro udovaca, čak petorica su ubili supruge. Takođe, nemali broj onih koji su bili u braku prije izricanja mjere, se nakon dolaska u SZB razveo. Riječ je o 13 od ukupno 36 onih koji su (bili) oženjeni/udate.

Očekivano, najveći broj nema djecu (njih 149 ili 63.7%), a ukoliko ih imaju, najčešće je riječ o jednom (35) ili dva djeteta (36). Samo dva ispitanika imaju više od četvoro djece. Od tog broja, 45 su kćerke, a 67 sinovi, dok o polu petoro potomaka nemamo podatke. Djeca su uglavnom rođena unutar bračnih zajednica, dok je 11-oro vanbračnih. Za razliku od bračne, vanbračna djeca su opet očekivano, statistički značajno češće jedinci/jedinice ($\chi^2 =462.609$, $p=0.000$). Njihov uzrast se kreće u rasponu od tri (2) do 52 (1) godine. O tome kakav odnos prema roditeljima imaju potomci pacijenata na izdržavanju mjera bezbjednosti, s jedne strane, te nadležni organi koji bi trebali da prikupljaju ovakve podatke, svjedoči i sljedeće. Naime, od 85 dosijea lica koja su ostvarena u roditeljskoj ulozi, u samo dva pronalazimo podatak o zanimanju djece. Ovakvi podaci nedostaju u čak 83 (97.65%) dosijea (Tabela 8.)

Tabela 8 . Zanimanje djece lica na mjerama obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

Zanimanje djece	f	%
učenici	2	.9
nezaposleni	1	.4
bez podataka	83	35.5
nema djecu	148	63.2
Ukupno	234	100

Najveći broj lica na mjerama obaveznog psihijatrijskog liječenja je prije izvršenja KDOS živjelo ili samostalno (u 42 ili 17.9% slučajeva) ili sa članovima uže porodice: sa oba roditelja (njih 25), sa roditeljima i braćom i/ili sestrama (24), samo sa majkom (25), sa suprugom i djecom (25). Interesantan je nalaz da je najmanji broj ovih lica živio u višegeneracijskim porodicama (na primjer sa jednim od roditelja i bakom i/ili dedom, ili sa majkom, tetkom, bakom i djedom), sa rođacima (tetka, rođak) ili zajedno sa onim članovima porodice koji im nisu krvni rod (sa maćehom, očuhom ili pastorčetom). Takođe, treba ukazati na još jedan značajan rezidencijalni status ovih ispitanika. Riječ je o tome da je jedan broj ispitanika (njih sedmero) bio dugotrajno zbrinut u okviru psihijatrijskih institucija, čak i prije izricanja mjera bezbjednosti. To su lica muškog pola (svih sedam), bez primanja (4), ili sa invalidskom penzijom (3), uglavnom sa nezavršenom osnovnom (3) ili završenim samo ovim stepenom obrazovanja (3), na rubu egzistencije (6 slučajeva), koji pri tom nikad nisu bili u braku (svih 7), (Tabela 9. u Prilogu).

Nije iznenađujući nalaz da su oni rođeni u većim, urbanim sredinama češće živjeli samostalno (sami), rođeni na selu u proširenim porodicama sa roditeljima, suprugom i djecom, a varošani sa roditeljima (najčešće majkom) i braćom/sestrama. Iako se pokazalo da između tipa naselja u kome su živjeli i članova domaćinstva nema značajne statističke povezanosti ($\chi^2=120.007$, $p>0.05$), ovaj nalaz smatramo značajnim, jer on može da govori u prilog tzv. origin hipoteze po kojoj je socijalna izolacija značajno povezana sa nastankom i razvojem prvenstveno shizofrenije. Uz to, pronašli smo i da su oni koji su živjeli sami, sa jednim od roditelja majkom ili ocem i braćom i/ili sestrama, u materijalnom smislu stajali znatno lošije, u poređenju sa onima koji su živjeli u tzv. strukturalno potpunim ili proširenim porodicama ($\chi^2=109.139$, $p>0.05$). I ovaj nalaz može da govori u prilog prethodno iznesene hipoteze: oni koji žive sami, značajnije su egzistencijalno ugroženi, dok oni koji žive

sa roditeljima, imaju nekakvu vrstu materijalne zaštite i boljeg egzistencijalnog statusa. Dodatno, da ima osnova za tezu da su članovi porodice ublažavali egzistencijalne poteškoće i (eventualno prisutnu) socijalnu nekompetentnost, potvrđuje i nalaz da je od ukupnog broja nezaposlenih, 38% živjelo samo. Takođe, valja primjetiti da starosti ovih lica nije značajnije povezana sa njihovim rezidencijalnim solucijama⁶⁹ ($\chi^2=1304.204$, $p>0.05$). Drugim riječima, odluka/izbor sa kime će živjeti, nije statistički gledano značajno povezana niti sa njihovom dobi, a dodajmo ni njihovim zanimanjem ($\chi^2=207.222$, $p>0.05$).

Na kraju, valja kazati da smo pronašli da je samo 19 ili 8.1% ovih lica živjelo u inostranstvu, najčešće od 1 do deset (njih 13-oro ili 68.4%), a samo jedan je u tamo proveo duže od deset godina.

9.2. O porodici porijekla

9.2.1. Sociodemografske odlike porodica porijekla

Preko 90% (tačnije 97% njih) lica kojima su izrečene mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja je rođeno u potpunoj porodici, troje u nepotpunoj, četvero je usvojeno, a petoro su vanbračna djeca (2.1%). U sadašnjem trenutku, najveći broj njih nema žive jednog (33.8%) ili oba (40%) roditelja. Majke osmorice pacijenata su umrle u njihovom ranom djetinjstvu (do polaska u, i u osnovnoj školi), dok su 22 bez majki ostali u srednjoj školi. Ipak, najveći broj majki je preminuo u odraslom dobu ispitanika, što prirodnom smrću (u 44 slučaja) što od ruke oboljelog (u 34 slučaja). Potonji podatak važi i za očeve ispitanika. Najveći broj očeva je umro kada su ispitanici prevalili punoljetstvo (u 89 slučajeva), prirodnom (u 56) ili nasilnom smrću (u 33 slučaja). Ipak, nije zanemrljiv broj onih ispitanika koji su bez očeva ostali u ranom djetinjstvu i u adolescenciji (46).

Preko 85% roditelja naših ispitanika su (bili) u braku, dok su se 33 roditelja para razvela. Interesantan je nalaz da je u čak 66% slučajeva prekid bračne zajednice uslijedio na ranom uzrastu ispitanika: prije polaska u osnovnu školu. Do završetka osnovne, razveli su se roditelji petoro, a do kraja srednje škole roditelji četvero ispitanika. Samo u slučaju dvojice, roditelji su se razveli poslje njihove dvadesete

⁶⁹ Iako kada ovo tvrdimo, moramo biti jako pažljivi. Sudeći po nalazima kako stranih, tako i domaćih istraživanja (vidi: Ljubičić, 2012), roditelji na sebe preuzimaju teret brige o djeci, čije su mogućnosti da se odvoje od roditelja izuzetno ograničene usljed strukturalnih (ne)prilika (visoko stopa nezaposlenosti, u prvom redu), ali i kulturološke posebnosti našeg prostora. Odatle, ni ove ljude koji su živjeli sa svojim roditeljima, ne treba posmatrati van ovih strukturalnih konstelacija i kulturalnog konteksta.

godine. Statistički značajno češće su se razvodili roditelji koji su imali manji broj djece ($\chi^2=44.059$, $p<0.05$).

O tome kojim zanimanjem su se roditelji bavili, imamo malo podataka, te ne možemo sagledati ukupnu sliku. Na primjer, kada je riječ o očevima, nedostaju podaci o njihovom zanimanju u čak 96 dosija (41%), dok je taj procenat kada je riječ o majkama, nešto niži (35%). Kada smo izdvojili samo one pacijente u čijim dosijeima nalazimo podatak o zanimanju roditelja, uočili smo da su njihovi očevi najčešće bili poljoprivrednici (55) i radnici (41), a majke poljoprivrednice (58), domaćice (43) i radnice (22). U odnosu na očeve (10) daleko je manji broj majki (4) (bio i/ili jeste u sadašnjem trenutku) nezaposlen, šta sa svoje strane može da govori u prilog postojanja svojevrsne porodične disfunkcionalnosti.⁷⁰ I pored toga, pokazalo se da postoji izrazito jaka statistička korelacija između zanimanja majke i zanimanja oca ($p=0.000$, $C=0.814$). Moglo bi se kazati da ima smisla govoriti o profesionalnoj homogenizaciji roditeljskih parova. Drugim riječima kazano, pokazalo se da su značajno češće roditelji obavljali ista zanimanja. Na primjer, ako je jedan od roditelja nezaposlen, i drugi je bio bez posla. Ukoliko je jedan obavljao radničko zanimanja, značajno češće se tim zanimanjem bavio i drugi roditelj, a isti nalaz važi i za stručnjake i službenike.

Kada je riječ o materijalnom stanju porodica oboljelih tiče, u dosijeima smo pronašli dovoljno podataka koji su dozvoljavali da socioekonomski status porodica posmatramo u longitudinalnoj perseptivi. Tako smo mogli uporediti materijalno stanje porodica u vrijeme dok je oboljeli bio dijete, neposredno prije izvršenja KDOS i u nekim slučajevima, i u sadašnjem trenutku (Tabela 10.). Pokazalo se tako da je najveći broj porodica u prvom posmatranom periodu bio dobrostojeći (134 porodice ili više od polovine). Ovakav podatak ne stoji, kada je riječ o drugom posmatranom periodu, kada je više od polovine porodica bilo egzistencijalno ugroženo, dok je nešto više od trećine spadalo u red dobrostojećih. S druge strane, odlično materijalno porodično stanje je pronađeno tek u slučaju 17-oro ispitanika (7.3%). Uglavnom, riječ je o ljudima sa višim obrazovanjem (petorica imaju završen fakultet) i onima koji su živjeli u urbanijim sredinama (gradu srednje veličine i velikom gradu).

⁷⁰ Da ima smisla razmišljati u ovom pravcu potvrđuju nalazi istraživanja o porodicama maloljetnih delinkvenata. Naime, pokazalo se da su, pored toga što spadaju u red disfunkcionalnih, ove porodice imale i zanimljive radne angažmane roditelja. Majke su tako radile, dok su očevi bili nezaposleni (vidi: Ljubičić, 2012).

Kada smo ukrstili materijalno stanje porodica u djetinjstvu oboljeloga i neposredno prije izvršenja KDOS, uočili smo postoji značajan povezanost između ovih varijabli ($\chi^2=105.680$, $p=0.000$). Drugim riječima, pronašli smo da se materijalni položaj ovih porodica statistički gledano zanemarljivo malo mijenja u posmatranoj longitudinalnoj perspektivi. Na primjer, porodice onih ispitanika koje su, dok su oni bili djeca, bile izuzetno egzistencijalno ugrožene, ostaju u tom statusu. Slično stvari stoje i sa onim porodicama koje su bile dobro ili odlično materijalno situirane. Konačno, pokazalo se da povezanost između materijalnog statusa porodice u ranom djetinjstvu ispitanika, i docnije, neposredno prije nego što je izvršio protivpravno djelo, spada u kategoriju jakih (Cramer's $V=0.336$, $p=0.000$).

Tabela 10. Materijalno stanje porodica oboljelih u longitudinalnoj perspektivi

Materijalno stanje porodice	u djetinjstvu		prije izvršenja KDOS		poslje izvršenja KDOS	
	f	%	f	%	f	%
vrlo loše	16	6,8	28	12	41	17.5
loše	55	23,5	98	41.9	47	20.1
dobro	134	57,3	90	38.5	42	17.9
odlično	19	8,1	17	7.3	1	.4
bez podataka	10	4,3	1	.4	103	44
Ukupno	234	100	234	100	234	100

O tome, kakvo je materijalno stanje njihovih porodica u sadašnjem trenutku, ne možemo pouzdano zaključivati, jer nemamo dovoljno podataka. Uzrok tome leži u činjenici da tzv. socijalne ankete, koje pokrivaju i ovaj aspekt porodičnog funkcionisanja, nisu sprovedene. Bilo kako bilo, od 234 dosijea, podatak o trenutnom materijalnom stanju porodica smo pronašli u 121 dokumentu. Već na prvi pogled, u oči upada visok procenat onih porodica čije je materijalno stanje (stvarno ili predstavljeno kao takvo) vrlo loše i loše.

Budući da smo nalaz o nekoj vrsti uslovno nazvane transmisije materijalnog položaja smatrali veoma bitnim, odlučili smo da produbimo analizu, ne bismo li jasnije uočili razlike između porodica različitog materijalnog stanja. Evo šta smo pronašli. Kada je riječ o materijalno stanju porodice u djetinjstvu ispitanika, uočili smo da među najisromašnije porodice značajno češće spadaju one sa sela i one iz velikog grada ($\chi^2=21.349$, $p<0.05$). Ipak, uočena veza između tipa naselja i materijalnog statusa porodice se nije pokazala u statističkom smislu jakom jakom

(Cramer's $V= 0.174$, $p<0.05$). Takvu, izrazito jaku vezu smo pronašli između zanimanja roditelja, i to kako oca (Cramer's $V=0.302$, $p=0.000$), tako i majke (Cramer's $V=0.251$, $p<0.05$). Među najsiromašnijim porodicama su se našle one u kojima su roditelji bavili poljoprivredom, odnosno ukoliko su bili nezaposleni, ili radnici. Interesantan je nalaz da strukturalna potpunost nije statistički značajno povezana sa materijalnim stanjem porodice u djetinjstvu oboljelog ($\chi^2=11.724$, $p>0.05$). Identične statistički gledano značajne korelacije smo pronašli i između materijalnog stanja porodice neposredno prije izvršenja KDOS i zanimanja oca ($\chi^2=50.785$, $p<0.05$) i majke ($\chi^2=50.309$, $p<0.05$). Jačina uočenih veza je ipak slaba (Cramer's V za očeve iznosi 0.233 , $p<0.05$, a za majke 0.232 , uz $\alpha<0.05$). Možemo kazati da i pored toga što za razliku od situacije u djetinjstvu oboljelog, materijalni status porodica u kojima su roditelji obavljali službenička i stručnjačka zanimanja neposredno prije izvršenja KDOS opada, među najsiromašnije i dalje spadaju porodice poljoprivrednika i poljoprivrednica, nezaposlenih očeva, i onih roditelja koji su obavljali radnička zanimanja.

9.2.2. Porodična dinamika

9.2.2.1. O braku roditelja

U prethodnom odjeljku smo opisali osnovne sociodemografske odlike porodica oboljelih. U ovom ćemo analizirati porodičnu dinamiku na osnovu dostupnih službenih podataka, uvažavajući ključnu premisu systemske porodične teorije i terapije o cirkularnoj kauzalnosti. Posebno smo se bavili relacionim kontekstom unutar, i između dvaju sustava. Riječ je o analizi bračnih odnosa, s jedne strane. S druge, poseban fokus smo stavili na analizu relacija između roditelja i oboljelog. Krenimo redom.

Odmah treba podvući da se na osnovu dostupnih službenih podataka iz dosijea može steći tek djelomična slika o odnosu između roditelja, odnosno o kvalitetu njihovog braka. Naime, čak 90 (skoro 40%) dosijea ne sadrže procjene stručnjaka, ili barem podatke na osnovu kojih smo mogli zaključivati o kvalitetu braka roditelja. To je u nekoj mjeri i razumljivo: četrnaestoro roditelja je umrlo ili se razvelo (22) prije polaska ispitanika u osnovnu školu. Pored toga, jedan broj pacijenata SZB je ubio svoje roditelje i/ili braću/sestre, te saradnja sa ostalim članovima porodice nije

ostvorena. Pa ipak, na osnovu informacija koje smo pronašli u 144 dosijea zaključujemo da se preko 60% brakova može svrstati u red disfunkcionalnih (Tabela 11.).

Tabela 11. Procjena funkcionalnosti roditeljskog braka

Brak roditelja je procjenjen kao	f	%
funkcionalan	58	40.28
disfunkcionalan/konfliktan	86	59.72
Ukupno	144	100

Od strane stručnjaka su funkcionalnima procijenjeni brakovi onih roditelja koji se nisu razveli ($\chi^2=17.513$, $p<0.05$), čije porodice nisu bile egzistencijalno ugrožene ($\chi^2=13.513$, $p<0.05$), i čiji su članovi mentalno zdraviji ($\chi^2=13.513$, $p<0.05$, Cramer's $V=0.305$). Takođe, kada smo izdvojili one ispitanike o braku čijih roditelja smo imali podatke, uočili smo sljedeće. Kao žrtve svoje djece su rijeđe padali oni roditelji čiji je brak bio funkcionalan. Ova povezanost se ipak nije pokazala statistički značajnom ($\chi^2=7.696$, $p>0.05$) (Tabela12.).

Tabela12 . Ubistvo roditelja i funkcionalnost njihovog braka

Brak roditelja je procjenjen kao	oboljeli je ubio (neko od, ili oboje roditelja)					
		ne	majku	oca	oboje	Ukupno
funkcionalan	f	45	4	7	2	58
	%	77.6	6.9	12.1	3.4	100
disfunkcionalan	f	58	12	13	3	86
	%	67.4	14.0	15.1	3.5	100
Ukupno	f	103	16	20	5	144
	%	71.5	11.1	13.9	3.5	100

Za razliku od funkcionalnih, disfunkcionalniji su brakovi onih roditelja koji su živjeli u ruralnoj sredini ($\chi^2=5.203$, $p>0.05$), na rubu egzistencijalnog minimuma, kako u djetinjstvu ispitanika ($\chi^2=13.513$, $p<0.05$), tako i u njegovom odraslom dobu ($\chi^2=6.186$, $p>0.05$). Takođe, u ovim porodicama je bio značano češće prisutan mentalni poremećaj ($\chi^2=60.659$, $p=0.00$). Ipak, uočena povezanost, uz izuzetak one koja se odnosi na materijalno stanje u djetinjstvu oboljelog i psihijatrijski hereditet, ne spadaju u domen statistički značajnih.

9.2.2.2. *Emocionalni odnosi između roditelja i oboljelih*

Kao i o braku roditelja, i o odnosu između oboljelih i njihovih roditelja imamo tek fragmentarne podatke. Tako podaci o tome kakav je odnos roditelja prema ispitaniku nedostaju u skoro polovini dosijea: u 106 se u tom kontekstu ne pominje otac, a u 104 majke. Konačno, čak i takvi nepotpuni daju osnovu za dalje hipoteziranje o ukupnoj porodičnoj funkcionalnosti u cirkularnom ključu.

Analizom koja slijedi smo obuhvatili samo dosjee onih oboljelih koji sadrže podatke o porodičnim relacijama. Porodične relacije smo razvrstali u dva tipa, koje smo uslovno imenovali: pozitivni i negativni kvalitet odnosa. U ocjeni kvaliteta odnosa rukovodili smo se opisima porodične dinamike, koji su najčeće dati u formi oživljenih sekvenci događaja, i refleksivnog osvrta psihijataru na iste. Drugih procjena datih od strane stručnjaka, nema.

Pod pozitivnim kvalitetom emotivnog odnosa smo podrazumijevali one relacije u porodici koje govore u prilog postojanja emotivne bliskosti, iako u ovoj ocjeni treba biti krajnje pažljiv.⁷¹ U negativan kvalitet emotivnog odnosa smo ubrojali: ambivalentnost, hladnoću, pretjeranu strogost i rigidnost, prezaštićavanje i agresivnost. Takođe, ovakvim smo ocjenili i prekinuti kontakt između (jednog ili oba živa) roditelja i djeteta, budući da ovaj podatak može da govori u prilog postojanja tzv. negativne separacije.

Kada se uporede očevi i majke s obzirom na kvalitet emotivnog odnosa prema ispitaniku, u oči pada nalaz da očevi znatno rijeđe gaje emotivnu bliskost (u samo 29 ili 12.4% slučajeva) prema oboljelima (Tabela 13.), u poređenju sa majkama (55 ili više od polovine slučajeva o kojima imamo podatke), (Tabela 14.). Očevi su daleko češće agresivni (u skoro polovini slučajeva), podjednak broj ispoljava bilo hladnoću bilo izrazitu rigidnost, dok ambivalentnih i prezaštićujućih očeva ima najmanje.

⁷¹ Emotivna bliskost se vrlo često poistovjećuje sa prezaštićavanjem djece i njihovim umrežavanjem (najčešće sa onim ko štiti, a protiv nekog trećeg iz porodičnog i/ili šireg miljea). Mi smo postojanje emotivne bliskosti procjenjivali na osnovu sljedećih odlika: otvorena, jasna komunikacija i podrška.

Tabela 13. Odnos očeva prema oboljelima

Otac je za/prema oboljelog/om	f	%
emotivno vezan	29	22.7
ambivalentan prema njemu	3	2.3
hladan	15	11.7
strog	15	11.7
prezaštićujući	4	3.1
agresivan	52	40.6
prekinuo kontakt	10	7.8
Ukupno	128	100

Majke su daleko emotivno toplije, ali i sklonije prezaštićavanju u poređenju sa očevima (u 22 slučaja), (Tabela 14.). S druge strane, iako se pokazalo da su one u gotovo podjednakoj mjeri hladne, ambivalentne i stroge kao i očevi, među njima je daleko manje onih koje ispoljavaju agresivnost prema svojoj djeci.

Tabela 14. Odnos majki prema ispitanicima

Majka je za ispitanika	f	%
emotivno vezana	55	42.3
ambivalentna prema njemu	4	3.1
hladna	15	11.5
stroga	12	9.2
prezaštićujuća	21	16.2
agresivna	22	16.9
prekinula kontakt	1	.8
Ukupno	130	100

Takođe, pronašli smo da su uočene razlike, kada je riječ o kvalitetu odnosa roditelja s obzirom na njihovu roditeljsku ulogu, i statistički značajna ($\chi^2=281.201$, $p=0.000$), a dalja analiza je pokazala da ima osnova za tvrdnju o triangulaciji ispitanika odnosno, njegovom *smještanju između* roditelja, od kojih jedan prema njemu ispoljava pretežno pozitivan, a drugi negativan kvalitet emotivnih reakcija. Na primjer, ukoliko je otac agresivan prema ispitaniku, majka će ga prezaštićavati, a

ukoliko je ona ambivalentna, otac će prema ispitaniku ispoljavati emotivnu bliskost. Valja podvući da uočena korelacija spada u red statistički izrazito jakih ($C=0.739$, $p=0.000$).

Posredno, u prilog hipotezi o cirkularnoj uslovljenosti porodičnih relacija govore i sljedeći nalazi. Pronašli smo statistički značajnu povezanost između funkcionalnosti roditeljskog braka i odnosa kako majke ($\chi^2=15.885$, $p<0.026$, $C=0.315$), tako i oca prema ispitaniku ($\chi^2=46.401$, $p=0.000$, $C=0.494$) (Tabela 15. u Prilogu). Drugim riječima, oba roditelja, ukoliko je njihov brak disfunkcionalan, značajno češće ispoljavaju negativan kvalitet emotivnog odnosa prema ispitaniku, i obrnuto. Na primjer, među ambivalentnim roditeljima ne nalazimo ni jednog čiji je brak procjenjen kao funkcionalan, već je riječ isključivo o onima čije su bračne dijade ozbiljno poremećene.

Odatle, smatrali smo da je bitno utvrditi da li kvalitet roditeljskih relacija utiče na kvalitet odnosa svakog od roditelja prema ispitaniku. Evo nalaza do kojih smo došli. Pokazalo se da kvalitet roditeljskog braka utiče na majčin odnos prema ispitaniku ($F=4.642$, $p=0.033$), a taj uticaj spada u red slabih (eta kvadrat 0.03). Kada je riječ o očevima, ova je povezanost nesumnjiva ($F=36.376$, $p=0.000$), a uticaj koji kvalitet roditeljskog braka ima na odnos kakav će otac razviti prema ispitaniku jeste izrazit (eta kvadrat 0.20).

Interesantan je nalaz o tome kakav je odnos oboljelih prema roditeljima. Odmah valja podvući da su podaci o ovom aspektu porodične dinamike takođe nepotpuni, no ipak dovoljni da na njima baziramo hipoteze o porodičnom relacionom kontekstu.

U oči pada sljedeće: naši ispitanici prema očevima gaje negativnije emocije nego prema majkama (Tabela 16.). Pronašli smo na primjer, da su oni daleko hostilniji i rijede emotivno vezani za očeve, u poređenju sa majkama, a uočena razlika se pokazala i statistički značajnom ($\chi^2=49.743$, $p=0.000$). Valja podsjetiti i da je odnos očeva prema oboljelima, za razliku od majki, daleko negativniji.

Tabela 16. Odnos ispitanika prema roditeljima

Ispitanikov odnos prema	ocu		majci	
	f	%	f	%
emotivna bliskost	33	28.2	69	56.1
ambivalentnost	20	17.1	11	8.9
hladan odnos	6	5.1	5	4.1
agresivan odnos	50	42.7	37	30.1
prekinut kontakt	8	6.8	1	.8
Ukupno	117	100	123	100

Dalje, ovi nalazi, posmatrani u cirkularnom ključu govore u prilog povezanosti između kvaliteta emocionalnih odnosa u porodici, koja je dobila i svoju statističku potvrdu. Ova povezanost kada su u pitanju odnosi između očeva i oboljelih spada u red izuzetno jakih (Cramer V=0.763, p=0.000), (Tabela 17. u Prilogu).

Opisana detaljnije uočena povezanost govori u prilog tezi da očevi i sinovi gaje identičan kvalitet emocija jedan naspram drugog. Na primjer, rigidan i hladan odnos oca prema sinu, ide ruku pod ruku sa ambivalentnošću oboljelog prema ocu. Ukoliko je otac ambivalentan, oboljeli je hladan prema njemu, a ukoliko je jedan od njih agresivan, značajno češće i drugi ispoljava hostilnost.

Slični nalazi stoje kada je riječ o odnosima između majki i oboljelih (Cramer's V=0.737, p=0.000) (Tabela 18. u Prilogu). Pokazalo se tako da ukoliko su oboljeli za majke emotivno toplo vezani, i one ispoljavaju njima isti kvalitet emotivnih odnosa. Ako su majke agresivne ili ambivalentne, oboljeli su prema njima agresivni. Djeca hladnih i strogih majki su ambivalentna naspram njih, a one majke koje prezaštićavaju svoje potomke čine ih za sebe emotivno toplo vezanima.

Dalje, uočili smo da postoji značajna povezanost između procjene o kvalitetu braka roditelja i odnosa ispitanika kako prema ocu ($\chi^2=34.890$, p=0.000), tako i prema majci ($\chi^2=11.493$, p<0.005). Ispitanici značajno češće ispoljavaju negativne kvalitete emotivnih odnosa prema oba roditelja u brakovima koji su disfunkcionalni, ukoliko ih uporedimo sa onima koji slove za funkcionalne. Na primjer, u bezmalo 60% porodica u kojima brakovi roditelja funkcionišu skladno, ispitanici prema očevima ispoljavaju emotivnu toplinu. S druge strane, agresivnost prema očevima je, procentualno gledano, značajnije zastupljena (u preko 64% slučajeva) ukoliko je roditeljski brak disfunkcionalan.

Kada je riječ o majkama, nalazi su tek unekoliko različiti. Prije svega valja primjetiti da je oko 76% (35) oboljelih čiji je roditeljski brak procenjen kao funkcionalan, emotivno vezan za majke, dok je više od jedne trećine (35%) agresivno prema majkama čiji su brakovi disfunkcionalni.

9.2.3. Mentalno zdravlje članova porodice

Podatke o mentalnom zdravlju članova porodica smo, kao i sve prethodne, pronalazili u dosijeima. Odmah treba kazati da su izvori ovih podataka različiti i da njihova iscrpnost u velikoj mjeri zavisi od toga da li članovi porodica saraduju u liječenju oboljelih i da li je obavljena tzv. socijalna anketa. Na primjer, opširne opise mentalnog (ne)zdravlja članova pronalazimo u dosijeima onih lica čije porodice su saradivale, ili i dalje saraduju u liječenju, a koji nude podatke o prisustvu psihijatrijskih bolesti među članovima. Takođe, nije rijetka praksa da ordinirajući psihijatar u službenu dokumentaciju unese i opservacije o eventualnoj psihičkoj upadljivosti članova porodice oboljelog sa kojima je bio u kontaktu. Slične podatke možemo pronaći i u socijalnoj anketi.

Na osnovu dostupnih podataka, pronašli smo da je više od polovine članova ovih porodica opterećeno psihičkim poremećajem. Procentualno gledano nešto češće oboljevaju očevi, potom majke i/ili braća/sestre oboljelih (Tabela 19.).

Tabela 19. Prisustvo mentalne bolesti kod članova porodica oboljelih

Psihički je obolio/la	f	%
otac	50	21.4
otac i majka	10	4.3
otac i brat	1	.4
majka	10	4.3
majka, brat ili sestra	7	3
otac i brat ili sestra	4	1.7
brat i sestra	11	4.7
baka ili deda	5	2.1
supruga	5	2.1
svi su psih. zdravi	113	48.3
bez podataka	18	7.7
Ukupno	234	100

Smatramo da je posebno indikativan nalaz o statistički značajnoj povezanosti između dijagnostifikovane (mentalne) bolesti i porodične uloge nosioca simptomatskog poremećaja (Tabela 20. u Prilogu). Pronašli smo da su očevi skloniji alkoholizmu, da se majke razboljevaju od bolesti iz kruga psihoza, a braća/sestre značajno češće u poređenju sa ostalim članovima porodice izvršavaju suicid ($\chi^2=801.083$, $p=0.000$). I eta kvadrat čija vrijednost iznosi 0.84 ukazuje da porodična uloga ima izrazit uticaj na *odabir* simptomatskog ponašanja.

Takođe, valja podvući da su psihijatrijska oboljenja značajno prisutnija u onim porodicama u kojima je brak roditelja procjenjen kao disfunkcionalan (Tabela 21. u Prilogi), kao i da na ovakav kvalitet roditeljskog braka roditelja izrazit uticaj ima mentalno oboljenja oca, kao i prisustvo mentalnog poremećaja kod oba roditelja (eta kvadrat iznosi 0.24).

Sumirane, statistički značajne razlike između uslovno nazvano dviju grupa porodica (onih u kojima je prisutno mentalno oboljenje i one u kojima isto izostaje), ne postoje kada je riječ o varijablama kakve su mjesto življenja ($\chi^2=35.751$, $p>0.05$), strukturalna potpunost porodice ($\chi^2=17.792$, $p>0.05$), zanimanje roditelja (vrijednost hi kvadrat testa za majke $\chi^2=13.885$, $p>0.05$ i vrijednost hi kvadrat testa za očeve $\chi^2=9.361$, $p>0.05$) i broj članova porodice ($\chi^2=10.197$, $p>0.05$). Takođe, u pogledu učestalosti patricida ($\chi^2=23.100$, $p>0.05$) nema statistički značajnih razlika između porodica koje su opterećene mentalnom bolešću nekog od članova, i onih kod kojih nije evidentiran takav hereditet. Razlike se zapravo svode isključivo na: materijalni status porodica u djetinjstvu oboljelog i kvalitet funkcionalnosti roditeljskog braka. Drugačije kazano, porodice čiji članovi su mentalno oboljeli su bile ne samo značajno siromašnije ($\chi^2=10.268$, $p=0.000$), već i opterećenije disfunkcionalnošću roditeljske dijade ($\chi^2=60.659$, $p=0.000$), u poređenju sa porodicama u kojima članovi nisu psihički upadljivi.

9.3. Klinička struktura lica kojima su izrečene mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

O tome kakva je klinička struktura oboljelih smo zaključivali na osnovu psihijatrijskih izvještaja. Pokazaće se da je većina postvaljenih dijagnoza u skladu sa ICD-10 klasifikacijom, uz rijetke izuzetke, koji se daju prepoznati u prethodnoj (ICD-

9) klasifikaciji. Budući da između jedne i druge nema značajnijih razlika, uz izuzetak terminoloških oznaka u slučaju nekih oboljelnja, obe klasifikacije smo prepoznali kao komplementarne, i uz uslovno nazvane stare termine, u zagradi smo dodavali one date u ICD-10.

Nalazi o kliničkoj strukturi oboljelih na izdržavanju mjera bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja, pokazuju da su među rezidentima SZB najbrojniji oni kod kojih je dijagnostifikovan poremećaj iz shizofrenog kruga (Tabela 22.). U prvom redu riječ je o paranoidnoj shizofreniji od koje boluje više od 70% svih oboljelih, što je u skladu sa nalazima stranih i rijetkih domaćih studija koje su se bavile ovom problematikom. Jednostavna ili simpleks forma shizofrenije je najmanje zastupljena (kod dva oboljela), dok su rezidualna i hebefrena nešto češće prisutne. Kod dvanaestorice oboljelih je prepoznat poremećaj ličnosti (granični, shizoafektivni i onaj sa psihotičnim epizodama), a kod osmoro bipolarno-afektivni poremećaj. Ometenost u razvoju uz (dodatne) komplikacije (psihotičnu dekompenzaciju ili epilepsiju) je dijagnostifikovana kod 13, a psihoorganski sindrom koji je nastao kao posljedica epilepsije, kod četvoro oboljelih. Od alkohola su zavisna petorica, kod podjednagog broja ova bolest je dodatno komplikovana psihoorganskim sindromom i posljedičnom alkoholnom ljubomorom, a alkoholizam se javlja i u komorbiditetu sa drugim oboljenjima (paranoidnom shizofrenijom, poremećajem ličnosti).

Tabela 22. Klinička struktura oboljelih na izdržavanju mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

Dijagnoza lica na izdržavanju mb	f	%
paranoidna shizofrenija	166	71
hebefrena shizofrenija	6	2.6
simpleks shizofrenija (jednostavna)	2	.9
rezidualna shizofrenija	6	2.6
perzistentni poremećaj sa sumanutošću	1	.4
manično depresivna psihoza (bipolarno-afektivni poremećaj)	8	3.4
granični por.ličnosti (emocionalno nestabilni poremećaj ličnosti-granični tip)	2	.9
shizoafektivni por.ličnosti	8	3.4
por.ličnosti sa psihotičnim epizodama	2	.9
por ličnosti sa psihotičnim epizodama, sindrom zavisnosti od alkohola	1	.4
zavisnost od alkohola	5	2.1
paranoidna sch., alkoholizam	5	2.1
psihoorg. sindrom, alkoholna geneza, alk.ljubomora	5	2.1
psihoorganski sindrom usljed epilepsije	4	1.7
laka mentalna retardacija	3	1.3
laka mentalna retardacija, epilepsija	1	.4
laka mentalna retardacija sa psih.dekompencijom	9	3.8
Ukupno	234	100

U trenutku prikupljanja podataka, više od 50% oboljelih se nalazilo u stanju stabilne remisije osnovne bolesti, 67 se parcijalno oporavilo, a 38 je bilo u pogoršanju. Valja podvući još jedan, po nama posebno značajan nalaz. Naime, pokazalo se da kako dijagnoza (Cramer's $V=0.250$, $p>0.05$), tako ni dužina boravka u SZB (Cramer's $V=0.315$, $p>0.05$) nisu statistički značajno povezane sa stanjem mentalnog zdravlja oboljelog (remisijom, parcijalnom remisijom ili pogoršanjem) u trenutku prikupljanja podataka.

9.3.1. O prethodnim iskustvima liječenja u psihijatriji i uspješnosti tretmana

Najveći broj oboljelih (njih 169 ili preko 70%) je i prije izricanja mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja, psihijatrijski liječen. Na primjer, do 18 godine je liječeno četrnaestoro oboljelih, u dobi od 28-30 prvi kontakt sa psihijatrom je ostvarilo čak 23, a ima i onih koji su (prvi put) psihijatrijski liječeni u šestoj deceniji života (četvoro). Od tog broja preko polovine (151) je liječeno hospitalno, a manje od deset procenata dispanzerski.

Iz dostupnih podataka jasno se da vidjeti da su u pitanju najčešće bile učestale hospitalizacije. Na primjer, samo jednom bolnički je liječeno oko 12% oboljelih, dok je tridesetoro u bolnici ležalo više od deset puta (12.9%), (Tabela 23.).

Tabela 23. Učestalost psihijatrijsko-bolničkog liječenja

Oboljeli je hospitalno liječen	f	%
jednom	29	12.4
od dva do pet puta	49	20.9
od šest do deset puta	32	13.7
više od deset puta	30	12.8
nepoznato	18	7.7
nije liječen	76	32.5
Ukupno	234	100

Pokazalo se da je tek mali broj oboljelih koji su prije izricanja mjere bezbjednosti liječeni psihijatrijski, psihijatra posjećivao redovno (6.4%), dok je skoro ¼ pretežno svaki kontakt sa psihijatrom ostvarivala prisilno (Tabela 24. u Prilogu).

Krajnje su interesantni i zabrinjavajući podaci o redovnosti uzimanja terapije prije izricanja mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja. Na primjer, pronašli smo da je čak 38% oboljelih terapiju uzimalo u prisilno-hospitalnim uslovima, ali ne i nakon prestanka ovakvog vida liječenja. Desetoro je uzimanje medikamenata prekidalo onda kada bi procjenili da su ozdravili.⁷² Samo osmorica su redovno uzimali terapiju, a treba podvući da nisu rijetki ni oni (oko 20%) koji su kombinovali medikamente i psihoaktivne supstance (narkotike i alkohol), i to redovno (Tabela 25.).

⁷² U nekim slučajevima bližnji ohrabruju oboljele u odluci da prestanu uzimati medikamente. Po pravilu, lijekove zamjenjuje nekakav vid samoliječenja, koji nerijetko uključuje upotrebu psihoaktivnih supstanci.

Tabela 25. Oboljeli s obzirom na redovnost uzimanja psihofarmatika

Lijekove je uzimao/la	f	%
Stalno	8	3.4
Povremeno	10	4.3
samo prisilno	91	38.1
kombinovao farmakoterapiju i alkohol	45	19.2
kombinovao farmakoterapiju, alkohol i narkotike	2	.9
Nepoznato	14	6
nije liječen	65	27.8
Ukupno	234	100

Stoga, ne iznenađuje nalaz da je više od polovine (65%) njih liječeno prisilno: uglavnom, povremeno ili stalno. Samo jedna trećina ovih, ranije liječenih je lišena ovakvog iskustva. Očekivano, pronašli smo izrazito jaku statističku povezanost između iskustva prisilnog liječenja i odnosa oboljelog prema liječenju ($\chi^2=185.624$, $p=0.000$, Cramer's $V=0.445$). Tako su oni koji su bili odgovorni, kada je u pitanju uzimanje medikoterapije, značajno rijede prisilno hospitalizovani, u poređenju sa oboljelima koji su odbijali da uzimaju psihofarmatke. Liječenje potonjih je skoro bez izuzetka bilo prisilno. Kroz slično iskustvo su prolazili i oni koji su kombinovali lijekove i neku vrstu samoliječenja pomoću psihoaktivnih susptanci.

Najčešće, prisilnu hospitalizaciju su inicirali ukućani (u preko 60% slučajeva), te u 30% komšije, što može da govori u prilog tezi da je ponašanje oboljelog u situacijama kada je prisilno hospitalizovan, prevazilazilo prag prihvatljivog ne samo za ukućane, već i za užu socijalnu sredinu. Zapravo, interesantan je nalaz da su liječenje koje se sprovodilo bez izuzetka pod prisilom inicirale komšije ($\chi^2=121.464$, $p=0.000$).

Valja pomenuti i da je, iako samo u tri slučaja, prisilna hospitalizacija prekidana uz intervenciju bližnjih: majke (u dva slučaja) ili supružnika/partnera (jedan slučaj), dok je čak dvanaestoro samovoljno napustilo bolnicu (zapravo: pobjeglo) za vrijeme prisilne hospitalizacije.

Imajući ove nalaze na umu, kao odlučili smo da se pozabavimo pitanjem koje nam se logično nametnulo. Interesovalo nas je naime, da li se, i po čemu razlikuju oni sa kvalitativno drugačijim iskustvom kontakata sa psihijatrijskim službama? U analizu uvrstili: pol, dob, obrazovanje, zanimanje, bračno stanje, materijalni status porodice prije izvršenja KDOS, procjenu porodične funkcionalnosti i dijagnozu. Već na prvi pogled smo stekli sljedeću sliku: da se, kada je riječ o iskustvu prisilne hospitalizacije, statistički gledano zanemarljivo međusobno razlikuju muškarci i žene ($\chi^2=4.313$, $p>0.05$), različitih godišta ($\chi^2=29.855$, $p>0.05$) i pored toga što je iskustvo hospitalizacije pod prisilom bilo nešto češće kod mlađih (starosti između 25-30 godina), nego kod starijih. Iako su oni bez osnovne, ili samo za završenom osnovnom školom procentualno gledano češće ili ponekad ili uglavnom prisilno hospitalizovani, u poređenju sa obrazovanijima, a naročito onima sa fakultetom, ta se razlika nije pokazala statistički značajnom ($\chi^2=6.805$, $p>0.05$). Jedina statistički značajna i smatramo, krajnje indikativna razlika se pojavila kada smo sa iskustvom prisilne hospitalizacije ukrstili materijalni status porodice ispitanika ($\chi^2=34.488$, $p=0.05$). Tako smo pronašli da su oni čije porodice žive na egzistencijalnom minimumu (vrlo loše i loše materijalno situirani) uglavnom prolazili kroz iskustvo prisilne hospitalizacije, za razliku od bolje stojećih koji nisu liječeni na takav način. Hipotetički, potonji nalaz možemo objasniti imajući u vidu potencijalno prisutni simbolički i socijalni kapital bolje stojećih, za koje možemo pretpostaviti da su imali prilike i da prepoznaju problem kao i da se ranije obrate za pomoć, ukoliko je ponašanje oboljelog postajalo upadljivo. Konačno, obrazovaniji, (i pretpostavljamo) socijalno uticajniji (stručnjaci, vlasnici privatnih firmi), bolje materijalno situirani uglavnom nisu liječeni (barem ne na način koji je zvanično evidentiran). Pretpostavljamo da je, čak i kada je bilo upadljivo, njihovo ponašanje sredina tolerisala.

Konačno, kroz iskustvo prisilne hospitalizacije su značajno češće prolazili oni čije su porodice disfunkcionalne (Tabela 26.). Drugim riječima, oboljeli čije su porodice funkcionaln(iji)e su bili ne samo rijeđe (prisilno) liječeni u psihijatriji, već su se, ukoliko su kontaktirali sa ovom službom, pridržavali propisane terapije ($\chi^2=13.085$, $p>0.05$).

Tabela 26. Odlike porodične funkcionalnosti i kontinuitet liječenja oboljelog

Porodica je procjenjena kao	Oboljeli je liječen					Ukupno	
	nije liječen	u kontinuitetu	neredovno (i povremeno prisilno)	isključivo prisilno	bez podataka		
funkcionalna	f	21	7	14	14	2	58
	%	14.6	4.9	9.7	9.7	1.4	40.3
disfunkcionalna	f	17	3	43	20	3	86
	%	11.8	2.1	29.9	13.9	2.1	59.7
Ukupno	f	38	10	57	34	5	144
	%	26.4	6.9	39.6	23.6	3.5	100

Na kraju, valja podvući i nalaz da na to, da li će biti prisilno liječen ($\chi^2=69.791$, $p>0.05$) i da li će se pridržavati terapije ($\chi^2=33.408$, $p>0.05$), nije u statistički gledano značajnoj mjeri uticala dijagnoza bolesti.

9.3.2. O autodestruktivnosti oboljelih

Poseban segment naše analize tiče se sklonosti oboljelih ka samopovrijeđivanju i suicidu. Odluku da se pozabavimo ovom temom nameće nalaz o nemalom broju onih koji su se bilo samopovrijeđivali, bilo podizali ruku na sebe, i to kako prije dolaska u SZB, tako i u bolnici.

Među oboljelima smo pronašli 36 sa istorijatom samopovrijeđivanja. Najveći broj, čak 70% njih, se samopovrijeđivao prije izricanja mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja (Tabela 27.).

Tabela 27. Oboljeli s obzirom na istorijat samopovrijeđivanja

Oboljeli se samopovrijeđivao	f	%
prije dolaska u SZB	19	8.1
u SZB	10	4.3
prije dolaska, i u SZB	7	3
nije se samopovrijeđivao	198	84.6
Ukupno	234	100

Dalje, zabrinjava nalaz da se samopovrijeđivanje ponavlja. Četvoro se samopovrijedilo samo jednom, dok su ostali to činili značajno češće: od tri pa do čak

deset puta. S druge strane, prostor za uslovno rečeno – optimizam, ostavlja nalaz da su se oboljeli statistički gledano značajno češće samopovrijeđivali prije dolaska u SZB ($\chi^2=287.619$, $p=0.000$), nego u ovoj instituciji. Konačno, vrijednost eta kvadrata (0.793) upućuje na zaključak da boravak u instituciji ima značajan uticaj na smanjenje učestalosti samopovrijeđivanja, iako ne bi bilo opravdano kazati i sklonosti ka ovom vidu autodestruktivnosti.⁷³

Skoro jedna petina (48) oboljelih je podigla ruku na sebe, najčešće prije izricanja mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja, ali nije zanemarljiv ni broj onih koji su suicid pokušali izvršiti i u SZB (Tabela 28.).

Tabela 28. Oboljeli s obzirom na pokušaj suicida

Oboljeli je pokušao izvršiti suicid	f	%
prije dolaska u SZB	27	11.5
u SZB	14	6
prije dolaska, i u SZB	6	2.6
nije pokušao	187	79.9
Ukupno	234	100

Polovina potencijalnih suicidanata (24) se pokušala ubiti samo jednom, jedna četvrtina dva puta, a ostali tri i više od tri puta. Očekivano, pronašli smo značajnu statističku korelaciju između pokušaja samoubistva i samopovrijeđivanja (Tabela 29.). Tako se pokazalo da su oni koji su skloniji samopovrijeđivanju značajno češće podižu ruku na sebe, i obrnuto.

⁷³ Ekstremni primjer ponovljene samomutilacije, koje je više nego očigledno proizvod sumanutih ideja, pronalazimo kod G. V. Ovaj mladić je odsjekao penis i jedan testis, a nakon tri dana je skočio sa stolice u kupatilu i tako zadobio tešku povrijetu glave. Dva mjeseca potom je, neposredno nakon razgovora sa ocem, žiletom pokušao odsjeći preostali testis, uvjeren da će tako spriječiti dvojicu pacijenata da ga u toku noći seksualno zloupotrebljavaju, uvlačeći mu ruku u čmar i isisavajući polne organe.

Tabela 29. Sklonost ka samopovrijeđivanju i pokušaj suicida oboljelih

Oboljeli je pokušao da se ubije	Oboljeli se samopovrijeđivao		Ukupno	
	Da	ne		
ne	f	8	178	186
	%	22.2	89.9	79.5
da	f	28	20	48
	%	77.8	10.1	20.5
Ukupno	f	36	198	234
	%	15.4	84.6	100

Cramer's V=0.605, p=0.00

Stoga smatramo da ima osnova za tvrdnju da je ovakav vid samoubilačkog ponašanja, jedan od načina prilagođavanja na nove (stare?) životne situacije koje smo imenovali: deprivirajućim. Da bismo dobili kakav takav odgovor na ovo pitanje, bilo je neophodno da utvrdimo da li postoji korelacija između navedenih formi autodestruktivnosti i: sociodemografskih odlika, prvenstveno onih koje mogu ukazati na nizak nivo socijalne funkcionalnosti (obrazovanje, zanimanje), potom porodične funkcionalnosti, prisustva mentalnih poremećaja kod drugih članova porodice, porodičnog položaja oboljelog, dijagnoze i izvršenog KDOS.

Korelaciju između sklonost oboljelih ka samopovrijeđivanju i sociodemografskih odlika koje smo uključili u analizu, nismo pronašli. Tako se statistički gledano zanemarljivo u pogledu samopovrijeđivanja razlikuju muškarci od žena ($\chi^2=1.553$, $p>0.05$, $C=0.629$), i pored toga što je ova praksa, procentualno gledano učestalija među ženama. Samopovrijeđivanju su skloni statistički gledano u zanemarljivo različitoj mjeri oboljeli različite dobi ($\chi^2=4.279$, $p>0.05$), obrazovanja ($\chi^2=11.294$, $p>0.05$), bračnog statusa ($\chi^2=3.313$, $p>0.05$), iako treba primjetiti da se samopovrijeđuju nešto češće udovci/udovice i oni u vanbračnim vezama. Izostaje i očekivana statistička povezanosti između samopovrijeđivanja i: materijalnog stanja (Cramer's V=0.072, $p>0.05$) i zanimanja oboljelih (Cramer's V=0.200, $p>0.05$). Sličnu korelaciju pronalazimo i između istorijata samopovrijeđivanja i prisustva mentalnog oboljenja kod (drugih) članova porodice (Cramer's V=0.195, $p>0.05$). Ipak, valja podvući da se procentualno posmatrano, češće povrijeđuju oni čija su oba ili jedan od roditelja psihički izmjenjena. Posebno je smatramo, važan nalaz da su samopovrijeđivanju statistički gledano značajnije skloni oni čije su porodice disfunkcionalne ($\chi^2=3.363$, $p<0.05$).

Konačno, ovakva značajna povezanost stoji između samopovrijeđivanja u instituciji i manjka porodične podrške i prihvatanja, i to kako u toku prve godine trajanja mjere, tako i u sadašnjem trenutku, te socijalne izolacije u bolnici, koja se ogleda u ograničenosti socijalnih kontakata na bolnički milje. Tako se pokazalo da se oboljeli samopovrijeđuju značajno češće, ukoliko ih porodica ne posjećuje (i to kako u toku prve godine: $\chi^2=2.222$, $p<0.05$, tako i u sadašnjem trenutku: $\chi^2=1.189$, $p=0.05$), ukoliko ne izlaze u grad ($\chi^2=13.473$, $p<0.05$), i/ili na vikend ($\chi^2=1.955$, $p<0.05$), te ako su članovi porodice odbili da ih prihvate po eventualnom prekidu mjere bezbjednosti ($\chi^2=6.777$, $p<0.05$). Samopovrijeđivanju su značajno skloniji oni koji su duže u instituciji ($\chi^2=32.474$, $p=0.05$), kao i oni kojima nije *pisano* (predlog za ukidanje mjere: $\chi^2=102$, $p<0.05$). Ovakvu statistički značajnu korelaciju između samopovrijeđivanja i kako dijagnoze ($\chi^2=12.205$, $p>0.05$), tako i izvršenog KDOS ($\chi^2=11.199$, $p>0.05$), nismo pronašli. Ipak, na ovom mjestu valja primjetiti sljedeće: da su samopovrijeđivanju procentualno gledano skloniji oni sa graničnim poremećajem ličnosti i oni koji su lišili života jednu osobu i pokušali da ubiju drugu.

Dodatna regresiona analiza je pokazala da su od svih pobrojanih varijabli (uslovno nazvanih sociodemografskih, varijabli porodičnog položaja i porodične dinamike i onih vezanih za izvršeno KDOS i bolest) statistički značajnu moć da objasne sklonost ka samopovrijeđivanju imaju dvije: agresivnost⁷⁴ ispitanika prema majci, te funkcionalnost braka roditelja⁷⁵ ($F=1,141$, $p<0.05$). Drugim riječima, sklonost ka samopovrijeđivanju oboljelih je izvjesnija ukoliko su brakovi njihovih roditelja disfunkcionalni, a oni agresivni prema majkama.

Kao i u slučaju samopovrijeđivanja, nismo pronašli statistički značajnu korelaciju između pokušaja suicida i pola (Cramer's $V=0.034$, $p>0.05$), iako su žene procentualno gledano češće pokušavale suicid. Slična povezanost postoji i između pokušaja suicida i dobi oboljelog (Cramer's $V=0.198$, $p=0.05$). Takođe, statistički značajna povezanost izostaje i kada je riječ o povezanosti između sklonosti ka samoubilaštvu i: obrazovanja (Cramer's $V=0.202$, $p>0.05$), zanimanja neposredno prije dolaska u SZB (Cramer's $V=0.226$, $p>0.05$), materijalnog stanja (Cramer's $V=0.096$, $p>0.05$) i bračnog statusa (Cramer's $V=0.180$, $p>0.05$). Ruku na sebe češće,

⁷⁴ Vrijednost beta iznosi -0.442, $t=-2.709$, za $\alpha<0.05$. Referentna varijabla: odsustvo samopovrijeđivanja.

⁷⁵ Vrijednost beta iznosi 0.445, $t=1.605$, za $\alpha<0.05$. Referentna varijabla: odsustvo samopovrijeđivanja.

ali ne i statistički značajno, podižu oni koji žive na rubu egzistencijalnog minimuma, nezaposleni, udovci/ice. Pronašli smo i da su suicidu skloniji oni koji su prije dolaska u SZB bili institucionalno smješteni (Cramer's $V=0.156, p>0.05$), iako u poređenju sa onima sa drugačijim rezidencijalnim statusom, ne i statistički značajno. Interesantan je nalaz da sa odlukom da se samounište nije značajno povezana niti porodična funkcionalnost ($\chi^2=0.147, p>0.05$), niti kvalitet i kontinuitet saradnje u liječenju (u toku prve godine: $\chi^2=1.022, p>0.05$ i u sadašnjem trenutku: $\chi^2=1.572, p>0.05$), iako je učestalije kod onih koji nemaju nikakav kontakt sa svojim porodicama. Slična korelacija stoji i kada je riječ o prihvatu oboljelog: izvođenju u grad ($\chi^2=3.238, p>0.05$) i odlasku na vikende. Drugim riječima, i oni oboljeli čije porodice (u nekoj mjeri) saraduju u njihovom liječenju i resocijalizaciji, kao i oni od porodica odbačeni, se ne razlikuju u pogledu učestalosti pokušaja suicida.

Kada je riječ o dijagnostičkim kriterijumima, našli smo da suicid češće pokušavaju oni sa poremećajem ličnosti, što graničnim, što sa psihotičnom dekompenzacijom, kao i lako mentalno ometeni, no uočena korelacija ne spada u red statistički značajnih (Cramer's $V=0.301, p>0.05$). Sličnu povezanost smo pronašli između izvršenih KDOS i pokušaja suicida. Iako su autodestruktivnosti skloniji oni koji su izvršili jedno i pokušali drugo ubistvo, te silovatelji, ova korelacija nije statistički značajna (Cramer's $V=0.283, p>0.05$).

Na osnovu do sada uočenog, mogli bismo sumirati da ima osnova za tvrdnju da samopovrijeđivanje ide ruku pod ruku sa osujećenjima, odbačenošću i neizvjesnošću. Tako kod onih koji se samopovrijeđuju pronalazimo što procentualno, što statistički značajno češće prisutnu porodičnu disfunkcionalnost, kontinuiranu odbačenost, socijalnu izolaciju i neizvjesnost: *do kad biti ovdje?*, protiv koje se mogu boriti kažnjavajući (možda: zle!) sebe. S druge strane, samoubilaštvo ne opisuje ni jedna od navedenih varijabli. Odatle smatramo da, naročito kada je riječ o pokušaju suicida u institucionalnom kontekstu (SZB), na značaju može dobiti hipoteza o *internoj kontroli* suicidalnog ponašanja. Riječ je o ograničenosti sredstava za izvršenje suicida, s jedne strane, te o stalno budnim očima kako medicinskog osoblja i psihijatarata, tako i pacijenata, posebno onih koji jesu ili žele da se prikažu kao (socijalno) odgovorni. Ovu hipotezu teško možemo provjeriti, tako da ista ostaje u domenu spekulacija.

9.4. Kriminološka struktura obiljelih

U trenutku prikupljanja podataka i analize službene dokumentacije, na A i B odjeljenju SZB se nalazilo 234 lica. Gotovo svi oni (227 ili 97%) su u trenutku izvršenja KDOS bili neuračunljivi, uz izuzetak sedmero koji su vještačeni kao smanjeno uračunljivi (Tabela 30.).

Tabela 30. Oboljeli s obzirom na stanje uračunljivosti u vrijeme izvršenja djela

Oboljeli je u trenutku vršenja djela bio	f	%
neuračunljiv	227	97
smanjeno uračunljiv	7	3
Ukupno	234	100

Na osnovu podataka iz službene dokumentacije tj. pravosudnih presuda napravljena je klasifikacija djela koja su ova lica izvršila. Već na prvi pogled je jasno da su najbrojnija djela protiv života i tijela (Tabela 31. u Prilogu). Tako je 101 lice nekog ubilo, 21 je pokušao da ubije, a petoro su izvršili ubistvo barem jedne osobe i pokušali da ubiju još nekog. Čak 13 je izvršilo ubistvo koje je klasifikovano kao teško. Uzev zajedno, preko 60% oboljelih je izvršio neko djelo protiv života i tijela, a ako ovom dodamo i podatak da je oko 7% nekog bilo lakše bilo teže povrijedilo, kao i da je oko 12% vršilo nasilje nad članovima porodice ili drugim licima, broj onih koji su bili fizički agresivni naspram drugih se značajno povećava. Imovinski delikti su znatno rjeđi i na njih otpada manje od 5% svih KDOS, a ovi nalazi su u skladu sa rezultatima stranih i domaćih studija.

U oči pada i sljedeći podatak: žrtve oboljelog su u čak 107 slučajeva bliski članovi porodice (Tabela 32. u Prilogu).

Na primjer od ruku svoje djece je smrtno stradao 41 roditelj i to 24 oca i 23 majke (Tabela 33. u Prilogu). Osmoro oboljelih je ubilo oba roditelja. Kao najčešće žrtve sinova su padali očevi, dok su isključivo žene ubijale svoju djecu i svekrve ($\chi^2=74.533$, $p=0.000$).

Ovi nalazi, valja podvući, ne odstupaju od nalaza stranih i domaćih istraživanja o ovoj problematici. U stranim studijama tako, mogu se pronaći podaci da je najveći broj oboljelih izvršio teška djela (ubistva), i to prema svojim najbližima, najčešće roditeljima. Na ovom mjestu podsjetili bismo na odličnu opservaciju koju o tzv.

sudskim slučajevima u Srbiji nudi Subotić (1905). Početkom XX vijeka on primjećuje da kao žrtve najčešće padaju članovi porodica jer su - fizički najbliži oboljelima. Iako se ne upuštaju u raspravu zašto oboljeli ubijaju najbliže, i drugi domaći, nama vremenski bliži autori (vidi: Kron, 2002, Kovačević, Kecman, 2003, Kovačević, Kecman, 2004, Samardžić, 2008 i drugi) dolaze do istog zaključka kao i Subotić. Na kraju, valja se osvrnuti i na nalaz koji opet, kako u stranoj, tako i u domaćoj stručnoj literaturi stoji, nezavisno od protoka vremena. Riječ je o tome da žene najčešće dižu ruku na svoju djecu.

9.4.1. O odnosima između žrtava i oboljelih

Na osnovu službene dokumentacije moguće je dobiti (i jedan doduše površan) uvid u odnose oboljelog i žrtve. U jednom broju slučajeva ovaj opis se zasniva isključivo na riječima oboljeloga, i ima gotovo narativni značaj. U ovom trenutku se nećemo pobliže baviti njime, budući da smo relacioni kontekst nasilja posebije analizirali u drugoj fazi istraživanja. Za sada je dovoljno kazati da deskripcija odnosa nosi i ovaj potencijal, što je koliko obogaćujuće, toliko i lišeno potpunijeg uvida u relacioni porodični kontekst. Bilo kako bilo, na osnovu dostupnih podataka saznajemo da je u preko 60% KDOS koja uključuju viktimizovanje drugih ljudi, relacioni kontekst bio opterećen uslovno nazvano negativnim emocijama. Najčešće, riječ je o dugotrajnom konfliktu, u čijoj osnovi je stajala patološka ljubomora (prvenstveno prema supruzi, u 17 slučajeva), i/ili paranoidnost oboljelog usljed neliječene mentalne bolesti i/ili bolesti zavisnosti (Tabela 34.). U jednom broju slučajeva odnosi su procjenjeni kao skladni, dok je sedmoro oboljelih izvršilo djela prema licima koje ne poznaje.

Tabela 34. Odnosi oboljelog i žrtve

Između oboljelog i žrtve odnosi su bili	f	%
Skladni	35	16.2
u skorije vrijeme konfliktni	35	16.2
duži niz godina konfliktni	99	45.8
nepoznato lice	7	3.2
bez podataka	40	18.5
Ukupno	216	100

Interesantan je nalaz da su odnosi između oboljelih muškaraca i njihovih žrtava bili dugotrajnije opterećeni konfliktima, dok je konflikt između oboljelih žena i njihovih žrtava bio kraćeg trajanja. Pa ipak, ove korelacije se nisu pokazale statistički značajnima ($\chi^2=6.773$, $p>0.05$). Slična nalaz stoji i kada je u pitanju povezanost između uzrasta oboljelog i karaktera odnosa sa žrtvom ($\chi^2=38.213$, $p>0.05$), iako su procentualno gledano skladnije odnose sa žrtvom imali mlađi (između 30 i 40 godina), poređenju sa starijim pacijentima (onima sa 50 i više godina). Kada je riječ o obrazovanju, primjećujemo sličnu korelaciju ($\chi^2=26.220$, $p>0.05$), ali i ovdje valja ukazati na sljedeće. Naime, ima osnova za tvrdnju da su oni niže obrazovani i nepismeni stupali u skladnije odnose sa žrtvom, dok su oni sa višim i visokim obrazovanjem, i (rijetki) sa doktoratom, bili u konfliktnijim odnosima.

Konflikti između žrtve i oboljeloga su bili dugotrajniji i teži u onim porodicama koje su bile opterećene psihijatrijskom bolešću, naročito ukoliko je obolio otac ($\chi^2=50.974$, $p=0.05$). Odatle, očekivano pronalazimo da su skladni odnosi između oboljelog i žrtve bili značajne zastupljeni u porodicama čiji su članovi psihijatrijski zdravi (odnosno, bez dokumentovane psihijatrijske dijagnoze).

Statistički značajna korelacija postoji i između kvaliteta odnosa žrtve i oboljelog, s obzirom na psihijatrijsku dijagnozu ($\chi^2=119.530$, $p=0.01$). Tako su značajno češće skladne odnose sa žrtvom imali oboljeli od hebefrenije, i oni lako mentalno ometeni. S druge strane, odnosi između žrtve i oboljelog su bili dugotrajnije opterećeni konfliktom u slučaju da je kod potonjih dijagnostifikovan poremećaj iz kruga psihoza uz elemente paranoidnosti. Riječ je o: paranoidnoj shizofreniji, te maničnoj depresiji. Pretpostavljamo da su konflikti u slučaju bipolarno-depresivih izbivali kada su oboljeli prolazili kroz fazu manije (Tabela 35. u Prilogu).

Dalje, pokazalo se da su oni koji su psihijatrijski zbrinjavani - liječeni u ranijoj dobi, češće bili u dugotrajnim konfliktinim odnosima sa žrtvom (u 72 ili 43% slučajeva), naročito ukoliko ih uporedimo sa onima koji nisu liječeni uopšte (20 njih). Pretpostavljamo da su oni koji su u kontakt sa psihijatrijskim službama došli ranije, u kontakt sa njom stupali prisilno (na inicijativu članova porodice). U prilog tome govori i ranije uočeni nalaz da je većina onih koji su liječeni prije dolaska u SZB, u kontakt sa psihijatrijskim službama dolazila nevoljno. Takav vid liječenja je nesumnjivo jedan od načina da se porodica zaštiti od oboljelog, ili možda - on od nje,⁷⁶ ali ovakav postupak, i pored toga što je u najvećem broju slučajeva posljedica nemogućnosti da se kontroliše agresivno ponašanje oboljelog, može da bude okidač dugotrajnih konflikata između njega i članova njegove porodice.⁷⁷ Ovu tezu potvrđuje i nalaz da je tek ¼ onih čije je liječenje teklo u kontinuitetu, bilo u dugotrajnom konfliktu sa žrtvom, dok je takav odnos stupalo čak polovina prisilno hospitalizovanih.

Na kraju, pokazalo se da postoji u statističkom smislu značajna korelacija između izvršenog djela i odnosa oboljelog sa žrtvom ($\chi^2=250.338$, $p=0.000$). Ukoliko je odnos bio skladan, žrtva je značajno češće bila izložena tjelesnom povrijeđivanju ili pokušaju ubistva, dok je, u slučaju ozbiljnog konflikta isti završavao ubistvom (Tabela 36.)

⁷⁶ Ovu tezu odlično ilustruje sekvenca iz razgovora sa našim sagovornikom M. L. , koji je, kako sam kaže, svake godine prolazio kroz najmanje tri prisilne hospitalizacije. Govori da mu je ovo iskustvo pomagalo da se odmori od roditelja i brata.

⁷⁷ Iako se po pravilu prisilne hospitalizacije rijetko sjećaju, oboljeli ovaj postupak članova porodice ne vide kao opravdan. Zapravo, oko prisilne hospitalizacije se uvijek vrti narativ/priča o (učinjenoj im) nepravdi.

Tabela 36. Viktimološki aspekt: odnos sa žrtvom i KDOS

Odnosi oboljelog žrtve							
Oboljeli je izvršio KDOS		skladni	duži niz godina konfliktni	trenutni konflikt	nepoznato lice	bez podataka	Ukupno
laka tjelesna povrjeda	f	2	2	2			6
	%	6.25	2.24	6.24			4.3
teska tjelesna povrjeda	f		4	1		3	8
	%		4.5	3.12		10.32	
nasilničko ponašanje	f			1		1	2
	%			3.12		3.44	1.6
napad na sl.lice u obavljanju dužnosti	f		1	1	2	1	5
	%		1.12	3.12	33.2	3.44	2.66
nasilje u porodici	f		17	4		2	23
	%		19.1	12.5		6.9	12.2
pokušaj silovanja	f	1					1
	%	3.12					0.53
silovanje	f	1	1				2
	%	3.12	1.12				1.6
pokušaj ubistva	f	7	10	2		2	21
	%	21.88	11.23	6.25		6.9	11.2
ubistvo	f	16	48	15	4	18	101
	%	50	53.9	46.8	66.7	46.15	53.7
ubistvo i pokušaj ubistva	f	1	2	2			5
	%	3.12	2.47	6.25			2.66
teško ubistvo	f	4	3	4		2	13
	%	21.89	3.37	21.89		6.9	6.9
višestruko ubistvo	f		1				1
	%		1.12				0.53
Ukupno	f	32	89	32	6	29	188
	%	17.02	47.34	17.02	3.2	15.4	100

Pronašli smo i da su značajno češće kao žrtve padale majke (u 6 ili 22.2% slučajeva) i djeca (u 66.7% slučajeva u kojima se javljaju kao žrtve) ako je relacioni kontekst bio skladan, a ako je bio opterećen dugotrajnim konfliktom, žrtve su značajno češće supruge (u 75,1% slučajeva) i oba roditelja ($\chi^2=460.969$, $p=0.000$). Na primjer, pronašli smo da je odnos između roditelja i oboljelih koji su ih ubili, u čak 66.7% bio opterećen dugotrajnim konfliktom.

Posredno, u prilog ovom nalazu govori i onaj koji se tiče mjesta izvršenja. Tako preko polovine ubistava (60%), nezavisno od toga kako su okarakterisana, je izvršeno u kući/stanu, i to hladnim oružjem, najčešće nožem i sjekirom, te predmetima koji su se našli pri ruci: francuskim ključevima i čekićem, mašinom za mljevenje mesa, kanapom, stolicom (Tabela 37. u Prilogu). Valja primjetiti da su

oboljeli koristili i ruke: da bi udavili ili nanijeli lakše i teške tjelesne povrijeđe. Samo u slučaju ubistava koja su okarakterisana kao teška i višestruka, oni su češće u odnosu na ostala sredstva izvršenja koristili vatreno oružje (pištolj i pušku).

Odatle, ne iznenađuju pronađene statistički značajne korelacije između djela i mjesta ($\chi^2=268.292$, $p=0.000$), kao i oruđa izvršenja ($\chi^2=657.971$, $p=0.000$).

9.4.2. Recidivizam oboljelih

Mora se podvući još jedan izuzetno značajan nalaz. Riječ je o tome da se među oboljelima našao i izvjestan broj recidivista, kojima su prethodno izricane krivične sankcije (Tabela 38.). Neki od oboljelih su izdržavali kazne zatvora, a nekima su i ranije bile izrečene mjere bezbjednosti sličnog karaktera. Na primjer, od 41 lica koja su i prije izricanja sadašnje mjere bila formalno sankcionisana, više od polovine (23) je i prethodno bilo upućeno na obavezno psihijatrijsko liječenje i čuvanje. Ovaj procenat svakako nije zanemarljiv i govori u prilog značajnog prisustva povratništva među ovim licima.

Tabela 38. Rrecidivizam lica na izdržavanju mjere bezbjednosti

Oboljelom je prije izrečene m b obaveznog psih lječenja i čuvanja izrečena sankcija	f	%
vpd/maloljetnički zatvor	2	4.88
vpd, kazna zatvora	3	7.32
vpd, mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja i zatvorska kazna	1	2.43
zatvorska i/ili uslovna kazna	13	31.7
mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja	18	43.9
mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja i zatvorska kazna	4	19.5
Ukupno	234	100

Najveći broj je prethodno sankcionisan zbog krađe (10 ili 24%) i ubistva (9 ili 21%), a sva djela sa elementima nasilja uzeta zajedno, čine gro ranije vršenog kriminaliteta (više od 63%) (Tabela 39.).

Tabela 39. Oboljeli s obzirom na ranije izvršena djela

Oboljeli je ranije osuđen na kaznu ili mu je izrečena mjera bezbjednosti zbog	f	%
nasilja u porodici	5	12,2
laka tjelesne povrijede	2	4,9
teške tjelesne povrijede	3	7,3
pokušaja ubistva	2	4,9
ubistva	9	22
krađe	10	24,4
silovanja	1	2,4
ugrožavanja javnog reda i mira	4	9,8
nasilničkog ponašanja	3	7,3
razbojništva, iznude, teške tjelesne povrijede	1	2,4
iznude	1	2,4
Ukupno	41	100

Kada je riječ o prethodno izrečenim mjerama bezbjednosti obavezanog psihijatrijskog liječenja i čuvanja uočavamo da je ova mjera izricana najčešće zbog ubistva (čak 40% njih), te znatno rijede zbog krađe (Tabela 40.). Dvojica su nova djela uradila u toku trajanja mjere bezbjednosti, a ostali po njenom prestanku.

Tabela 40. Prethodna mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja je izrečena zbog

Mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja je ranije izrečena zbog	f	%
ugrožavanja javnog reda i mira	1	4.3
krađa	4	17.4
nanošenja lake tjelesne povrijeda	2	8.7
nanošenja teške tjelesne povrijeda	1	4.3
nasilja u porodici	3	13
pokušaja ubistva	2	8.7
ubistva	9	39.1
silovanja	1	4.3
Ukupno	23	100

Prethodno izrečene mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja su najčešće trajale od jedne (u četiri slučaja) do pet godina (četiri slučaja). S druge strane, četvoro je u SZB prethodno provelo deset i više godina, i opet: recidiviralo (Tabela 41.).

Tabela 41. Oboljeli s obzirom na dužinu trajanja prethodne mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

Na psihijatrijskom liječenju i čuvanju u SZB oboljeli je prethodno proveo godina	f	%
do dve	4	17.4
4	3	13
5	4	17.4
6	1	4.3
8	1	4.3
9	1	4.3
10	2	8.7
12	1	4.3
14	1	4.3
nepoznato	6	21.7
Ukupno	23	100

I tada su najčešće žrtve bili članovi najuže porodice: majke, uz braću i sestre, te očevi, ali u znatno manjem broju (Tabela 42.). Ovaj nalaz još jednom potvrđuje tezu da su članovi porodice najčešće žrtve. Kada je riječ o dužini trajanja mjere, pokazalo se da su oni koji su izvršili ubistva, na mjerama bezbjednosti proveli najmanje 8 godina. Ako su izvršili krađu, u SZB boravili između jedne i šest godina, dok je dužina trajanja mjere za nasilje u porodici iznosila između dvije i pet godina. Uočena korelacija se pokazala i statistički značajnom ($\chi^2=681.534$, $p=0.000$).

Tabela 42. Izricanju prethodne mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja su prethodila djela u kojima su žrtve

Žrtva je bila	f	%
majka	4	17.4
otac	2	8.7
majka i sestra	1	4.3
majka i brat	1	4.3
brat ili sestra	1	4.3
dijete	1	4.3
zet	1	4.3
ljubavnica	2	8.7
komšija	2	8.7
drug	1	4.3
nepoznata osoba	1	4.3
nanio materijalnu štetu	5	21.7
Ukupno	23	100

Od posebnog značaja je i nalaz o statistički značajnoj korelaciji između djela zbog kojih je izrečena prethodna i sadašnja mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja ($\chi^2=186.968$, $p=0.05$). Tako oni koji su prethodno izvršili ubistvo, vrše isto djelo u čak 70% slučajeva, oni koji su pokušali koga da ubiju, na novu mjeru bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja bivaju upućeni zbog istog djela. Takođe, nasilje u porodici se ponavlja u 2/3, a krađa u 90% slučajeva. Čak i kada su u pitanju žrtve primjećujemo identičnu korelaciju ($\chi^2=329.477$, $p<0.05$). Nasilje oboljelih je usmjereno ka istim osobama (ukoliko ih nisu lišili života) i u slučaju drugi put izrečene mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja. Na primjer, ako je prva mjera izrečena zbog viktimizacije majke, i naredna će biti izrečena iz istog razloga (u čak 60% slučajeva). Slično, ovaj nalaz stoji i kad su očevi i braća i sestre u pitanju.

Na kraju, pitali smo se da li postoje razlike između recidivista i onih kojima su mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja izrečene prvi put, i ukoliko su prisutne o kakvim razlikama je riječ. Da bismo opisali uslovno nazvanog recidivistu, u analizu smo uključili varijable koje se tiču njegovih sociodemografskih odlika, porodične relacije dinamike, psihijatrijske dijagnoze i iskustvo ranijeg liječenja. Pokazalo se da se recidivisti od nerecidivista značajno ne razlikuju kada je riječ o polu ($\chi^2=2.269$, $p>0.05$), obrazovanju ($\chi^2=6.702$, $p>0.05$), zanimanju ($\chi^2=13.981$, $p>0.05$), materijalnom ($\chi^2=1.888$, $p>0.05$) i bračnom stanju ($\chi^2=3.628$, $p>0.05$). Takođe, takve razlike izostaju i kada je u pitanju red rođenja ($\chi^2=13.153$, $p>0.05$), broj braće i sestara ($\chi^2=4.761$, $p>0.05$), ili strukturalna potpunost porodice porijekla ($\chi^2=2.438$,

$p > 0.05$). Među njima nema statistički značajnih razlika u pogledu dijagnoze ($\chi^2 = 22.583$, $p > 0.05$), iako se mora podvući da se među recidivistima procentualno gledano našao veći broj onih koji boluju od paranoidne psihoze, poremećaja ličnosti sa psihotičnim epizodama sa ili bez sindroma zavisnosti od alkohola, potom lake mentalne retardacije uz psihotičnu dekompenzaciju, te psihoorganskog sindroma. Takvih razlika nema ni u pogledu zastupljenosti psihijatrijskih oboljenja kod članova porodice ($\chi^2 = 6.887$, $p > 0.05$), ali se uočavaju kada se dođe do pitanja ranijeg liječenja. Tako možemo kazati da se među recidivistima nalazi statistički značajno veći broj onih koji su uglavnom ili isključivo prisilno liječeni ($\chi^2 = 22.207$, $p = 0.000$).

9.5. Porodični položaj oboljelih: od prihvatanja do zaborava

Precizniju sliku o unutarporodičnim relacijama koje su prethodile dolasku lica u SZB od ove nismo mogli steći, zbog činjenice da nam je svaki kontakt sa članovima porodica bio uskraćen. Posredno, nešto o njoj smo saznali analizom odnosa bližnjih prema oboljelim članovima u toku trajanja mjere bezbjednosti. Naizgled, ova relacija je jednolinearna, jer uključuje odnos zdravih prema bolesnim članovima porodice, no podrobnija analiza pokazuje da je dinamika unutarporodičnih odnosa itekako cirkularna.

Da bismo ispitali ono što smo uslovno nazvali porodičnim položajem oboljelih u ovom trenutku, u analizi smo se fokusirali na spremnost članova porodice da saraduju u liječenju i oko eventualnog prihvata svog oboljelog člana. Saradnja u liječenju uključuje nekoliko praksi koje su zakonski dozvoljene i, konačno opisane u dosijeima. Riječ je o: učestalosti kontakta članova porodice sa ordinirajućim ljekarom, učestalosti posjećivanja oboljelog u SZB i, ukoliko kategorija u koju je svrstan oboljeli to dozvoljava, izvođenje u grad, na vikend, odnosno godišnji odmor. Analizirani su dostupni podaci o spremnosti na saradnju članova uže porodice (roditelja, braće, sestara, supružnika, djece), i to u prvih godinu dana trajanja mjere, i u sadašnjem trenutku, a posebna uvid u porodični položaj oboljelih smo dobili analizom spremnosti članova porodice da prihvate oboljelog u slučaju prekida mjere bezbjednosti.

Pošli smo od pretpostavke da je kvalitet saradnje tokom vremena opadao, odnosno da su članovi porodice, što je trajanje mjere odmicalo, bili manje skloni da saraduju u liječenju i konačno, prihvate svog oboljelog člana. Da bismo mogli da

sprovedemo u metodološkom smislu relevantnu analizu, izdvojili smo sve pobrojane vidove saradnje, a potom smo ih svrstali u jednu od opisnih kategorija, vodeći računa o kategorizaciji oboljelih. Naime, svi oboljeli nemaju ista prava/privilegije⁷⁸ (vidi: Ignjatović, 2010). Kategorizirani su na osnovu kliničke procjene u tri grupe s obzirom na: zdravstveno stanje, potencijalnu agresivnost, rizik od suicida, dužinu boravka u instituciji, KDOS, porodični i socijalni prihvat, kao i procjenu opasnosti koju oboljeli predstavlja po društvo i društvenu zajednicu, imajući u vidu mogućnost izvršenja (novog) djela (vidi: *Pravilnik o kućnom redu SZB*, 2005). U prvu grupu, koju smo iz jednog dijela analize iz razumljivih razloga izostavili, ulaze oni koji se intenzivno tretiraju psihofarmaticima i koji su pod stalnim nadzorom osoblja. Oni ne mogu da izađu van odjeljenja. Druga grupa se od prve razlikuje jedino u pogledu intenziteta primjene farmakoterapije, koja je umanjena, ali ni oni ne mogu da izađu van SZB. I jedni i drugi mogu biti predmet tretmana individualnom, grupnom, te rekreaciono-okupacionom terapijom. Treću grupu čine oboljeli u čijem liječenju je i dalje zastupljena farmakoterapija, ali se sprovode i programi resocijalizacije koji uključuju mogućnost da izađu van bolnice. Oni tako mogu da izađu u grad sa članom porodice ili sa stručnim licem na deset sati, potom na vikend dva puta godišnje, kao i na godišnji odmor od sedam dana.

Imajući u vidu mogućnosti koje zakon pruža, kada je u pitanju participacija porodice u liječenju oboljelog člana i njegovoj resocijalizaciji, prepoznali smo nekoliko vidova saradnje. To je stalna (korišćenje prava na posjete jednom u toku mjeseca, i/ili ukoliko je oboljeli svrstan u kategoriju koja uključuje posebna prava, izvođenje u grad, izvođenje na vikend barem dva puta godišnje, i odmore), povremena (posjećivanje oboljelog najmanje jednom u tri mjeseca i/ili njegovo izvođenje u grad i/ili na vikend barem jednom godišnje), izuzetna (posjeta u SZB barem jednom godišnje) i potpuni izostanak saradnje (prekid svakog kontakta).

Analizirani, podaci o saradnji su pokazali sljedeće: da je saradnja porodice u liječenju u toku prve godine trajanja mjere bezbjednosti u skoro polovini slučajeva (45%) bila ili stalna ili povremena (Tabela 43.). Drugim riječima, članovi porodica su posjećivali svoje oboljele barem jednom mjesečno (u 59 slučajeva) ili barem jednom

⁷⁸ *Specijalna zatvorska bolnica* je svrstana u zavod zatvorenog tipa (ZIKS, 2006, član 15.), u kojem lica kojima su izrečene mjere bezbjednosti ostvaruju određena prava kada je riječ o posjetama, korišćenju telefona i pisanju pisama, između ostalih. Tako oboljeli ima pravo da koristi telefon jednom nedeljno, uz nadzor ili bez njega, što zavisi od odluke upravnika, sadržaj pisama se nadzire, a članom 78. ovog zakona se propisuje da se oboljeli mogu posjećivati jednom mjesečno.

u tri mjeseca (u 20.5% slučajeva), dok je potpuno napuštena skoro polovina oboljelih (46%).

Tabela 43. Odlike saradnje članova uže porodice u toku prve godine trajanja mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

Članovi porodice su u toku prve godine trajanja mjere saradivali u liječenju obiljelog	f	%
Stalno	59	25.2
Povremeno	48	20.5
Rijetko	17	7.3
nisu saradivali	108	46.2
Nepoznato	2	.9
Ukupno	234	100

Odatle, zanimalo nas je da li se oboljeli čije su porodice u toku prve godine boravka održavale kontakt razlikuju i po kojim odlikama, od onih ispitanika koje smo prepoznali kao napuštene? Analizu smo zasnovali na sljedećim varijablama: sociodemografske odlike ispitanika i njihovih porodica, dijagnoza oboljelog i izvršeno djelo. Pokazalo se da pol oboljelog ($\chi^2=7.383$, $p>0.05$) kao ni njegovo obrazovanje ($\chi^2=41.850$, $p>0.05$) nisu diskriminatorski, kada je riječ o kvalitetu saradnje u toku prve godine trajanja mjere. Ipak, valja ukazati da je, i pored toga što je izostala statistička povezanost između obrazovanja i kvaliteta saradnje, uočen interesantan trend. Pokazalo se da kvalitet saradnje niži što je obrazovanje niže, i obrnuto. Tako najrjeđe kontakte, uključujući i potpuni prekid istih, pronalazimo kod onih bez OŠ ili sa završena četiri razreda osnovne škole. Očekivano, kvalitet saradnje porodice u liječenju oboljelih se statistički gledano, značajnije mijenja zavisno od njihove dobi potonjih ($\chi^2=34.443$, $p<0.05$). Značajno češće u liječenju učestvuju porodice čiji su oboljeli članovi mladi (uzrasta od dvadeset do četrdeset godina). S druge strane, u liječenju onih ispitanika koji su zašli u šestu deceniju života i starijih, ne saraduje niko od članova porodice.

Takođe, pokazalo se da nema statistički značajnih razlika u pogledu kvaliteta saradnje s obzirom na članove domaćinstva sa kojima je oboljeli živio prije izvršenja KDOS ($\chi^2=187.620$, $p>0.05$). Upadljiv je nalaz da su članovi onih porodica koje su živjele u selu ili u Beogradu u značajnijoj mjeri saradivali u liječenju oboljelih

članova u toku prve godine njihovog boravka u SZB, u poređenju sa porodicama iz manjih mjesta i gradova srednje veličine ($\chi^2=27.369$, $p<0.05$).

Pronašli smo i da su učestalije u liječenju u prvoj godini trajanja mjere saradivali članovi onih porodica koje su bile bolje materijalno situirane ($\chi^2=30.657$, $p<0.05$). Tako je značajno češće kontakt sa oboljelim prekidan ako su njihove porodice živjele na egzistencijalnom minimumu, dok je stalna saradnja češće ostvarivana ukoliko su porodice bile bolje stojeće.

Što se porodičnih relacija tiče, na naše iznenađenje uočili smo da postoji izrazito jaka statistička korelacija između kvaliteta saradnje u toku prve godine trajanja mjere i kvaliteta emotivnog odnosa oca prema oboljelom (Cramer's $V=0.488$, $p=0.000$). U tom periodu su u liječenju značajno češće stalno saradivali emotivno topli, povremeno oni hostilni, dok su izuzetno rijetko kontaktirali ili pak prekidali kontakt sa oboljelima očevi koji su bilo hladni bilo prezaštićujući.

Ovakva korelacija između kontinuiteta saradnje u liječenju i odnosa prema oboljelom ne važi, kada su u pitanju majke ($\chi^2=51.247$, $p>0.05$). Ipak, valja primjetiti, da su, iako nisu statistički značajne, uočene sljedeće korelacije: ukoliko majka ispoljava emotivnu toplinu prema ispitaniku kontakt je učestaliji, ukoliko je ambivalentna, saradnja u liječenju u toku prve godine je ostvarivana parcijalno, izuzetno rijetko su se u liječenje oboljelog potomka uključivale hladne majke, a na naše iznenađenje, kontakt je prekidan ukoliko su bile stroge.

Konačno, pronašli smo da ne postoji značajna povezanost između kvaliteta saradnje i dijagnoze ($\chi^2=81.218$, $p>0,005$). Valja ukazati i na sljedeći nalaz, koji je, iako na rubu statističkog značaja, izuzetno zanimljiv. Pokazalo se da postoji povezanost između odlika saradnje u toku prve godine liječenja u SZB i istorijata ranijeg liječenja oboljelog ($\chi^2=26.274$, $p=0.050$). Tako je kvalitet saradnje bio značajno viši ukoliko je oboljeli povremeno liječen, dok je, u slučaju prethodnih brojnih prisilnih hospitalizacija, saradnja značajno češće u potpunosti prekidana. Pretpostavljamo da se jedan od razloga taj da su članovi ovih porodica prethodno iscrpljeni epizodama bolesti svog člana, koje su nalagale prisilno hospitalizovanje. Iznenaduje izostanak povezanosti između kvaliteta saradnje u toku prve godine liječenja i težine izvršenog djela ($\chi^2=55.480$, $p>0.05$). Drugačije kazano, na kvalitet saradnje članova porodice u liječenju oboljelog člana nije značajnije uticalo to da li je povrijedio nekog od ukućana, ili je pak izvršio djelo imovinske prirode.

Saradnju u sadašnjem trenutku smo posmatrali i preko učešća članova porodice u liječenju u ustanovi i resocijalizaciji u spoljašnjoj sredini, ukoliko su oboljeli kategorizirani u grupu sa nabrojanim pripadajućim pravima. Tako smo pronašli da je u ovom trenutku 118 oboljelih (preko polovine) *zaboravljeno* od strane članova porodice, dok sa oko 40% njih porodica što stalno što povremeno kontaktira i učestvuje u liječenju.

Učešće porodice u resocijalizaciji oboljelih smo najpodrobnije mogli analizirati u slučaju oboljelih koji su kategorizirani u grupu sa posebnim pravima. Pronašli smo na osnovu podataka dostupnih u dosijeima, da takve posebne privilegije ima 86 oboljelih (36%). U grad najčešće izlaze sa nekim od članova porodice (u 45 ili 19.2% slučajeva), i sa terapeutom (u 38 ili 16.2% slučajeva), a najrijeđe sa prijateljima (tri slučaja). Interesantan je nalaz da sa terapeutom u grad izlaze značajno češće ukoliko nemaju kontakt sa članovima porodice ($\chi^2=54.130$, $p=0.000$). S druge strane, većina onih koje su porodice zaboravile, su po pravilu stalno zatvoreni ($\chi^2=27.731$, $p=0.000$). Porodice se u značajnijoj mjeri uključuju u liječenje ukoliko je oboljeli obrazovaniji ($\chi^2=55.65$, $p<0.05$) i ukoliko ima stalna primanja, odnosno penziju (u čak 55% slučajeva), ($\chi^2=27.429$, $p<0.05$). Na primjer, oni bez bilo kakvih primanja su zaboravljeni u preko 60% slučajeva.

Privilegiju izlaska na vikende ima tek oko 16% oboljelih (38). Jedan od ključnih razloga zbog kojih ne izlaze na vikend je stanje mentalnog zdravlja, ali valja ukazati i na ostale, koji nisu vezani za zdravstveno stanje (Tabela 44.). Riječ je o nedostatku prihvata od strane bližnjih (u 2.6% slučajeva), te o negativnoj reakciji sredine koja prati izlazak na vikend, a u nekim slučajevima čak i u grad.⁷⁹

⁷⁹ M. Č-u je uskraćen izlazak u grad sa terapeutom, nakon što ga je sin, kojeg je pokušao ubiti, vidio na ulici. To je mladića uznemirilo, pa je njegova majka odmah intervenisala. M-u je ukinut izlazak u grad sa terapeutom, na kojeg ima pravo s obzirom na grupu. Treba podvući da porodica ne posjećuje ovog čovjeka.

Tabela 44. Razlozi zbog kojih oboljeli ne izlazi na vikende

Razlog zbog kojeg oboljeli na izlazi na vikend	f	%
zbog nedostatka prihvata	6	30.4
zbog reakcije sredine	2	1.01
zbog kategorizacije u grupu koja nema pravo na izlazak	189	95.93
Ukupno	197	100

Očekivano, pronalazimo da na vikend značajno češće izlaze oni čije porodice učestalije saraduju u njihovom liječenju, dok takvu privilegiju gotovo da ne koriste oni koji ne ostvaruju kontakt sa porodicom (Tabela 45. u Prilogu).

Oni koji su dobili dozvolu da izađu na vikend, najčešće ga provode kod roditelja (oko 8% njih), braće/sestara (5.1%) i djece (troje), dok najmanji broj njih na vikende odlazi kod partnera i rođaka (Tabela 46. u Prilogu).

Kada je riječ o kvalitetu saradnje članova porodica u liječenju i resocijalizaciji, posmatranoj od ulaska oboljelog u SZB do trenutka u kome je vršeno istraživanje, da se vidjeti da se procentualno posmatrano smanjio broj onih koji stalno saraduju.

Unekoliko se povećao broj onih koji saradnju ostvaruju povremeno, te onih koji su prekinuli svaki kontakt sa oboljelim članom. Tako je, valja još jednom podvući, u sadašnjem trenutku od porodica napušteno više od polovine lica na mjerama bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja (Tabela 47.).

Tabela 47. Saradnja u liječenju u ovom trenutku

Članovi porodice u sadašnjem trenutku saraduju u liječenju obiljelog	f	%
stalno	43	18.4
povremeno	51	21.8
izuzetno rijetko	16	6.8
ne saraduju	122	52.1
nepoznato	2	.9
Ukupno	234	100

Takođe, valja podvući da smo pronašli značajnu statističku povezanost između kvaliteta saradnje ostavrene u toku prve godine boravka u SZB i one u trenutku kada je rađeno istraživanje ($\chi^2=633.082$, $p=0.000$). Drugačije kazano, sa oboljelima značajno češće u sadašnjem trenutku kontaktiraju članovi onih porodica koji su u kontinuitetu saradivali tokom prve godine trajanja liječenja (i čuvanja), dok oni koji nisu ostvarili takvu vrstu saradnje u prvom posmatranom periodu, istu ne realizuju ni kasnije.

Najučestaliji kontakt sa oboljelima i u toku prve godine trajanja mjere, kao i u sadašnjem trenutku ostvaruju roditelji: očevi i majke (Tabela 48. u Prilogu). Tako u sadašnjem trenutku u liječenju oboljelog, kao i tokom prve godine trajanja mjere značajno češće učestvuju strogi, povremeno i izuzetno rijetko kontakt ostvaruju hostilni, dok na naše iznenađenje kontakt potpuno prekidaju prezaštićujući očevi ($\chi^2=90.864$, $p=0.000$). Kako objasniti ovaj nalaz? Pretopostavljamo da potonji kontakt prekidaju jer svoju djecu ne mogu da zaštite u uslovima u kojima oni žive, za razliku od strogih očeva koji (i dalje) imaju priliku da se uvjere u (institucionalnu) kontrolu ostvarenu nad ponašanjem oboljelih.

Što se tiče majki pokazalo se da takva korelacija ne stoji ($\chi^2=52.877$, $p>0.05$). Iako u sadašnjem trenutku u liječenju stalno saraduju emotivno tople majke, povremeno kontakt ostvaruju ambivalentne, rijetko one majke koje slove za hladne, dok kontakt potpuno izostaje u slučaju strogih majki, uočene razlike nisu i statistički značajne.

Kada je riječ o partnerima, uključujući i one bivše, pokazalo se da je u toku prve godine trajanja mjere saradnja najčešće izostajala. Na primjer stalan kontakt sa oboljelim je ostvarivalo tek 7% partnera, dok je daleko veći broj (preko 70%) onih koji su prekinuli svaku saradnju. Izostanak kontakata između (bivših) partnera u jednom broju slučajeva je posljedica razvoda koji je prethodio izricanju mjere bezbjednosti (u 41 slučaju), ili je nastupio u toku prve godine njenog trajanja (desetoro), ali i smrti supružnika (u 11 slučajeva), i to najčešće od ruke oboljeloga⁸⁰ (u devet slučajeva). U toku prve godine u liječenju su nešto češće saradivali muževi u poređenju sa suprugama oboljelih, ali ta razlika nije bila u statističkom smislu značajna ($\chi^2=4.020$, $p>0.403$). Takođe pokazalo se da nema statistički značajne povezanosti između učešća u liječenju koje su u posmatranom periodu uzimali (bivši,

⁸⁰ Njih u daljoj analizi nismo uzimali u obzir, jer za to ne bi bilo valjanog opravdanja.

sadašnji) supružnici i: dobi ($\chi^2=11.089$, $p>0.05$), obrazovanja ($\chi^2=22.268$, $p>0.05$) i primanja oboljelih ($\chi^2=11.526$, $p>0.05$). Ipak, pronašli smo da je saradnja supružnika u toku prve godine bila značajno učestalija ukoliko je iz njihove veze/braka rođeno dijete/ca ($\chi^2=35.077$, $p<0.05$), dok je sa oboljelima svaki kontakt prekinulo 80% njihovih partnera, ako nisu imali djecu.

U trenutku istraživanja kontakt između onih oboljelih koji su (bili) u braku i njihovih (bivših) supružnika i djece je bio ostvarivan najčešće sporadično, ili je u potpunosti prekinut. Takođe, pokazalo se da u značajnijom mjeri opada spremnost žena da sarađuju u liječenju svojih muževa, ukoliko ih uporedimo sa muževima ispitanica koje se liječe (i čuvaju) u SZB ($\chi^2=9.973$, $p<0.05$)

Kada je riječ o učešću djece u liječenju oboljelih roditelja primjetili smo sljedeće - u odnosu na prvu godinu trajanja mjere smanjio se broj onih koji su u stalnom kontaktu sa oboljelim roditeljem, kao i onih koji su prekinuli kontakt, i povećao broj onih koji sa roditeljem komuniciraju povremeno i izuzetno rijetko. Jedna od pretpostavki, pomoću koje smo pokušali objasniti ovaj nalaz jeste da je uspostavljanje kontakta neposredna posljedica ulaska djece u zrelije godine (Tabela 49.).

Tabela 49. Saradnja djece u liječenju oboljelih roditelja u toku prve godine trajanja mjere i u sadašnjem trenutku

Odlike saradnje	Djeca su u toku prve godine trajanja mjere sarađivala u liječenju obiljelog roditelja		Djeca u ovom trenutku sarađuju liječenju obiljelog roditelja	
	f	%	f	%
sarađuju stalno	5	6.09	3	3.74
povremeno	7	8.54	11	13.40
izuzetno rijetko	7	8.54	9	10.94
ne	62	75.6	58	70.72
nepoznato	1	1.22	1	1.22
Ukupno	82	100	82	100

Na kraju, valja podvući još dva, po nama, veoma važna nalaza. Prvi se tiče povezanosti dužine boravka u SZB i kontinuiteta saradnje. Već na prvi pogled je uočljivo da intenzitet kontakata između “zdravih” i članova porodice na mjerama obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja opada sa dužinom boravka potonjih u SZB (Tabela 47.), a uočena korelacija spada u red statistički gledano jakih (Cramer's

$V=0.367$, $p<0.05$). Dodatno, da je uticaj dužine boravka u SZB na kvalitet saradnje članova porodica, izrazit, potvrdila je i vrijednost eta kvadrata (0.14).

Drugi, posebno značajan nalaz pomalo iznenađuje, ali je donekle razumljiv. Naime, iako nismo pronašli statistički gledano značajnu povezanost između kvaliteta saradnje u toku prve godine boravka u SZB i prirode izvršenog protivpravnog djela, kada je riječ o saradnji u sadašnjem trenutku, takva statistički značajna povezanost stoji ($\chi^2=103.839$, $p<0.05$, Cramer's $V=0.333$). Što su djela koja su oboljeli izvršili teža (ubistva, teška ubistva, pokušaj ubistva, silovanje), članovi njihovih porodica kratkotrajnije saraduju u liječenju i kontaktiraju sa oboljelima. Jedno od mogućih objašnjenja ovog nalaza je da se od članova porodica traži, što liječenje duže traje, da se izjasne o spremnosti da prihvate oboljele, kada/ukoliko mjera bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja bude ukinuta. Odatle možemo hipotezirati da su, što je djelo teže, članovi porodice nevoljniji da se obavežu da prihvate oboljelog po prestanku mjere, a jedan od pouzdanih načina da se ne pristane na takvo rješenje je prekid saradnje u liječenju i svakog kontakta sa oboljelim.

Sa svoje strane, o položaju koji u porodici zauzima oboljeli naročito govori spremnost nekog od članova porodice da se po eventualnom prekidu mjere bezbjednosti prihvati starateljstva nad oboljelim, čime preuzima odgovornost brige o njemu u budućnosti. O ovom smo podatak pronalazili u socijalnim anketama. S druge strane, možemo pretpostaviti da i izostanak ovih anketa govori u prilog niskog porodičnog položaja oboljelog, budući da one nisu spovođene ako su članovi porodica odbili da u njima učestvuju, ukoliko oboljeli nema bliskih članova porodice ili je u potpunosti napušten.

Kada je riječ o ovakvom vidu starateljstva, treba kazati da se za staratelje predlažu roditelji ili drugi članovi uže porodice, braća/sestre, ili supruga i/ili djeca (ukoliko su punoljetni). Izuzetno, ako se niko od članova uže porodice ne prihvati starateljstva (mrtvi su ili odbijaju saradnju), poziv se upućuje daljim rođacima. Na kraju tog lanca, a po iscrpljivanju drugih opcija, nalaze se nadležni centri za socijalni rad. Pokazaće se da su pozivi za starateljstvo nad oboljelima u gotovo podjednakom broju slučajeva upućeni roditeljima i centrima za socijalni rad (Tabela 50. u Prilogu). Briga o oboljelom sibliu je povjerena nešto manjem broju braće i sestara, te supruga i djece, što je i razumljivo. Dovoljno je podsjetiti da je tek neznatan broj oboljelih zasnovao porodicu i dobio potomstvo.

Tek jedna trećina (84 ili 36.8%) pozvanih se prihvatila starateljstva nad oboljelim. U odnosu na ostale, značano češće starateljke su majke (u 21 ili 9% slučajeva). Očevi (8 ili 3.4%), braća i sestre (14 ili 6%), supruge (njih 8 ili 3.4%) i članovi šire porodice (3 ili 1.3%), za razliku od majki, češće odbijaju nego što prihvataju da budu staratelji (Tabela 51. u Prilogu).

Kao najčešće razloge zbog kojih odbijaju da budu staratelji, članovi porodica navode: strah od oboljelog (u 23 ili 10.7% slučajeva), strah i loše materijalno stanje (u 22 slučaja), nemanje kontrole nad ponašanjem oboljelog člana (u 26 slučajeva). Interesantno je da u pogledu razloga na koje se pozivaju kada neprihvataju ulogu staratelja, postoje statistički gledano značajne razlike između članova porodica ($\chi^2=377.098$, $p=0.000$). Tako se braća i sestre češće u odnosu na ostale, pozivaju na loš materijalni status, supruge podvlače osjećanje straha i materijalnu deprivaciju, dok majke ističu svoje loše zdravstveno stanje⁸¹ i izostanak kontrole nad ponašanjem oboljeloga. Takođe, treba podvući da se starateljstva nad oboljelim češće prihvataju članovi porodica koje žive na egzistencijalnom minimumu, u poređenju sa onima bolje stojećim ($\chi^2=28.465$, $p=0.05$). Kako objasniti ovaj nalaz? Jedno od mogućih objašnjenja je da siromašnije porodice tolerantnije i lakše prihvataju svog oboljelog, devijantnog člana, jer u simboličkom smislu nemaju mnogo da izgube. Takođe, ovom treba dodati da jedan od razloga zbog kojih se prihvataju ovakve odgovornosti jeste i taj da oboljeli član ima prihode (invalidsku penziju), koji mogu da poprave tešku materijalnu situaciju porodice. S druge strane, obavezivanjem oko oboljelog, bolje stojeće rizikuju da izgube društveni ugled.

Sumirani, nalazi o porodičnom položaju ukazuju da su oboljeli u više od polovine slučajeva zaboravljeni, ili drugačije kazano - odbačeni. Tako su, što mjera duže traje, članovi porodice sve manje zainteresovani za svoje oboljele bližnje. Nasuprot ovoj najbrojnijoj kategoriji zaboravljenih na porodičnoj mapi, stoje malobrojni za koje možemo kazati da su prihvaćeni. Ovaj položaj smo nazvali opisnim imenom: uključenost, iako on sam po sebi, osim činjenice da oboljeli nije zaboravljen (u potpunosti), ne govori mnogo o njegovoj poziciji i ulozi unutar porodice. Između ova dva ekstrema, nalaze se oni koji su djelimično uključeni, odnosno zaboravljeni. Svaki od ovih položaja na porodičnoj mapi je nekoj mjeri

⁸¹ Tako je zbog lošeg zdravstvenog stanja i starosti majci D. J. oduzeto starateljstvo nad sinom, iako je ona bila spremna da ga prihvati po eventualno prekidu mjere bezbjednosti.

povezan sa sociodemografskim odlikama porodice, i u sadašnjem trenutku sa djelom koje je oboljeli izvršio.

9.6. Institucionalni položaj(i) oboljelih

Drugi značajan segment statusa oboljelih smo opisno nazvali institucionalni položaj. Razlog zbog kojeg smo ga imenovali na ovaj način, leži u činjenici da smo unutar njega opisivali različite položaje koje oboljeli zauzimaju u instituciji. Najprije smo opisali njegove pretpostavljene komponente, a potom smo ih saželi u tzv. indeks položaja i predstavili kvalitativno. Među indikatore institucionalnog položaja smo uvrstili prakse svakodnevnog življenja u SZB, koje je bilo moguće ekstrahovati iz dosijea. Riječ je o različitim vidovima tretmana: grupnoj, rekreaciono-okupacionoj i radnoj terapiji, koje su dostupne oboljelima, te o korišćenju formalno ponuđenih opcija za provođenje vremena (izlazak u park preko ljeta, i šetnja u *bunkeru*⁸²). Takođe, institucionalni položaj oboljelih smo opisali analizirajući preduslove za dobijanje posebnih prava: izlaza u grad, na vikend i godišnji odmor. Konačno, o institucionalnom položaju oboljelih sa svoje strane govore pravno-medicinski preduslovi za prekid mjere bezbjednosti, o kojima smo saznali iz dosijea, kao i one varijable koje smo nazvali posredujućim, a za koje smo pretpostavili da u nekoj mjeri određuju status oboljelog u okviru institucije. Posebnije, riječ je o dijagnozi, izvršenom djelu, te dužini boravka u instituciji.

9.6.1. Svakodnevnica: šta nudi formalni sistem?

Sliku o tome kako izgleda svakodnevnica štićenika SZB, rekonstruisali smo na osnovu formalno ponuđenih sadržaja koji stoje na raspolaganju oboljelima. Riječ je o korišćenju mogućnosti da se učestvuje u različitim vidovima socioterapije, uključujući i grupnu psihoterapiju koja je organizovana kao neka vrsta polu-formalnog tretmana. Ponudene opcije nisu svima dostupne. Njih mogu da koriste oni *zdraviji*, i naravno oni koji su svrstani u grupe sa posebnim pravima (II i III grupa).

Kada je riječ o okupacionoj i grupnoj terapiji, njih bi trebali da koriste svi. Naravno, sama priroda terapijskog rada opet podrazumijeva da se iz njega isključuju

⁸² Riječ je o unutrašnjem dvorištu zgrade Centralnog zatvora iz kojeg se može vidjeti, kako to kaže M. S., samo nebo.

oni koji su u pogoršanju (osnovne bolesti). S druge strane, budući da ni jedna od ovih opcija nije formalno gledano obavezna, pacijenti sami biraju kako će organizovati svoje vrijeme. Tako neke segmente socioterapije oboljeli rado prihvataju, dok su im drugi uglavnom neprihvatljivi. Na primjer, radije koriste opciju izlaska van odjeljenja (u krug zatvora, tzv. park i u bunker), a naročito izlazak u grad sa terapeutom (na deset sati), dok s druge strane opcije kakve su radna i okupaciona terapija, nisu toliko primamljive. Pronašli smo da je tek nešto više od 13% oboljelih prisustvovalo/prisustvuje rekreativno-okupacionoj terapiji (koja se obavlja na odjeljenju). Izlazak van prostorija bolnice kao jedan od vidova ove terapije, češće koriste. Riječ je o izlasku u park, koji kao opcija postoji preko radne nedelje u trajanju od dva sata. Ova vrsta rekreaciono-okupacionog tretmana je dostupna samo onda kada to dozvoljavaju vremenske prilike i godišnja doba (od proljeća do jeseni), a koristi je 53 oboljelih, od kojih neki i uz druge opcije tretmana.

Grupna psihoterapija je nešto manje posjećena (od strane 22 ili 9.4% oboljelih), ali odmah moramo podvući da je ulazak na grupu omeđen brojnim ograničenjima. Na primjer, na A i B odjeljenju SZB postoji samo jedan grupni terapeut, koji pored ovog neformalnog zaduženja, obavlja i svoje formalne zadatke, uključujući i individualnu psihoterapiju sa pacijentima. Odatle ne postoji mogućnost za formiranje većeg broja grupa (izuzev jedne), a u obzir treba uzeti i činjenicu da broj članova grupe mora biti dovoljno mali da bi terapija dala rezultate. Na kraju, moramo podvući da bi nalaze ipak trebalo prihvatiti s rezervom jer u dosijeima nismo pronašli podataka o uključenosti u socioterapijski i grupni tretman za oko 20% oboljelih. Jedno je sigurno: preko polovine njih (135 ili 57.7%) nije uključeno u bilo kakav vid socio ili psihoterapijskog rada.

Kada je riječ o dijagnostičkim kategorijama pronašli smo da su u socioterapijski rad procentualno gledano⁸³ najčešće uključeni oni sa paranoidnom shizofrenijom (50% slučajeva), koji su i ujedno najbrojniji rezidenti, dok su svi oboljeli od rezidualne shizorenije i oni sa graničnm poremećajem ličnosti van ovog vida tretmana. Takođe, valja kazati da se tretman značajno češće uključuju oni koji su u SZB proveli između jedne i osam godina ($\chi^2=63.573$, $p>0.05$).

Pitanje je kako ovi ljudi provode vrijeme ukoliko nisu uključeni u bilo kakav vid tretmana? Odgovor na njega smo dobili razgovarajući sa našim sagovornicima. Iz

⁸³ Iako ne i statistički $\chi^2=50.972$, $p>0.05$

razgovora sa njima došli smo do zaključka da je svakodnevnica monotona, jer adekvatan sadržaj da se ispuni dan - ne postoji. Ali šta kažu statistički podaci? Jedan od načina da se organizuje vrijeme je radno angažovanje (radna terapija). Svi imaju obavezu da održavaju higijenu na odjeljenju, ukoliko im to zdravstveno stanje dozvoljava. Ova *redarstva* se mogu ustupiti drugima, koji su voljni da za naknadu odrade ovaj posao. Takođe, osoblje u radne obaveze uvodi i one oboljele koji su u remisiji i koji za (novčanu) nagradu obavljaju neka zaduženja. Na primjer, održavaju red u trpezariji, iznose smeće, ili ribaju centralni hodnik za novac. Među oboljelima smo pronašli skoro polovinu (97 ili 41.5%) onih koji ne obavljaju (neplaćena) zaduženja i/ili ih delegiraju svojim kolegama plaćajući im za takvu vrstu usluge. Oko 20% svoje radne obaveze - redarstva uredno obavlja, isto toliko vrši plaćena zaduženja, a u dosijeima sedamnasetorice pronalazimo da rade za druge. Bolji uvid u svakodnevni život smo stekli analizirajući narative naših sagovornika, ali su i ovi statistički podaci, iako nepotpuni (nedostaju za oko 60 oboljelih) ukazali na osnovne odlike organizacije svakodnevnog života.

9.6.2. Resocijalizacija u spoljašnjoj sredini. Preduslovi za dobijanje privilegija

Da bi uopšte mogli da ostvare pravo da izađu van prostorija SZB, oboljeli moraju da ispune niz preduslova. Već smo ranije ukazali šta je *po slovu zakona* potrebno da bi se neko lice bilo kategorizovano u grupu sa posebnim pravima, kao što smo i osvijetlili osnovne pretpostavke da se ovakve privilegije koriste. Na ovom mjestu ćemo pokušati da damo odgovor na pitanje koje uslove je neophodno ispuniti da bi se ovakve privilegije stekle u institucionalnom miljeu. Odgovor na ovo pitanje smo potražili ne ranije pominjanom *Pravilniku*, već na empirijskom materijalu. Najprije smo izdvojili grupu oboljelih koji imaju ove posebne privilegije, a potom analizirali preduslove za dobijanje izlazaka u grad, na vikend i na odmor.

Najveći broj oboljelih dobija dozvolu za izlazak u grad (na deset sati) u toku prvih par (šest) godina boravka u SZB, najčešće tokom druge i treće godine trajanja mjere. Pretpostavili smo da je sa dobijanjem ove privilegije značajno povezana spremnost članova porodice na saradnju, za šta smo pronašli i statističku potvrdu. Tako se pokazalo da, što je saradnja porodice u liječenju učestalija, to oboljeli ranije dobijaju dozvolu za izlazak u grad ($\chi^2=92.931$, $p=0.000$).

Takođe, pronašli smo i statistički značajnu povezanost između dužine boravka u SZB i dobijanja dozvole za izlazak na vikend. Naime, najveći broj oboljelih dozvolu za izlazak na vikend dobija između četvrte i sedme godine boravka u bolnici, a nakon toga broj odobrenih dozvola opada. Na primjer, u toku šeste godine trajanja mjere dozvolu je dobilo šestoro oboljelih (2.6%), ali je nije dobio ni jedan od onih koji u ustanovi boravi duže od sedamnaest godina. Pokazalo se i da je značajno češće dozvola za izlazak na vikend odobrena onima koji su izvršili djela za koja možemo uslovno kazati da su *lakša*: laku tjelesnu povrijeđu ili pokušaj ubistva, u odnosu na one koji su izvršili višestruko ubistvo ili ubistvo ($\chi^2=31.833$, $p<0.05$). To govori u prilog uticaja opasnosti na procjenu i spremnost ljekara da preuzmu odgovornost za ponašanje oboljelih van njihovog direktnog nadzora.

S druge strane, a na naše iznenađenje, pokazalo se da između dijagnoze oboljelog i davanja dozvole za izlazak na vikend, nema značajne statističke korelacije (Cramer's $V=0.225$, $p>0.05$).

Konačno, čini se da je kategorizacija u treću grupu koja ima pravo na izlaske u grad, na vikend i na godišnji odmor, statistički značajno povezana sa kvalitetom saradnje sa članovima porodice ($\chi^2=38.755$, $p=0.000$). Drugim riječima, značajno češće se u grupi bez ovih posebnih prava nalaze upravo oni oboljeli sa kojima su članovi porodica prekinuli svaki kontakt.

Iz uočenog bismo mogli zaključiti da, iako dobijanje pojedinih prava ide ruku pod ruku sa poboljšanjem stanja mentalnog zdravlja, kategorizacija u *privilegovanu* grupu nije isključivo vezana za remisiju. Stiče se utisak da je izostanak saradnje porodice jedan od ključnih faktora koji onemogućava ostvarivanje određenih prava oboljelih, naročito ukoliko se izostanku porodične pridruži i nedostatak organizovane socijalne podrške.

Stvari slično stoje i kod *pisanja*⁸⁴ predloga za ukidanje mjere bezbjednosti. Naime, ovaj predlog *pišu* psihijatri i upućuju nadležnim sudovima, imajući u vidu na prvom mjestu stanje zdravlja oboljelog. Na primjer, pronašli smo da je od 234 rezidenta A i B odjeljenja SZB, tek jednoj četvrtini pisan predlog za ukidanje mjere, iako se znatno veći broj njih nalazi u remisiji bolesti. Najveći broj predloga je

⁸⁴ *Pisati* u žargonu rezidenata SZB-a označava slanje predloga za ukidanja mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja nadležnom sudu od strane ljekara. Uobičajeno pitanje koje se sreće, skoro bez izuzetka u decursusima svih oboljelih: "Doktorica/Doktore kada ćete mi pisati?"

nadležnim sudovima upućen samo jedanput (u 32 ili 13.7% slučajeva), a u slučaju dva oboljela predlozi su poslani četiri i više puta (Tabela 52.).

Tabela 52. Frekventnost pisanja predloga za ukidanje mjere obavaznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

Ukidanje mjere je predloženo	f	%
jednom	32	13.7
dva puta	16	6.8
tri puta	11	4.7
više od četiri puta	2	.9
nije predloženo	173	73.9
Ukupno	234	100

Interesantan je i sa prethodno uočenim saglasan nalaz o tome koliko su trajale mjere prije nego što je upućen predlog za prestanak njenog izvršenja. Naime, i statistički gledano značajno veći broj predloga za ukidanje mjere i za odobravanje posebnih prava, upućen je između šeste i osme godine boravka u bolnici ($\chi^2=52.888$, $p=0.01$, $C=0.429$). Takođe, čini se da postoji još jedan bitan faktor koji utiče na *pisanje* predloga za prekid mjere. Riječ je o spremnosti uže socijalne sredine da po eventualnom otpustu prihvati oboljelog. Tako smo pronašli da su za ona lica koja nemaju staratelja, psihijatri upućivali predlog za otpust značajno rijede u poređenju sa onima čiji staratelj je zakonski određen i koji se prihvatio brige o njima (Tabela 53.)

Tabela 53. Pisanje predloga za otpust lica na izdržavanju mb s obzirom na starateljstvo

Lice na izdržavanju mjere bezbjednosti ima staratelja	predloženo je ukidanje mjere		Ukupno	
	da	Ne		
da	f	39	47	86
	%	65	27	36.8
ne	f	21	108	129
	%	35	52	23.1
bez podataka	f		19	19
	%		10.9	8.1
Ukupno	f	60	174	234
	%	25.6	74.4	100

$$\chi^2=50.991, p=0.000, C=0.423$$

Konačno, kada je riječ o prekidu mjera, našli smo da je, od ukupnog broja onih za koje je nadležnim sudovima upućen takav prijedlog, samo 14 dobilo pozitivan odgovor. Svi ovi ljudi se, i pored odluke suda o prestanku izvršenja mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja, nalaze u SZB i to samo zbog jednog razloga: čekaju se na drugi vid institucionalnog smještaja (u specijalne domove). Upravo iz ovog razloga nadležni sudovi su odbili da odluče u korist prekida mjere u slučaju 28 oboljelih. Za 21 se smatra da su i dalje opasni po okolinu (zbog zdravstvenog stanja), te je predlog za njihov otpust takođe odbijen (Tabela 54.).

Tabela 54. Razlozi za dalji boravak u SZB

Trenutno stanje vezano za prekid m b	f	%
nije predloženo ukidanje	171	73.1
čeka smještaj	14	6
odbijen je zbog nemanja smještaja	28	12
odbijen je zbog zdravstvenog stanja	21	9
Ukupno	234	100

Kada smo ove razloge ukrstili sa izvršenim djelom i dijagnozom, došli smo do sljedećih nalaza. Naime, i pored toga što nema značajne povezanosti između odluke nadležnih sudova o predlogu za prekid mjere i dijagnoze mentalnog oboljenja ($\chi^2=37.304$, $p=0.924$, $C=0.371$), primjetili smo da predlozi o ukidnju mjere najčešće izostaju u slučaju onih čiji simptomi uključuju paranoidnost. Za prekid mjere se najčešće preporučuju lako mentalno ometeni, manično-depresivni i oni sa graničnim poremećajem ličnosti. Dalje, pokazalo se da postoji izrazito jaka statistička korelacija između odluke suda o predlogu za otpust i izvršenog djela ($p<0.05$, $C=0.512$). Tako sudovi u slučaju onih koji su izvršili *lakša* djela (laku tjelesnu povrijeđu, krađu, na primjer) značajno češće donose odluku o prekidu mjere bezbjednosti. Silovatelji i nasilnici su značajno češće u odnosu na ostale odbijeni od strane suda jer nemaju smještaja, a oni koji su izvršili teško ubistvo zbog zdravstvenog stanja u kome se nalaze.⁸⁵

⁸⁵ Iz navedenog, izgleda da sudovi u Srbiji i kod donošenja odluke o prekidu mjera bezbjednosti primjenjuju logiku vezanu za odlučivanje o kaznama, uzimajući u obzir težinu izvršenog djela.

9.6.3. Institucionalni položaj oboljelih: iz perspektive čuvara

Posebno važnu perspektivu za razumijevanje institucionalnog položaja oboljelih samo dobili iz razgovora sa komandirima. Prvobitno, razgovor sa njima je zamišljen u formi polustrukturisanog intervjua. Ipak, na terenu se pokazalo da je prisustvo zainteresovanog i nadasve radoznalog istraživača, uticalo da se razgovor protegne i na teme šire od onih koje smo prvobitno imali na umu. Zahvaljujući tome stekli smo sliku o relacijama između ova dva uslovno nazvana svijeta: *čuvara i zatočenika*, kao i o težini položaja koje u okviru institucije zauzimaju. Zapisujući sve o čemu smo pričali, dobili smo dovoljno materijala na kojemu smo zasnovali narativnu analizu ovih priča. Od namjeravane kvantitativne analize smo odustali, jer ona ne bi imala metodološkog osnova, budući da je obuhvat sagovornika bio relativno mali.

Tokom boravka u SZB smo razgovarali sa 14 komandira. Od toga broja četiri su ženskog, a ostali su muškog pola. Žene su zadužene isključivo za nadzor nad ženskim odjeljenjem, ali se u pogledu dužnosti koje obavljaju ne razlikuju od muških kolega. Kako sami kažu njihov posao se sastoji od: održavanja reda u blokovima, brige o bezbjednosti osoblja, prebrojavanja pacijenata. Jedan od komandira kaže da rade sve: obilaze, broje, vezuju, primoravaju na terapiju. Ironično dodaje: “Jedino što ne čistimo hodnik!” Svi osim jednog komandira⁸⁶, svoj posao opisuju kao izuzetno težak. Dva su osnovna uzroka koja njihov posao čine teškim: organizacioni nivo posla i populacija sa kojom rade. Kada je riječ o organizacionom nivou posla samo dvojici komandirima teško pada raspored smjena (24 sata rade, zatim imaju pauzu od 12 sati, a potom rade noćnu smjenu), obim posla i manjak ljudi. Tako pronalazimo da na 280 oboljelih koliko ih na jednom bloku, dolazi po troje ili čak dvoje komandira. Drugi, među kojima i četiri komandirke sa kojima smo razgovarali, navode da im je posao težak zbog populacije i prostora u kome rade.

Iz odgovora se može prepoznati i jedan potencijalni rizik za zaposlene komandire, a to je sindrom sagorjevanja. Tako jedna od komandirki⁸⁷ kaže: “Sve mi pada teško. Pogled na rešetke, na njih. Ujutro da ustanem, atmosfera među radnicima. Istrošena sam, nemam motivacije...” Zapravo, “... sve ono što gledamo” njihov posao

⁸⁶ Riječ je o mladiću starom 21 godinu, koji u SZB radi devet mjeseci. Pretpostavljamo da njegov stav da posao nije težak može biti objašnjen tome što je na ovom radnom mjestu proveo kratko vrijeme i što u nemanju drugog izbora posla, ovaj promovirao kao poželjan.

⁸⁷ Koja, uzgred rečeno, ima četvorogodišnje dijete.

čini teškim. To najbolje ilustruje priča jednog od starijih komandira (koji se nada da će uskoro biti penzionisan). On za posao kaže da je naročito psihološki iscrpljujući: "... jer su sobe stalno otvorene. Desi se da uđeš u kupatilo da se obesio na vratima, baš u mojoj smeni. Ima dosta stvari da gledaš i kako idu goli i bos, jedu iz pomija. Jedan se udavio hranom. Alav je, halapljiv i udavio se, ne jede kao normalan svet. Svašta ima da vidiš. U zatvoru je druga priča”.

S druge strane, pronalazimo da najveći broj zaposlenih posao ne bi mijenjali i pored toga što je težak (njih 10). Zapravo, posao bi mijenjale sve četiri komandirke i samo jedan od komandira. Najotvorenija među njima kaže: “Veoma rado! Istog momenta!” I dalje objašnjava da nema motiva za rad. “Ranije su postojale beneficije: duži godišnji odmori, raniji odlazak u penziju, viša plata... Danas toga nema. Očajno ... ogorčena sam ... svega mi je dosta”. Druga kazuje da joj je posao “odvratn” i da joj “sve teško pada i radno vreme i pacijenti”. Njihov kolega kaže da bi: “... posao menjao kada bi našao nešto bolje, jer je plata mala, mnogo su loši uslovi za rad, psihički umor je veliki. Za sve što urade mi smo krivi, svi kukaju na nas, a kad zagusti mi smo prvi. Niko nas ništa ne pita, a mi uvek naj...mo”.

Oni koji kažu da posao ne bi mijenjali kao primarni razlog navode kakvu takvu materijalnu sigurnosti jer: 1. *je teško naći drugi posao, a ipak se prima neka plata* (šestoro); 2. *sada je kasno da mijenja, sigurna je plata, a i nada se penziji* (dva); 3. *još malo pa će u penziju* (dva).

Stiče se utisak da komandiri gaje osjećanje osujećenosti i izolovanosti unutar institucije u kojoj su zaposleni. Tako svi oni, uz izuzetak mladića koji je posljednji zaposlen u ovoj službi, odgovaraju da se njihov posao ne vrijednuje. Ilustrativan je sljedeći odgovor, koji čini se najrječitije opisuje položaj ovih ljudi unutar SZB, i šire van ove institucije (i ne samo njihov). On kaže: “Koga je briga za nas. Ko je došao da pogleda u kakvim uslovima radimo? Možemo dobiti svakojaku bolest, nismo zaštićeni, bar za hepatitis. Čovek može u svakom sekundu da naj..e i od bolesti i od pacijenata. Sa platom koju mi imamo teško možemo da preživimo ... Teško se razume naš položaj. Svi se prave ljudi da ne razumeju”.

Jedan važan aspekt njihovog posla je osjećanje ugroženosti i izloženost verbalnim i fizičkim napadima. Od svih komandira i komandirki sa kojima smo razgovarali, samo jedna ističe da se ne osjeća fizički ugroženom i pobliže objašnjava svoj odgovor. Veli: “Misliš neće (da te udari)”! Među ostalim je daleko raširenije osjećanje povremene (sedam) i stalne ugroženosti (u šest slučajeva). Jedan od

komandira kaže da svako ko uđe u blok mora da se oseća ugroženim. Drugi odgovor pojašnjava ovako: “Bio bi lud onaj ko se ne bi bojao, ali to ne sme da se pokaže”.

Takođe, iz odgovora saznajemo da su komandiri u većini slučajeva izloženi svakodnevno verbalnim napadima pacijenata (u deset slučajeva). Samo jedan od njih (mladić sa najkraćim radnim stažom) ističe da nikad do sada nije verbalno napadnut. Stiče se utisak da je najveći broj komandira napadnut i fizički (osim četiri komandirice i dvojice komadira). “Komandiri često dobijaju batine, ali je takav posao. U suštini moraš da se nadaš tome”.

Jedan od komandira objašnjava da su napadi ranije bili učestaliji. Veli: “... dok nije bilo lekova pod sankcijama. Tad su bili češće u pogoršanju nego sad. Sad su pokriveni terapijom i mirniji, a i sad kad neko krije lekove otkaçi i dođe u pogoršanje”. Drugi objašnjava da je jedan od glavnih razloga za učestale napade taj što u blok ulaze sami. “Pozoveš kolegu da *bude na rešetku*, a u 90% slučajeva ideš sam. Ne treba da se ide sam, zato što treba neko da brine o tebi. Dešava se da napadnu i sestru i obezbeđenje. Neko sačeka da završi tuča kada se potuku međusobno, ali je naša obaveza da uđemo”.

Pored evidentnih osjećanja izolovanosti i nerazumijevanja na institucionalnom nivou na jednoj strani, i realne ugroženosti s druge, naši sagovornici ispoljavaju i zavidnu dozu empatije naspram svojih štićenika. Tako upitani za mišljenje *Šta oboljelima pada teško?*, naši sagovornici - komandiri prepoznaju realne probleme oboljelih: nemanje porodične podrške i/ili nemanje slobode (šestoro), nemanje prihvata (dvoje), nemanje cigara (jedan). Četvoro odgovaraju da ne razmišljaju o tome, a jedan navodi da ih: “... ima ludih da ne znaju ništa“ (da im ne nedostaje ništa). Ako se zadržimo samo na semantičkim odlikama odgovora, u njima prepoznavamo da je najzastupljenija jedna ključna riječ: *nemanje*! U značenjskom smislu *nemanje* neosporno upućuje na prepoznavanje deprivacija: slobode, poželjnih materijalnih dobara (cigareta, koje su kao i u zatvorima, i u SZB, posebno važno platežno sredstvo), porodične podrške, i šireg društvenog položaja (prihvat). Takođe, pronalazimo i one koji kažu da ne razmišljaju o tome šta teško pada oboljelima. Naša je pretpostavka da se razvijanjem stava koji smo samo uslovno nazvali indolentnim, komandiri zapravo pokušavaju isključiti iz turobne radne svakodnevice koja ih nesumnjivo lično pogađa. U prilog ovoj tezi može da govori još jedan nalaz: da su ovakve odgovore davali komandiri koji rade kraće vrijeme u SZB (od jedne do tri godine). U kategoriju racionalnih odgovora spada i onaj da ih ima ludih toliko da ne

znaju gdje su, a za koje vjerujemo da takođe ulaze u indolentne, čija je funkcija zaštitna.

Empatičnost i realni uvidi u životne šanse oboljelih pruža analiza odgovora komandira i komandirki o tome da li je resocijalizacija pacijenata po izlasku iz SZB moguća. Pokazalo se da najveći broj njih (čak 12) smatra da resocijalizacija ne može da bude uspješna, dok samo dvojica ističu da to zavisi od ličnosti oboljelog (jedan odgovor) i od porodičnog prihvata (jedan odgovor). Zapravo, upitani koje okolnosti bi mogle da doprinesu da se oboljeli resocijalizuju u spoljašnjoj sredini, svi naši sagovornici na prvo mjesto stavljaju porodični prihvata, a odmah potom najveći broj njih (desetero) ukazuje na njegov izostanak. Veoma je ilustrativan odgovor jedne od rječitijih sagovornica koja objašnjava zbog čega izostaje porodični prihvata. Ona kaže: “Krizna je, haos je i napolju, nezadovoljstvo i depresija. Još ti fali neko bolestan da misliš o njemu. Teško je...” Ostali odgovori se tiču institucionalne podrške i kontrole. Komandiri tako vele da izostanak: medicinske brige (na primjer “... da se malo više vodi računa o njima u medicinskom smislu”, “... treba više pažnje doktora”, “... javljanje lekarima na vreme”, “... da se ne koristi alkohol, jer se posle svašta desi, svašta im padne na um, kao što se dešavalo kada odu na vikend”) dužinu trajanja mjere (“kada bi bili kraće ovde”) i (loše) materijalno stanje, nužno vode ka neuspjehu resocijalizacije.

Kada je riječ o percepciji štićenika kao opasnih, pokazalo se da komandiri u većini (osmero njih) smatraju da su oboljeli izuzetno opasni. Jedan od komandira tako navodi primjer mladića koji je, na veliko insistiranje majke, bio otpušten. Nakon toga je majku zaklao. Dvojica misle da su svi uglavnom opasni (uz izuzetak, kako kaže jedan od njih, “... onih koji su ovde za sitnice”), a četvoro smatra da su takvi samo neki od oboljelih.

Takođe, najveći broj komandira i komandirki (osam) ističu da to da li će i u budućnosti oboljeli biti opasan, nije moguće predvidjeti. Jedan komandir se pita: “Čim je to uradio jedan put, što ne bi i drugi?”. Drugi svoju skepsu pojašnjava time što: “... njihov um može da se pomuti na trenutak, a to ne može da se predvidi”. Treći sumnja da se bilo ko može izlječiti i kaže: “... bude miran 15 godina, a 16-te ponovo nekog ubije”. Jedan od komandira dozvoljava da je predikcija moguća iako samo u nekim slučajevima, ali svoj odgovor ne pojašnjava. Petoro ističe da je predvidjeti opasno ponašanje u budućnosti sigurno moguće. Dalje, samo dvojica od njih obrazlažu da je predviđanje ponašanja moguće na osnovu posmatranja u SZB.

Takođe, podvlače da se predviđanje treba zasnivati na posmatranju ponašanja u bolnici i jasno ističu da ta odgovornost pripada ljekarima. Jedan od komandira dodaje da oboljelima nije lako u *spoljašnjem svetu*.

O položaju koji oboljeli zauzimaju u ustanovi posredno govori i stav komandira o tome da li bi trebali da budu kažnjeni ili liječeni? Pokazalo se da najveći broj komandira (deset) smatra da bi oboljelima, uz mjeru, trebala biti izrečena i vremenski određena kazna zatvora jer za svoja djela trebaju da budu kažnjeni. Jedan od komandira svoj stav ovako objašnjava. Veli da su se neki od štićenika SZB tu našli, iako nisu bili neuračunljivi, i to "... zbog šupljih sudskih veštaka, suda i svega ostalog, pa za ubistvo za tri godine bude napolju, a za ovo delo bi dobio zatvor od 15 godina. Dosta takvih ljudi ima ovde". Drugi komandir smatra da bi nadležno trebalo biti Ministarstvo pravde, a ne ljekari i navodi primjer čovjeka koji je proglašen za neuračunljivog zbog toga što je ubio trudnicu i zapalio stan. Pod sumnjom stavlja njegovu neuračunljivost jer je otvorio prozor da se ne uguši u zapaljenom stanu. Ostali (četvoro) smatraju da su ovi ljudi bolesni i da trebaju da se liječe, a ne da idu u zatvor.

Na osnovu ovih odgovora ima osnova da se razmišlja o tome da komandiri smatraju da su oboljeli višestruko povlašćeni: i u smislu krivične odgovornosti i u pogledu statusa unutar ustanove. Tako su oboljelima (ne)formalno data prava koja uključuju: 1. veću slobodu kretanja (pravo na dužu šetnju, izlaske na 10 sati, vikende, nisu zaključani već mogu da šetaju po bloku) koja je vezana za njihov 2. poseban bolesnički status ("računa se kao bolnica") i 3. posebna prava koji taj status podrazumijeva (svake nedelje paket, svi imaju TV, DVD, kompjuter po neko). S druge strane, u susretu sa ovakvim *privilegovanim* statusom oboljelih, skoro svi komandiri prepoznaju nemoć svoje službe (dvanaest). To najbolje ilustruje kazivanje jednog od njih. On primjećuje da su oboljeli: "... zaštićeni kao beli medvedi". To je i jedan od razloga zbog kojeg je komandirima vršenje njihovog dijela posla otežano. Tako su im uskraćeni načini na koje bi mogli (?) da zaštite druge i sebe od nekih oboljelih, na prvom mjestu korišćenje fizičke prisile. "Ne smeš da upotrebiš palicu, a doktori se vade da su bolesni. Ima ljudi koji znaju da im ne smeš ništa, jer je svestan, kao što se milion puta dešavalo". Takođe, ovakvo oduzimanje prava na *disciplinovanje* pacijenata se direktno reflektuje na položaj samih komandira. Pacijenti nisu isključivo bolesni, već i manipulativni i od njih je: "... normalno da te iskoriste i da te ponize. Mi gledamo da sve radimo da bude po pravilu".

Oboljeli se komandirima obraćaju u slučajevima kada im nešto treba, na primjer, da traže cigarete. “Traži da mu nabaviš cigare, a nema šanse da se nabave. Posle par sekundi te pita ponovno, čitav dan te smara. Da ga biješ nije za *bice*, da ga teraš u sobu ne možeš”. Daleko rijedi razlog iz kojeg im se obraćaju jeste “drukanje”. „Drukare“ nisu omiljene ni kod komandira niti kod oboljelih. Fizičko razračunavanje rijetko kad prijavljuju. Krađa se često dešava, ali kradljivac obično ne bude otkriven, jer niko neće da ga oda. Kada prijavljuju jedni druge, pacijenti to najčešće čine upravo zbog krađe, ili ako je neko sakrio terapiju ili se kocka.

Po mišljenju komandira pacijenti se često žale na njih. “Izmišljaju svašta, to je kod njih kao dobar dan. Unutar blokova kockaju: u kafu, cigare, telefonske kartice. Iako postoji video nadzor nad blokom (i nad komandirima) gledaju da se što manje vide. Ako nekog udariš zovu, zašto si ga udario. Bolje - ne vidiš i doviđenja”.

Jedan od uzroka ovakvog načina ponašanja oboljelih leži, smatra većina komandira, u činjenici da pacijenti imaju brojne privilegije naročito u odnosu na zatvorenike. Takođe, većina komandira (uz izuzetak dvoje) smatra da postojanje takvih privilegija nije opravdano jer je “... i ono zatvor, a ne civilna bolnica, i niko ovde nije došao za džaba”. Dvoje komandira koji smatraju da su posebna prava pacijenata opravdana, svoj krajnje empatični stav objašnjavaju time da su uslovi života toliko teški, da bi uskraćivanje prava doprinijelo još gorem stanju.

Razmišljajući o ovim odgovorima stekli smo utisak da teza o njegovanju neprijateljskog stereotipa između svijeta utočenika i osoblja (Gofman, 2011), barem kada su u pitanju naši sagovornici - komandiri, ne stoji u potpunosti. Iako je prostor u kojem se ova dva svijeta sastaju zvaničan, među njima nema izrazito antagonističkih stereotipa. Umjesto njih, na djelu je svojevrsna empatija, koja čini mogućom sagledavanje različitih interesa ovih dviju grupacija kao razumljivih i prihvatljivih, sve do prostora u kojem se direktno sukobljavaju odnosno ugrožavaju prava i slobode jednih i drugih.

Na kraju, kada smo komandire pozvali da razmisle imali li kakvih sličnosti između njihovih štićenika i drugih ljudi, dobili smo zaista interesantne nalaze. Uslovno nazvane sličnosti smo smjestili u pozitivne (sedam odgovora), neutralne (jedan odgovor) i negativne (šest odgovora). Sudeći po dogovorima komandira oboljeli sa drugim ljudima dijele pozitivna: ljudska osjećanja (“dobri su kao i normalni ljudi”, “sigurno imaju neku dobru osobinu”; “poverenje”), ljudske potrebe (“i oni vole da se priča sa njima”, “pitaš ga: kako si, čuješ se sa svojimima? Kad ima

neki problem kada ga saslušаш ko da si mu pomogo”) i ljudsko ponašanje (“poznaju kulturu, rad, posao, znaju da pričaju”). Odgovor jednog od komandira koji je siguran da sličnosti postoje, ali ne i o kakvim se sličnostima radi, smo prepoznali kao neutralan, dok su među negativne zajedničke karakteristike ubrojene sljedeće: upadljivo ponašanje (“sve češće viđam ljude koji idu sami i pričaju sa sobom”, “dekoncentrisani su”, “svi su u svom svetu”), ludilo (“ima ludih i napolju, samo bez krivičnih dela”) i bolesti zavisnosti (“alkoholizam, narkomanija”).

9.7. Prilog za tipologiju oboljelih

Odgovor na pitanje: da li se može govoriti o različitim profilima neuračunljivih, zasnovali smo na sociološkoj (uslovno nazvanoj) tipologiji, o čemu je već bilo riječi. U analizu smo uvrstili niz varijabli koje smo grupisali prema obilježjima tih lica i podjelili ih na: a) lične ili antropološke, b) porodične i c) one koje uslovno možemo nazvati socijalnopatološkim (obuhvataju dve grupe varijabli: kriminalni recidivizam i ličnu i porodičnu istoriju bolesti). Koristeći logističku regresiju, provjeravali smo kolika je prediktivna moć ovih varijabli da objasne zavisnu – sasvim određeno KDOS. Na taj način smo mogli da uočimo razlike i sličnosti između izvršioca različitih dijela, i na osnovu toga odgovorimo i na gore postavljeno pitanje. Analiza je tekla u nekoliko koraka. U prvom smo mjerili kolika je moć svake od nezavisnih varijabli ponaosob da objasni određeni ishod (KDOS). U drugom koraku smo provjeravali prediktivnu moć nezavisnih grupisanih po obilježjima, a potom smo u jedan model uvrstili sve one varijable koje su se pokazale značajno prediktivnim u prethodnim koracima. Na taj način smo dobili ukupno pet modela.

U **prvi model** smo uvrstili lične varijable kao nezavisne. Riječ je o: redu rođenja, obrazovanju, zanimanju i bračnom stanju. Uzev pojedinačno i u okviru pripadajuće grupe, ni jedna od nezavisnih varijabli nije imala statistički gledano značajnu prediktivnu moć kada je riječ o ubistvu⁸⁸ (Tabela 55. u Prilogu). Ipak, pokazalo se da su neke od varijabli prediktivne u slučaju drugih KDOS.⁸⁹ Tako se

88U tabelama smo prikazali sve rezultate isključivo za ubistvo, budući da je ovo djelo izvršio najveći broj oboljelih.

89 Nalaze logističke regresije navodimo redom: varijable mogu da objasne od 4.3% (R^2 Cox i Snela) do 9.3% (R^2 Nagelkerka) varijanse pokušaja ubistva. Vrijednosti za: nasilje u porodici $R^2=0.021-0.44$,

značajno prediktivnom za pokušaj ubistva ($\beta=1.282$, Wald=4.503, $p<0.05$), kao i za nasilje u porodici ($\beta=1.173$, Wald=3.992, $p<0.05$) pokazala nezavisna: bio/la u braku. U poređenju sa onima koji nisu zasnovali bračnu zajednicu veća je vjerovatnoća da će oženjeni/udate pokušati nekog da ubiju i izvrše nasilje u porodici. Uzev u obzir ovaj nalaz možemo se pitati o tome ko su žrtve oboljelih. Uz pretpostavku da je riječ o njihovim partnerima/kama, značaj koji zasnivanje bračne zajednice ima u vršenju navedenih KDOS postaje više nego jasan. Za imovinski kriminalitet se visoko prediktivnom pokazala nezavisna: obrazovanje. U poređenju sa onima bez, i sa završenom osnovnom školom, imovinskom kriminalitetu će u značajno manjoj mjeri naginjati oni sa srednjoškolskim obrazovanjem ($\beta=-1.706$, Wald=4.196, $p<0.05$). Za pretpostaviti je da je za one najmanje obrazovane, vršenje djela imovinskog karaktera jedan od dostupnih načina za obezbjeđivanje sredstava za život.

U **drugi model** smo uvrstili varijable koje smo nazvali porodičnim. Riječ je o sljedećim nezavisnim: porodičnoj funkcionalnosti, razvodu roditelja i kvalitetu relacija između svakog od roditelja ponaosob i oboljelog. Ni jedna od nezavisnih varijabli se nije pokazala značano prediktivnom u slučaju većine posmatranih KDOS⁹⁰, uključujući i ubistvo (Tabela 56. u Prilogu). Jedini izuzetak su: pokušaj ubistva ($\beta=1.776$, Wald=4.355, $p<0.05$), nanošenje (lakih i teških) tjelesnih povrijeđa, nasilje u porodici ($\beta=2.061$, Wald=4.037, $p<0.05$). Tako je vjerovatnije da će oboljeli pokušati da izvrši ubistvo ukoliko je njegov odnos prema majci ambivalentan. Pretpostavka je da su majke u ovim slučajevima i žrtve. Ako otac ispoljava agresivnost naspram oboljelog veća je vjerovatnoća da će on nanijeti tjelesne povrijeđe nekom van porodičnog kruga ($\beta=3.723$, Wald=4.322, $p<0.05$). Hipotetički, ovaj nalaz bi se mogao interpretirati u svjetlu pomjeranja agresivnosti od porodičnog kruga u kome je oboljeli vjerovatna (i nemoćna) žrtva, ka spolja. Konačno, kada je riječ o nasilju u porodici, kao značajno prediktivna se izdvojila nezavisna koja se opet tiče odnosa oca prema oboljelom. Tako je vjerovatnoća da će oboljeli izvršiti ovo KDOS viša, ukoliko je kontakt sa ocem prekinut ($\beta=1.026$, Wald=4.032, $p<0.05$). Pretpostavljamo da će je agresivnost oboljelog u ovim slučajevima okrenuta prema

silovanje $R^2=0.068-0.522$, imovinski kriminalitet $R^2=0.084-0.260$, napad na službeno lice $R^2=0.029-0.153$, izazivanje opšte opasnosti $R^2=0.060-0.115$. Alfa je u slučaj svih navedenih modela >0.05 .
90Vrijednosti analize, uz alfa >0.05 za sve zavisne varijable iznose: za pokušaj ubistva $R^2=0.076-0.285$, silovanje $R^2=0.081-0.403$, imovinski kriminalitet $R^2=0.081-0.403$, napad na službeno lice $R^2=0.129-0.638$, izazivanje opšte opasnosti $R^2=0.168-0.361$, nanošenje (lakih i teških) tjelesnih povrijeđa $R^2=0.260-0.647$.

majkama, koje nema ko da štiti. Valja kazati i da je ukupna moć ovog modela da objasni varijansu nasilja u porodici relativno visoka ($R^2=0.169-0.293$).

U **treći model** smo kao nezavisne uvrstili varijable koje se odnose na kriminalni recidivizam i specijalni povrat oboljelih (Tabela 57. u Prilogu). Pokazalo se da ni jedna od nezavisnih varijabli ne može u statistički značajnoj mjeri da objasni varijansu ubistva ($R^2=0.081-0.110$, $p<0.05$). Slično stari stoje i kada je riječ o ostalim KDOS,⁹¹ uz izuzetak zavisne zavisne „izazivanje opšte opasnosti“ koju može da objasni (u relativno niskom procentu) nezavisna: ranije nije krivično sankcionisan ($\beta=-0.179$, Wald=4.174, $p<0.05$). Naime, u poređenju sa recidivistima, manje je vjerovatno da će oni koji nisu prethodno krivično sankcionisani, vršiti KDOS *izazivanje opšte opasnosti*.

U **četvrti model** smo uvrstili nezavisne varijable koje se odnose na lični i porodični istorijat bolesti i liječenja (prisilne hospitalizacije i samoliječenja) oboljelog. Kada je riječ o ubistvu, pokazalo se da su pojedinačno posmatrane varijable: dijagnoza, tip liječenja i upotreba psihoaktivnih supstanci, značajno prediktivne (Tabela 58. u Prilogu). U poređenju sa oboljelima od shizofrenije, vjerovatnoća da izvrše ubistvo je u statističkom smislu značajno manja ukoliko su lako mentalno ometeni, zavisni od alkohola ili boluju od psihoorganskog sindroma. Takođe, izvjesnije je da će ubistvo izvršiti oni koji nisu liječeni i koji nisu liječeni prisilno, u odnosu na prisilno hospitalizovane. Istovremena upotreba psihoaktivnih supstanci (alkohola i droge) je značajan prediktor ubistva. Na kraju, kada smo u isti model uvrstili sve varijable iz grupe: lični i porodični istorijat liječenja i bolesti uz sve pobrojane, kao značajno prediktivna se izdvojila i dijagnoza: alkoholizam. Generalno, možemo kazati da vjerovatnoća da će neko izvršiti ubistvo opada ukoliko je on lako mentalno ometen, ako boluje od psihoorganskog sindroma ili alkoholizma, ukoliko je liječen prisilno. te ako upotrebljava i alkohol i narkotike istovremeno. Moramo podvući i da je prediktivna moć ovog modela u odnosu na moć pobrojanih pojedinačnih varijabli posmatranih van njega, znatno veća. Model ima moć da objasni između 18 i 24.9% varijanse ubistva.

91 Vrijednosti za: pokušaj ubistva $R^2=0.081-0.110$, nasilje u porodici: $R^2=0.024-0.050$, tjelesne povrijede: $R^2=0.014-0.039$, imovinski kriminalitet $R^2=0.109-0.324$, silovanje: $R^2=0.003-0.021$, napad na službeno lice: $R^2=0.005-0.024$. Alfa >0.05 .

Kada je riječ o ostalim KDOS⁹², pronašli smo da je za nanošenje teških tjelesnih povrijeđa visko prediktivan hereditet ($\beta=-1.84$, Wald=6.537, $p<0.05$). Tako vjerovatnoća da će oboljeli drugom licu nanijeti tjelesne povrijeđe opada ukoliko u njegovoj porodici neko od članova boluje od mentalnog poremećaja. Da li se ovaj nalaz može objasniti učenjem neke vrste tolerancije unutar porodičnog kruga naspram upadljivog i/ili izazivačkog ponašanja drugih? U nedostatku dokaza koji bi ovu tezu mogli potvrditi, ista ostaje u domenu – pretpostavke. Nasilje u porodici statistički gledano značajno prediktuju dvije nezavisne: istovremeno konzumiranje alkohola i narkotika ($\beta=1.570$, Wald=5.34, $p<0.05$) i istorijat liječenja oboljelog ($\beta=-2.77$, Wald=5.269, $p<0.05$). Vjerovatnoća da će oboljeli izvršiti nasilje u porodici raste ukoliko istovremeno upotrebljava narkotike i alkohol, te ukoliko je (prisilno) liječen. Ovaj nalaz je lako razumljiv ako u obzir uzmemo da su članovi porodica najčešće oni koji iniciraju prisilnu hospitalizaciju, na koju oboljeli gledaju kao na vrstu ataka na sebe od strane bližnjih i prema njima ispoljavaju nasilje (koje je opet, sa svoje strane najčešći okidač za prisilno liječenje). Valja kazati i da je pomoću ovog modela moguće objasniti od 8.9 do 18.4% varijanse nasilja u porodici. Za imovinski kriminalitet se kao visko prediktivna pokazala dijagnoza manično-depresivne psihoze ($\beta=2.277$, Wald=4.833, $p<0.05$) i laka mentalna ometenost ($\beta=3.189$, Wald=12.62, $p<0.05$). Drugačije kazano, imovinskom kriminalitetu su u poređenju sa oboljelima od shizofrenije skloniji oni koji boluju od manično-depresivne psihoze (pretpostavljamo – u maničnoj fazi), kao i lako mentalno ometeni, koji su više nego vjerovatno upadljivi kada je riječ o vršenju ovih djela.⁹³ Laka mentalna ometenost se pokazala značajno prediktivnom i kada je u pitanju KDOS izazivanje opšte opasnosti ($\beta=1.744$, Wald= 0.802, $p<0.05$). Drugačije kazano, značajno je veća vjerovatnoća da će u poređenju sa oboljelima od shizofrenije, lako mentalno ometeni izvršiti ovo KDOS.

U **peti** integrativni **model** smo uvrstili sve one nezavisne koje su se pokazale u ranijim modelim značajno prediktivnima. Riječ je o: sociodemografskim odlikama oboljelih (obrazovanje, bračno stanje), porodičnim (odlike relacija oca prema oboljelom i oboljelog prema majci) i uslovno nazvanim sociopatološkim varijablama

⁹² Vrijednosti R^2 za posmatrana KDOS, uz alfa >0.05 iznose: za pokušaj ubistva $R^2=0.096-0.213$, nanošenje tjelesnih povrijeđa $R^2=0.097-0.260$, nasilje u porodici $R^2=0.089-0.184$, silovanje $R^2=0.056-0.425$, imovinski kriminalitet $R^2=0.067-0.196$, izazivanje opšte opasnosti $R^2=0.086-0.166$, napad na službeno lice silovanje $R^2=0.050-0.308$.

⁹³ Složićemo se sa Kapamadžijom (1974) da lako mentalno ometenima manjka sposobnost planiranja i prikrivanja djela.

(hereditet, dijagnoza, obilježja liječenja oboljelog, konzumacija PAS, recidivizam). Iz modela smo, zbog toga što se nisu pokazale statistički značajnima u potpunosti izostavili neke od varijabli iz II modela, kao i nezavisne vezane za specijalni povrat, te vrste djela zbog kojih je ranije izrečena mjera bezbjednosti.

Uzev zajedno, ovaj uslovno nazvani integrativni model se pokazao značajno prediktivnim kada je riječ nekoliko KDOS⁹⁴ ubistvu ($R^2=0.282-0.382$, $p>0.05$), pokušaju ubistva ($R^2=0.244-0.606$, $p>0.05$), nasilju u porodici ($R^2=0.210-0.387$, $p<0.05$) i izazivanju opšte opasnosti ($R^2=0.251-0.548$, $p>0.05$).

Kada je riječ o ubistvu, prediktivnima su se pokazale dvije varijable: odnos oca prema oboljelom i istorijat liječenja (Tabela 59. u Prilogu). Tako vjerovatnoća da će oboljeli izvršiti ubistvo raste ukoliko je njegov otac agresivan, naročito ukoliko ga uporedimo sa onim emotivno toplim očevima, te ako oboljeli uopšte nije psihijatrijski liječen. Podsjećamo, i u prethodom II modelu smo pronašli da je upravo nezavisna: istorijat liječenja, značajno prediktivna za ovo KDOS. Takođe, pronalazimo i da je za pokušaj ubistva značajno prediktivan odnos oboljelog prema majci ($\beta=6.858$, $Wald=3.748$, $p<0.05$). Tako će oni oboljeli koji su ambivalentni prema majkama, naročito ako ih uporedimo sa emotivno toplo vezanim potomstvom, biti skloniji da dignu ruku na druge.

Istorijat liječenja je značajno prediktivna varijabla i kada je riječ o nanošenju teških tjelesnih povrijeđa ($\beta=-2.135$, $Wald 3.922$, $p<0.05$). U poređenju sa onima koji su prisilno liječeni, manja je vjerovatnoća da će ovo KDOS izvršiti oni koji nisu bili u kontaktu sa psihijatrijskom službom. Nasilje u porodici značajno prediktuju dvije varijable: upotreba alkohola ($\beta=1.458$, $Wald 4.923$, $p<0.05$) i odsustvo ranijeg liječenja ($\beta=-1.22$, $Wald 3.838$, $p<0.05$). Ovom djelu su biti skloniji oni koji upotrebljavaju alkohol, te oni koji su prisilno liječeni. Laka mentalna ometenost ($\beta=3.384$, $Wald=3.764$, $p=0.05$), uvrštena u jedan od blokova intergativnog modela ($R^2=0.251-0.387$, $p>0.05$), iz kojega su isključene nezavisne: hereditet, porodične relacije i upotreba psihaktivnih supstanci, ima značajnu moć da objasni varijansu imovinskog kriminaliteta. Izazivanje opšte opasnosti u značajnoj mjeri prediktuju dvije varijable, od kojih je uticaj jedne konstantan nezavisno od blokova modela, dok se uticaj druge može pratiti sve dok se u model ne unesu porodične varijable ($R^2=0.251-0.548$, $p>0.05$). Riječ je o nezavisnima: obrazovanje ($\beta=5.464$,

⁹⁴ Vrijednosti R^2 uz $p>0.05$ iznose: za nanošenje tjelesnih povrijeđa 0.193-0.542, za silovanje 0.157-0.870, za napad na službeno lice 0.181.

Wald=3.898, $p<0.05$) i dijagnozama psihoorganskog sindroma ($\beta=5.332$, Wald=5.339, $p<0.05$) i alkoholizma ($\beta=3.982$, Wald=3.968, $p<0.05$). Što se tiče ostalih KDOS, ni jedna od varijabli se nije pokazala značajno prediktivnom.

Sumirani, nalazi regresione analize upućuju na nekoliko zaključaka. Pomoću nezavisnih varijabli uvršćenih u svih pet modela je moguće objasniti varijanse: ubistva, pokušaja ubistva, nasilja u porodici, nanošenja tjelesnih povrijeđa, izazivanja opšte opasnosti i imovinskog kriminaliteta.

Pokazalo se da lične varijable: zanimanje i red rođenja nisu u statistički značajnoj mjeri prediktivne kada je riječ o posmatranim KDOS. Izuzeci su nezavisne srednjoškolsko obrazovanje koja je značajan prediktor KDOS – imovinski kriminalitet, potom fakultetsko obrazovanje koja ima statistički značajnu moć da objasni varijansu KDOS - izazivanje opšte opasnosti, dok je bračni status značajno prediktivan za pokušaj ubistva. Neke od porodičnih nezavisnih su značajno prediktivne, ali samo kada je u pitanju djela nasilničkog kriminaliteta: ubistvo, pokušaj ubistva, nasilje u porodici i nanošenje tjelesnih povrijeđa. Kao značano prediktivna i za ubistvo i za nanošenje tjelesnih povrijeđa izdvojila se ista nezavisna: agresivan odnos oca prema oboljelom. Određeni procenat varijanse nasilja u porodici može objasniti varijabla: prekinut kontakt sa ocem, a za pokušaj ubistva je prediktivna ambivalentnost oboljelog prema majci. Sociopatološke varijable mogu značajno prediktovati sljedeća KDOS: ubistvo, pokušaj ubistva, nanošenje tjelesnih povrijeđa, nasilje u porodici, imovinski kriminalitet i izazivanje opšte opasnosti. Tako su dijagnoza psihoorganskog sindroma i alkoholizma, potom, prisustvo lake mentalne ometenosti, psihički poremećaj kod nekog od članova porodice, izostanak liječenja oboljelog, ili barem onog koje je prisilnog karaktera, negativno povezani sa vršenjem KDOS - ubistvo. Nezavisna varijabla: odsustvo liječenja, se pokazala značajno prediktivnom i kada je riječ o nasilju u porodici. Ovom KDOS će manje naginjati oboljeli koji nisu liječeni u psihijatriji. Za imovinski kriminalitet su prediktivne laka mentalna ometenost i dijagnoza manično-depresivne psihoze. Laka mentalna ometenost značajno prediktuje i ishode - izazivanje opšte opasnosti, te ubistvo. Kada je riječ o nanošenju tjelesnih povrijeđa, prisustvo psihičkog oboljenja među članovima porodice značajno povećava šansu za izvršenje ovog KDOS, kao uostalom i odsustvo liječenja.

Iz svega navedenog, stiče se utisak da su izvršiooci različitih KDOS ne razlikuju međusobno s obzirom na većinu posmatranih odlika. Smatramo da se na

osnovu nezavisnih mogu donekle izdvojiti izvršioци dva tipa KDOS: onih nasilnog (uz izuzetak silovanja) i imovinskog karaktera. Kada je riječ o djelima nasilnog karaktera (ubistvo, pokušaj ubistva, nanošenje tjelesnih povriјeda i nasilje u porodici) kao značajno prediktivne se izdvajaju i uslovno nazvano sociopatološke i porodične varijable, dok su se kao prediktivne u slučaju imovinskog kriminaliteta i izazivanja opšte opasnosti pokazale nezavisne vezane za sasvim određene dijagnoze (laka mentana ometenost, psihoorganiski sindrom, zavisnost od alkohola i manično-depresivna psihoza, kao i odsustvo liječenja). Na kraju, mora se podvući da izdvajanje porodičnih varijabli kroz nezavisne: prekid kontakta sa ocem, agresivnost oca, ambivalenost oboljelog prema majci, potom heredit, kao značajno prediktivnih upućuje na važnost porodičnih relacija u posmatranim ishodima. U konačnom skoru, ovakva uslovno nazvana profilizacija, nudi poseban pogled na vršioce određenih djela i može, sa svoje strane imati preventivnu ulogu.

10. Analiza narativa

Kao što je to već i navedeno, u drugoj fazi istraživanja smo se bavili kvalitativnom analizom priča naših sagovornika - oboljelih, čije smo narative potom pokušali rasvijetliti i iz ugla njihovih ljekara i *čuvara*. Razgovor sa psihijatrima i komandirima je imao za cilj da jedan poseban osvrt na lični (psihijatri) i kolektivni (komadiri) položaj oboljelih. Za početak ćemo se zadržati na, za nas najznačajnijem dijelu naše analize: na pričama oboljelih. Kako je to već ranije i kazano, intervjui su transkribovani, potom su izdvojene opšte teme - pitanja vodiči, a onda u okviru njih opisne kategorije - jedinice analize. U krajnjem skoruu na osnovu intervjua izdvojili smo 15 jedinica analize za koje smo pronašli da opisuju tri vremenska perioda u životima oboljelih: prije dolaska u instituciju, u instituciji i budućnost nakon izlaska.

Priče su u velikoj mjeri razotkrivale relacije između oboljele/og i drugih (u prvom redu članova porodice, drugova van, i onih koje je stekao u SZB, osoblja bolnice), njene/njegove kompetencije (prije dolaska u ustanovu, snalaženje sada i ovdje), potom osjećanja (prema drugima), želje i planove, kao i sliku o samima sebi.

Tako je *život prije dolaska u instituciju* rekonstruisan preko: opisa porodičnih relacija unutar primarne i porodice prokreacije, kompetencija oboljelog van porodične sfere i identifikacije po ličnost oboljelog ugrožavajućih događaja i doživljaja, uključujući bolest. *O životu u instituciji* govore sljedeće teme: uslovi života, formalno organizovana dnevna rutina bolnice, porodični i institucionalni položaji oboljelih, neformalna pravila, osjećanja i saznanja koja su stečena na osnovu iskusva života u ustanovi. Rekonstrukcija priča *o životu poslije izlaska* je bazirana na analizi planova i želja za budućnosti.

Dodatni uvid u neke segmente života naših sagovornika su nam pružili kako zvanični podaci iz dosijea, tako i razgovori sa ordinirajućim psihijatrima. Ovako dobijene podatke, za koje ne mislimo da imaju značajniju heurističku vrijednost u odnosu na priče naših sagovornika, koristili smo isključivo kao potku za jedno od mogućih razumijevanja narativa, a nipošto kao objektivne činjenice.

Teme priča o različitim segmentima života naših sagovornika (u prošlosti, sadašnje trenutku i u budućnosti) i njihove dimenzije samo na kraju sabrali i klasifikovali u pokušaju da prepoznamo profil(e) ovih ljudi (vidi: Rubin, Rubin, 2012)

10.1. O životu prije dolaska u instituciju
10.1.1. O relacijama sa pozitivnim konotacijama

Ponovljeno isčitavanje transkripata nam je razotkrilo još jedan, smatramo izuzetno bitan segment ispričanih priča, koje su značajne za razumijevanje odnosa u porodici, kao i za razvoj bolesti, naročito ukoliko ga smjestimo u sistemski, cirkularno-kauzalni okvir. Riječ je o onim fragmentima priča u kojima naši sagovornici pominju za njih u emotivnom smislu važne ljude van užeg porodičnog kruga. Ove ljude smo prepoznali kao značajne druge. Budući da naši sagovornici svoje okruženje ne štede od kritike, mi smo za potrebe ove analize koju možemo nazvati *Lijepa sjećanja*, izdvojili samo one opise koji nose pozitivnu konotaciju.

Zapravo, tek mali broj naših sagovornika (njih desetoro) je imao iskustvo i/ili potrebu da pominje one značajne druge koji ne pripadaju užem porodičnom krugu. Među njima dragim osobama našli su se ljudi iz šire porodice i oni sa kojima nisu u srodstvu. Očekivano, u relacije sa, za njih važnim osobama iz kruga porodice, naši sagovornici su stupali u djetinjstvu. Tako su se oni emotivno vezivali za svoje tetke (dvojica) i ujaka (jedan od njih), djede (dvojica) i bake (dvojica), učiteljicu iz osnovne škole (jedan). Trojica posebno ističu one značajne druge koje su upoznali tokom boravka u SZB. Riječ je o osoblju bolnice: o dvijema terapeutkinjama i jednoj prodavačici sa kantine.

Dalja analiza sekvenci je pokazala da nezavisno od toga da li su članovi porodice, ovi ljudi postaju za oboljele značajni iz nekoliko razloga. To su: briga, pružanje ljubavi, zaštite i nekog vida uslovno nazvano ljudske podrške našim sagovornicima. U krajnjem skoru sve ove razloge je moguće svesti na dva koja su, pokazaće se, determinisana uzrastom na kojem su ovakve značajne relacije uspostavljene. Tako su oni koji su status značajnih drugih kod naših sagovornika stekli u njihovom djetinjstvu, takvi postali jer su na sebe preuzeli dio roditeljskih uloga. Ovi surogat roditelji: bake, djede, tetke i ujaci su ih voljeli i brinuli o njima više od njihovih očeva i majki, podizali ih umjesto roditelja. V. P. tako kaže da su o njemu: “.. *baka i ujak više brinuli nego roditelji*” i da je “... *kod njih pronašao mir koji mu je falio kod roditelja*”. Slično govori i M.R. On kaže da su ga baka i deda: “... *podizali i voleli umesto roditelja*”. Konačno, ovakav topao odnos je i uzajaman. V. tako govori da je “... *svog ujku voleo više od oca*”, a M. posebno toplo priča o baki -mamici i dedi - dečetu. Dodaje da su oboje umrli godinu dana nakon dela (ubio

oca i maćehu) od tuge. Kada ih pominje, plače i na sebe preuzima krivicu (samo) za njihovu smrt. Krajnje je interesantna sekvenca u kojoj jedan M. opisuje zašto je za njega bila bitna njegova učiteljica. Ova žena je pružala neku vrstu popustljive roditeljske ljubavi prema bolešljivom M.: zbog toga što je često bio bolestan, gledala mu je kroz prste (za razliku od roditelja).

Kada je riječ o relacijama sa osobama van porodičnog kruga, pokazalo se da su u njih naši ispitanici stupali docnije u životu, uz izuzetak jedne od opisanih, i to, kako je već i podvučeno, ulaskom u SZB. Ove relacije su za naše sagovornike (bile) korisne jer su neoptužujuće i podržavajuće. U njima su tretirani ako ne kao ravnopravni, a ono bez nipodaštavanja i kritike. Tako je Marija sa kantine (koja tamo više ne radi), jednom od njih ostala u sjećanju jer je "... bila ljubazna", a D. G. posebno hvali *svoju* radnu terapeutkinju za koju kaže da je sa njim: "... lepo pričala i šalila se". Možemo pretpostaviti koliko ovakvi rijetko opisani i/ili iskustveno doživljeni topli kontakti sa drugima *iza kapije* našim sagovornicima, većinom bez kontakata sa porodicom, znače. Hipotetički, može se pretpostaviti da ovakvi odnosi potvrđuju da oni nisu u potpunosti loši i/ili bolesni i da su za druge/normaln(ij)e koliko-toliko prihvatljivi.

10.1.2. Priče o porodici

Posebnu važnost u razumijevanju narativa naših sagovornika o životima prije, u instituciji i nakon izlaska, daju njihove priče o porodicama ili, kako će se pokazati o porodici. Tako narativi o porodičnim relacijama i ulogama koje nose članovi, stavljeni u sistemski kontekst, pomažu da razumijemo ulogu porodične grupe u stvaranju i ojačavanju simptomatskog ponašanja kod nekog, ili većine njenih članova. S druge strane, ove priče čine mogućim sagledavanje nasilja koje je usmjereno ka članovima porodice iz cirkularne perspektive. I pored opasnost od izmještanja lične simptomatologije i smještanja odgovornosti u porodični kontekst, ovaj vizir nam se učinio plodnim kada je riječ o kontekstualizaciji simptomatskog ponašanja naših sagovornika (u prvom redu bolesti) i njihovih akata izvršenih u stanju neuračunljivosti.⁹⁵

⁹⁵ Za koje podsjetimo još jednom, nisu u pravnom smislu odgovorni.

Da bismo razmišljali u sistemskom maniru, izdvojili smo nekoliko sistemskih metafora, koje su usmjeravale našu analizu. Pored osnovnih sociodemografskih odlika porodica (strukture, brojnosti, materijalnog stanja, zanimanja roditelja), koje nisu zanemarljive kada je riječ o razumijevanju funkcionalnosti, pažnju smo obratili i na sekvence priča u kojima naši sagovornici govore o: braku svojih roditelja, njihovim vaspitnim praksama, komunikaciji u porodici, emocionalnim odnosima između članova, ulogama, vezama i moći. Za potrebe analize ove koncepte posmatrali kao međusobno izdvojene, kako bismo lakše prepoznali njihove odlike, a potom smo ih međusobno povezivali stvarajući sliku o ukupnoj porodičnoj dinamici. U tom postupku re-konstrukcije slike o porodičnim relacijama, od posebne koristi su nam bile konsultacije sa ordinirajućim psihijatrima, kao i dostupna službena dokumentacija, koje su nerijetko otkrivale nekonzistentnost između ličnog doživljaja porodičnih odnosa i onog, službenog dokumentovanog.

Odmah u oči pada da je većina naših sagovornika (40 njih) odrasla u strukturalno potpunim porodicama, često proširenim (9 od 40). Ove proširene porodice su bez izuzetka seoske. Desetero naših sagovornika je odrastalo (od rođenja ili od 12 godine najkasnije) bilo sa jednim roditeljem, ili boje rečeno majkom (6), bilo sa uslovno nazvano starateljima (4). Potonji nisu bili i u zakonskom smislu staratelji, već je riječ o bliskim srodnicima koji su brinuli o oboljelima po smrti ili razvodu roditelja. Riječ je o bakama (4), dedama (1) i/ili tetkama (2) sa kojima su naši sagovornici odrasli. Najčešće, porodice su postajale strukturalno nepotpune usljed razvoda (5) i smrti jednog od roditelja (u 4 slučaja), a samo jedan o naših ispitanika je vanbračno dijete. U poređenju sa ostalim šticećenicima SZB, primarne porodice naših 50 sagovornika su nešto češće nepotpune (u skoro 20% slučajeva).

Materijalne prilike porodica dok su bili djeca u čak 68% slučajeva opisuju kao dobre. Osmorica za svoje djetinjstvo kažu da je bilo veoma oskudno ("loša hrana, loše odelo" (J. D.), "otac nije hteo da plati porez, pa su nam uzeli dve krave Kitu i Mrkulju, a Olgu je vuk pojeo. Ne pitaj, muke vide!" kaže D. G.), a isto toliko njih su živjeli u izobilju. Stekli smo utisak da je, u poređenju sa ostatkom populacije u SZB, djetinjstvo ovih ljudi bilo manje opterećeno siromaštvom. Roditelji su se u najvećem broju slučajeva obavljali radnička zanimanja (24 oca i isto toliko majki), osmoro je bilo poljoprivrednika, a čak 24 majke su bile što domaćice što poljoprivrednice. Službenička i stručnjačka zanimanja je obavljalo devetero roditelja.

10.1.2.1. O braku roditelja

Najveći broj naših sagovornika brakove svojih roditelja na početku razgovora, predstavljaju kao idealne. Pa ipak, kako su se priče o roditeljima dalje otvarale, opisi su poprimali drugačije obličje. U njima je tada moguće prepoznati različite tipove porodičnih veza, porodičnu hijerahiju i predominatan način komunikacije. Takođe, opisi sadrže i priče o porodičnim pravilima, ulogama i međusobnim očekivanjima, a u nekima od njih prepoznamo i osjećanja naših sagovornika. Po pravilu, riječ je o ljutnji, iza koje se pretpostavljamo krije tuga zbog: nepovjerenja, ostavljenosti, nebrige, ne-voljenja i nejednakog tretmana od strane roditelja - staratelja u odnosu na ostalu braću i/ili sestre.

Naši sagovornici brak svojih roditelja svrstavaju u jednu od tri ključne kvalitativne kategorije: bračne sloge, bračne nesloge i jedne posebne vrste partnerskog jedinstva u kome su roditelji dovoljni sami sebi, dok su djeca ostavljena po strani. Brak roditelja kao složan opisuje tek mali broj ispitanika (njih sedmorica), no kada se dublje analiziraju sekvence posvećene porodičnim relacijama, priča o funkcionalnosti bračne dijade po pravilu pada u vodu. Tako Z. D. na početku razgovora podvlači da su se roditelji dobro slagali. No, već u sljedećoj sekvenci svog oca predstavlja kao “turistu u porodici”, koji kad se napije, tuče i suprugu i djecu! Valja podvući da, od ordinirajućeg ljekara jedina porodica prepoznata kao funkcionalna, nije takvom percipirana i od strane njenog oboljelog člana. S. V. tako o svojoj porodici govori krajnje šturo, nažalost rano emotivno opustošen bolešću.⁹⁶

Brojni su i oni ispitanici koji brak svojih roditelja opisuju kao disfunkcionalan. Najvidljiviji segment disfunkcionalnosti bračne dijade se ogleda u prisustvu fizičkog (i psihičkog) nasilja (u deset slučajeva), koje bez izuzetka ide ruku pod ruku sa upotrebom alkohola. Ono se sprovodi pred *publikom* koju čine potomci, koji ponekad i sami padnu kao žrtve. Kažu: “Otac je tukao majku. Skoro je svaki dan tukao, u kući je pio, svađa i tuča. Jedno drugo su maltretirali. Klasična porodica alkoholičara i zavisne žene” (P. V.). D. J. veli da je:” otac ... tukao majku”. Odmah ga i brani: “Nije pio mnogo, ali je bio eksplozivan čovek i sa malom količinom alkohola on se raspali. Dve do tri čašice i on gori”.

⁹⁶ Riječ je o dvadeset osmogodišnjem mladiću, prvi put liječenom u 17-oj godini. Dijagnoza: rezidualna shizofrenija.

Publika, koju su pored naših sagovornika, nerijetko činili i njihova braća i/ili sestre su nasilje ili: pasivno posmatrali (“Majka nije mogla da se brani, nju je tukao, a mi smo to maltretiranje stalno gledali”), ili pružali aktivni otpor nasilniku (“kad otac bije majku, ja njega tučem peglom po glavi” (S. Lj.), “ja bih je (majku) branio” (J. Z.) ili se fizičko distancirali (“mi deca se razbežimo po komšiluku” (R. K.). Svaka od ovih opcija je toksična na svoj način, i značajno je, pokazaće se, oblikovala ne samo odnos između roditelja (kako nasilnika, tako i žrtve) i oboljelog, već i porodična pravila, komunikaciju i uloge. Tako i pasivno posmatranje i fizička distanca pojačavaju osjećanje lične nemoći (da se pomogne roditelju/ima), i doživljaj roditelja - žrtve kao bespomoćnog. U svojoj bespomoćnosti, roditelj – žrtva rizikuje da izgubi roditeljski autoritet jer ne može da zaštiti djecu od nasilja drugog roditelja. Odatle, nerijetko prepoznamo osjećanje ljutnje prema majkama - žrtvama koje ne mogu da štite, a koje ide dotle da se one degradiraju na poziciju zavisnog djeteta (“mama je bila najmlađa među nama” (J. D.), i direktno okrivljuju (“majka me nije štitila, naročito kad sam dobijala batine od mlađeg brata. Majka mi je pravila sve te zvrčke i na kraju je ona imala posledice” (Lj. S.).

Razvučeni i umješani u sukob između roditelja (nasilnika s jedne, i žrtve s druge strane), naši sagovornici su bili prinuđeni ne samo da odaberu strane (priklone se taboru jednog od roditelja), i dovedu u pitanje lojalnost prema roditelju-nasilniku, već i da jednu porodičnu ulogu zamjene drugom. Z. D. opisuje kako je kao najstariji od braće preuzeo brigu o porodici, zajedno sa majkom. Tako je dobio ulogu surogat – oca. Kaže: “Ja sam radio umesto njega (oca). Bilo je teško”. Valja podvući da je koalicija sa majkom u koju je uvučen u djetinjstvu i dalje čvrsta, uzdignuta gotovo do partnerskog odnosa.

Ostali koji brak svojih roditelja opisuju kao disfunkcionalan, ne pominju nužno fizičko nasilje, ali ukazuju na tipične pozicije roditelja u bračnoj dijadi. Na primjer, D. kaže za svoje roditelje da se: “nisu razumeli, nisu bili isti tipovi. Ocu je smetalo što majka „u kuću dovodi drugarice, zamerao joj je što nije domaćica. Majka je bila ekstravagantan žena, pametna, jaka, slikala je. Njega je to nerviralo“. Majka je njemu zamjerala što „ne pokazuje osećanja, što je hladan, sav organizovan i neromantičan“. Uglavnom su se svađali oko gluposti, on je govorio da je ona mnogo naivna, a zapravo „majka je verovala ljudima i bila je jako dobra“. Svima je pomagala. Ponekad su se znali „počupati pred nama (njom i sestrom)”. Iz ove

sekvence se da jasno vidjeti kako je nasilje (fizičko i verbalno) trebalo da posluži da se razrješi tenzija unutar bračne dijade i da se definišu pozicije moći u odnosu.

S druge strane stoje oni roditelji koje oboljeli prepoznaju kao ujedinjene na specifičan način. Ovakvih roditelja u uzorku nema mnogo (tri roditeljska para), ali je njihovo jedinstvo posebno. Ono poručuje da su, kako je to opisao J. D., roditelji bili “dovoljni jedno drugom”. U ovakvom savezu nije bilo mjesta za nekog trećeg, na primjer za potomka. Odatle ne čudi da su roditelji doživljeni kao kontrolišući i odbacujući, neskloni da dozvole bilo kakve razvojno očekivane promjene koje bi mogle da ugroze homeostazu čitavog sistema. Tako razvijanje bliskih veza sa osobama van porodičnog kruga po pravilu nije dozvoljeno, jer se time krše porodična pravila. Djetetu je zabranjeno da zahtjeva da odnosi između njega i roditelja budu komplementarni, kao i da brine o njima. Zapravo, ono je uhvaćeno u seriju *paradoksalnih odnosa* (Hejli, 2010, 180) u kojima je svaki odgovor djeteta na roditeljske zahtjeve obavezno: pogrešan. Ekstremni primjer ovakve čvrsto umrežene bračne dijade su roditelji J. D. Svom sinu ovi roditelji nisu dozvoljavali bilo kakvu samostalnost. Na primjer, on nije mogao da sam odabere (čak ni na studijama) šta će da kupi od garderobe, već su svo troje odlazili da mu „biraju patike“. Nisu dozvoljavali da ide na ekskurzije, jer mu se moglo nešto loše desiti, niti da izlazi. Uvijek se dešavalo da roditeljima počnu smetati drugovi nakon nekog perioda. Mislili su da niko nije dovoljno dobar za njega. Ograničavali su mu slobodu izbora tako da on nije imao nikakv društveni život. Djevojke su mu se dopadale, ali se nije usuđivao da im priđe, plašeći se reakcije roditelja. Roditelji su bili jako nepovjerljivi prema njemu. Sa njim su razgovarali samo kada bi morali (podvukla M. Lj.), a *razgovor* se uglavnom svodio na zabrane. Po želji roditelja D. je upisao fakultet, ali nije uspevao da daje ispite. Uplašen od njihove moguće reakcije kada saznaju da je daleko od diplome (otac je već ukoričio diplomski rad), on ih je oboje ubio. Na kraju kaže da svoje roditelje nije poznavao dovoljno. I druga dvojica brakove svojih roditelja opisuju kao skladne. Roditelji jednog od njih su “bili zaljubljeni jedno u drugo do zadnjeg dana”⁹⁷, dok su on i sestra bili gurnuti u međusobno rivalstvo. Treći među njima, jedinac kao i D. J., za svoje roditelje kaže da su “imali skladan brak” i da je otac u majku gledao kao “u malo dete”. Pitamo se da li je u ovoj porodici bili

⁹⁷ Pitamo se, uvažavajući sistemsku perspektivu, da li je D-va bolest bila u funkciji skretanja pažnje majke od ulaska u moguću depresiju zbog gubitka voljenog supružnika?

dovoljno mjesta za dvoje djece, zapravo, po mnogo čemu sličnih rivala⁹⁸, i jednog odraslog oca?

Posebno su interesantne sekvence u kojima naši sagovornici (njih 24) govore o pozicijama koje su njihovi roditelji zauzimali/zauzimaju u bračnoj dijadi. Iz onih opisa saznajemo da su se roditelji smjestili na dva ekstremna, a opet komplementarna pola. Tako ukoliko je jedan zauzimao pasivnu poziciju, drugi je bio dominantan, i obrnuto. Iako se mora podvući da je pravo pitanje ko je u ovakvoj relaciji imao kontrolu i moć, opise naših sagovornika predstavljamo vjerno, iz njihove vizure. U prvom redu dominaciju u braku svojih roditelja povezuju sa alkoholizmom i nasiljem. Na primjer, očeve koji su uglavnom u pijanom stanju *korigovali* ponašanje svojih ukućana, i pretpostavljamo, reuspostavljali poljuljanu moć, naši sagovornici prepoznaju kao one koji vode glavnu riječ u porodici. Submisivnu, pasivnu poziciju u tom slučaju zauzima majka, koja je nerijetko viđena kao velika žrtva. Na primjer Z. D. za svoju majku kaže: “Ona je dobra, prava žrtva za decu je bila. Gledala je da deci bude dobro. Za njih se borila svim snagama”. I G. D. veli da njegov otac uglavnom donosi odluke i da ga u porodici svi slušaju. “Mama je”, kaže J. D. “... slušala sve. Nije nas mnogo branila, Slušala je oca, kako je on naređivao, ona se tako ponašala”.

S druge strane, postoji i nekolicina dominantnih majki (u 13 porodica, od kojih je u tri bio prisutan alkoholizam oca, kojeg nije pratilo fizičko nasilje). Riječ je o ženama čiji su muževi bili fizički i/ili emotivno distancirani, što zbog posla, što zbog razvoda. D. D. tako za svoje roditelje kaže da se “dobro slažu“ i da je „ćale veliki radnik, vredan, nikad nije kod kuće, a keva vodi glavnu reč. Tako je oduvek”. “U roditeljskom braku majka je vodila glavnu reč, a kod mene muž” kaže D. S. „Majka je bila glavna” (M. S.). Svi oni podvlače, za razliku od malog broja onih čiji su očevi bili dominantni, a majka pasivne, da su se roditelji dobro slagali. Drugim riječima, mogli bismo kazati da je iz njihove perspektive brak roditelja shvaćen kao funkcionalan.

10.1.2.2. O porodičnim savezima i vaspitanju

Kada analiziramo odnos roditelja prema naših sagovornicima, prepoznajemo niz tzv. patoloških veza između roditelja i djece, nesaglasnih vaspitnih praksi i slične,

⁹⁸ Tako S. kada govori o svom rođenju kaže da ga je majka dobila na rođendan, kao poklon. Ovaj detalj može da objasni S-ovo izuzetno osjećanje omnipotencije i narcizma. S druge kada kaže da ga je majka dobila na dar, S. otvara jedno moguće drugačije tumačenje. Kao sa poklonom, majka sa njim može činiti šta se god hoće, jer je on u njenom vlasništvu.

nekongruentne komunikacije, koji donekle stavljaju pod sumnju sud o funkcionalnosti roditeljske dijade. Već smo ranije istakli da je stavljanje oboljelih u ulogu oca (tzv. parentifikacija), naročito ukoliko su najstariji ili jedini sinovi, česta pojava u porodicama u kojima je pored alkoholizma, prisutno i nasilje. Tako se naši sagovornici, kada se nađu u ulozi oca i odsutnog muža svoje majke, po pravilu svrstavaju protiv njega. Odatle, da se pretpostaviti, ostaje malo prostora za njihov samostalni rast i razvoj, jer u prvi plan dolazi simbioza sa majkom. Ovakva pozicija donosi simboličke dobiti, ali isto tako oštećuje relaciju sa roditeljem čiju ulogu preuzima. Čak i onda kada ovakvi savezi - koalicije ne dovode do parentifikacije, uvijek podrazumijevaju *svrstavanje protiv nekog člana porodice*.

Sistemski gledano, ovi čvrsti savezi, odnosno patološke veze, nastaju da bi se riješila tenzija u nekom odnosu. Ovakve koalicije najčešće nastaju između oboljelih i njihovih majki, koje u svojoj djeci dobijaju partnere u borbi protiv muževa. Rijetki su oni koji se manje-više očigledno stavljaju na stranu očeva (tek trojica od 47), a nekolicina primjećuje da su se članovi porodice uortočili protiv-njih (takođe trojica). Proces tokom kojega se formiraju koalicije da se bolje razumjeti iz sekvenci u kojima naši sagovornici opisuju vaspitne prakse i odnos roditelja prema njima, te predominantni način komunikacije u porodici. Iako je u osnovi ova tri segmenta porodične funkcionalnosti teško međusobno razdvojiti, mi ćemo pokušati da ih analiziramo ponaosob, kako bi prepoznali dominantnu porodičnu dinamiku. Na kraju, segmente porodičnih procesa ćemo povezati međusobno, stavljajući u isto vrijeme sekvence narativa naših ispitanika u jedinstven kontekst.

Kada govore o vaspitnim praksama svojih roditelja, naši ispitanici ih smještaju u kontinuum koji se kreće između potpune kontrole nad ponašanjem oboljelog, preko popustljivosti do potpune nezainteresovanosti za njih. Tako svoje roditelje prepoznaju ili kao stroge, ili popustljive ili kao nezainteresovane.

Pod strogim vaspitanjem naši sagovornici podrazumijevaju dva vida vaspitnih praksi: fizičko kažnjavanje i zabrane. Na osnovu opisa stičemo utisak da su roditelji često pribjegavali fizičkom „disciplinovanju” (D. J.) oboljelih. Uglavnom, ovakav vid vaspitanja su primjenjivali očevi, samohrane, i one majke koje su u partnerskim relacijama važile za dominantne. Evo kako naši sagovornici opisuju ovaj način vaspitanja: “Otac je znao da me istuče, ali ne mnogo. Malo me povuče recimo za zulu” (D. P.). S. D. za svoje roditelje kaže da su tukli i njega i brata. “Majka je više

šamarala nego otac". G. D. veli da ga je "majka često tukla", i gotovo s ponosom ističe: „... nije pomagalo!"

O tome kako su doživljavali ovaj uobičajeni stil vaspitavanja, uglavnom ne govore. Stoga su naročito dragocjene one sekvence koje opisuju ovakvo iskustvo. Iako je izvjesno da u nekim slučajevima disciplina nije sprovedena na način na koji to opisuju ovi naši sagovornici, roditeljske vaspitne prakse su prepoznate i kao bolne i kao visoko ugrožavajuće. Na primjer, za svoju izuzetno strogu majku G. D. veli da je htjela da ga: "... zakolje sekirom samo zato što sam uzeo dve trešnje kad sam bio mali. Majka se derala na mene, uhvatila me za kosu. A ja sam bio sasvim mali, ko pingvin. Onda je naišao jedan Šiptar i spasao me". D. S. se "... plašila batina", a način na koji su ovu ženu disciplinovali roditelji je u njenom sjećanju živ i autentično bolan. Kaže: "Majka je tukla retko, a otac me bacao u vis da polomim noge!" Slično i T. D. doživljava svog oca kao mučitelja. Kaže da ga je tata maltretirao, mučio, tukao, posekao mu prst, razbio glavu, lomio prste. "Mučio me. Ubio sam ga".

Popustljivost je s druge strane bila nešto rijede prisutna roditeljska praksa, koja se ogledala u udovoljavanju zahtjevima naših sagovornika. Nezainteresovanost odnosno odsustvo bilo kakve kontrole naši sagovornici su doživljavali kao naročit vid odbacivanja. Za razliku od *popustljivog stila*, koje je obično išao ruku pod ruku sa strogošću drugog roditelja, nezainteresovanost je bila zajednička i za oca i za majku.

Vaspitne prakse takođe možemo posmatrati i kroz prizmu međusobne usaglašenost roditelja. Na primjer, ukoliko se roditelja podržavaju i međusobno ne spore zahtjeve i očekivanja koja stavljaju pred djecu, njihov vaspitni stil možemo nazvati konzistentnim, i obrnuto. Najbrojniji su upravo roditelji čije su vaspitne prakse međusobno kontradiktorne. Tako se dešava da je jedan od roditelja pretežno strog, dok drugi popušta i u isto vrijeme diskvalifikuje njegove zabrane. Na primjer kažu: "Otac je bio strog. Voleo da dominira u porodici. Da se za sve on pita, a majka je bila popustljiva. Dešavalo se da majka nešto dopusti, a otac ne, da se ne usaglas" (N. M.). "Majka nije bila stroga, ali je otac bio dosta strog i to prema obojici (sinova)" (Š. O.). "Otac je bio strog, majka nije" (D. J.).

Ovakve prakse su obično rezultirale stvaranjem koalicija djece sa popustljivim roditeljem. Popustljivi roditelj je dobijao saveznika u borbi oko moći u bračnoj dijadi, često igrajući ulogu žrtve i udovoljavajući zahtjevima djece, dok su ona manipulisala odmjeravajući ličnu korist iz tenzija u roditeljskoj dijadi. Na primjer J. D. kaže da su i on i sestre molili majku da se ne razvede, iako je ona to htjela, jer je to sramota. Pita:

“Šta bi tada bilo s nama? Majka je slušala, privržena porodici, privržena nama, najviše meni. Mene je najviše razmazila. Bila je prema meni popustljiva. Sve je slušala! U 6 razredu se budimo za školu. Mama nam daje korice hleba. U krevetu jedemo! Mene je posebno mazila, od 15 godine cigarete mi je kupovala, kafu i ratluk! Svako jutro to me je čekalo”. Dodajmo da su i sestre i D. ulazili u fizički sukob sa ocem, onda kada je napadao majku. Kasnije se ovaj stil komunikacije ustalio, i postao uobičajen način razrješenja svakog vida neusaglašenosti među ukućanima.

S druge strane stoje roditelji koji su bili usaglašeni u svojim vaspitnim praksama. Bilo da su popustljivi ili strogi, roditelji su se međusobno podržavali. Ipak, kada je riječ o ova dva vaspitna stila, stiče se utisak da je roditeljska (stroga) kontrola prihvatljivija u odnosu na njihovu popustljivost, a naročito nezainteresovanost. Na primjer D. P. kaže: da je njegov otac bio strog, ali je on to poštovao jer smatra da je to dobro za njega, a B. A. se slaže da su njegovi „roditelji strogi, ali takvi i moraju biti”. Ekstreman je primjer kontrolišućih roditelja D. J., koji nisu dozvoljavali bilo kakav vid samostalnosti. On kaže da: „nije mogao da radi neke stvari koje su radili njegovi vršnjaci, jer su ga roditelji dosta kontrolisali, nametali svoje ideje”.

Oni naši sagovornici koje su roditelji na različit način tretirali u odnosu na njihovu braću i/ili sestre, svoje iskustvo opisuju živo. U ovim sekvencama možemo prepoznati i njihova osjećanja povrijeđenosti. Na primjer D. S., i pored očigledne emotivne opustošenosti, za svoje roditelje kaže da su bili strogi i prema njemu i prema bratu. Ipak, primjećuje da: „...otac kad popije više samo na mene, a ne i na brata!” I Lj. S. kaže da su je roditelji strogo vaspitavali, ali nisu bili strogi prema braći, „folirali su se”. Na kraju je, dodaje, to imao posledice (ubila je roditelje).

Slična osjećanja možemo prepoznati i u onim opisima u kojima naši sagovornici svoje roditelje vide kao nezainteresovane. Najčešće, uz doživljaj roditelja kao nezainteresovanog ide manjak komunikacije između roditeljskog, i subsistema djece i/ili emotivna i fizička distanca među roditeljima. Po pravilu su ovi, nezainteresovani roditelji bili usmjereni jedno na drugo, tako da su njihova djeca koristila različite mehanizme kako bi skrenuli pažnju na svoje prisustvo. Na primjer J. Ž. kaže za svog oca da je: “... bio strožiji od keve. Opasan! Ona nekad i oprostila”. Ali otac je rijetko bio prisutan (radio u inostranstvu) tako da za njega nije bio autoritet. Na kraju veli: “... dopuštali su mi sve!” Dodajmo da Ž. ima dugogodišnji alkoholičarski staž. Slično je i sa D. D. koji za svoje roditelje kaže da su mu: “... dopuštali da radi sve što hoće. To je bilo super! Sjajno! Ali zato se i oteo kontroli. Otac je stalno radio,

a majka me nikad nije kažnjavala, niti je nešto naročito od mene tražila. Kao mali sam se stalno igrao na groblju, ali to roditelji nisu znali (nije ih zanimalo?)”. Tako se i desilo da su roditelji otkrili da je D. dugogodišnji heroinski zavisnik, tek kada je on „slučajno” ostavio špric na stolu. Slično o svojim roditeljima govori i U. M. I on kaže za njih da nisu bili strogi. Ništa mu nisu branili i on je mogao da radi šta hoće. Kazali su mu da će mu davati pare samo da ne krade. Sa 18 je probao alkohol, prvi džoint je popužio sa 19, sa 20 ekstazi, sa 21 heroin. To je trajalo 3 godine, ali niko nije primjetio. Otkrili su da je zavisnik tako što su jedan dan „pronašli” špric. “I onda im je sve bilo jasno!”

Svi su ovi opisi smatramo, zasićeni osjećanjem odsustva roditeljske brige, napuštenosti. Ova osjećanja prepoznajemo i u sekvenci koju navodi emotivno opustošeni R. P. On kaže da su njegovi roditelji bili popustljivi, jer je on bio najmlađi, najrazmaženiji, ništa mu nisu branili. Na kraju P. nam ”slučajno” otkriva da nije ni živio sa njima od desete godine, jer su se njih dvoje razveli. Brigu o najmlađem sinu su prepustili rođacima u drugoj republici, ulazeći i izlazeći iz mnogobrojnih brakova. Ne možemo se oteti utisku da je P., u ovoj naizgled emotivno neprebojenoj sekvenci, opisao i svoje osjećanje napuštenosti.

U opisima dvojice naših sagovornika D. i N., čija je porodična situacija slična, iako je jedan znatno stariji od drugog, uočavamo identične obrasce u kojima se ponavlja potraga za odsutnim roditeljem od kojeg se očekuje zaštita od ugrožavajuće simbioze sa majkom. Oba su odrastala bez kontakta sa ocem, uz stroge majke. D. kaže da majka nije dozvoljavala da kontaktira sa ocem. Na kraju ga je D. pronašao. Čuo je da otac radi kao „divlji preprodavac“ na pijaci, pa ga je tu i tražio. „Upoznao sam se sa svojim ocem, ponovo, i sa braćom. Majka mi to nikad nije oprostila”. I N. za svoju samohranu majku kaže da je stroga, ali da je on radio šta je htio. Ništa mu nije mogla. Tako se: “... počeo drogirati i piti sa 14 godina. Najpre sam koristio marihuanu, onda razne tablete, ekstazi, spid. Probao sam sa drugarima iz kraja”. I na kraju dodaje: “Uglavnom smo svi bili bez očeva”. Svog oca je upoznao⁹⁹ kada je imao 22-3. O njemu govori sa velikim ponosom. Majka mu je pričala o tome kako su se ona i otac

⁹⁹ N. je u toku našeg razgovora veoma opširno i sa osmijehom na licu pričao (jedino) o svom ocu. Na primjer, primjetio je da je otac imao crnu kosu kada je bio mlad (zna ga „sa slike“), a da je sada ostario. Takođe, govorio je o očevoj (fudbalskoj) karijeri i uspjesima. Ovaj otac sa svojim sinom, koji se njime ponosi, ne komunicira. Konačno, ne možemo a da se ne zapitamo da li N-ovo osjećanje depersonalizacije (*Da li ja postojim?*) koje ga navodi na samopovrijeđivanje, može da se barem djelomično razumije i kroz prizmu odbačenosti?

zabavljali. Kaže: “Pet godina su se zabavljali, posle je došlo dete”. Na kraju, valja podvući da ovo dvoje roditelja svoga sina u ovom trenutku savlja u poziciju da bira kom taboru će se prikloniti.

10.1.2.3. O emocionalnim odnosima između roditelja i oboljelih

O tome kakav su odnos roditelji imali prema našim sagovornicima, doznajemo iz onih sekvenci koje se tiču načina vaspitavanja, komunikacije, pa i braka roditelja. Posebno se izdvajaju oni opisi (njih ukupno 33) iz kojih je moguće prepoznati bez svake dileme kakvim je naš sagovornik doživljavao odnos svojih roditelja prema sebi. Majke i očeve tako svrstavaju među tople (umjereno brižne roditelje, koji dozvoljavaju slobodu i osamostaljivanje), prezaštićujuće (djeca su u fokusu pažnje), hostile (oni koji su kruti, kritikuju i disciplinuju umjesto da vole) i hladne, odbacujuće (nezainteresovane) roditelje.

Topao odnos roditelja prema sebi je doživio tek mali broj naših sagovornika. Riječ je o sedam muškaraca, od kojih četiri takvima vide svoje majke, a tri oca. Valja podvući da uz ove tople roditelje, ruku pod ruku idu oni nezainteresovani i hostile. Tako ako je majka doživljena kao topla, otac je prepoznat kao hladan, odsutan, nasilan. I obrnuto. Zapravo, naši sagovornici najčešće svoje roditelje, i to češće majke (u 18 slučajeva) u odnosu na očeve (17 njih) doživljavaju kao hladne. Ovi roditelji su ili dovoljni jedno drugom, ili su fizički ili emocionalno odsutni. Često upravo ovakvim roditeljima prebacuju krivicu za svoju bolest. Na primjer, S. M. za svoje roditelje kaže da su ga ispustili, a “neko treba da se brine o meni” (ima 35 godina). Posebnu odbačenost je doživio nakon srednje škole kada su mu roditelji kazali da im se ne mora javljati iz grada, što je on protumačio kao njihovo odsustvo ljubavi. Slično je odsustvo ljubavi doživjela i S. Lj. Ona kaže da ju je: “... tata ljuškao na nozi, a onda joj je kazao: „(S)ad si velika, teška, ne mogu da te ljuškam! Idi kod mame!” Lj. na kraju i svoju majku doživljava kao odbacujuću i to ilustruje oživljavajući doživljaj iz djetinjstva: “Ja vidim lutkicu u izlogu, ali majka neće da mi kupi”.

U sekvenci u kojoj opisuje odnose svojih roditelja P. V. daje kratku analizu porodične cirkularne dinamike. Svoje roditelje doživljava kao emocionalno dezangažovane i kaže da su: “... jedno drugo ... maltretirali. Iz toga sam nesvesno profitirao, jer sam bio ostavljen na miru. Bilo mi je dopušteno da radim šta hoću. Roditelji su se međusobno ocrnjivali, svađali se pred nama (njim i sestrom). Kada je

otac prestao da pije, ja sam preuzeo ulogu crne ovce. Mene su ugnjetavali, crna ovca sam bio, i emocionalno su me povređivali, iako ja tog nisam bio svestan. To je bila kao neka igra. Ne znam ni ja!”

Kada je riječ o hostilnim roditeljima, da se primjetiti da su takvima češće ocjenjivali svoje očeve (10) nego majke (4). Po pravilu, agresivne su bile one majke koje su svoje potomke odgajale bilo same bilo uz emocionalno neangažovanog, a u dva slučaja takođe hostilna muža. Samo jedan od naših sagovornika je pored takve, agresivne majke imao toplog oca. O svojoj majci (“Grdna bila!”) kaže da je govorila da nije očev sin, pa je on: „... stalno pitao ćaleta: *Jesam tvoj?*” A onda mu ćale odgovara: “Ma nisi sine. Otac se”, kaže on, “... šalio, a majka me odbacila”. Hostilni očevi su najčešće disciplinovali svoje potomke ukorom i češće, fizičkom kaznom. Emotivne bliskosti u ovakvom nesimetričnom odnosu nije bilo. Hostilni roditelji su doživljeni kao mučitelji, oni koji povrijeđuju (ponižavaju, vrijeđaju), i konačno, oni koji mrze.

Naročito se bolnim doživljava ukoliko roditelji gaje prema bratu i/ili sestri drugačija osjećanja. Ova vrsta nepravde se ne zaboravlja. Tako se L. M. prisjeća djetinjstva i kaže da roditelji, kada ga brat istuče „reč ne kažu. Brata su više prihvatili, kupili su mu stan.” M. T-a je brat tukao, isjekao mu nos i uho, zajedno sa majkom. Kaže: „Najstariji brat je bio ljubimac i mezimac. Morao san da nosim svu njegovu obuću, odeću. Uopšte skoro da nisu obraćali pažnju na mene, više na brata. Njemu su poklanjali sve, svu pažnju, ljubav. Roditelji su se dičili bratom.” Na kraju zaključuje: „ U tim malo zaostalim sredinama dete koje strči će forsirati, a druge će pustiti niz vodu”. N. M. smatra da su roditelji obraćali pažnju više na sestru nego na njega. „Otac joj je davao više novca, a meni je sve uskratio”.

10.1.2.4. O komunikacionim obrascima u porodici porijekla

Na kraju, kratko ćemo se osvrnuti i na obrasce komunikacije u porodicama naših sagovornika. Odmah valja podvući da se iz priča naših sagovornika ne mogu sa sigurnošću izdvojiti i opisati obrasci porodične komunikacije. Takođe, na osnovu njihovih priča ne možemo tvrditi ni da su ovi obrasci dominantni u porodici. Pa ipak, ove sekvence govore o, u značenjskom smislu za oboljelog važnom i relaciono oblikujućem segmentu komunikacije. Odatle, smatramo ima osnova za pretpostavku da su takvi obrasci u semantičkom polju naših sagovornika ne samo značajni, već i sa

njihove strane percipirani kao predominantni. Budući da drugih izvora podataka koji bi opovrgli priče naših sagovornika nemamo, niti bi nam isti bili relevantni s obzirom na odabrani okvir posmatranja, mi smo ove narative smatrali za lične istine i kao takve ih analizirali.

Pošli smo od pretpostavke da je sve obrasce komunikacije moguće podvesti pod dva: funkcionalne i disfunkcionalne. U najkraćem, funkcionalna komunikacija je ona koja je jasna, otvorena, direktna, u kojoj nema mjesta optuživanju niti kriticizmu, ili hostilnosti, dok je disfunkcionalna nejasna, indirektna, ometajuća. Kada članovi porodice komuniciraju na disfunkcionalan način, oni polaze od pretpostavki: šta drugi misli, osjeća, želi, no rijetko provjeravaju da li su njihove pretpostavke tačne.

Kako se iz priča naših sagovornika nije izdvojio ni jedan opis koji bi govorio u prilog postojanja funkcionalne komunikacije¹⁰⁰, pokušali smo opisati one obrasce koji spadaju u domen disfunkcionalnih. U ovoj kategorizaciji smo se rukovodili preporukama Lidza, Flecka i Cornelisona (1965) koji komunikacione disfunkcionalne obrasce smještaju u sljedeću ravan. Govore o: konfliktnoj, diskvalifikujućoj, blokiranoj ili prekinutoj komunikaciji, mistifikaciji, a mi smo ovoj podjeli dodali i ekstremno asimetričnu, budući da se izdvojio jedan broj opisa koji čini nam se, opravdava ovakav poseban tip komunikacije.

Pod konfliktnom komunikacijom smo podrazumijevali onu u kojoj se poruke prenose na verbalno agresivan način (svađom), a nije nužno da primalac poruke odgovara istom mjerom. Kada komuniciraju na diskvalifikujući način, članovi porodice diskvalifikuju jednog člana porodice, ili se omalovažavaju međusobno. Blokirana je ona koja ide do ekstrema produžene tišine. Drugim riječima, članovi međusobno ne razgovaraju, ili to čine izuzetno rijetko. Kod mistifikovane se negira realnost neke situacije, poriče njen značaj. Tako onoj kome se poruka upućuje biva uhvaćen u zamku: nije mu dozvoljeno da se povuče iz komunikacije niti može komunicirati, jer poruke nisu kongruentne, niti jasne. Kao poseban se izdvojio ekstremno asimetrični, izviotopereni tip komunikacije u kojem dominantni član nameće ideje submisivnom, koji - sluša! Kada komuniciraju na izviotoperen način, ne koriste se nužno verbalnom agresivnošću, a ono što ih razlikuje od konfliktnih jeste da

¹⁰⁰ Što, moramo podvući, ne znači da je takav vid komunikacije koja je: jasna, nedvosmislena, otvorena, i nema, već da je nismo *uhvatili* u opisima. Na primjer, jedan od naših sagovornika S. R. iznosi da je sa svojom majkom otvoren, povjerava joj se, da ona ima razumijevanja za njega. No, već u narednoj sekvenci S. govori o majčinoj poruci, koja baca sumnju na kvalifikaciju komunikacije kao funkcionalne. Naime, majka mu stalno poručuje da on nije uradio ništa (ubio je oca, sa kojim su i on i majka bili u stanom konfliktu).

je odgovor na primljenu poruku - njeno bespogovorno prihvatanje. Na kraju, valja podvući da su svi opisani obrasci komunikacije, prepoznati u literaturi kao tipični za porodice shizofrenih, kakvih je konačno među našim sagovornicima i najviše.¹⁰¹

Komunikacione obrasce je opisalo 42 naših sagovornika. Neki od njih su opisali odlike komunikacije između roditelja, a neki su bili iscrpniji i govorili i o komunikaciji između njih i svakog od roditelja ponaosob (21). Naši su sagovornici najčešće opisivali tri tipa komunikacije: verbalno konfliktnu, blokiranu i diskvalifikujuću.

Verbalno agresivna komunikacija se najčešće odvija između očeva i majki. Drugim riječima, našim ispitanicima je, kao najtipičniji oblik razmjene poruka među roditeljima u sjećanju ostao ovaj, u kojem dominira svađa. Takav vid razmjene među roditeljima obično ide ruku pod ruku sa prekinutom ili blokiranom komunikacijom, kada su naši ispitanici u pitanju. Ovaj obrazac da se lijepo prepoznati u sekvenci koju opisuje M. R. On kaže da su se roditelji obično svađali zbog njega, i da su znali i da se „udruže protiv mene”.

Roditelji se nerijetko doživljavaju kao osobe koje su toliko angažovane u međusobnom odnosu (dovoljni sami sebi!), da sa djecom nema verbalne (emotivne?) razmjene. Na primjer M. S. kaže za svoje u konflikt upletene roditelje da sa njim nisu kontaktirali! M. dalje kaže: „... svog oca ne poznajem skoro. Poznajem ga površno. Nikad nismo seli da razgovaramo!”

Takođe, na osnovu sekvenci se stiče utisak da je jedan od uobičajenih načina razrješavanja nesuglasica između roditelja i djece bio prekid komunikacije. Komunikaciju su obično prekidali roditelji. Sa djecom češće nisu razgovarale majke, nego očevi, a u dva slučaja su na takav način komunicirala oba roditelja. D. S. tako živo opisuje prekinutu komunikaciju između nje i majke. Sa svojom majkom (koju je ubila) nije govorila zadnje dve godine. „Majka je stalno pretila da će da pošalje kola po mene (da je odvezu u *ludnicu*). I ja sam imala užasan strah od nje”.

Jedan roditeljski par je ovu taktiku koristio da disciplinuje sina (našeg sagovornika), a ćutanje je obično trajalo po mesec, dva, dok im on ne priđe (D. P.). Drugi roditeljski par je na ovakav način komunicirao kako sa svojim sinom jedincem, tako i sa bližom i daljom okolinom. Ovi roditelji su svom sinu isključivo delegirali

¹⁰¹ Da je opravdano poći od pretpostavke da je preovlađujući tip komunikacije u porodicama disfunkcionalan, potvrđuju ranije dati opisi emocionalne bliskosti unutar i između porodičnih sistema, koji skoro bez izuzetka spadaju u istu kategoriju.

naređenja, bez dozvole da se i on uključi u donošenje odluka koje se tiču i njega. Ovakva vrsta neuviđanja razvojno uslovljenih potreba potomka je rezultirala njegovim manjkom socijalnih kontakata, niskim nivoom samopouzdanja i očekivano - povučenošću. Ovaj porodični sistem je u isto vrijeme bio ekstremno zatvoren i ka spolja. Tako D. J. nije upoznao svoje najbliže rođake (baku i ujaka) sve do suđenja (za ubistvo roditelja). Konačno, ne iznenađuje da se razmijena poruka između D-ovih roditelja svodi na ekstremno asimetričnu ili izvitoperenu. U toj podjeli, otac je izdavao naređenja i bojio realnost, a majka ga je slijedila!

Posebno su interesantni opisi komunikacije koja je po tipu diskvalifikujuća. Diskvalifikacije su po pravilu upućivane djeci, i to češće od očeva nego od majki. R. S. tako za svog oca kaže da ga je ponižavao, vređao, a M. R. živo opisuje repertoar diskvalifikacija upućenih od maćehe, nakon što je saznala da M. ide kod psihijatra. On je krio da pije tablete jer: "... me je maćeha mrzela. Pa da priča po selu da sam bolestan". Na kraju kada je otkrila ovu od nje dugo čuvanu tajnu, M-a je uporno degradirala, koristeći se njegovom bolešću. Tako ga je vrijeđala da ne može da se: "... oženi, da ima decu, nego da mora da ide u ludnicu, da jeda go..a i da se maže go.....a jer je lud!" M. je ubio i maćehu i oca, koji se našao u blizini. I Š. M. za svoga oca, kojeg je pokušao ubiti, kaže da ga je: "... uvek prijavljivao i govorio da je lud, što nije tačno." I otac i majka S. Lj. su joj govorili da je luda i da će je ponovo spakovati u ludnicu. Niz diskvalifikacija od svog oca je doživio i S. R. Govori da je otac bio "... strog, da je dosta maltretirao, ucenjivao, omalovažavao, potcenjivao u odnosu na brata". Kaže dalje: "Ali rodio sam se i moram da živim! Koliko mi je bilo loše, nisam bio za maltretiranje i izivljavanje. Bilo mi je teško, ali nisam znao kako da se suprotstavim ocu". Na kraju, oca je ubio jednog jutra, kada je ovaj kritikovao njega i ženu: "Kakva su vam deca¹⁰²? A moja deca su dobra, ne drogiraju se, ne piju, skromni su".

Jedan broj naših sagovornika koji imaju djecu, nezavisno od toga da li su razvedeni, svoje (bivše ili sadašnje) partnere opisuju kao diskvalifikujuće. Pretpostavljamo da se iza njihovog uvjerenja da su ih supružnici ocrnili i/ili ih i dalje ocrnjuju pred djecom i da ih je zbog toga potomstvo napustilo, jedan od posebno prihvatljivih načina racionalizacije *zaboravljenosti* od svih. Na primjer, Ć. M. kaže da nije u kontaktu sa svojim sinovima, jer: "... žena nije htela da mi da broj telefona da se

¹⁰² S-ov sin je teško pokretan usljed atrofije mišića.

čujemo. Socijalna služba nije odigrala svoju ulogu jer bi i ja bi trebalo da vidam decu” (ubio roditelje, i pokušao da ubije jednog od sinova). G. D. za svoju ženu, koju opisuje kao “ljutu, agresivnu Romkinju”, kaže da “koristi decu”, i da su ga ona zato zaboravila.

Mistifikacija je opisana u tri sekvence. Ovaj naročito pogubni vid komunikacije, u kojem se negira realnost neke situacije, zbunjuje primaoca poruke. Prisiljen je odatle da je tumači na poseban način, koji ne dozvoljava da razlikuje ono što ljudi stvarno žele, niti da izrazi ono što sam/a želi (vidi: Kecmanović, 1989). Praksu mistifikacije, pa i njene posljedice, koje se ogledaju u pripisivanju posebnog značenja izrečenom, živo opisuje Lj. S. Kaže: “Majka je govorila: *Ova se okopilila, rodila vanbračno dete, ne zna se već koje po redu. Vaspitala me na mudar način. Ona seče drva i kaže zaovi: Da sasečem granje, al da pazim samo da odvojim granje od drveta. Sve na mudar način me vaspitali. Recimo i za narkomaniju. Bojala se narkomanije strašno. Kad čujem za nji' (narkomane) moram odma' Artan da popijem. A to je sasvim normalan narod!*”

I P. V. je bio izložen nizu kontradiktornih praksi i zbunjujućih definicija stvarnosti. Za svoga oca, koji je bio medicinski radnik veli da je bio “... unezveren kad je saznao da mu je sin bolestan. Zajapuren je bio! Inicirao je lečenje, a onda se neodgovorno odnosio prema meni. Želeo mi je dobro, ali na koji način nije mi jasno. Ja sam bio u velikoj konfuziji”. Zbunjujući mehanizam mistifikacije V. opisuje i u narednoj sekvenci. Veli: “Desilo se da odem sa ocem kod njegovog prijatelja. Otac i on piju pivo, a onda otac kaže: *Prijatelju, ja sam sa njim zadovoljan!* A ja ne pijem lekove!”

Sa nekim oboljelima najbliži i u ovom trenutku razgovaraju na način koji uključuje mistifikaciju. Tako majka R. S. ne dozvoljava da priča o tom šta se desilo (ubio oca). Kaže da je otac imao infarkt. I još dodaje: “Sine, ti znaš to što se desilo tebi moglo je da se desi i tvome bratu!”

Izvitoperena komunikacija, u kojoj onaj ko upućuje poruke ima moć da oblikuje stvarnost, je tipična za roditeljske parove. Uslovno nazvano *oblikovanje realnosti* spada u ingerenciju muževa. U ostvarivanju dominacije oni ne prezaju od upotrebe kako verbalnog tako i fizičkog nasilja. Konačno, i kada razmjenjuje poruke sa potomstvom, dominantni *tvorac* porodičnih pravila koristi agresiju (i verbalnu i fizičku). Odatle, ne čudi prisustvo ljutnje koju djeca imaju prema submisivnom roditelju, kojem se zamjera to što ne štiti. Ilustrativne su sekvence koje nam je

ponudila Lj. S. Ona kaže: “Majka me nikad nije štitila, naročito kada sam dobijala batine od oca i brata”. Konačno, ekstreman primjer ovakvog vida komunikacije opisuje K. D. koji je ubio svog oca. Kaže da ga je otac ponižavao, postupao prema njemu kao prema životinji. Na kraju, za svog svemoćnog oca, kojem pripisuje nadprirodne sposobnosti, veli da ga je preko struje i pogleda mučio. “Očev pogled me terao da činim što ne mogu i što se protivi mom organizmu”.

10.1.3. O svome braku

Od 50 naših ispitanika, 26 je bilo ili je još uvijek u braku. Jedanaestoro se razvelo što prije (devetoro), što u toku trajanja mjere bezbjednosti (dvoje: jedan muškarac i jedna žena). U sadašnjem trenutku u bračnoj zajednici je desetoro: devet muškaraca i jedna žena, no valja odmah podvući da više od polovine ima tek sporadične kontakte sa supružnikom, ili su oni u potpunosti prekinuti. Takođe, među onima koji su imali iskustvo bračnog života pronašli smo petoro udovaca. Jedna od njih je ovaj status stekla prije dolaska u SZB, dok su ostali (četiri muškarca) udovcima postali zahvaljujući vlastitim postupcima (ubistvo supruge).

Da bismo dobili bolji uvid u bračne relacije naših sagovornika analizirali smo sve sekvence koje su se ticale bračnih odnosa. Nekolicina je veoma detaljno opisivala svoje bračne relacije, bez potrebe da ih u tom pogledu posebno podstičemo. S druge strane, neki od njih su odgovarali šturo, te smo, prepoznavši otpor, od daljeg otvaranja ove teme odustali. Pa ipak, i ovakvi opisi su nam dali iako parcijalne, dragocjene uvide u bračne relacije naših sagovornika.

Odmah valja podvući da su, po pravilu, veoma opširno o svom braku govorili oni koji su zasićeni negativnim emocijama, prvenstveno ljutnjom prema partneru. Razlozi za ljutnju su: (pretpostavljeno) bračno nevjerstvo, prekid svakog kontakta i pravljenje tabora sa djecom protiv njih. Zapravo, samo jedan od naših sagovornika koji uživa značajnu podršku porodice, o svom braku i svojoj supruzi priča i opširno i toplo.

Primjetili smo i da su, u odnosu na ostale, oni koji su se razveli prije dolaska u SZB detaljnije opisivali svoje bračne relacije. Opet, i ovi opisi su zasićeni negativnim emocijama i okrivljivanjem bivših partnera.

Oni koji su svoje partnerke ubili, o braku ne pričaju mnogo. Njihove uslovno nazvane napomene, za koje nismo bili skloni da dodatno eksplorišemo zbog

evidentnog otpora da se ova tema proširuje, su takođe zasićene ljutnjom, i to isključivo zbog i dalje u sjećanju živog nevjerstva partnerke. Čini nam se da najbolji opis ove relacije sadrži riječ: “kurva”, koja se sreće u transkriptima onih koji su ubili svoje supruge.

I pored ovakve različitosti kada su u pitanju opisi bračnih relacija, iz razgovora sa našim sagovornicima smo mogli re-konstruisati sljedeće teme: o dužini zabavljanja sa budućim/om suprugom, o dobi u kojoj su ušli u brak i razlogu zbog kojeg su se odlučili na takav korak, o različitim aspektima bračne funkcionalnosti, počev od emotivnih odnosa u braku, načinu rješavanja problema i eventualno prisutnoj triangulaciji, a u slučaju razvedenih, i o razlogu/zima za prekid bračne zajednice. Takođe, pored relacionih dimenzija, opisi, i to bez izuzetka, sadrže detaljnu analizu supružnikove ličnosti i njegovih/njenih ključnih osobina: po pravilu negativnih.

Kada je riječ o dužini zabavljanja sa (bivšim) supružnikom, pokazalo se da se ono kretalo od jednog mjeseca do jedne i po godine. Troje naših sagovornika se prije braka nije zabavljalo, već su brakovi ugovoreni: od strane roditelja sa nepoznatim djevojkama (dva muškarca) i od strane prijatelja (jedna žena, sada udovica). U slučaju ove dvojice muškaraca brakovi su ugovoreni kao jed(i)na opcija za zasnivanje porodice. Naime, obojica su se prethodno razboljela, te su roditelji na sebe preuzeli odgovornost da im pronađu adekvatne partnerke, jer su i M. i D. u tom pogledu podbacili. Stariji od njih u brak je stupio u 35. godini, sa 15 godina mlađom ženom, koja nije znala za njegovu bolest. Kaže da su: “Roditelji su bili srećni jer se najzad oženio”. D. je u brak ušao znatno ranije u 24. opet sa mlađom djevojkom (tada starom 15 godina), koja takođe nije znala da je njen suprug bolestan. Iako je jedan od njih razveden, a drugi ne, sa (bivšim) suprugama nisu u kontaktu. Treba dodati i da smo stekli utisak da su najverovatniji razlozi zbog kojih su 15-godišnja djevojčica i 20-godišnja djevojka pristale da uđu u brak, ekonomske prirode. I M. i D. porodica su dobrostojeće, a njihove (bivše) supruge su živjele na rubu egzistencijalnog minimuma. I M. je takođe ušla u ugovoreni brak, u srednjim godinama, rukovodeći se ekonomskim interesom (njen suprug je bio znatno stariji od nje i materijalno dobro obezbjeđen). U brak su, uz ovo dvoje pomenutih, ostali ulazili veoma rano: prije dvadesete godine (dva) ili u ranim dvadesetim (22), što je i kulturološki (u sredini u kojoj su živjeli) očekivano.

Pored materijalnih interesa, pokazaće se da su bračnu zajednicu zasnivali ili zbog toga što je partnerka ostala trudna (tri), zbog pritiska roditelja i/ili buduće supruge (jedan od njih), te iz velike ljubavi (troje). M. S. potonji razlog opisuje ovako: “Voleli smo se jako, mnogo lepo nam je bilo!”.

Pa i pored i/ili uz veliku ljubav, u brakovima naših sagovornika je bilo prisutno nasilje. Na primjer, iako su svoje supruge: *očajno voleli, jako voleli* ili samo *voleli*, naši sagovornici uglavnom nisu prezali od fizičkog i verbalnog nasilja prema njima. Tako je gore pomenuti M. S. svoju bivšu suprugu *disciplinovao fizički*. Bračne probleme su rješavali tako što joj on “... opali dva šamara, to je jedini način da izađem na kraj”. I J. H. je “očajno voleo ženu”, ali ga to nije spriječilo da druge (vanbračne) partnerke dovodi u kuću i “bije” suprugu. P.V. kaže da je ženu udario “samo par puta”, a jedan od naših sagovornika priča o nasilju koje je njegova supruga vršila nad njim. Na kraju primjećuje: “Koliko je muževa otrovano, ostavljeno, oterano, a stalno se govori o tome da stradavaju žene. U odnosu na žene, za muškarce bi trebao soliter - sigurna kuća”.

Naše sagovornice bračne relacije opisuju sa izvjesnom dozom samokritičnosti. Jedna od njih kaže da je u braku postojalo nerazumijevanje, jer su ona i muž bili “nesrodne duše”, dok ostale sumnjaju u to da je ikad i bilo ljubavi između njih i partnera (jedna razvedena, jedna u braku).

Možemo hipotezirati da je ovo često prisutno (verbalno, fizičko) nasilje imalo funkciju da razrješi tenzije između partnera, koji nisu bili vješti da se rasterete na drugačiji, možda konstruktivniji način. Ovakav obrazac ponašanja je tokom vremena postao odomaćen i uobičajen način *rješavanja* problema, koji je pretpostavljamo funkcionisao po principu začaranog kruga. Tako su uslovno nazvane žrtve tek povremeno napuštale nasilnike, a onda im se ponovno vraćale.

Jedan od mehanizama za privremeno rješavanje tenzije, koji sa dosta nekritičnosti opisuju muškarci, je uključivanje drugih u brak, proces koji smo prepoznali kao triangulaciju.¹⁰³ Najčešće, riječ je o ženinoj (uglavnom pohlepnoj) rodbini i/ili njenom poslu, i/ili njenim ljubavnicima. Jedan od naših sagovornika kaže da je njegova žena promjenila svoj odnos prema njemu onda kada se zaposlila. Zapravo, tada je i našla brojne ljubavnike. Samo jedan od naših sagovornika kaže da

¹⁰³ Triangulacija je reaktivni emocionalni proces koji se odvija između tri strane, a aktivira se sa porastom anksioznosti u odnosu unutar dijade. Anksioznost biva redukovana uvođenjem trećeg/treće (osobe, pa čak i posla), a logika se svodi na sljedeće: mir i harmonija u jednoj relaciji je podržan konfliktom u drugom (vidi: Milojković, Srna, Mićović, 1997).

su se njegovi roditelji, u čijem domaćinstvu su živjeli on i supruga, uplitali u brak. Stiče se utisak da ovi roditelji nisu bili zadovoljni sinovljevim izborom, a kako kaže S.: “Nikad ne bi ni bili. Ne znaju ni oni šta od mene očekuju. Da oženim službenicu, direktorku? J... ga, ja ne mogu da idem sa takvima”. S. otac je snahu konačno istjerao iz kuće uz argumentaciju: “Ne treba mi ovaj Indijanac!”

Svađe su u brakovima naših ispitanika bile uobičajene. One su obično izbijale zbog: uplitanja (njene) porodice, njenog nevjerstva, njene neposlušnosti, njegovog neodgovornog ponašanja prema porodici (odlaska u kafane, kockanje, ljubavnice) (jedna žena i jedan muškarac) i zbog „gluposti“. Samo jedan od naših sagovornika sebe vidi odgovornim za svađe sa suprugom, dok ostali takvu kritičnosti ne ispoljavaju.

Odatle i ne čudi da je najveći broj brakova razveden bilo formalno bilo neformalno (izostankom kontakta). Iz sekvenci smo prepoznali i tri glavna krivca razvoda. Riječ je o: 1. njoj i njenoj porodici (dva); 2. nasilju (jedan); 3. zajedničkim interesima partnera, vezanim za dokumentaciju potrebnu za odlazak u inostranstvo (dva ispitanika). Najčešće, *ona* je napuštala porodicu i ostavljala muža, a u tom procesu bitnu ulogu je imali *njeni* (njena primarna porodica). Tako su jedan broj žena članovi njihovih primarnih porodica podgovarali da: krađu svoje muževe, da pred muževe postavljaju nerazumne zahtjeve (na primjer, da zasnuju samostalno domaćinstvo) i traže novčanu pomoć. J. U. sa rezignacijom kaže da je svoju ženu “... u svilu oblačio”. Veli: “Nema šta nije imala, iz butika sve”. Pa ipak ona ga je “... varala, krala pare, bežala kod drugi ljudi”. I D. M. kaže da su se odnosi između njega i (bivše) žene pokvarili onda kada se uplela njena porodica. Kaže: “Ona (supruga) je radila kako oni žele, krala i davala njima”.

S druge strane, iako su brakovi skoro bez izuzetka bili bremeniti nasiljem, samo jedan od naših sagovornika navodi da se razveo zbog ovog razloga. Veli da je: “... brak počeo bajno, a kasnije su se pokazale njene karakterne crte. Ja sam pokrenuo razvod zbog nasilja. Bolje da se razvedemo nego da upadamo u takve situacije, bez obzira da li me iritira ili ne”.

Zarad dobrobiti čitave porodice razvedena su dva braka. Riječ je o dva muškarca koji su se razveli kako bi supruge i djeca dobili priliku za iseljenje iz zemlje (u Austriju i u Australiju). Samo jedan od ove dvojice muškaraca se trebao pridružiti porodici u inostranstvu, dok u slučaju drugog takav plan nije postojao. Oba ova muškarca, i D. i D., su sa bivšim suprugama u dobrim odnosima. Mlađi, koji u SZB

boravi kraće vrijeme (tri mjeseca), sa bivšom suprugom koja živi u Australiji komunicira pismima. Od nje krije gdje se nalazi i kaže: “Biće vremena da se sve ispriča kada izađem na slobodu!” Bivša supruga starijeg od njih, D. V-a, ima želju da se ponovno uda za njega.

Primjećuje se da su priče naših sagovornika o sadašnjim ili bivšim supružnicima uglavnom zasićene okrivljivanjem. Bivšim supružnicima se tako zamjera: nevjerstvo i nelojalnost, dok su kritike upućene na račun onih sa kojima su još uvijek u braku, pa čak i onda kada sa njim ne komuniciraju, nešto blaže, uz dva interesantna varijeteta. Prvi se sastoji u predstavljanju sebe u jednom skrušenom maniru kao žrtve nezahvalne žene/muža (u jednom slučaju), djece, porodice. Drugi se sastoji u pravdanju indolentnog ponašanja supružnika prema njima. Pretpostavljamo da iza ovog nešto pomirljivijeg tona leži nada da će ih partner/ka u nekom trenutku i na neki način prihvatiti.

Na kraju, sve (bivše, sadašnje) supružnike naših sagovornika je moguće svrstati u nekoliko kategorija. Ove odlike su obično diskvalifikujuće, zasnovane na percipiranim obilježjima ličnosti supružnika i njegovom (uglavnom) izopačenom ponašanju. Na primjer, jedna od žena je *nezahvalna*, druga je *bandoglava*, treća *ljuta*, *svađa se*, četvrta *duševno bolesna*, peta *nemoguća*, šesta *ima divlju narav*. Neke su svoje muževe: *raskućile*, *pokrale*, *upropastile*, *varale*. J. U. tako na pitanje čime se bavila njegova žena, žustro odgovara: “(P)rostitucijom. Voli da menja, da vara. Tri puta sam bio zaražen od moje vlastite žene. Jela je g.... sa kumom Đurom, mojim bratom, seljakom Vojom. Nisu ljudi krivi, ona je kriva”. Jedan broj njih se zahvaljujući ženama i razbolio, uključujući i U. J. on kaže: “Pre dolaska ovde sam se lećio. Sve zbog žene. Napravila me budalom i ljubomornim i onda me udarilo u glavu. Ja kažem: *Umreću!*, a ona me spremila u Novi Sad u bolnicu na mesec dana, pa onda u Kovin”. I dodaje: “Kurva!” I P. N. se razbolio kada ga je žena, kojoj je prethodno oprostio prevaru (obojica su pokušali ubiti suprugu). Č. M. je siguran da je za njegovu bolest kriva žena. Pošto nisu imali “redovan seks”, ona mu je: “... napravila nekakav napitak od kog je na kraju poludeo”. I M. S. i K. P. su se propili nakon razvoda. Na nama svakako nije da cijenimo da li su naši sagovornici u realnosti doživjeli prevaru od strane partnerki, ili je riječ o događajima koji ne pripadaju stvarnosti već su simptom njihove osnovne bolesti, no opisane događaje moramo razumjeti uvažavajući njihovo lično, simboličko značenje u kojem se bez izuzetka prepoznaje - odbacivanje!

Na kraju, treba podvući da u transkriptima pronalazimo još jednu zajedničku odliku ovih žena: sve su od reda za svoje (bivše, sadašnje) muževe lijepe!

Naše sagovornice su nešto umjerenije u kritici (bivših, sadašnjih) supružnika. Jedna od njih kaže da je njen muž pažljiv, iako ga ona ne voli, a druga, koja se razvela po dolasku u SZB na zahtjev muža (pokušala je ubiti kćerku), kaže da je on dobar čovek. Na ovom mjestu valja pomenuti i R. S., jedinog muškarca koji je u lijepom svijetlu predstavio svoju ženu. Za nju kaže da je “dobro stvorenje. Ne može ni kokošku da zakolje”. On joj kupuje garderobu “po njenom izboru, odemo na piće. Kad su deca bila mala”, veli: “... išli smo na vašare, sabore”, a on je uvek gledao da joj nadoknadi “... to vreme što nije sa njom” (svirao po svadbama).

Na kraju, valja se osvrnuti i na odnos između roditelja i djece. Tako se da primjetiti da su djeca, po riječima naših sagovornika, podjeljena gotovo bez izuzetka na dva tabora: jedan majčin, a drugi očev. Ovakve koalicije se zasnivaju na lojalnosti prema jednom od roditelja, i uvijek su usmjerene protiv onog drugog. Po pravilu, djeca se svrstavaju na stranu onog roditelja koji je na slobodi. Svrtavanje naši sagovornici prepoznaju bilo iz razgovora sa djecom, bilo iz njihovog ponašanja, odnosno odbijanja komunikacije sa njima.

Iz priča se mogu prepoznati dva osnovna razloga za ovakvo savezništvo, koja su manje-više neodvojiva. To su: 1. ljutnja na oboljelog roditelja i/ili strah djece od njega, koji nisu podstaknuti od strane drugog roditelja; i 2. manipulacija djecom od strane roditelja na slobodi. G. D. to opisuje ovako. Veli da se nije čuo sa ćerkama. “One se plaše od mene da sam opasan. A ja sam anđel!” B. A. je samo jednom sa kćerkom koju je vidio posljednji put kada je imala devet mjeseci (sada ima 30 godina) uspostavio kontakt, a ona je zamolila da je više ne zove. A. je odlučio da poštuje njenu želju (ubio strica i pokušao da ubije suprugu, vjerujući da se „švalerišu“). S. P. koja je pokušala da ubije kćerku kaže: “(O)na se plaši sad od mene i ja ne mogu da odem kući”.

Manipulacija se s druge strane sastoji u prikazivanju oboljelog roditelja kao lošeg, opasnog, i obično rezultira prekidom kontakta sa oboljelim. G. D. za svoju suprugu kaže: “Majka koristi decu, ljuti se. Ona je stroga, agresivna”. Pa ipak, neki od ovih roditelja smatraju da će dobiti priliku, kada izađu na slobodu, da pokažu da su drugačiji, da su bolji. Tada će djeca, misle, vidjeti koliko je drugi roditelj bio u krivu i koliko su pogriješili. G. D. tako podsjeća na svoje žrtve prema djeci i porodici, koje su zaboravljene. Kaže: “ Veruj mi da znam da kuvam, da povijem decu. Sve sam

radio po kući Ni Goga ni Kaća (kćerke) mi ne dođu. Kad izađem Bože zdravlja, pomoći ću im tad. One će obe da se udaju. Pitaću ženu kako će onda da se snađe sama”. M. S. podsjeća da je on otac i majka svojoj deci, jer oni “majku nisu imali”. Ona se o njima, zapravo, ni o kom, nije brinula. I J. Z. je jedan od onih roditelja koji navodi da ga djeca rijetko posjećuju, ali ih u isto vrijeme i pravda. Veli: “Nema se novca”. Brine kako oni žive. Porodici šalje polovinu penzije. Na kraju kaže: “Ako treba ostaću ovde, neću u dom, tamo oduzimaju penzije. Kako bi onda moji?” (odbili da ga prihvate po otpustu).

Neka od djece se ne svrstavaju u tabore. Ona sa svojim oboljelim roditeljima komuniciraju i posjećuju ih, nezavisno do toga šta su uradili. Tako R. V. govori da ga posjećuju oba sina (ne i kćerka), kod kojih odlazi na vikend i koji o njemu brinu, iako im je ubio majku (recidivista, u SZB 20 godina i 8 mjeseci). P. V. sa toplinom govori o svojoj kćerci. Podvlači da je zbog njegovog boravka u SZB odnos sa kćerkom narušen i da gleda da kada je sa njom izvuče “što više emotivnog”. Na kraju kaže da ga je “sramota što kćerki ne može više da pruži”.

Stiče se utisak da je ovim ljudima roditeljstvo značajan dio identiteta. Oni su tako ponosni na svoju djecu i njihove uspjehe, i o njima pričaju čak i ako nisu u kontaktu. Ovako J. Ž. govori o svoja dva sina, koji su zbog njegovog boravka u SZB i ženine dugogodišnje hopsitalizacije u psihijatrijskoj bolnici u Kovinu, poslata u hraniteljsku porodicu. “Stariji se zove D. i ide u treći razred osnovne, a mlađi je I. ide u drugi. Stariji je dobar, a mlađi odličan u školi, pohvaljen kao najbolji đak. Kod njega nema greške!”. I Ć. M. ponešto zna o svojim sinovima iz priča rijetkih posjetioca. Veli: “... stariji trenira kik-boks, šeta pit-bula, mlađi J. (koga je pokušao ubiti, nakon što je ubio svoje roditelje) igra odbojku, ali žena nije htela da da broj telefona da se čuju”. Kaže i da: “... deca treba da budu zaštićena od svega, treba im pružiti mladost bez nasilja, potrebno je da pamte nežnost u detinjstvu”. S. P. koja kćerke nije vidjela četiri godine, od kako je u SZB zna da su: “...odlične ... učenice. Mlađa ide na plivanje, a muž (bivši) je vozi svaki dan na treninge”. Na kraju, čak i onda kada hvale i onda kada grde svoju djecu (ali nikad zbog toga što nisu u kontaktu!), ovi roditelji primjećuju koliko njihovo potomstvo liči na njih. Ilustrativna je sekvenca u kojoj K. P. opisuje svoje sinove. Kažu da su ga “... slušali i da ga danas danji slušaju“ Jedino ga mlađi ne sluša i on je razočaran u njega, „jer ima sve mogućnosti da postane fudbaler, a on neće da trenira. Po čitav dan spava, samo su mu

devojčice u glavi i one će mu doći glave, gore nego meni. Stariji je sav na mene - on šta ima, kaže u dve rečenice”.

Pored toga, ovim roditeljima izuzetno znači spoznaja da je djeci do njih stalo, nezavisno od toga kako su do iste došli. J. Z. tako veli da “... kod dece, nakon dela (ubio oca) nije bilo promena”, i da njega “... vole više nego majku”. M. S. je siguran da njegovi sinovi: “... jedva čekaju da dođem kući da skinu brigu sa vrata. Stariji sin čeka da izađem, da radimo nešto zajedno. Ja sam mu idol, a od mene su napravili zver”. R. S. kaže da ga “deca vole” i on se dobro slaže i sa starijom i sa mlađom kćerkom. Ponosan je i na to što ih nikad nije tukao, „osim jednom kada je davio kćerku u šljiviku“, kada su se majka i žena rasplakale zbog toga. G. D. koji je u SZB više od 15 godina, zna da se njegova Goca (kćerka) zaposlila i tvrdi, iz nekog, nama nepoznatog, ali za ovog oca vjerovatno jasnog razloga: “Sad me ona voli!”

Stiče se utisak da se ovi roditelji pitaju mogu li da na adekvatan način ispunjavaju roditeljske obaveze. Najveća briga vezana za roditeljstvo se tiče nemoći da djeci pomognu materijalno, iako neki od njih šalju novac (ukoliko imaju prihode tj. penziju) porodici. Druga posebno opterećujuća briga je njihovo odsustvo iz života djece zbog kojega je potomstvo ostalo emotivno uskraćeno ili nezaštićeno, što može da ima implikacije i na njihovu budućnost. Potonja briga je naročito prepoznatljiva i više nego evidentno opterećujuća u slučaju dvojice muškaraca čija su djeca nakon njihovog dolaska u SZB (obojica su u instituciji četiri godine, zbog zanemarivanja djece), poslata u dom. Ovu *sistemsku nepravdu* obojica doživljavaju izuzetno teško. M. S. kaže: “Za neke stvari nema logike. Petoro od šestoro dece iz doma završi u zatvoru. Zašto su kaznili decu, oterali ih u dom?” Poručuje: “Decu ne dam!”

Na kraju valja podvući da se ne možemo oteti utisku o tome koliko je jedan dio naših sagovornika željan kontakta sa djecom i koliko im njihovo potomstvo nedostaje. Čini se u tolikoj mjeri, da ih nisu spremni kritikovati kao na primjer ostale članove porodica, naročito (bivše, sadašnje) partnere/ke. Možemo hipotezirati da se iza kriju razlozi koji se tiče sekundarne dobiti: neću kritikovati, možda se smiluju da me prihvate, jednom! S druge strane, čini nam se da toplina sa kojom neki od njih govore o svojoj djeci, ipak govori u prilog iskrene želje da svoju djecu vide i da sa njima kontaktiraju. Možda je upravo uslovno nazvan *zaborav* od strane djece za jedan dio ovih ljudi i najteži. To se najbolje prepoznaje u riječima jednog G. D. koji svojoj kćerci poručuje: “Nemoj da zaboraviš tatu. Da mi dođu deca! Ne mogu više bez njih!” (Plače.)

10.1.4. O emotivnim vezama

Posebno, interesovalo nas je da li su naši sagovornici stupali u emotivne veze i kako su doživljavali svoje partnere. Iz literature znamo da bolesti iz kruga shizofrene psihoze nose specifičnu kliničku sliku u kojoj po pravilu prevalira sklonost ka osamljivanju i socijalnom autizmu (vidi: Protić, 1992: 79-80). Ukoliko bolest nastupi na ranijem uzrastu, oboljeli po pravilu ne uspiju da uspostave čvršće veze sa svojim okruženjem. Zapravo, njihov socijalni svijet se svodi na porodični, nažalost najčešće disfunkcionalni milje.

Pitali smo se da li i za naše sagovornike ovi nalazi važe? Da bismo dobili odgovor na ovo pitanje, pažljivo smo isčitali intervjuje i izdvojili razgovore samo sa onima koji nisu stupili u brak/vanbračnu zajednicu. Od pedesetoro njih 24 nikad nisu ušli u brak/vanbračnu zajednicu. Među njima pronalazimo i one koji su stupali u ozbiljne veze koje su mogle završiti brakom (sedam), i one koji kazuju da su imali brojne veze koje nisu bile ozbiljne (šestoro), kao i one koji nikad nisu ostvarili emotivnu vezu sa osobom suprotnom pola (11 naših sagovornika).

Upadljiv je nalaz da su, kada je riječ o ozbiljnim vezama, one prekidane zbog iznenadnih traumatičnih događaja: pogibije (vjerenika), prisile na abortus od strane roditelja, ratnih okolnosti. Jedan od sagovornika kazuje da je vezu prekinuo kada je saznao da ga je djevojka prevarila, drugog je djevojka ostavila jer je odbio da se liječi (od bolesti zavisnosti), a samo jedna ispitanica je odbila da se uda.¹⁰⁴

U sekvencama u kojima opisuju svoje veze prepoznajemo i osjećanja: (naknadnog) žaljenja (zbog propuštenih prilika), patnje, ali i ravnodušnosti. Tako nam Lj. živo opisuje svog momka iz Prijepolja. Veli da je bio: "... lep ko lutkica, krupan" i da joj je: "... žao što su se razišli". Poručuje: "... oči ti govore da li hoćeš ili nećeš i gotovo. Ja sam se sve bojala da ću biti izigrana".¹⁰⁵ I Ž. i M. pričaju o patnji koju su iskusili nakon prekida emotivne veze. U prvom slučaju nepredviđene životne okolnosti (rat i progon), a u drugom direktno miješanje roditelja, su doveli do prekida veza koje su mogle završiti brakom. Da su ove relacije bile izuzetno značajne našim

¹⁰⁴ Jer roditelji nisu htjeli da prodaju ovce i da joj dadu obećani miraz.

¹⁰⁵ Lj. strah od toga da ne bude izigrana kako sama kaže, su podsticali i njeni ukućani. Kaže tako da je njen otac govorio da će mu ona donijeti: "... kopile u kuću. Nisam smela da zvirnem napolje. Otac je vladao celom ulicom. Svi su me znali: *Mikina ćerka*. Niko nema da se na Milivoja žali. Svi su ga voleli, a on je svoju ćeru zvao kurva". (Lj. je ubila oba roditelja).

sagovornicima svjedoči i posebna toplina sa kojom pričaju o svojim bivšim djevojkama. Ž. se tako u toku razgovora pita: “Gde li je sada S.”?

D-e i M-ove priče o velikim i značajnim ljubavima nisu praćene bilo kakvim afektivnim tonom. Ne možemo se oteti utisku da oboje opisuju svoje veze na način koji je uporediv sa formom lišenom sadržaja. M. na primjer, bez bilo kakvog emotivnog angažmana govori i razlozima zbog kojih se nakon raskida nije upuštao u emotivne veze (iz straha da ne bude ostavljen), kao i jednom od svojih planova za budućnost. On tako veli da će se, kada izađe oženiti, tonom koji ne govori u prilog ovakvog plana. Dodajmo, u oči nam je pao njegov feminizirani izgled i njegovane, skoro ženske ruke.

Interesantan je i sam za sebe govori nalaz da niko od ispitanika, uz izuzetak jedne od njih, u ovom trenutku nema ozbiljnu vezu. Možemo pretpostaviti da zbog uloge (bolesnika, zatvorenika, opasnog) i položaja (obilježenog deprivacijama i konačno marginalizacijom) u kome su, naši sagovornici ne uspijevaju da ostvare ovakav kvalitet emotivne veze. Drugim riječima, emotivna povezanost sa drugima se može tražiti gotovo isključivo u okviru grupe sebi sličnih. Zapravo, troje naših sagovornika je pronašlo partnere/ke upravo među oboljelima, ali samo jedna od tih relacija ima kvalitet ozbiljne veze sa ozbiljnim planom za budućnost. S. je svog dečka kojeg odmah predstavlja: “To je A. Z. sa bloka A i ima četrdeset godina”, upoznala u parku prošle godine. Interesantan je način na koji se Z. i S. snalaze da bi održali kontakt onda kada ne izlaze u park (preko najvećeg dijela godine). Zahvaljujući tome što su izgradili svojevrsan vid socijalnog kapitala kod osoblja, jer su marljivi i ne prave probleme, ovo dvoje ljudi su dobili posebne, nezvanične privilegije. Na primjer (neke) komandirke prenose pisma koja Z. i S. pišu jedno drugom. S. koristi i svoj zvanično radni angažman kako bi bila u kontaktu sa Z. Uvijek kada riba centralni hodnik, stane “... pored kapije (rešetkasta vrata na ulasku u blok, prim. M. Lj.) i malo razgovara sa Z.”.

Na kraju, kada su u pitanju emotivne veze uopšte, ne treba zanemariti, pored objektivnih ograničenja, niti prirodu njihovih bolesti koja po pravilu isključuje potrebu za značajnijim emotivnim angažovanjem.

Emotivne veze koje nisu imale potencijal da postanu ozbiljne, su najčešće bile seksualne prirode. Tako J. D. za sebe kaže da je bio plejboj, a M. T. da se uglavnom „snalazio“ (koristio usluge prostitutki). Veze M. Đ. nisu dugo trajale i pored toga što

je ona “volela”, jer su je ostavljali momci zbog bolesti.¹⁰⁶ Zapravo, stiče se utisak da je jedan od razloga zbog kojih su sada sami, njihova bolest, bilo da ih je obilježavala na način koji im je bio lično neprihvatljiv, ali u užoj sredini prepoznat, kao u M. slučaju, bilo da je osvješćivala njihovu nepodobnost za porodični život (ne treba da stvaraju porodicu upravo zbog toga što su bolesni). Uz bolest, manjkale su kako adekvatne prilike (dvoje sagovornika), tako i želja da se napusti kuća (jedan od njih). Posebno je interesantan segment iz razgovora sa ispitanikom koji sebe predstavlja kao plejboja. D. kaže: “Mama me je razmazila pa zbog te okolnosti nisam hteo da napustim kuću”. Analiziran u sistemskom porodičnom ključu, uz uvid u relaciji kontekst u kome je odrastao i živio D., ovaj segment otkriva snažnu koaliciju između majke i sina udruženih protiv oca nasilnika, s jedne strane, te interesantan mehanizam majčine kontrole baziran na povlađivanju i zadržavanju sina u zavisnom položaju.

Smatramo da su svi ovi uslovno nazvani razlozi iz kojih naši sagovornici nisu realizirali ozbiljnije emotivne veze oblikovani u relacionim kontekstu. Tako je bolest postala pretpostavka lične nesposobnosti (za bračni život, roditeljsku ulogu) ili osnov nametnute etikete koja je sprječavala *označioce* da budu odgovorni prema *označenoj* (M. slučaj), dok su porodične (ne)prilike zadržale D. u ulozi crne (razmažene) ovce, majčinog miljenika. Takođe, valja podvući da, uz izuzetak jedne D-e, niko od sagovornika nije prebacio odgovornost za nemanje ozbiljnih veza na druge.

Među onima koji nikad nisu ostvarili emotivnu vezu nalaze se bez izuzetka muškarci. Riječ je o 11 ljudi, starih od 21-57 godina. Za sve njih je karakteristično da su se počeli upadljivo ponašati, i pretpostavljamo razboljevati, veoma mladi, najkasnije do 17 godine, što se mora imati na umu, kada je izostanak emotivnih veza u pitanju. Na primjer, N. je eksperimentisao sa psihoaktivnim supstancama (marihuana, ekstazi i nešto kasnije heroin) već na uzrastu od 14. M. L. se počeo upadljivo ponašati u srednjoj školi, tako da je u jednom trenutku i izbačen, a kasnije su ga roditelji “... poslali i na lečenje”. M. S. se, kaže “tresao od detinjstva”, a u srednjoj je osjetio strahove zbog kojih nije mogao da se druži.

¹⁰⁶ U istoriji bolesti pronalazimo podatak o, uslovno rečeno, M-om sumnjivom moralu. M., sada već starija gospođa (ima 70 godina) je u mladosti stupala u seksualne odnose sa većim brojem muškaraca iz svog bližeg okruženja. Budući da je živjela na selu, za pretpostaviti je da su njeni, kako ih ona zove, *udvarači*, znali za njenu bolest (epilepsiju) i po obećanju braka, seksualno opštiti. M. je izgradila interesantan način rezonovanja kada su u pitanju emotivne veze i fiziološke potrebe, iza kojih, pored zdrave logike, sigurno leži i potreba za racionalizacijom i odbranom od ovako nanešenih emotivnih povrijeda.

Dalje, valja kazati da neki od naših sagovornika o neupuštanju u emotivne veze govore sasvim otvoreno, kao na primjer M. L., drugi samo konstatuju, bez dubljeg ulaženja u pojašnjenja, a jedan od njih, koji ispoljava značajnu ambivalentnost naspram realnosti uopšte, u koju uključuje različite izmaštane dijelove, svoje fantazmičke emotivne veze predstavlja kao realne.

Jedan od osnovnih razloga iz kojih nisu ulazili u emotivne veze sa drugima je povlačenje (od drugih), koje smo prepoznali kao simptom psihotičnog poremećaja. Tako neki od naših sagovornika kažu da se nisu družili i da nisu izlazili. Ne možemo se oteti utisku da im takva vrsta izolacije nije smetala. Na primjer. D. O. koji nije imao društva, niti je izlazio, veli da je najviše volio da „bude kući, jer mu je prijala kućna atmosfera“. Zapravo, samo jednom od naših sagovornika D. J-u je izolacija nametnuta od strane roditelja, koji nisu dozvoljavali da izlazi (ubio ih je oboje).

Pored samonametnute izolacije, koja najvjerojatnije isključuje potrebu za emotivnim vezivanjem, iz razgovora sa M. L. prepoznajemo da se razlozi kriju i u visokim, ili bolje rečeno nerealnim očekivanjima od potencijalne partnerke, s jedne strane, te u podbacivanju na polju seksualnih odnosa, s druge. M. L. na veoma otvoren i ilustrativan način govori o tome da je više puta bio zaljubljen. Tako se zaljubio u devojkicu od 16 koja je umrla. Grlio je i mazio njen kip na groblju¹⁰⁷ i govorio: „(J)ao što ti nisi živa da se grlimo i mazimo“. Obožavao je devojkicu, kad treba da im priđe „... sav se zacrvni. Želeo sam uvek neku poštenu devojkicu, jer sam ja takav bio. Kao Margareta iz Fausta“. Kaže da je on tražio: „... devojkicu koja bi imala dugu crnu kosu do pojasa kao veštica, belo lice, crnu garderobu, da zajedno idu na razna mesta, na groblja“. Pred samo hapšenje bio je zaljubljen u jednu: „... crnu devojkicu, koja se oblačila u crno“. Bio je toliko zaljubljen da je bio spreman da ubije „... svakog ko je pogleda“. Bio je ljubomoran „očigledno! Bila je to platonska ljubav“. M. je i sada zaljubljen. Kaže: „Praznik mi je samo kada je gledam!“¹⁰⁸ Kod M. susrećemo jedan vid preplitanja između onog što smo prepoznali kao emotivnu nezrelost, kada su u pitanju očekivanja, i potrebe za emotivnim vezivanjem za druge (htio bi da ostvari vezu), ali bez seksualnog fizičkog kontakta koji ranije nije uspio realizovati. Veli da su mu „žene i devojkice velika nepoznanica“ i da ima „malo

¹⁰⁷ Dok se porodica nije preselila u Beograd, M. je redovno, svako veče posjećivao groblje u rodnom gradu.

¹⁰⁸ M. za sebe tvrdi da je poslednji romantičar u Jugoslaviji!

iskustva sa njima". Imao je tri pokušaja odnosa sa ženama, poslje je izbegavao kontakt. Na kraju zaključuje: „Netaknut sam, a već mi je 57”.

Ovakvu otvorenost ne susrećemo kod M. S. I kod njega je prisutna potreba za emotivnim vezivanjem za druge, što bi, stičemo utisak, bio uslov *afektivnog razvezivanja* od roditelja, ili bolje rečeno sticanja nekog vida emotivne nezavisnosti od njih, s jedne strane. S druge, u nedostatku iskustava ostvarenih u realitetu, M. priča o svojim izmaštanim partnerkama. Segmenti narativa o njegovim devojkama se ne razlikuju od segmenata priča o ostalim aspektima njegovog života: sve sekvence i opis relacija sa značajnim drugima su zasićeni kontradikcijama. Tako kada opisuje odnos sa roditeljima, M. iznosi dve međusobno nesaglasne, ali sigurno autentično proživljene percepcije: njihove pretjerane brige i njihove ravnodušnosti. Na sličan način M. opisuje i odnose sa djevojkama. Kaže tako: „Voleo sam (neku) devojku jako mnogo, ona je ćutala o mojoj bolesti i dalje bila samnom bez obzira što se tresem. Osetio sam u jednom trenutku da me ona vara i prestao sam da je zovem”. Primjećuje da je ta devojka bila jako netolerantna! Neki put je imao i „više devojaka u isto vreme”. Volio je „ličnost devojke”. Jedna je bila divlja, druga je bila pitoma, a on je tražio „pravu devojku“. Ove dve su se nadopunjavale. Kaže potom: „Jednom se desilo da sve tri (podvukla M. Lj.) dođu u isto vreme”. „Sve devojke“ koje poznaje su bile prijatne prema njemu i svi su govorili: „...blago onoj koja se uda za tebe”. Na kraju dodaje da do sada nije stupao u seksualne odnose. Opisane sekvence govore same za sebe: one su nesumnjivo obojene M. osnovnom bolešću (paranoidna shizofrenija), ali isto tako upućuju na još jedan od svojih potencijalnih uzroka. Kako sam M. kaže: „Nisam imao adekvatnu ljubav”!

10.1.5. Lične kompetencije

U okviru teme *lične kompetencije* bavili smo se analizom narativa o tri bitna vanporodična segmenta života naših sagovornika. Temu smo ovako imenovali, rukovodeći se premisom sistemske porodične teorije i terapije o postignućima van porodičnog miljea kao pokazatelju ličnih snaga. Riječ je o pričama o: školi i školskom uspjehu, drugovima i druženju i o poslu. Naša je namjera bila da prepoznamo obrasce funkcionisanja naših sagovornika u ova tri domena koja pokrivaju različite životne cikluse. Takođe, nastojali smo da utvrdimo da li ima osnova da se govori o transmisiji obrazaca iz jedne sfere lične kompetencije u drugu.

10.1.5.1. O školskom postignuću i druženju

Što se obrazovanja tiče, pokazalo se da od naših 50 sagovornika, 14 ima završenu osnovnu školu, sa ili bez nekog kursa (na primjer za vatrogasce, kuvare, krojače, položenog vozačkog ispita za kamione), 32 imaju završenu srednju školu, najčešće automehaničarsku i mašinsku, jedan je u statusu studenata (priprema i ispiti u SZB), jedna žena ima završenu višu školu, a dvojica završen fakultet.

Kada je riječ o školskom postignuću, jasno su se izdvojila tri obrasca. Prvi govori o školskom neuspjehu, drugi o relativno dobrom, a treći o izuzetnom školskom postignuću. Školsko postignuće smo ocjenjivali s obzirom na dva kriterijuma: jedan objektivni (realni uspjeh u školi) i drugi subjektivni (zadovoljstvo postignutim). Gdje god je bilo moguće u obzir smo uzimali oba pokazatelja, da bi procjena školskog postignuća bila realnija. No, to ipak nije bilo lako učiniti. Na primjer, ono što smo mi prepoznali kao školski neuspjeh (na primjer ponavljanje razreda, ili izuzetno loše ocjene), neki naši sagovornici smatraju bitnim postignućem. Tako bez obzira da li su obnavljali godinu ili bili dovoljni učenici, bili su sasvim zadovoljni krajnjim ishodom: završetkom obrazovanja. Naročito, ukoliko je školovanje praćeno posebnim obrascem druženja, koji je uključivao veliko, i kako neki od njih kažu, loše društvo. S druge strane, kao priče o školskom neuspjehu smo prepoznali i narative o nemogućnosti da se ide u željenu školu (na primjer, u slučaju S. P. koja zbog jezika nije mogla da upiše školu po svom izboru), odnosno da se školovanje nastavi (zbog materijalnog stanja, davanja prednosti bratu). U slučaju jednog od naših sagovornika, odluka da prestane da ide na fakultet je doživljena od strane okoline kao neuspjeh. Što se njega tiče, stiče se utisak da je bio sasvim zadovoljan prekidom agonije vezane za školovanje. Konačno, ekstreman je primjer mladića koji je lagao svoje izuzetno rigidne roditelje da treba da diplomira, iako je dao tek dva ispita. Na kraju je, plašeći se reakcije roditelja, ubio oboje.

U relativno dobro školsko postignuće smo svrstali ne samo dobar uspjeh u školi, već i zadovoljstvo postignutim stepenom obrazovanja. Tako jedan od naših sagovornika kaže da nije htio da ide u srednju školu jer je smatrao da je to za njena nepotrebno. I konačno, bio je zadovoljan svojom odlukom.

Među one koji su postigli izuzetno školsko postignuće smo svrstali *odlikaše*, potom one koji su zbog uspjeha bila naročito hvaljeni u svojoj neposrednoj okolini (nezavisno od toga da li je uspjeh dobar ili odličan), te one koji su u trenutku

razgovora kao naročito značajno isticali svoje školsko postignuće. Samo jedna od naših sagovornica je bila vukovac u školi, a ta okolnost ju je izdvajala i govorila u prilog tome da je ona drugačija i/ili bolja u drugih. Svi su je hvalili „kao najbolje dete... Govorili: „*Kako S. sluša, a vi kakvi ste!* Ja sam bila primer drugima!” Podjednako je ponosan na svoja školska postignuća i G. D., koji je time dokazao da je sposobniji od brata (koji ga je kinjio, a završio je samo četiri razreda škole). On tako kaže da ga je otac poslao da uči „... zanat kod Radmila Ilinčinca. Tata me je pitao da li mogu da učim zanat i teoriju i praksu. Sve sam naučio!” U prilog tezi da je ovo postignuće i dalje važan segment D-ove pozitivne samopercepcije dokazuje i sljedeća sekvenca u kojoj on obavještava: „ Imam diplomu ko vrata. Uramio sam je! Ovolika (pokazuje), Bog te j...”.

Kad je riječ o druženju prepoznali smo dva osnova obrasca. Tipologiju smo zasnovali na jednom jednom kriterijumu: (ne)postojanju potrebe za druženjem. Treba odmah kazati da je jedan od ključnih simptoma bolesti iz kruga psihoza naročito shizofrenog spektra, progresivna socijalna izolacija, odnosno odsustvo želje za druženjem. Iako ovaj uslovno nazvani autizam, može biti simptom bolesti, izolovanost može nastupiti i kao posljedica odbacivanja od strane socijalne sredine, iako oboljeli ima potrebu da se druži. Na primjer V. S. kaže da nije imao drugova. Odbačen je, smatra zbog bubuljica. Ni S. Lj. nije imala drugarice zbog bolesti. T. D. je uglavnom bio kući, jer nije imao društvo. Kaže: „Nisam imao devojk, ni drugove ni devojk, nisam se zabavljao”. Izrazito osjećanje usamljenosti sa malo riječi opisuje S. M. On kaže: „Nikad nisam imao moblini, jer nisam imao koga da zovem!”

S druge strane, kod nekih je izolacija dobrovoljno izabrana. O. D. tako kaže da se nije: „... mnogo družio”, sjedio je kući, nije izlazio, prijala mu je kućna atmosfera. G. D. tvrdi slično. Kaže da je vreme provodio tako što je „... slušao muziku i tako...” Izolacija je, pokazalo se, naročito zastupljena među onima čije je školsko postignuće i objektivno i subjektivno gledano nisko.

Oni koji su imali društvo, družili su se ili sa izuzetno velikim brojem ili sa užim krugom bliskih ljudi, sa kojima imaju slična interesovanja. Ako svoje društvo definišu kao veliko, prepoznavamo da su ga uglavnom stekli u toku školovanja. Sa vršnjacima su vrijeme provodili na dva načina: u igri i u zajedničkim izlascima (12). Po pravilu, zadovoljni su školskim postignućem, koje realno gledano i nije visoko. Van ovog obrasca iskače L. M. koji je imao široko društvo stečeno u odrasлом dobu koje ga je prihvatilo i uvažavalo i pored njegove bolesti. Da je ovakav odnos

prihvatanja od strane drugih van porodičnog kruga, za M-a izuzetno značajan pokazatelj lične vrijednosti, i protivteža porodičnoj ulozi u koju je guran, pokazuju sljedeći opisi. M. kaže da se: "... u Č. družio sa jednim mangupom od rođenja. U početku sam štitio mafijaše, koji su na silu šišali mangupe, ali mene nisu ošišali. Svi su me voleli. Kad sam izvršio te krađe, svi su me znali. P. su me zvali. M. lažno zvuči, ti si opasan čovek pa ćemo te zvati P. Bio sam popularan i poznat i među običnim ljudima i među mafijašima. Nije bilo čoveka protiv mene. Roditelji su me mrzeli zato što sam postao popularan u čitavom Č. Oni su me hteli spustiti na nivo debila, idiota. Bili su ljubomorni zato što sam toliko voljen i popularan. Svi su me znali i po izgledu i po ponašanju”.

I oni koji su imali jednog ili dva druga/drugarice su najčešće ovo društvo sticali u školi. Zajedničko vrijeme su provodili u priči, rijetko u izlascima. Takođe, oni skloni rizičnom ponašanju su pronalazili zajednički jezik sa malim brojem ljudi, sa kojima su dijelili slične poroke. Ovi uslovno nazvani devijanti su, po pravilu, mladi ljudi koji su se okupljali oko uzimanja psihoaktivnih supstanci (heroina, marihuane, ekstazija) i/ili alkohola. Svoje društvo u razgovoru sa nama i sami prepoznaju kao devijantano. Ili njihovim riječima: loše! Za razliku od prvih sklonih konvencionalnom načinu druženja, devijanti su imali i objektivno i subjektivno gledano loše školsko postignuće. Kako su različiti rizici međusobno povezani i kakav uticaj imaju na oboljele, najbolje opisuje B. N. On kaže da je izlazio sa drugovima po kafićima, pilo se, pušila se marihuana. Upustio se u loše društvo i upao u neki začarani krug.

10.1.5.2. Radni status(i): od karijere do invalidizacije

Kada je riječ o radnom statusu, pokazalo se da je najveći broj naših sagovornika bio zaposlen, dok četvoro nikad nije radilo. Ova brojnija grupa zaposlenih, su uglavnom bili radnici. Obavljali su poslove: bravara, metalostrugara, tesara, trgovca/kinje, građevinaca, konobara, keramičara, pekara... Jedan od oboljelih je (bio) vlasnik privatne radnje, šestoro su se bavili poljoprivredom, a jedan među njima je stručnjak. Treba odmah podvući da je promjena radnih mjesta bila učestala. Tako su mijenjali jedno za drugo radničko (21), odnosno u slučaju stručnjaka stručnjačko zanimanje (jedan od njih), ili su pak nakon davanja/dobijanja otkaza odlazili da rade u poljoprivredi (četvoro). Ovakva uslovno nazvana nestabilnost

zaposlenja je bila naročito izražena ako su iz državnog prešli u privatni sektor ili ako su radili isključivo u privatnom sektoru (17).

Sigurno je da su u jednom broju slučajeva promjene radnog mjesta bile povezane sa pogoršanjem bolesti. S. P. tako kaže da je dala otkaz jer nije mogla da podnese ljude. S. D. je, nakon što je dobila otkaz u državnoj firmi, muž zaposlio kod sebe u preduzeće, ali ona nakon 6 godina više nije htela da radi tamo. Naljutila se i sve joj je bilo teško da radi. S. M. ambivalentan kakav jeste, opisuje poslove koje je obavljao, otkrivajući tek u posljednjem segmentu zašto je davao otkaze. Veli da je: „... radio jednu godinu kao obezbeđenje, onda kao majstor za pranje kola, i na mestu pomoćnog osoblja u restoranu“. Bio je zadovoljan poslom. Ljudi su znali da je on bolestan. „Lepo sam se slagao sa kolegama, gazde su me molile da ostanem. Mama je primetila da ne pijem lekove, ali ništa nije uradila. Nakon toga sam dao otkaz jer sam se razboleo“.

Neki od naših sagovornika su mijenjali poslove, rukovodeći se drugim motivima: boljom zaradom/lakšim poslom. M. S. sa naročitim ponosom objašnjava ekonomsku logiku svojih odluka vezanih za radnu karijeru, koju je gradio uglavnom po inostranstvu. Poslovi koje je obavljalo teško da spadaju u domen društveno prihvatljivih, ali S. o njima priča, naglašavajući svoju inventivnost. On je pet godina proveo u Italiji, dvije u Austriji i Jermeniji. U Italiji se najprije bavio prošnjom. Kaže: „Talijani su mnogo pobožan narod. Talijan ne može da veruje da ga zaj...va čovek od 90 kila, da prosi. Staneš sa dobrim autom kod pumpe. Ne može da ukapira da si prosjak. Ja kažem: *Trebaju mi pare da se vratim u Jugu*. Tamo će da da, ali ovde neće. Veli da je on „... učio zanat. Što si pedantnije obučen, to je bolje, da ne izgledaš kao da nekog zloupotrebljavaš. Ne smeš da budeš prljav, onda si lenj. Sad da me puste na par sati ja bih zaradio 1000 dinara. 50, 100 dinara da zaradim perući izloge i nikom ne upadaš u oči“.

Samo četvoro onih koji su promijenili više od tri radna mjesta, sada imaju penziju. Svi oni su dobili invalidske penzije (po osnovu svoje bolesti), i svi su bili zaposleni u državnim firmama. Pretpostavka je da je u državnom sektoru u kojem je veća sigurnost zaposlenja i socijalnog osiguranja, lakše ostvariti i prava na penziju (zbog invaliditeta usljed bolesti). O tom posredno svjedoči i nalaz da oni koji su obavljali različite poslove u privatnom sektoru nisu penzioneri, nezavisno od svoje bolesti. Jedan od mogućih razloga je i rad van regularnih tokova, odnosno visoko zastupljenost tzv. rada na crno među njima.

Bilo kako bilo, prihodi stečeni na ovaj način su za naše sagovornike dragocjeni, kako u ovom trenutku, tako i za njihove planove za budućnost. R. M. tako kaže da zahvaljujući penziji može “lepo da se živi”. On sebi može da priušti dodatnu hranu (za sebe veli da je veliki jelac!). Kaže: “Kupim 10 rolata za mesec. Nekad sam imao pare, pa nisam suzbijao prohteve, a sad moram da štedim, da se sustežem. Kad budem pošao kući, a ovde sam tek 6 i po godina, koliko će me držati ne znam, naći ću neku babu da se oženim. Da se baka nahrani, obuče, da ode kod frizera, zato sam prinuđen da štedim”. Neki od naših sagovornika materijalno pomažu članove svojih porodica, jer teško žive. Tako J. D. od svoje penzije kupuje i sebi hranu (u SZB) i pomaže majci. Uz to nešto “... malo kupuje i evre”. J. Z. više od polovine penzije šalje “kući deci i ženi. Teško se živi, oni jedva preživljavaju”. Na kraju i svoj plan za budućnost i eventualni izlazak iz SZB kroji uzimajući u obzir materijalno stanje svoje porodice. Kaže: “Neću da idem u dom, jer u domu oduzimaju penziju, a kako bi onda moji?” Na kraju, možemo naslutiti i jedan od motiva Z-ove odluke da pomaže porodici. “Niko neće da me primi mada im šaljem novac!”

Ako se samo na kratko vratimo ovoj grupi naših sagovornika, primjećujemo da se među njima nalazi velik broj onih koji su izrazito ponosni na svoja radna postignuća. Zapravo, mogli bismo reći da je ovaj domen njihovog života, za njih čini se i danas važan dio samopercepcije. Nije naodmet pomenuti da prikazivanje radnih postignuća kao izrazitih, može da bude u funkciji odbrane ranijeg identiteta (stečenog na slobodi) od systemske deteriorizacije unutar totalne institucije. Evo kako se naši sagovornici osvrću na svoja radna postignuća. K. P., koji je radio kao metalostrugar u fabrici i kao instruktor pripravniciima veli da su:”... svi oni sada vrhunski majstori”. Interesantno je pomenuti da i P. D., koji je odgovarao šturo na postavljena pitanja (pretpostvaljamo ne samo zbog prirode svoje bolesti, i nove situacije u koji je stavljen, već i zbog toga što slabije čuje) sa izvjesnom dozom ponosa kaže da je “... postigao vrhunac u svom poslu, a to je da budeš jači od ostalih majstora!”

Među onima koji nikad nisu bili zaposleni pronalazimo jednu ženu (staru preko 60 godina) i tri mladića (stari od 21-33 godine). Žena nikad nije radila zbog svoje bolesti (od mladosti ima epilepsiju), a mladići zbog toga što su im roditelji zabranjivali (jedan) ili nisu tražili/mogli da nađu posao (dva). Na primjer, D. J. kojem su roditelji zabranjivali da radi, kaže da mu “... nije teško da obavlja različite poslove u bloku”. Tražio je od “prvog dana” nešto da radi. Na kraju dodaje: “Nisam radio kad

sam bio napolju, pa je ovo sad prva šansa za dokazivanje” (vještačen je kao smanjeno uračunljiv, tako da uz mjeru ima i kaznu zatvora od 30 godina).

Na kraju moramo se osvrnuti i na sredinu i ljude sa kojima su naši sagovornici radili. Iako većina ne pominje negativna iskustva, dvoje ih opisuju živo. Mi ih ovdje navodimo u cijelosti. N. M-a su: “... éale i keva zaposlili u Naftagas, na bušnim garniturama. Tu sam radio 6 meseci. Onda sam otišao na bolovanje jer sam se razboleo. Imao sam 22 godine. Okolina me je primorala da odem na odeljenje... Šetali su me sa terena na teren. Moja garnitura je otišla na teren, a mene su ostavili na jednoj bušotini. Nisam znao gde sam. To sam traumatično doživeo. Među kolegama je bilo dosta fizičkih obračuna. Nije mi se to dopadalo. Terali su me da se kupam u nekoj isplaci. Imao sam dosta problema sa ljudima. Nerazumevanje, strašna odbojnost. Taj uticaj sredine je na mene uticao, pa sam se i razboleo. Otišao sam na bolovanje, javio se psihijatru. Onda su me prebacili u pogon. Tamo je bilo hladno, nije bilo dovoljno ljudi. Tridesetak dana sam radio, pa sam dobio kijavicu. Uzeo sam bolovanje, a kad sam se vratio dali su mi drugo mesto, utovarivač. Oni su bili inače specijalizovani za neke ploče na gradilištu. Radio sam par mjeseci, a bolest se i dalje razvijala. Okolina me nije razumela. Kad sam rekao da pijem lekove, otišao sam skroz na dno, pao i fizički i psihički. Na kraju sam radio kao stolar - tesar u sklopu *Neimara*. Kad sam na poslu, povučem se u sebe i kažem kolegama: *Nemojte me dirati*. Dobio sam 4 sata da radim. Kolege su me gledale sa znatiželjom. Vide da držim čekić, pa razmišljaju šta mogu da im uradim”. I Lj. S. su na početku u firmi svi voleli. “Ja zakasnim, one me odmene” Na kraju kaže: “Posle sam se razbolela, pa su mi dali otkaz”. Iz ovih narativa da se prepoznati koliko je slika o sebi kao o nekom ko je opasan (*držim čekić u ruci, okolina misli šta mogu da uradim*) i nedovoljno radno sposoban (*kasnila sam stalno, pa su me zamenili*) oblikovana u interakciji sa drugima. Možemo se samo pitati koliko je ovakva samopercepcija lično ograničavajuća i degradirajuća?

10.1.6. Lične tragedije

U razgovoru sa našim ispitanicima smo prepoznali i priče koje smo nazvali ličnim nevoljama. Ovi segmenti narativa se po pravilu ne tiču djela koje su učinili, već ličnih gubitaka, tragedija i velikih osujećenja koja su prethodila djelu. Stekli smo utisak da su i tragedije i bolest u kvalitativnom smislu podjednako obilježile i usmjerile živote naših sagovornika.

Ove priče se izdvajaju od ostalih segmenata razgovora. One se pričaju iako se o njima nikad ne pita. Odatle se da pretpostaviti da su za naše ispitanike (njih devetoro) one posebno značajne. Pitajući se iz kog razloga im je bilo značajno da ih sa nama podjele, pošli smo od hipoteze da su ih naši sagovornici ispričali ne bi li ih mi bolje razumjeli, saosjećali sa njima. Takođe čini nam se da su ove priče dovoljno moćne da oblikuju buduće egzistencijalne izbore naših sagovornika, kao i da im nametnu sliku o njima samima. Valja kazati da u ovim pričama dominiraju dva osjećanja: nemoći (pred gubitkom) i tuge (zbog njega).

Za naše sagovornike su posebno obilježavajući i životno usmjeravajući gubici bliskih osoba. Ove tragedije su prouzrokovane smrću u najvećem broju slučajeva (7). Jedan od naših sagovornika u skorbu životnih gubitaka kao najveći bilježi razvod, a drugi rat. Kada je riječ o smrtima, one su najčešće nastupile nasilno. D-i su tako poginuli i otac i vjerenik, a M-u i M-u braća. Za razliku od D., koja je ove tragedije doživjela u odraslom dobu (20 godina), ova dva čovjeka su svoju braću izgubili u djetinjstvu. Nezavisno od toga, ove su smrti značajno obilježile svo troje. D. vjeruje da se i razboljela, razmišljajući o tome kako je njen otac, za koga je bila izrazito vezana, masakriran (tijelo nikad nije pronađeno). Postavljen u sistemski porodični kontekst, ovaj narativ govori u prilog tezi da ovakav gubitak (koji nudi i nadu da je otac možda i živ, ali isto tako da je i on odbacuje kao i majka sa kojom je bila u konfliktu), nije prežaljen. Na ovu se nadovezala druga tragedija: pogibija vjerenika koja je sigurno uticala na D-u samopercepciju *ostavljene* (kakvu i danas gaji).

O značaju, potrebi i zamkama koje za članove porodice tragedije nose, govore priče dvojice muškaraca čija su braća poginula kada su oni bili mali. U M-ovoj priči se da jasno prepoznati kako mu je pripisana uloga i položaj povlašćenog u porodici nakon pogibije starijeg pretpostavljamo, parentifikovanog brata: porodične uzdanice. On je veli imao "... samo šest godina kada je brat poginuo". Tako je ostao "... sam (podvukla M. Lj.) među tri sestre". Kaže dalje da je bio mezimac, da su ga „svi mazili i voleli“. Očekivanja majke i sestara su se nakon smrti oca alkoholičara nedugo potom, promjenila. Sada je M. trebao da, budući da je jedina muška glava u kući, u seoskoj patrijarhalnoj sredini, preuzme ulogu odsutnog roditelja i majčinog partnera. Pitamo se da li je M. uspio odgovoriti na ove zahtjeve? Vjerujemo da je na tom ispitu pao. Konačno, možda u prilog ovoj tvrdnji govori i način na koji je pokušao (uspio?) da raskine ovakvu nametnutu simbiozu sa majkom (ubio ju je).

S druge strane, i one smrti bliskih koje nisu nasilne, imaju podjednaku moć da se prepoznaju kao nepremostive tragedije. Na primjer M. M. govori o smrti svoje bolesne majke, koja je umrla 6-7 mjeseci prije izvršenja djela (pokušaj ubistva sestre). "Majka je", kaže M.: "... iznenada umrla¹⁰⁹, bila je sahrana 2006. u julu". Užasno se osjećao. To je za njega bio „veliki gubitak“. Svakog dana je išao na groblje. Podsjeća se kako je prije smrti majka je tražila da joj on skuva kafu. "Nakon toga sam ostao sam!" Ovaj doživljaj je kod M-a i dalje prisutan. Dodajmo, da niko i ne pokušava da ga u tom pogledu razuvjeri (bez kontakta sa spoljašnjim svijetom, svi su ga napustili).

Dovoljno je ilustrativna priča drugog M-a, o tome koliko narativ o gubitku boji sadašnjost i egzistencijalne izgleda. M. govori o svom razvodu kao o svojoj ličnoj tragediji. Pita se kako je moguće da ga je: "... žena voljela pa izbrisala preko noći". Iako pokušava da što manje razmišlja o razvodu, o tome gdje je pogriješio, ne uspijeva. Svoja osjećanja opisuje ovako. "Ako zaspim, u toku noći se budim kao u nekom polu-snu, polu-spavanju. Odmah snovi, odmah strah. To su misli o prošlosti vezane za ženu: šta sam mogao, gdje sam pogriješio. Teško je. Toliko mi se cijepa razum, to je bol duše.... To ja ne mogu... Kad hoćete da izađete iz svog tijela. Ne znam... Jednostavno bi se bacao po podu. Polu sam razdvojen od sebe."

Konačno, i katastrofe širih razmjera kakva je rat, po riječima K. Ž. su značajno uticale na njegov život. Iskorijenjen, egzistencijalno stješnjen, Ž. razmišlja kako su njegovi životni izbori, i naročito njegova bolest oblikovani u, za njega značajno izmjenjenom društvenom kontekstu, koji mu je nametnut prisilno. Veli: "Do 22 sam normalno živio, tad je izbio rat. U ratu ništa nije normalno. Ubijaju se ljudi, ginu. Čovjek jednostavno navikne, pa mu je to normalno nakon nekog vremena". Na žalost, ne možemo se oteti utisku da Ž., čovjek sa puno ličnih uvida, i više nego očiglednim kajanjem zbog učinjenog, i dalje nema izbora osim da se pomiri sa nametnutim i izvjesnim, doživotnim boravkom u SZB. Da bi bila lično podnošljiva, vjerujemo da ovu egzistencijalnu opciju Ž. bira da vidi kao normalnu. Na kraju kaže: "Šta imam pričati kad je sve jasno!"

¹⁰⁹ M-ova majka je bila teško bolesna. Nakon što su joj obe dojke amputirane, imala je moždani udar. Umrla je u 76. godini.

10.1.7. O nepravdama

U lične nevolje smo ubrojali i priče koje smo nazvali *narativi o nepravdama*. Iako ima više osnova da se ovi narativi prepoznaju sadržinski i značenjski kao deprivacije¹¹⁰ doživljene u različitim kontekstima, odlučili smo da umjesto ovog pojma za opise ipak upotrebimo naziv *nepravde*. U toj odluci rukovodili smo se opisima naših sagovornika koji su često koristili termine: *nije fer, nije pravo, nije u redu da ja...!* Mi smo ovaj govor prepoznali kao *govor oštećenih*, onih kojima je nanijeto (nepopravljivo) zlo.

Nepravde je, u poređenju sa ličnim tragedijama, izgleda iskusio daleko veći broj naših sagovornika. O njima govori čak 34 ljudi, među kojima samo jedna žena.

Kao i o ličnim tragedijama, o doživljenim nepravdama nismo posebno pitali, ali su one isplivale kao važan dio njihovih priča o sebi. Mi smo ih kao takve i shvatili, razmišljajući o funkciji ovih narativa. Moguće je da su ove priče trebale da nam učine razumljivijom njihove životne izbore, za koje će se pokazati da su u velikoj mjeri prinudni, i njihovu sadašnju poziciju. Sve priče o nepravdama su zasićene osjećanjem nemoći (*nisam mogao/la ništa da uradim da se zaštitim od*) i optuživanjem drugih, onih koji su nanosili nepravdu. Potonje bismo mogli prepoznati i kao svojevrsni mehanizam projekcije, budući da ono ima za cilj da opravda postupke i osjećanja naših sagovornika prema nasilnicima. Ipak, odlučili smo da ove priče razumijemo u cirkularnoj perspektivi koju nudi sistemska porodična teorija i terapija. Krenimo redom.

Ovi su ljudi nepravde doživljavali u različitim razdobljima svojih života, i u različitim sferama. Neke od nepravdi su doživljene već u djetinjstvu, većina u odraslom dobu, i to kako prije dolaska u SZB, tako i u samoj bolnici. Nepravde su doživljavane u porodičnom, institucionalnom i širem društvenom kontekstu.

U okviru porodice nepravda je vršena od strane bliskih ljudi (roditelja, braće, sestara). Ovi značajni drugi su vršili nasilje nad našim sagovornicima: oduzimali im

¹¹⁰ (Relativna) deprivacija predstavlja nemogućnost zadovoljenja ili podmirivanja osnovnih ljudskih potreba. U osnovi osjećanja deprivacije leži subjektivni doživljaj koji nastaje usljed diskrepance između legitimnih očekivanja i ostvarenih mogućnosti u zadovoljavanju ljudskih potreba. Deprivirani se tako po pravilu osjećaju zakinutim u odnosu na neku referentnu osobu i/ili grupu (vidi: McLaughlin, Muncie, 2011).

slobodu (smještali u *ludnicu*, smjestili u SZB) i prava (na nasljedstvo, da idu u školu, da se udaju), omalovažavali ih i fizički zlostavljali. Posebno je indikativan detalj da, onda kada govore o (prisilnom) prijemu u psihijatrijske institucije, ovi ljudi koriste isti riječnik, koji upućuje na njihovu isključenost od mogućnosti da odlučuju o sebi. Ovu pasivnu ulogu dobro opisuje trpni glagol: *smještali su me!* J. Ž. tako kaže: “Otac me je stalno smeštao u bolnicu”. V. D. veli da ga je majka svake godine “... slala dva puta u ludnicu”. Š. M. je “... otac terao da se leči. Zvao je hitnu pomoć u martu 2004., na svaka 3 mjeseca”. Inače, on je “... zdrav” (pokušaj ubistva oca). D. O-a su “... otac i majka često smeštali u Lazu Lazarevića”, on se nije “slagao sa tim” (ubio majku i brata). I M. L-a su “... roditelji smeštali u Lazu Lazarevića godišnje barem tri puta”. Lj. S. veli: “Hteli su da me strpaju u bolnicu da se brat oženi”.

Poseban oblik nepravde jeste po njima isključivanje od prava koje im pripada. Ova prava: na nasljedstvo i sa njime, uvijek povezano pravo na ljubav, su im obično uskraćivana od strane njihovih braće i/ili sestara, uz blagoslov roditelja. Tako M. L. kaže da je njegov “... brat nasledio apsolutnu imovinu i pare u banci i zemlju. Presuda je bila u korist brata”, a on mu “... nije poslao ni jednu knjigu”. Veli: “Nije mi ostavio ništa zato što me mrzi iz dna duše, a ne zbog ubistva roditelja. Roditelji su brata više prihvatili, kupili su mu stan, a meni nisu mogli ni jedne farmerke”. Slična osjećanja dijeli i M. T. On kaže: “Bratu su poklanjali sve, svu pažnju, ljubav”. Od brata je nasljeđivao sve što je mogao. Prve farmerke je kupio “... kada je otišao '82. u grad”. On nije imao novac, a ipak otac je kupovao marke. S. Lj. se prisjeća kako njen otac nije htio da proda ovce kako bi se ona udala (udaja za Lj. ima poseban značaj). Mlađem bratu je „dao sve“. M. Š. je uvjeren da ga otac mrzi, jer sestriću (a ne njemu) „daje sve.“

Omalovažavanje od strane članova porodice je naročito živo u sjećanjima ovih ljudi. Na primjeru Lj-e priče se može lako prepoznati krug omalovažavanja i fizičkog nasilja, čije su žrtve bili svi članovi porodice. Nasilje je čini se, bio uobičajeni način komunikacije u ovoj porodici, po odatle i ne čudi epilog (ubila oba roditelja). Stiče se utisak da Lj. povezuje izostanak podrške od strane majke sa manjkom njene ljubavi prema sebi. Po Lj. shvatanju upravo je majka: “... pravila zvrčke i na kraju imala posledice”. Opisuje to ovako: “Mama se napravi da beži zato što je nešto uradila loše, a onda otac natera da kleknemo ja i mlađi brat, pa mene udara kaišem. On ne udara po bratu letvom, ali brat plače. Mlađi brat bio podmukao. On se borio da njega bolu leđa. Otac je bio alkoholičar, uvek je govorio doneću mu kopile. Zvao me kurvom”. Mlađi

brat je tukao i nju i roditelje. Nagovarao ju je da "... bije majku i oca". Kad je tukao mamu, puštao da je Lj. davi. Oca je vukla za kragnu i tukla ga peglom. Pa ipak, kad dođe policija, samo nju „odvedu“!

I nepravde doživljene van porodice su u sjećanju ovih ljudi žive podjednako kao i porodične. One su vršene od strane onih, razumljivo moćnijih, nosioca profesionalnih uloga: učitelja, socijalnih radnika, psihijataru, sudija. Ova vrsta nepravdi je vezana za neznanje i nebrigu i po pravilu doživljena u toku liječenja i/ili prisilne hospitalizacije: u ili van SZB. Tako su nekolicini dali pogrešnu dijagnozu i pogrešnu terapiju, nekima potpuno nepotrebnu, jer su oni zdravi. M. N. veli da je djelu prethodilo to što mu je: „... doktor na slobodi dao prethodno blagu terapiju, antidepresive“, što njemu „nije mnogo pomagalo“. Za razliku od M., M. Š. tvrdi: “Nisam bolestan od ničega. Leče me od alkohola, a ja ne pijem alkohol. Kažu da sam ja lud, a ja nisam lud. Ja sa svakim normalno kontaktiram. Ja sam poznavao narod, poznavao se i sa policijom i sa svima razgovarao normalno. Po bolnicama sam znao da budem po 15 dana. Osećao sam se kao da me neko lomi. Ne osećam se tamo dobro. Daju mi terapiju, pa mi ona uzme energiju. Primam Pesetin¹¹¹, pa mi izlazi alergija po rukama i ne može da prođe ni od masti, jer ni mast ne valja”. Na kraju se pita: “Od čega da pijem lekove kad nisam lud?”

Pored psihijatra, koju nepravdu čine iz neznanja, kao posebno nepravično je doživljeno tretiranje od strane službenih organa - policije u toku prisilne hospitalizacije. L. M. se sjeća kako ga je policija vozila dva puta vezanog! T. D. veli da je milicija dolazila u stan više od 10 puta, kada on viče (otac ih pozove). I onda kada je ubio oca, došli su policajci koji su mu “iskidali lančić! Ovde me doveli ko ambasadora!” P. V. opširno opisuje svoje iskustvo i kaže da je prisilno hospitalizovan tri ili četiri puta svake godine. “Tri-četiri meseca sam u dnevnim bolnicama, tri-četiri meseca lud i tako 10 godina. Padao sam sve dublje i dublje. Bio sam u stanju koje je poremećeno”. Oživljava jednu od prisilnih hospitalizacija i kaže da mu je policija stavila lisice na ruke i odvela ga u bolnicu. Tamo su htjeli su da mu daju neku injekciju, pa su ga vezali. To je bio „strašan šok za njega“. Osjetio se kao da ga je „inkvizicija uzela pod svoje“ dok nije „došao do nivoa saznanja“. On smatra da je psihijatrija nasljednica inkvizicije koja možda radi humanije. “Od lekova sam postao zombi, što znači da je praktično dovelo do seksualne impotencije i psihomotorne

¹¹¹ Pretpostavljamo: Bensedin.

atrofije. Bio sam maltretiran od strane neuropsihijatarata. Kao da neuropsihijatri imaju prava da me leče na način na koji su to radili. Kada pijete lekove kao da vam neko prisilno menja ličnost. To je atak na Božanstvo. Atak na božansko ja, ne na moju veličinu, već ono što mi je dato. Oni mi oduzimaju to pravo! Da li neuropsihijatar ima prava da me leči bez moje volje?” Na kraju dodaje: “Moguće je da budem ludak koji ne želi da sarađuje i da mi otac bude živ” (ubistvo oca).

Posebnu vrstu nepravde u institucionalnom miljeu čine socijalni radnici i sudije. Prvi tako *oduzimaju* ovim ljudima njihovo *potomstvo i slobodu*. Ovo je posebno bolna nepravda za dva oca čija su djeca poslata u dom odnosno hraniteljsku porodicu nakon njihovog dolaska u SZB. Jedan od njih, čija su djeca sada već punoljetna, i koji ima porodičnu podršku, o ovoj nepravdi priča sa manje emotivnog angažmana. Drugi, koji je bez podrške u socijalnoj sredini, o načinu na koji je došao u SZB i o tome da mu je oduzeto starateljstvo govori vidno potresen, uz poruku: *ja ne mogu ovo da izdržim*. Ž. kaže: “Samo što sam preprečio par reči došo sam ovde. Imao sam u socijalnom uplaćene pare, ali mi oni nisu platili. Pitao sam socijalnu radnicu zašto nema para, a ona mi kazala: *Ne znam ja, ovo i ono*. Još mi kazala: *Kako se to ponašaš?* Nije mi bio prijatno. J..o vas Bog zašto primete platu, ovde sedite, a ona meni: *Ponašate se drsko*. Od čega da živim? *Dođi sutra, prekosutra*. Ja došo', kad ono 3 milionera stoje i čekaju. Pitaju me: *Jesi ti J. Ž.? Moraš poći s nama!* I tako je to bilo. Dovedli su me ovde, pa 4 godine! Bilo šta da sam napravio pa 4 godine. Hoće da me dalje prebace u dom. Neću u dom! Ne pada mi na pamet! 'Oću da idem kući. Jedva sam izdržo ovde 4 godine. Kad me prebace dalje (postoji vjerovatnoća da će ga prebaciti u dom), skraćiću sebi muke. Ne mogu da podnesem zaj.....nje. Neko me maltretira sad ovde sad onde!”

Nosioci jednog od vidova institucionalne nepravde su i vještaci i sudije, koji štite interese drugih na uštrb njihovih. Č. M. tako kaže da su njemu oduzeli poslovnu sposobnost, šest mjeseci poslije djela kada on nije mogao ni da govori. To: “... nije ni bilo fer”. Vršeno je vještačenje na zahtjev žene. Kaže: “Možda se plašila da se ne razvedem od nje, decu ne razbaštinim, da je ne izbacim na ulicu”.

Na kraju, moramo se osvrnuti i na nepravdu koju su M. Đ. i G. D. doživjeli u djetinjstvu: u školi. Čini se važnim da se vratimo na narative o nepravdi iz djetinjstva, jer su oni u slučaju ovih ljudi imali moć da oblikuju samopercepciju o sebi kao žrtvi. Tako su D. G-a od malih nogu kinjili i u školi (učitelj) i u kući (brat, majka), i to sve “iz mržnje”. Kada je riječ o školi D. veli: “Slab sam učenik bio iz matematike. Čero, ti

si ko moja Goca, veruj davali mi jedan iz rimskih brojeva. Učitelj je bio opasan, terao me da pišem rimskim brojevima do 100. A to treba da znaju samo studenti!” Lj. S. ne odvaja nepravde doživljene u školi, od onih u porodičnim krugu. Tako, iako je (u nečemu) bila dobra, to je prolazilo neopaženo, a ona bila kažnjena, opet - iz mržnje. Veli: “Bila sam slab učenik, dovoljan. Iz crteža sam imala pet. Učiteljica nije mogla da mi da bolju ocenu, jer sam srpskog bila loša”. Dalje Lj. opisuje kako je bila nepravdono kažnjena jer je ipak voljela da čita: “... o kraljeviću Marku, naučim čak po celu pesmu, dobrog sam bila pamćenja. Zamerila sam učiteljici što mi ne daje bolje ocene i nisam htela više da učim”.

Društvene nepravde su one koje ovi ljudi prepoznaju kao zajedničke za sve članove populacije kojoj pripadaju. Riječ je o stigmati koja njih, koji su prepoznati kao duševni bolesnici, prati. Za *lude* smatraju oni, se neopravdano misli da su nerazumni (*lud je, potpisace sve*), nesposobni za život i agresivni. Dominantno osjećanje koje zdravi prema njima imaju je strah. Svi koji su prepoznali stigmatu kao vid nepravde su lično iskusili odbačenost zbog iste, u isto vrijeme prepoznajući da su i drugi oboljeli doživljavali slične nepravde. Lj. S. je primjetila da su: “... kada se razbolela, ljudi počeli da beže od nje”, iako je ona “... na lep način pričala”. D. G. su izbacili iz društva, a M. S. osjeća da ga okolina nikad nije prihvatila. Pa ipak, u segmentima priča o stigmati prepoznavamo i potrebu da se distanciraju od ovakvog lično neprihvatljivog kolektivnog identiteta. Tako M. S. pokušava da napravi suptilnu distancu između sebe i drugih (duševnih bolesnika). Umjesto o *nama*, M. govori u jednom trenutku o *njima*. On kaže: “Uopšte duševne bolesnike okolina ne prihvata. Kad im (podvukla M. Lj.) nije dobro požale se staratelju, bratu, sestri, a oni nemaju razumevanja. Niko nas ne razume”. Konačno, M. sasvim jasno identifikuje mnjenje okoline o njima, i poručuje: “Nismo agresivni”. M. N. koji smatra da su prema njemu učinjene brojne nepravde u životu: i u porodičnom i u institucionalnom i u društvenom kontekstu, od stigme se brani pozivajući se na lično viđenje o stanju mentalnog zdravlja u Srbiji. Zapravo, M. insistira na tome da su svi u Srbiji jednaki kada je u pitanju mentalno zdravlje, i da se on(i) u tom pogledu uopšte ne izdvaja(ju). Kaže da je: “... bolesna čitava Srbija”. Bolesnike dijeli na „depresivce i one gore, koji prsnu za čas“. Pretpostavljamo da sebe svrstava u ove potonje (ubistvo majke, pokušaj ubistva oca). Na kraju, društveni položaj ovih ljudi najkonciznije opisuje jedan M. On kaže: “Mi smo ljudi obeleženi!”

Nepravde su ovim ljudima činjene iz tri razloga: zbog mržnje, neznanja i nebrige. Mržnja i nebriga su razlozi zbog kojih su nasilje nad njima vršili članovi porodice. U institucionalnom kontekstu, uz mržnju bitni uzroci nepravde su nebriga i neznanje, a u društvenom isključivo potonje. Konačno, valja primjetiti da su ovi ljudi po pravilu imali mehanizme odgovora na nepravde. Dijapazon odgovora, zapravo mehanizama odbrane protiv nepravdi, zasnovanih na premisi da vršioци nepravde griješe: *mrze ih, gaje nebrigu, ili ne znaju o njima ništa*, a da su *oni u pravu*, bez izuzetka uključuje racionalizaciju ličnog ponašanja. Tako, bez obzira da li su naši sagovornici na nepravde odgovarali na pasivan (*mislím da nisu u pravu, ali protiv toga ništa ne činim jer sam (ne)moćan*), ili aktivniji način (odgovori koji uključuju mijenjanje ponašanja i mišljenja o činiocima nepravde, sve do fizičkog povrijeđivanja i/ili ubistva), u krajnjem skorú su, po sopstvenom uvjerenju, na to imali prava. Kao glavni razlog izostanka aktivnijeg otpora se prepoznaje lična nemoć u odnosu na vršioца nepravde (policija, psihijatar, sudac, socijalni radnik), ili pak s druge strane, lična onipotencija koja se ogleda u moći trpljenja (nepravde).

Aktivniji otpor uključuje cirkularnost. Tako na nepravdu njena žrtva odgovara, ali se po pravilu tu krug ne zaustavlja. Na primjer Lj. je odlučila da ne uči nakon što joj je učiteljica neopravdano dala loše ocjene. J. Ž. se pobunio protiv socijalnih radnika kada su odbili da mu dadu pomoć, a onda je opet iskusio nepravdu: zatvorili su ga zbog toga u SZB. Njegov odgovor na dalje moguće produžavanje nepravdi, čiji jedini kraj on vidi u tome da ga vrate tamo gde su ga našli, jeste aktivan. Ž. tako kaže da će se, u slučaju da ga nastave maltretirati, ubiti. Na kraju, krajnje ekstremni odgovori na preživljene nepravde su fizički obračuni i/ili lišavanje života nasilnika. Na primjer P. V. kaže da ga je otac, koga je ubio: "... stalno slao u Lazu". Odmah potom se poziva na mišljenje advokata koji mu je rekao da je bio: "... duboko psihički i duhovno maltretiran od strane oca prije nego što ga je ubio". I M. I. koji je ubio majku i sestru, navodi kako su ga baš one: "... stalno prijavljivale policiji koja ga je odvodila u Lazu". Otac M. Š. je zvao hitnu pomoć 3 puta, 4 puta. I oni su ga doveli ovde (pokušaj ubistva oca). D. T. veli da ga je: "... tata vodio da pije lekove, a on je bio zdrav. Tata je stalno zvao miliciju da ga vode, jer ga je mrzio (ubio oca)". I D. V. na sličan način opisuje svoju majku - glavnog nasilnika. Pored toga što ga je svake

godine slala: "... dva puta u ludnicu", stalno mu je prigovarala: "Kako možeš da jedeš? Gde ti je sin¹¹²? Zašto ne radiš?" (ubio majku).

Ako se osvrnemo samo na potonje primjere, jasno se izdvaja zaključak da su žrtve naših sagovornika oni koje oni doživljavaju kao svoje *mučitelje*. Žrtve su ujedno i odgovorni za ponašanje naših sagovornika. Drugim riječima, da im nisu činili nepravde, da ih nisu mrzjeli, da su brinuli o njima, da su poznavali prirodu njihove bolesti, ili da su uvidjeli da su oni zapravo zdravi, ovi ljudi vjeruju da ne bi bilo razloga da povrijede druge, odnosno potrebe da se od njih brane.

10.1.8. O bolesti

O bolesti kao o posebnom vidu lične (i porodične) nevolje razgovarali smo sa svih pedesetoro naših sagovornika. Najveći broj njih je tretiran u okviru psihijatrijskih ustanova (što ambulantno, što hospitalno), a samo šestoro do dolaska u SZB nije imalo kontakata sa psihijatrom. Kada je riječ o potonjima, oni su se ili liječili sami (trojica), ili su tražili pomoć od *magova* (jedan od njih). Samoliječili su se medikamentima (Persen na biljnoj bazi, jedan od njih) i alkoholom (sva trojica). Alkohol koji su koristili u velikim količinama, im je, kako kažu, pomagao da se osjećaju normalno. Pretpostavljamo da su se uz pomoć alkohola izmještali van zbunjujuće lične realnosti, koju su oblikovale psihotične manifestacije. Čovjek koji se obratio vječari za pomoć, je na kraju i izvršio djelo u uvjerenju da su ga osobe koje je ubio, i omađijale.¹¹³ Jedan veli da nije ni znao da je bolestan, sve dok nije izvršio djelo. U njegovom ponašanju ne pronalazimo sklonost ka uzimanju psihoaktivnih supstanci i/ili nekih medikamenata. Na kraju, među ovom šestoricom koji nikad nisu liječeni, nalazi se i čovjek koji je neposredno prije izvršenog djela tražio stručnu pomoć, ali je nažalost nije dobio, jer bolnica u koju je upućen nije imala dežurnog ljekara. O tome kako se manifestovala njegova bolest i do kojih posljedica je dovela nebriga profesionalaca - medicinara, saznajemo iz službene dokumentacije. Nije mogao da spava, bio je napet, uznemiren usljed nagle pojave perceptivnih obmana. Uoči dela je čuo „... mnoštvo glasova muških i ženskih“ koji su svašta govorili. Nije razumio šta. Mislilo je da „neko telepatski komunicira sa njim“. Kaže: „Imao sam osećaj kao da se borim sa vampirima. Ne znam šta mi je bilo“. Kritičnog dana rano

¹¹² D-ov sin je kao maloljetnik bio u vaspitno-popravnom domu (zbog krađa).

¹¹³ Da li je to bio način da se *oslobodi čini*, ne znamo.

ujutro mu se učinilo da se „... nebo suzilo i da nema svetlosti”, zbog čega je pozvao roditelje da izađu napolje i da vide tu pojavu. Nakon toga se desilo neko čudo, jer mu se učinilo da je „... majka živi vampir, potpuno izobličena nalik na slepog miša” zbog čega je pokušao da je zadrži rukama, ali se ona opirala. Oborio ju je na zemlju, ubo nožem, nakon čega je njen lik postao normalan. Nakon toga je vidio oca kome se na trenutak takođe izobličilo lice. Kaže da bi i njega ubio, da ga je stigao.

One koji su liječeni i prije dolaska u SZB možemo podijeliti na dvije kategorije s obzirom na njihovo viđenje vlastitog zdravlja/bolesti i s obzirom na karakter liječenja (dobrovoljno i/ili prisilno). Tako pronalazimo dvojicu ljudi koji tvrde da su zdravi i da nema potrebe da ih liječe. Jedan od njih je u fazi stabilne remisije, a kao ključna briga, kada je njegovo zdravlje u pitanju, mu se nameće bojazan da ne poludi „... među ovim psihijatrijskim slučajevima”. Drugi, čija je remisija više nego klimava, tvrdi da ga uporno liječe, a on je sasvim zdrav. Obojica imaju iskustva isključivo prisilne hospitalizacije.

Iskustvo dobrovoljne hospitalizacije i/ili ambulantnog tretmana, koji se doživljavaju kao manje drastični u odnosu na prisilnu, ima tek mali broj oboljelih (njih sedmoru). Konačno, čak i kada se smatra dobrovoljnom, hospitalizacija je po pravilu inicirana od strane nekog od ukućana, a bez izrazite želje oboljelih. Samo dvojica su se svojevolumno obratila psihijatru, bez podsticanja od strane bližnjih, onda kada su primjetili promjene u svom ponašanju. M. R. tako kaže da je otišao kod doktorke zato što ga je boljela glava. Išao je svakih mjesec dana na kontrolu i stalno je pio tablete. Bilo mu je bolje. Indikativan je i podatak da su ova dvojica ljudi od svoje okoline krili da se liječe. Drugim riječima, čini se da su bili sasvim svjesni stigme koja bi ih u sredini u kojoj su živjeli pratila, kada bi se saznalo da *piju tablete*. M. je na primjer krio da se liječi, jer ga je maćeha mrzela. „Pa da po selu priča da sam bolestan”.

Prisilne hospitalizacije su u slučaju ovih ljudi obično dolazile sa prekidanjem uzimanja propisane terapije. Kroz ovakvo iskustvo (prisilnog) liječenja je prošla većina oboljelih, neki i prije punoljetstva. Na primjer D. O. kaže da su na njega: „... roditelji slali miliciju još u srednjoj školi”, a slično iskustvo ima i L. M.

Glavni povod za prisilnu hospitalizaciju je u svim slučajevima auto, i češće heteroagresivno ponašanje oboljelih. Da sebi oduzmu život su pokušala dvojica oboljelih, i to nekoliko puta. Svaki put su bili jasno - prisilno hospitalizovani. Jedan od njih je pokušavao da sebi oduzme život razbijajući glavu o zidove, sjekao je vene,

vješao se, udarao se čekićem i na kraju sjekirom u glavu, dok je drugi birao manje dramatična sredstva: tablete.

Drugi povod za prisilnu hospitalizaciju o kojem govore naši sagovornici je znatno učestaliji. Riječ je o verbalnom i/ili fizičkom nasilju prema ukućanima. Nasilnici su bili sami oboljeli, ali ne treba smetnuti sa uma da je nasilje u nekim porodicama bio uobičajen obrazac komunikacije i/ili pozivanja bližnjih u odnos. D. T. na primjer kaže da je kod njega: „... kući dolazila policija, četvorica policajaca više od 10 puta” kada on viče. Pitamo se nije li D. vikao između ostalog i da svoje dezangažovane roditelje pozove da se više bave njime?

Već smo istakli da je prisilna hospitalizacija najčešće inicirana od strane ukućana, a po pravilu, naši sagovornici znaju ko ih je „slao u ludnicu”. To su na prvom mjestu očevi (12), zatim oba roditelja (četvoro), jedan od roditelja i brat/sestra (četvoro), majke (dva), te muževi (jedan slučaj) i komšije (dva slučaja). Prisilna hospitalizacija je uz samo jedan izuzetak, doživljena i kao nasilna i kao visoko lično ugrožavajuća. Doživljeno nasilje je prepoznato kao nasilje fizičke (bili su fiksirani, prisilno medikamentozno tretirani) i psihičke prirode (nametanje neželjenog liječenja, uskraćivanje slobode). Potonje na ilustrativan način objašnjava P. V. Sada mu djeluje da je: „... taj ulazak u *Lazu* bio suviše nasilan, a moglo je biti i sa više razumevanja“.

Za iskustva prisilne hospitalizacije se vezuju negativna osjećanja: očaja, poniženosti. S druge strane, L. M. iskustva prisilnih hospitalizacija doživljava kao neku vrstu odmora od roditelja i brata. I poručuje: „(P)acijenti su lakši!“ Pitamo se nije li zapravo M-ovo rezonovanje način da se obrani od osjećanja odbačenosti od strane porodice?

Kako je već i kazano, prisilne hospitalizacije su bile učestale. Ni jedan od naših sagovornika nije prisilno hospitalizovan isključivo jednom. Ovakav obrazac se ponavljao učestalo, ali na osnovu dostupnih podataka ne možemo tvrditi koliko je takvih hospitalizacija u svakom pojedinačnom slučaju bilo. P. V. na primjer kaže da je na svaka tri-četiri mjeseca bio prisilno hospitalizovan. „I tako deset godina za redom”. Njegovo iskustvo dijele i ostali. Odatle je opravdano pitati koliko je ovakav, prisilni način liječenja bio uspješan?

Logična je pretpostavka da je agresivnom ponašanju oboljelih predhodilo pogoršanje njihove bolesti. Kako će se pokazati, oboljeli su u pogoršanje upadali zbog dva osnovna razloga: zbog toga što su prestali piti terapiju i zbog svojih bližnjih. Kada je riječ o prvom razlogu, on je više nego evidentan u svim slučajevima. Terapiju

su prestajali uzimati u onom trenutku kada su primjetili da im je dobro. Neke od njih su u tom uvjerenju podržavali i članovi porodica. Na primjer I. M-u je majka (koju je ubio) kazala da više ne treba da pije tablete. Sličnu poruku je dobio i P. V. Otac kojeg je, kako sam kaže, „usmratio”, mu je rekao da treba da prestane da pije lijekove, jer je u dobrom stanju. Inače, on bez lijekova upada u „psihotičnu fazu“. Onda čuje glasove, vidi neke religiozne apstrakcije. Kaže: „Ja ne primetim da sam lud.” I J. D. je prekidao terapiju zato što se dobro osjećao. Na to su mu roditelji kazali: „Kako hoćeš.”

Takođe, pokazalo se da su ljudi sa iskustvom prisilne hospitalizacije bez izuzetka uzimali psihoaktivne supstance: alkohol, heroin i marihuanu, koje su upotrebljavali zajedno sa, ili najčešće umjesto lijekova. Upotreba psihoaktivnih supstanci je prethodila prisilnoj hospitalizaciji, i po pravilu slijedila nakon nje. Razloge valja tražiti u mogućnosti da se pomoću ovih supstanci izmjestite van lične realnosti obojene psihotičnim sadržajem. Zapravo, za pretpostaviti je da im je bilo lakše da budu omamljeni supstancama, negoli da se suoče sa psihotičnim fantazmima. Evo kako oni opisuju razloge za svoje samoliječenje. D. S. kaže da je prestao piti terapiju jer se „osećao dobro”. Pio je: „... ili lekove ili alkohol. Pola litre svake dve, tri nedelje”. Veli da mu je prijao alkohol. „ Meni je sve isto”. Osjećao se malo ošamućeno. I M. T. je terapiju ispočetka pio redovno, a onda je prekidao, jer se osjećao dobro. Na kraju je počeo da pije alkohol umesto tableta, zbog društva. „Na građevini svi piju. Ako ne popiješ tad si crna ovca”. P. V. kaže da mu od medikamentozne terapije nije bilo dobro. Nije mogao da podnese to liječenje, postao je „zombi“. Na kraju je prestao je da ide u dnevnu bolnicu. Tri mjeseca mu je bilo potrebno da psihofizički povрати. Njegov oporavak (?) je ubrzala učestala konzumacija marihuane, koju opravdava služeći se sljedećim rezonom: „Kad lekar može da pije rakiju, mogu i ja da uzimam marihuanu”. I J. D. je pio terapiju i osjećao se: „... kao pokiso pevac. Prvo vas nafiluju lekovima, Bensedinima, šta znam čime već, Lozinom. Jedan lek je zamena za ludačku košulju”. Kaže da je imao prekide terapije i da je tada pio alkohol jer se „osećao bolje“.

S druge strane, oboljeli su identifikovali i svoje bližnje kao uzroke pogoršanja bolesti. Najčešće, do pogoršanja je dolazilo nakon konflikta sa ukućanima. D. J. veli da se najčešće razboljevaao zbog „ekscesa sa ćaletom” (koga je i ubio). Takođe, postoji uvjerenje kod nekolicine da su njihovi bližnji koristili to što su oni obilježeni kako bi

ih kaznili. Kazna se naravno sastojala u iniciranju prisilne hospitalizacije. D.J. tako smatra da je „ćale zloupotrebjavao” to što je on „obeležen”.

Na kraju, smatramo bitnim da čitaocu pružimo uvid u osnovne manifestacije bolesti ovih ljudi onako kako su ih oni opisali, bez namjere da se upuštamo u bilo kakvu dublju analizu. Dosljedno prenoseći opise njihovog unutrašnjeg svijeta i doživljaja koje je podstakla njihova bolest, nastojali smo da otvorimo prostor za razumijevanje subjektivnih tegoba ovih ljudi. Pokazaće se da su tegobe, viđene iz njihovog ugla, itekako opterećujuće i lično ograničavajuće. O tome svjedoče sljedeći opisi: „Kad sam se počeo razbolevati, primetio sam da imam krvave oči. Primetio sam da ne mogu da raspoznam glasove. Glasovi su samo prolazili kroz mene. Razmišljao sam da će nešto ružno desiti. Imao sam sliku ubistva. Kažem nešto roditeljima, a onda oni nešto pričaju, ja ih ništa ne razumem. Blenem ko tele u šarena vrata” (N. M., paranoidna shizofrenija). S. D. opisuje kako je izgledao njegov sedmomjesečni boravak u Toponici (*Specijalnoj psihijatrijskoj bolnici* kod Niša, prim. M. Lj.). Kaže: „Samo sam gledao! Imao sam halucinacije jedno godinu dana”. Ovaj segment, posvećen priči o bolesti u jednom naizgled površnom i kratkom razgovoru sa D., govori mnogo, naročito ukoliko znamo koliko je ovaj mladić afektivno osiromašen usljed svoje bolesti (rezidualna shizofrenija). J. Z. sa puno uvida govori da: „... nije hteo da ide kod lekara. Terali me da idem. Mislio sam da sam najpametniji. Tako bilo i gotovo! Imao glasove, mislio da sam neka ne seoska nego svetska ličnost. Uglavnom, nesnošljivo je bilo” (paranoidna shizofrenija).

10.2. Život u instituciji

10.2.1. Uslovi života u specijalnoj bolnici

Naši sagovornici su dali obilje opisa uslova u kojima žive i načina na koje doživljavaju boravak u instituciji. Na osnovu ovih opisa smo mogli da rekonstruišemo ne samo faktičko materijalno stanje blokova u kojima provode vrijeme, iako je izvjesno da je u pogledu procjene dolazilo bilo do podcjenjivanja bilo do precjenjivanja uslova¹¹⁴, već i da razmišljano o tome kakvo lično značenje ima lišavanja slobode. Drugim riječima, priče o tome kako izgleda biti zatvoren/a su nam pružile uvid u široki spektar lišavanja kojima su izloženi ovi ljudi, a po čemu se ne

¹¹⁴ Mada daleko rijeđe.

razlikuju od rezidenata drugih totalnih ustanova¹¹⁵, podjednako kao i u različite mehanizme sekundarnih prilagođavanja (Gofman, 2011). Kada je riječ o materijalnim uslovima života, saznali smo: kakva je hrana u bolnici, sa koliko ljudi oboljeli dijele sobu, da li je soba opremljena nekim tehničkim uređajima, kakva je higijena u sobi i kakvi su njihovi cimeri. Takođe, nekoliko ljudi je dalo definicije SZB, koje su rječitije od detaljnih opisa govorili o tome šta za njih znači boravak u ovoj ustanovi. Pođimo redom.

Kada je riječ o hrani u SZB ona ima poseban značaj. Zapravo, stiče se utisak da su obroci (uz konzumaciju cigareta, kafe i sokova) jedini izvor ličnog zadovoljstva, jer drugih sadržaja nema. Pacijenti SZB imaju tri obroka: doručak od 8-9 sati, ručak od 12-13 i večeru, koja se završava oko 18 časova. U većini, naši sagovornici hvale hranu. Neki od njih navode detaljno menije: *gibanica jednom u dve nedelje, kačamak svake nedelje, pilav, makaroni, kajgana, sir, kiselo mleko*. Za doručak: "... daju sira, jaja, kobasice, pekarske pogačice." Jedan od njih ipak dodaje da bi: "... bilo dobro da ima malo više mesa. Kriza je za meso, kriza je u Srbiji, pa ja to razumem!"

Ipak, ima i onih koji su naročito kritični prema režimu ishrane. Riječ je o ljudima koji borave u SZB duži niz godina, ili onima koji su povratnici. Jedan od njih, N. M. kaže da je u zadnje vreme hrana srozana. Ranije su: "... kuvali musaku, a sada uglavnom daju konzervisano hranu." Palenta mu je od svega najgora. Jedanput nedeljno jede palentu, a od sira ima gorušicu. On je na dijete, ima dijabetes. Ipak, na kraju kaže da je: "... na prvoj robiji tri puta nedeljno jeo pasulj, a sada ipak ima salata, prilog."

Mršavu ishranu neki od njih obogaćuju kupovinom namirnica u kantini (koja se nalazi na kraju hodnika) i/ili tokom izlaska u grad sa vaspitačicom, ili nekim od članova porodice. Hranu u kantini sebi mogu priuštiti oni koji imaju penzije, i oni koje materijalno pomažu porodice (a takvih je malo). Tamo se kupuju "nes kafa, šećer, sokovi, parizer, šunka, njamb, jafa i feferone paprike, pribor za brijanje."

Posebno su na cijeni cigarete i kafa. Cigarete su zapravo platežno sredstvo: razni poslovi se obavljaju upravo za cigarete. Ko nema cigarete, a pušač je, pored opcije da obavlja poslove umjesto, ili za druge (da pere njegov/njen veš, da obavlja redarstvo ili pruža seksualne usluge), može ili da *kamči* od drugih, što je potpuno neprihvatljivo jer govori o prosjačkom statusu, ili da sakuplja i puši pikavce. Opcija

¹¹⁵ U tom pogledu se, kako će se pokazati, specijalna bolnica uopšte ne razlikuje od zatvora (vidi: Špadijer-Džinić, 1973).

da se prestanu uzimati cigarete je takođe u opticaju. Nju bira J. Ž., čovjek, čije su priče zasićene doživljajem nepravdi. Kaže da je: "... bukvalno bez prihoda. Imam još dve kutije cigara i onda prestajem." Dok to priča, Ž., čiji su prsti žuti od duvana, vidno cupka nogama.

Na žalost, činjenica da se, kako naši sagovornici i sami priznaju¹¹⁶, u SZB "mnogo puši, više nego na slobodi", cigarete čini krajnje poželjnom robom¹¹⁷. Najčešće, smatraju da na takav način „ubijaju vreme i smanjuju dosadu“, "sediš, pušiš, ne znaš šta ćeš." Samo jedan, pitajući sam sebe zašto se toliko puši, kaže: "(V)aljda ti lekovi izazivaju preterano pušenje."

Njihov životni prostor je, pokazao se, veoma skućen. Najveći broj naših sagovornika je smješten u mnogoljudnim sobama (od 5 do 15 rezidenata). Dvojica žive u istoj trokrevetnoj sobi, a žene sa kojima smo razgovarali u tro i četvorokrevetnim. Iako je sasvim jasno da je na malom prostoru smješten velik broj ljudi, naši sagovornici, uz izuzetak trojice, to tako ne definišu. Zapravo, žalbe ovog tipa izostaju, a umjesto njih se po pravilu javljaju opservacije: "dobro se slažemo, zblížili smo se, srodili smo se." Rijetki, uslovno nazvani kritičari, se osvrću na mnogoljudnost ("smestiti 15 ljudi u prostoru 5 x 5 je nehumano", "soba sa 11 kreveta je tesna") i na loše međuljudske odnose ("u mojoj sobi su ljudi čudni, teški su za saradnju, izuzev jednog dečka").

U sobama je higijena uglavnom, po riječima većine naših sagovornika, dobra. Svi oni za koje osoblje smatra da mogu, imaju dužnost da održavaju higijenu u sobi. Neki svoja radna zaduženja ustupaju ljudima koji su voljni da rade i najčešće plaćaju u cigaretama. Samo trojica iznose da su higijenski uslovi izrazito loši. Jedan od njih pokušava da održi sam higijenu u sobi, dok se druga dvojica sa takvim stanjem mire. Š. M. tako mora sam da radi da "održati higijenu", jer su njegovoj sobi: „... sve stari i zapušteni, neće da čine ono što treba da učine, da vode računa o higijeni. Ne nameste krevet, samo bace ćebe na gomilu i tako ostane. Bacaju kutije po sobi." M-u naročito teško pada kritika (zapravo, nepriznavanje) koje *njegovoj sobi*, odnosno njemu koji jedini održava higijenu, upućuje medicinsko osoblje. On se brani riječima: "Ako umeš bolje, ti ribaj!" Iako tek u naznakama, i kod M. prepoznajemo dozu razumijevanja prema stanju u kome su njegovi cimeri. Ovakvu vrstu razumijevanja ili bolje rečeno:

¹¹⁶ Na primjer V. P je ranije pušio do tri pakle cigara, a sada jednu jer su „počela pluća da ga bole“. T. D. obično puši 4 kutije za 2 dana. Zato se sada njegov drug, koji brine o njemu, naljutio, i to ga sada brine.

¹¹⁷ Tako među našim sagovornicima gotovo da nema nepušača (samo dvoje).

mirenja sa postojećim stanjem stvari, pronalazimo kod D. P. On kaže: “Neki šmrču po podu, piške u lavabo, ali je reč o bolesnim ljudima.”

U nekim sobama postoje radio aparati, TV i DVD uređaji. Po pravilu, oni su u vlasništvu nekog od oboljelih, koji obično ima i monopol na to šta će se gledati/slušati. Način da se prevaziđe ovakva vrsta uskraćenosti je da se gleda zajednički TV u trpezariji, i to u sasvim određeno, pogodno vrijeme kada nije gužva. Takođe, jedan od načina prekraćivanja vremena je i čitanje dnevnih novina, iako “sada dobijaju samo jedne (novine)” (M. N.).

Posebno su interesantni opisi SZB i njihov doživljaj načina na koji se provodi vrijeme u ovoj instituciji. Osim tri izrazito pozitivna opisa života u SZB, iza kojih nesumnjivo stoji potreba za pozitivnim predstavljanjem ustanove sa razmišljanjem o sekundarnoj dobiti, nad kojom će u jednom trenutku razgovora ipak prevagnuti iskrena ogorčenost zbog boravka u SZB, doživljaj ove ustanove je uglavnom negativan. Izdvojili smo nekoliko opisa koji po nama vjerno ukazuju na sveukupni položaj ovih ljudi, kao i načine pomoću kojih se prilagođavaju na ove statuse. SZB je tako prepoznat kao: “(i) zlatan kavez (je kavez)”, “velika spavaonica”, “bolnica i zatvor u jednom”, “obdanište.” Iz njih saznajemo i u koje svrhe ova bolnica služi: za zatvaranje (kavez), za zatvarane i liječenje. Takođe, naslućujemo i načine pomoću kojih se može prilagoditi na životu u ovom kavezu: spavati (mehanizam koji se, pokazaće se najčešće koristi) i/ili pušiti.

Konačno, jedan od naših ispitanika prepoznaje poseban vid degradacije oboljelih, kojima se oduzima status odraslih i razumnih ljudi, što se po njemu ogleda i u “apsurdno smešnim zadacima” koji se oboljelima dodjeljuju. N. M. prepoznaje prinudni karakter ustanove koja: “... treba da te natera, primora da radiš nešto.” To *nešto* može da bude u skladu sa očekivanjima i normama ustanove, ili nasuprot ovom, nepoželjno. Prva opcija, koju možemo s pravom nazvati *sticanje uvida*, se sastoji u “razmišljanju o učinjenom.” Ovo po M-u dovodi do griže savjesti, i na kraju do pogoršanja (bolesti). Druga mogućnost koju institucija pruža jeste bijeg - spavanjem. Ona svakako nije vrijednovana kao prva, koja je za sve oboljele bez izuzetka, poznati preduslov za proceduru koju sami nazivaju *pisanje* (predloga za prekid mjere).

S druge strane, iz sekvenci o SZB valja izdvojiti dvije koje odslikavaju mehanizme sekundarnog prilagođavanja kroz javno predstavljanje institucije. Kako je već kazano, naši sagovornici su tokom intervjua, vjerovatno stekavši utisak da ni na koji način nismo povezani sa sistemom izvršenja, otkrili da ipak ne misle da je u

ustanovi “ko u hotelu”, niti da „tu ima što sve, što nema ni kući.” Tako M. Đ. kasnije u razgovoru odstupa od opisa koji uključuje: “... sve pohvale za ovu zgradu. Sve Lepo. Sve udobno. Vodu te u razonodu, lečenje ide. Neće mi nigde da bude tako kao ovde u bolnici. Ako ne praviš neke skandale, sve lepo”, i ukazuje da na neka ograničenja. S početka kaže: “Samo što si odvojen od sveta.” Pretpostavljamo, znajući pravila koja su preduslov za izlazak iz SZB: izlječenje, kako ga nazivaju ovi ljudi, M. kaže: “Vi mene izlećiste.” A onda dodaje: “Mislim da ovde ne bi trebalo da ostanem navek.” Bez obzira na sve, ona krajnje zabrinuto pita: “Šta ti misliš očul' ja da ostanem ovde navek? Šta kažeš kad ću ja da izađem odavde?” I G. D. nema: “... ni reči da opiše kako je ovde. Ovde ima sve! Vreme prolazi, malo razonode i tako.” Pitali smo se kakvu funkciju mogu imati ovi opisi? Složićemo se sa Gofmanom (2009) da ove javne predstave jesu mehanizmi ličnog prilagođavanja. Na primjer, G. D. otkriva da: “(N)ema gde, jer ga niko neće.” Odatle, ostaje mu da se prilagodi na postojeće uslove kako najbolje umije. Ovaj mehanizam smo uhvatili u još nekim narativima, a njega je najkonciznije iznio P. V. On kaže ovako: “Kad je neko svestan da neće odavde, ovde stvara kuću.” Prepoznajemo ga i kod L. M., odbačenog od porodice, koji se na kraju pomirio sa tim da će do kraja života: “... biti ovde. To mi više i ne pada teško.” Takođe, vjerovatno stoga da učini surovu realnost podnošljivijom, L. M. se prihvatio raznih zadataka vezanih za odjeljenje, koje shvata “kao svoju kuću”. O tome sa svoje strane svjedoče srdačni odnosi sa osobljem i povremeno prekoračivanje (profesionalne) distance. Ono uključuje pomaganje osoblju oko teško pokretnih pacijenata, što M-u omogućava da bude prihvaćeniji od strane osoblja. Pretpostavljamo da tako M-u njegova potpuna izolovanost od spoljašnjeg svijeta, pada lakše.

Ali, kako je živjeti u ustanovi? Iz priča naših sagovornika izdvojili smo epitepe koji najbolje opisuju život u ovoj instituciji. Oni kaže da je život: monoton, jednoličan (“svi su dani isti, na tome se završava”, “sutra opet isto”, “sve je isto, unapred određeno”), težak (“teško je biti zatvoren”, “teško”, “suviše teško”), surov (“ne vidim belog dana”, “surovo je”, “bolja je Zabela”, “ubija nas ovo sivilo”, “svirepo je”, “nema izlaska”). D. J. upoređuje život u bolnici sa sistemom podmornice, ukazujući na nekoliko mogućih izvora zadovoljstva i/ili bijega od surove stvarnosti. Kaže: “Uđeš, spavaš, jedeš, piješ i to je to!” U SZB, svi se slažu, caruje dosada. „Dosadno je, sve je kratkoročno zadovoljstvo, bez obzira šta radili! Dosadno mi je, ne mogu da se koncentrišem nikako”.

Da bi prevazišli ovakav, teško podnošljiv život koriste različite strategije, kakve su dvije već pominjane: spavanje (“posle doručka”, “posle ručka”) i pušenje (“ne znaš šta ćeš”).

Posebno su dragocjene priče o tome kako se oni osjećaju u instituciji. U ovim opisima prepoznamo i osjećanja. Pa tako i na osnovu teze da je zlatan kavez –kavez, saznajemo da je “teško biti zatvoren”. Direktnije razotkrivanje ukazuje ne samo na to kako se osjećaju, već i zbog čega. U krajnjem skoru, ove sekvence ukazuju na najtipičnije i najučestalije vidove lišavanja u ustanovi. No, krenimo redom.

Kada (in)direktno govore o tome kako se osjećaju u SZB ljudi koriste sljedeće izraze: “zatvoren”, “pod ključem”, “izgubljen”, “neraspoložen”, “beznadežan”. “Sa jednim istim problemom legneš i sa istim se ustaneš”. Loše se osjećaju jer sebe vide kao beskorisne (“beskorisno provodim pre i posle podne”). “Vreme ovde protiče sporo. Sve je stopirano, svi ti fragmenti života”. Teško im pada to što su: lišeni slobode (“ubija me sivilo”, “zatvoreni na 100 kvadrata”, “ne vidim belog dana”, “nema izlazaka”, “Non-stop smo kavezu. Non-stop smo pod ključem”), što nemaju svoju privatnost (“da budem sam”, “da se opustim”, “ovde si stalno pod komandirima, stalno brojanje”). Posebno, teškim boravak u SZB čine drugi *osuđenici*, zbog toga što su zli (“ljudi su jako, jako, jako zlobni”, “teži su robijaši od robije”, “teško mi je zato što sam zatvoren sa ljudima koji su napravili velika dela”, “teško je naći zajednički jezik sa drugim ženama”) i/ili bolesni, pa ugrožavaju druge (“u petom bloku je galerija ludaka. Ti debili i ludaci su me bacili desetak puta u pogoršanje”, “bojiš se normalno. Samo lud čovek se ne boji, šta sve može da se desi. (Lud) će da ide i u vatru i u vodu i u struju, sve. Teraš te ludake od sebe”).

Jasno je da (in)direktno opisana osjećanja vezana za život u specijalnoj bolnici, slijede iz lišavanja koja nameće institucija. Tako smo u opisima prepoznali različite vidove lišenosti: od deprivacije slobode (*zatvoren sam, ne mogu izaći*), privatnosti (*ne mogu da budem sam*), sigurnosti (*ugrožavaju me zli i bolesni*) i autonomije (*komandiri me kontrolišu*), deprivacije seksualnih odnosa o kojima saznajemo posredno, iz priča o tome šta bi im nedostaje u SZB (“nedostaju mi žene”, “živim kao kaluđer”), do beznadežnosti, kao posebne vrste pogleda na budućnost koju zajedno sa oboljelima, kreiraju *moćniji* i *slobodniji*. Konačno, kada je riječ o potonjem vidu deprivacije, sigurno je da on nije svojstven institucijama totalnog tipa, niti je kao poseban vid lišavanja prepoznat u stručnoj literaturi. Nama se ipak čini da je neophodno da besprepektivnost izdvojimo, jer time dobijamo priliku da

razmišljamo i prepoznamo mehanizme prilagođavanja na ovaj vid lišenosti u ovom, svakako posebnom miljeu.

Sasvim lijepo i koncizno, zajedničko mjesto svih opisa ove ustanove ilustruju sljedeće dvije rečenice: “Kažu specijalna bolnica! Nema tu ništa specijalno, jedino ne smeju da nas tuču”.

10.2.2. Formalni sadržaji svakodnevice

10.2.2.1. O rekreativno-okupačnoj terapiji

U okviru SZB se, od tretmana, primjenjuju radno-okupaciona i grupna psihoterapija. Radna terapija nije obavezna za pacijente¹¹⁸ i odvija se od ponedjeljka do petka u terminu od 10-12 sati. U okviru tzv. psihijatrijskih mjera radnu terapiju vode dvije terapeutkinje. U ovaj vid tretmana se uključuju pacijenti koji su zainteresovani¹¹⁹, a po riječima terapeutkinja koje vode radnu terapiju, obično se uključuje od 3 do 17, u prosjeku oko deset ljudi. Pretpostavka je da je broj pacijenata veći od proljeća do jeseni, kada za lijepog vremena terapeutkinje izvode pacijente u park, ali je broj onih koji posjećuju terapiju unutar prostorija ustanove znatno niži od prosjeka.¹²⁰ Iskustvo terapeutkinja pokazuje da postoji nekoliko grupa pacijenata: oni koji dolaze stalno, oni koji dolaze isključivo neposredno po ulasku u SZB i oni koji ne dolaze uopšte. Razlog zbog kojeg neki prekidaju terapiju, po riječima terapeutkinja leži u tome što se: “... naviknu na učmalost sredine u kojoj žive i prepuste beznađu”. Oni koji ne dolaze uopšte, sudeći po terapeutkinjama, to ne čine jer nisu upoznati sa sadržajima koji se nude na terapiji. Program terapije su osmislile terapeutkinje, a ograničen je činjenicom da pacijenti ne mogu da koriste u radu određeni (oštri) alat, te prostorom u kome se izvodi. Iako je unutar SZB prostorija u kojoj se izvodi radna terapija relativno velika i dobro opremljena, u organizovanju terapije u okviru parka se javljaju brojni problemi. Tzv. park je veoma mali, relativno neuređen prostor u koje se aktivnosti svode, onako kako smo vidjeli, na leškarenje po (nepokošenoj) travi.

¹¹⁸ Iako je poželjna, što i oni sami znaju. Naime, pri procjeni mentalnog stanja oboljelih, u obzir se uzima i to da li su bili saradljivi, a učešće u radnoj terapiji je jedan od očiglednih pokazatelja njihovog oporavka.

¹¹⁹ Ovdje je posebno bitno mišljenje ljekara. Na primjer, u terapiju se ne uključuju, niti se izvode u park oni oboljeli koji na bilo koji način ugrožavaju sebe ili druge.

¹²⁰ U što smo se i sami uvjerali u nekoliko navrata, kada smo posjetili prostoriju u kojoj se radna terapija odvija. U prosjeku je bilo uključeno oko pet pacijenata.

Terapijski rad uključuje poslove na pravljenju nakita, crtanje, pravljenje maketa, predmeta od šperpoloča, kutijica... Žene se u okviru radne terapije bave drugim, moglo bi se reći, tipičnim ženskim poslovima. One crtaju, heklaju, pletu, vezu. Akcenat je stavljen na kreativnost učesnika terapije: na njima je da sami odluče šta će raditi i na koji način. Terapeutkinje nude rješenja tek ukoliko oboljeli sami ne uspiju da se snađu. Takođe, one smatraju da je od posebne važnosti tzv. dirigovana tehnika kod koje oboljeli vrlo brzo vidi rezultat svoga rada.¹²¹

U okviru radne terapije organizovana je i sekcija koju terapeutkinje nazivaju rekreativna. Pacijenti mogu da igraju stoni tenis i neke druge društvene igre (*Ne ljuti se čovječe*, šah). U rekreativnu terapiju spadaju i izlasci u grad sa terapeutkinjom, koja jednom nedeljno izvodi grupu od troje-četvoro oboljelih. U grad obično izlaze jedna žena i dva do tri muškarca koji su u stanju stabilne remisije, i koji su po pravilu napušteni od strane porodice, pa im je ovakav vid izlaska jedino dostupan.

Za oboljele je, smatraju radne terapeutkinje, terapija veoma korisna jer im omogućava da se pripreme za život u zajednici, da uoče i razviju svoje potencijale.¹²² Uz ovo, one navode još jedan, nama najprihvatljiviji razlog zbog kojega ljudi dolaze na radnu terapiju. Riječ je o tome da se mogu vidjeti sa svojim drugovima sa drugog odjeljenja (odjeljenja su fizički razdvojena), pa milje radne terapije predstavlja zapravo mjesto susreta.

A šta kažu naši sagovornici, kada je u pitanju radna terapija?

Već na prvi pogled uočavamo da se i naši sagovornici uklapaju u šemu o kojoj govore i radne terapeutkinje. Njih je moguće, kada je u pitanju radna terapija podijeliti na: one koji na terapiju dolaze, one koji su ranije dolazili, ali ne i u ovom trenutku i one koji na terapiju nikad nisu išli.

Prva je grupa, uz izuzetak onih koji izlaze u park što je prihvatljivo većini oboljelih¹²³, izuzetno mala. Tako od pedesetoro ljudi sa kojima smo razgovarali, terapiju posjećuju četiri čovjeka, koji smatraju da ona za njim ima poseban značaj i da im je takav vid tretmana koristan. Dvojica ističu da im terapija posebno prija jer ih

¹²¹ Jednom godišnje se održava prodajna izložba za pacijente i za zaposlene.

¹²² Ne možemo se oteti utisku da je ovakva ocjena pretjerana, barem za većinu onih koji su odlučili da na radnu terapiju ne dolaze. Ostaje da se složimo da je tek za mali broj oboljelih posjećivanje radne terapije korisno u smislu organizacije (trošenja na raspolaganju neograničenog) vremena i otkrivanja ličnih kreativnih potencijala.

¹²³ Nekolicina na naše iznenađenje, odbija da odlazi u park, čal o kada je ovaj izlazak, uz rekreativnu šetnju sa terapeutkinjom, za njih jedina mogućnost da nađu van institucije. Tako jedna žena kaže da ne želi da ide u park jer su je tamo pogodili loptom, pa je i sad boli glava, a M. R. ne izlazi zbog debljine jer se plaši da ne padne kad silazi niz stepenice (bolnica je smještena na četvrtom, najvišem spratu).

smiruje. Na primjer K. P. kaže da na radnoj terapiji crta. "Najčešće cveće". Kaže: "Razmišljate zašto! Zato što se bavim cvećarstvom kući. Cveće me opušta". Dvojica govore o nekim drugim ličnim beneficima zbog kojih idu na radnu terapiju. D. P. pored ostalog na terapiju ide jer: "... troši manje cigareta pošto je u prostoriji u kojoj se odvija radna terapija pušenje zabranjeno", a drugi na radnu terapiju ide kako bi pokazao osoblju da je saradljiv. Od njih saznajemo šta to sve može da se na radnoj terapiji radi. Prave ramove za slike, nakit, vazne, maske, minđuše. "Oni nam daju sličice mi isečemo, i tako. Igra se *Ne ljuti se čoveče, domino*".

Drugu grupu čine oni koji su barem jednom prisustvovali radnoj terapiji, ali se više ne uključuju u ovu vrstu tretmana. Oni su nešto brojniji (desetero) u odnosu na redovne korisnike ove vrste tretmana. Pa ipak, ovaj broj moramo uzeti sa rezervom, jer je iz nekih odgovora jasno da ispitanici nisu bili iskreni. Na primjer, M. S. tvrdi da povremeno ide na radnu terapiju, a odmah zatim dodaje: "U 47 godini je smešno da se igram sa perlicama".

Odatle, sasvim je na mjestu pretpostavka da su neki od naših sagovornika dali odgovore, vjerujući da su oni poželjni. Tako upitani, zašto više na radnu terapiju ne idu, svoje razloge obrazlažu s izvjesnim ustezanjem u odnosu na grupu koja nikad nije išla na radnu terapiju. Pretpostavljamo da smo ovakve odgovore dobijali zato što ovi naši sagovornici: nisu imali dovoljno povjerenja u nas da bi se iskreno otvorili¹²⁴, pitajući se šta bi mogli da izgube ukoliko bi kazali šta zaista misle, i/ili stoga što se smatraju pozvanima da u pozitivnom svjetlu predstave ustanovu u kojoj su smješteni, plašeći se mogućih reakcija osoblja. U prividno pokajničkom maniru, neki nude sljedeći dijapazon opravdanja. Izgovarajući se, pozivaju se na racionalno gledano opravdane razloge: nedostatak vremena ("ne može da postigne sve, jer bi od 7 ujutro do 9 naveče radio", "izmori se sa pisanjem", "ne verujem da bi sve postigao, imam neka zaduženja"), nepoznavanje tehnika sa kojima se radi ("ne znam da heklam") i na zdravstveno stanje ("sada loše vidim", "nemam neku volju"). Opravdanje i odgovornost za nenastavljanje radne terapije dvoje prepuštaju terapeutkinji (samo jednom ju je terapeutkinja zvala, pa se ona osjeća nepozvanom; dok je bila njegova terapeutkinja, išao je), a jedan kaže da ni sam ne zna zašto više ne ide.

¹²⁴ Oni kojima smo uspjeli dovoljno dobro da se pridružimo, i razbijemo svaku sumnju u to da se razgovor vodi pod patronatom institucije u kojoj su smješteni, su prenijeli da se na odjeljenima među oboljelima priča da je stigla nova socijalna. Pretpostavka je da su na razgovor samnom pristajali i zbog ove, (ne)namjerno mi dodjeljene uloge. Socijalne (radnice) naime, imaju značajnu ulogu u ostvarivanju velikog broja njihovih prava.

Posebno je interesantno mišljenje o radnoj terapiji malog broja onih koji su prestali da dolaze (troje) i najvećeg broja onih koji nikad nisu bili uključeni u ovaj tretman (njih 22). Ove odgovore smo nazvali *direktno otkrivajućim*. U njima je takođe moguće prepoznati i sekvence koje govore u prilog institucionalnom položaju oboljelih, kao i mehanizme prilagođavanja na isti. Tako dobar dio naših sagovornika tretman u okviru radne terapije doživljavaju kao lično degradirajući. Degradacija je višedimenzionalna. Tek uslovno možemo je razdvojiti na mentalnu (potcjenjivanje ličnih sposobnosti i interesovanja, brisanje ranije socijalnog identiteta, pripisivanje neracionalnosti) i uzrasnu (svođenje na uzrast djeteta).

Da bismo imali jasniju sliku o tome koliko snažno i zbog čega se radna terapija doživljava kao degradirajuća, donosimo opise nekolicine naših sagovornika. Stava smo da ovi opisi sami po sebi govore dovoljno glasno da im nije potrebna bilo kakva interpretacija.

Navodimo ih redom:

“Pravljenje ukrasa mi nije potrebno, prerastao sam to”;

“Koji ću davati tamo, pa da pravim nešto, da crtam nešto. Beži! To je meni blesavo”;

“Radna terapija je za decu u prvom, drugom razredu, to što se radi”;

“Tamo ima nešto da ređaju neke đinđuvice, igraju se *Ne ljuti se čoveče*. To mi nije radna terapija. Glupo je. To je za dečiji uzrast nije za nas”;

“Što se tiče radne terapije, to sam prevazišao. To se radi od 5 do 8 razreda osnovne škole, ja sam ipak majstor - vodinstalater”;

“Sam osmišljam svoju radnu terapiju. Da presvlačim dugmad ... nisam u obdaništu”;

“Na radnoj terapiji se bave nekim nekim dečijim poslovima. U 47 godini je smešno da se igram sa perlicama, to sam radio u prvom razredu. Neću da sečem šperploču, to je apsurdno za mene! Da igram *Ne ljuti se čoveče* kad sam igrao poker, dobijao. Plaćao zadovoljstvo igre”;

“Ne volim baš da idem tamo. Kao da smo mi deca u predškolskom ili osnovnoj školi, tako nas tretiraju”;

“Radna terapija? Vređa mi inteligenciju!”

Sumirane, opise depriviranosti kroz radnu terapiju pronalazimo u odgovoru jednog od naših posebno rječitih sagovornika. On kaže: “Neću da priznam da sam lud i glup i bolestan. Neću da idem na radnu terapiju! Ne može to tako da izgleda! Tako

se ne radi! To je tamo apsurdno šta se radi! To su ludaci (oni koji osmišljavaju terapiju, prim. M. Lj.). Neke stvari nisu dozvoljene mali fudbal, odbojka, košarka. Imamo stalež nula. Kao da imaš 15 godina! Kao da imaš 3 godine”. I krajnje konstruktivnom maniru predlaže: “Ajde da učim talijanski, kompjutere!”

Oni ostali, koji o radnoj terapiji nisu iznosili ovako direktne odgovore, svoj doživljaj ove vrste tretmana uvijaju u foliju poželjnih i/ili prividno neutralnih. Tako se R. K. pravda za nedolazak na radnu terapiju poslovima koje ima, u isto vrijeme dajući na znanje da je upoznat sa sadržajem tretmana. Veli da se na radnoj terapiji “... rade vezne za cveće, ogrlice, svašta se radi. Trebalo bi da idem”. Kranje neuvjerljivo dodaje: “Vazne da pravim, to bi mi bilo interesatno.” Ovom dodajmo da je R. u ustanovi, kako sam kaže: “20 godina i 3 meseca!” Drugi sagovornik, kaže da nije obavezno, pa da zato i ne ide, a dvojica su odlučili da se odmaraju u SZB (“bio sam radnik, takva vrsta posla mi je dozlogrdila”; “koristim vreme da se naspavam, da barem nešto dobro iz svega ovog izađe”).

Na kraju, ostaje da zaključimo da, kada je riječ o radnoj terapiji, ovu vrstu tretmana ne prihvata većina oboljelih. Za razliku od radnih terapeutkinja, oni ne smatraju da je ovakav tretman niti kreativan niti njima lično koristan. Nasuprot tome, ovaj vid terapije prepoznaju kao lično, pa i kolektivno degradirajući. S druge strane, stoje oni koji u terapiji ostaju. Očigledno, riječ je o ljudima kojima je ona korisna bilo da im pomaže da se opuste i/ili ubiju vreme, da se druže i/ili pokažu da su na putu oporavka. Na žalost, njihov je broj zaista mali. Da li bi uz ovaj vid tretmana, bilo opravdano uvesti još neke? To bi nesumnjivo otvorilo čitav niz pitanja, od organizacionih, bezbjednosnih, etičkih, do pitanja o stručnosti i dostupnosti terapeuta.

10.2.2.2. Grupna psihoterapija

Za razliku od radne, koja je formalno uvedena unutar institucije i koja se izvodi svakodnevno (osim vikenda), grupna psihoterapija je zasnovana na volonterskom radu jedne od psihijatara. Grupnu psihoterapiju vodi M. J. sa B odjeljenja. Dani kada se saziva grupa nisu unaprijed fiksirani, a M. se trudi da grupa sastaje barem jednom nedeljno (idealno bi bilo dva puta). Da li će i kada će se grupa sastati, zavisi u velikoj mjeri od radnih obaveza koje stoje pred terapeutkinjom. U grupnu psihoterapiju su uključeni oboljeli sa oba odjeljenja (A i B). Seanse se održavaju u prostoriji u kojoj se odvija i radna terapija. Prisustvujući grupnoj terapiji,

stekli smo utisak da je atmosfera demokratska¹²⁵, kao i da je grupna klima topla, da terapeut zajedno sa članovima grupe podstiče adekvatno ponašanje i razvijanje socijalnih vještina članova. Čini se da je terapija naročito okrenuta ka vježbanju u procjeni realnosti i rješavanju nesporazuma i sukoba sa okolinom. Krajnje koncizno grupnu terapiju opisuje D. J. On kaže ovako: “Skupe se ljudi pa raspravljaju na razne teme”.

Među našim sagovornicima smo pronašli 18 oboljelih koji su išli, ili i dalje idu na grupnu terapiju. Sedmero među njima je ranije išlo, a u ovom trenutku ne idu zbog toga što je: “otišao (njihov) terapeut” (troje) i zbog toga što su “sve priče ispričane” (jedan među njima). Dvojica ne otkrivaju razloge zbog kojih više na *grupu* ne idu. Od ovih ranijih polaznika, tri kazuju da im je grupna terapija bila korisna zbog toga što im je pomoglo da se prilagode. Tu su saznali kakve su im mogućnosti na raspolaganju, kako funkcionišu sudovi i ustanova.

Kada smo pogledali sekvence koje se tiču grupne psihoterapije, uočili smo da se na ulazak u grupnu terapiju odlučuju najčešće zbog toga što mogu slobodno da iznose svoje mišljenje. Tako kažu da im je terapija korisna jer: “... se tu ispoljava sukob mišljenja, svako razmišlja drugačije”, “... tu doživljavam slobodu govora, osećanja, emocija”; “... pričam o svemu i svačemu”; “... priča se o stvarima koje su interesantne”, “... da promenim svoje mišljenje to mi je bitno, da razmišljam pravilnije, to volim”.

Iz navedenih sekvenci jasno je da se korist ogleda u mogućnost da čuju druge i da ih drugi čuju, u terapijskom miljeu koji, pretpostavljamo, doživljavaju kao siguran. Vjerujemo da je to jedan od razloga zbog kojih ovi ljudi otvaraju i govore o različitim temama. S uma ne treba smetnuti da se kroz grupnu psihoterapiju ne ukalupljaju u nov (degradirajući) identitet i novu ulogu. Jedna od ličnih koristi koju mogu da dobiju kroz grupnu psihoterapiju jesu informacije o tome kako funkcionišu ustanova i sudovi direktno od psihijatra. Ipak, valja kazati da novopridošle u ove informacije uvode i oni koji su duže u SZB. S druge strane, posebna dobrobit od učešća je i upoznavanje drugih, i pružanje prostora da drugi, u prvom redu terapeut, upozna njih. Tako G. D. kaže: “Ja sam skroz iskren”, a M. D. veli da je njegov “primarni motiv” da uđe u grupnu psihoterapiju bio da upozna „lekare i da oni upoznaju“ njega. Dakle, mogli

¹²⁵ Komunikacija se odvija ne samo preko vođe grupe, već neposredno između članova (Opalić, 1986).

bismo kazati da motivi nisu ograničeni na uslovno nazvani lični rast i razvoj, već i na neke sekundarne dobiti.

Pored ovih sasvim je moguće da postoje još neki razlozi, no mi ih nismo uspeli prepoznati. Naime, jedan dio naših sagovornika je govorio da im grupna psihoterapija prija, ali nisu eksplicirali šta njome dobijaju.

10.2.2.3. O radnom angažovanju

U okviru SZB postoji nekoliko načina radnog angažovanja oboljelih. Riječ je o: zaduženjima koja su im formalno data, onim poslovima koja se obavljaju umjesto drugih i dobrovoljnom angažovanju. Formalno data zaduženja uključuju dvije vrste poslova: obavezne, za koje ne dobijaju *nagradu*, i one koji su im dati od strane osoblja, a za koja su plaćeni. Obavezna zaduženja za koja ne bivaju nagrađeni su, kako ih naši sagovornici nazivaju, *redarstva*. Tako svaki od oboljelih, uz izuzetak onih koji to iz zdravstvenih razloga ne mogu, ima obavezu da učestvuje u održavanju higijene u sobi i u centralnom hodniku. Često, ova formalno data zaduženja naši sagovornici delegiraju kolegama koji obavljaju ove poslove umjesto njih. Ovakve usluge se obično plaćaju naročito vrijednim platežnim sredstvom - cigaretama, ali je jasno da neželjena zaduženja drugima ne mogu delegirati svi, već samo oni boljestojeći. Osoblje je bez svake sumnje upoznato sa načinom neformalne organizacije i preraspodjele poslova, no stičemo utisak da se na to ne obraća mnogo pažnje.

S druge strane, postoje i ona zaduženja za koja oboljeli dobijaju novčanu (i dodajmo, simboličnu) nagradu, a koja su im data od strane osoblja uz dogovor sa psihijatrom. Ovi poslovi uključuju: iznošenje veša, iznošenje smeća, održavanje kupatila, spremanje trpezarije, dijeljenje užine i regulisanje reda za užinu.

U treću grupu poslova spadaju oni koji se obavljaju na dobrovoljnoj bazi, i za koje, osim simboličke i/ili neke druge vrste tek posredno vidljive koristi, nema (materijalnih) nagrada. Tako neki od naših sagovornika potpuno dobrovoljno brinu o pacijentima koji su teško pokretni (dvojica), održavaju kupatilo mimo bilo kakvih zaduženja, dobrovoljno čiste centralni hodnik. Ipak, kasnije ćemo vidjeti da su koristi od ovakvog načina angažovanja, višestruke.

Iz navedenog je jasno da se naši sagovornici mogu svrstati u neku od sljedećih grupa: one koji obavljaju isključivo formalno zadate radne zadatke (sa ili bez

nagrade), one koji obavljaju plaćene poslove za druge, i one koji uslovno nazvano spadaju u dobrovoljce. Konačno, kao posebnu valja izdvojiti i kategoriju onih koji nemaju radna zaduženja bilo da plaćaju druge da ih obavljaju umjesto njih, bilo da je riječ o ljudima koji zbog bolesti nisu u stanju da rade.

Radne zadatke ili redarstva koja su obavezna za sve one koji su sposobni za rad, naši sagovornici opisuju na sljedeći način. “Redarstvo uključuje ribanje sobe, ribanje hodnika, nije teško” (Ć. M.). “Od poslova ribam sobu, po redu kad dođe. Ribam i hodnik na svakih mesec dana, zapravo pola hodnika. Nije naporno” (Z. D.). “Soba se generalno riba jednom nedeljno. Kasete se ribaju (M. R.)”. Takođe, nije naodmet primjetiti da redarstva nadgledaju i po njima, nameću sestre. U ovom odnosu u kome sestre zahtjevaju (“sestra naređuje generalno da se sredi soba”), a pacijenti izvršavaju *naređenja* (“mi slušamo”), prepoznamo položaje i (ne)moć učesnika u ovoj relaciji. Tako sestrama oboljeli neosnovano pripisuju moć i sa njome povezanu samovolju (“nas teraju da malo češće ribamo, a dve tri sobe uopšte ne rade generalku”), iako su one zapravo na dnu hijerarhijskog lanca. Odatle, čini se da ovakva percepcija oboljelih o ličnoj i/ili kolektivnoj ne-moći (da odbiju zaduženja, da ne rade) i nekoj vrsti degradacije ličnog statusa (onog što su bili ranije, na slobodi, kao i statusa odrasle osobe, kojoj se ne naređuje), oblikuje i njihov odnos prema redarstvima. Naime, ova vrsta posla se, kada je to god moguće, prepušta drugima za nadoknadu. Ukoliko nisu u mogućnosti da odaberu ovu soluciju, oboljeli najčešće racionalizuju prihvatanje i izvršavanje ovih, uslovno nazvanih naređenja, jer im tako brže prođe vrijeme (“dan prođe brzo kad je generalka sobe, hodnika, kad ima šta da se radi”) i/ili se tako rekreiraju (“ne krećemo se nigde, tako da to dođe kao nekakva vežbe”).

Preduslov za ulazak u privilegovanu grupaciju koja plaća druge da obavljaju redarstva umjesto njih (“plaćam redarstvo na hodniku koje imam na sedam dana”, “plaćam generalku sobe”), jeste imanje prihoda. Takav luksuz sebi mogu priuštiti gotovo isključivo penzioneri, među kojima je ova praksa veoma raširena. Na primjer, od svih naših sagovornika koji imaju penziju, samo jedan obavlja svoja zaduženja. Iz sekvence razgovora sa J. D. prepoznamo kako se obrazac prihvatanja redarstva po pravilu napušta sa ostvarivanjem prava na redovne prihode. Tako ovaj čovjek kaže: “Radio sam kada sam došao ovde. Ribao hodnik i sobe, nedeljno ili mesečno. Sada to više ne radim”. Dodaje: “Ja sam bio radnik i meni je takva vrsta obaveza dozlogrdila”.

Redarstva se plaćaju po unaprijed utvrđenom cjenovniku. Na primjer: generalno ribanje hodnika se plaća kutijom cigareta. Jedna četvrtina pakle košta dnevno ribanje hodnika. Pranje kofe veša se plaća „paklom cigara“. Č. M. ovakvu računicu ocjenjuje na sljedeći način. Veli: “To nije loše!” Bez izuzetka, oni koji obavljaju plaćene poslove za druge nemaju prihoda (“ribam za cigarete jer nemam nikakvih primanja”, “pošto sam strašan pušač, uzimam da čistim sobu”, “zbog financijske situacije radim za druge, za cigare”, “porodica i roditelji¹²⁶ mi ne šalju dovoljno pa ja ribam, idem na smeće, perem veš. Dovoljno mi je mesečno 8 pakli cigara, 200 grama kafe”). Takođe, među rezidentima SZB se zna ko nudi kakvu vrstu usluga (K. D. tako kaže da D. i N. iz njegove sobe vrše razne usluge. “Plati se cigarama”). Ipak, takvih poslova kako kaže B. A., “... nema svaki dan!”

Najčešće, ovi koji obavljaju poslove za druge, dobijaju i zaduženja od strane osoblja za novčane nagrade. Ovu situaciju lijepo opisuje sekvenca iz razgovora sa D. D. On kaže: “Jedan mi plaća cigaretama, a jedno zaduženje su mi dale sestre”. Budući da nemaju prihoda, a od ovako stečene nagrade mogu da podmire neke svoje potrebe („radim na bloku tako da mogu da kupim boks cigara“, „imam uplatu od ... dinara za radno zaduženje“). Takođe, ovakva vrsta zaduženja pored novčane nagrade, ima i simbolički značaj, jer se daje onima koji mogu da ih obavljaju. Drugačije kazano, onim zdravijima, o čijem stanju svjedoči i njihov radni angažman. Da ima osnova za ovu hipotezu svjedoči i slučaj Š. M. On je ranije imao zaduženja za koja je dobijao nagradu, ali ih više ne obavlja, jer je njegova bolest u pogoršanju. Ipak, i za M-a je veoma bitan način na koji ga vrijednuju psihijatri. Tako kaže da psihijatri o njemu govore da je “najvrednija osoba na odeljenju”.

Ako se složimo da je radni angažman (formalni, za nagradu, ili bez nje, za druge ili dobrovoljni) dokaz stanja mentalnog zdravlja oboljelog, iz te premise proizilazi i sljedeća: oni koji su angažovaniji su manje opasni. Do krajnosti dovedena, ova teza podrazumijeva da će ih psihijatri sa manjim zazorom predlagati za otpust¹²⁷, ali se s uma ne trebaju smetnuti, pored ove primarne, ni druge koristi od radnog angažovanja. Pored već pomenutih materijalnih nagrada (u novcu i/ili cigaretama), tu su i one koje smo nazvali sekundarnim dobitima (da im brže prođe vrijeme, da bi se fizički pokrenuli). Ovakve koristi prepoznavamo naročito u slučaju ljudi koji obavljaju

¹²⁶ Oboje je ubio.

¹²⁷ Ovu tezu o radu i radnoj etici kao preduslovu za socijalnu prihvatljivost, lijepo je ilustrirao K. P. On kaže: “Moramo da steknemo neke navike, da bi funkcionisali normalno.”

razne poslove dobrovoljno. Dobrovoljnost se sastoji u tome da mimo bilo kakvih zaduženja pomažu sestrama i/ili drugim pacijentima. Na takav način oboljeli stiču povjerenje osoblja. Tako i granice među njima postaju manje rigidne, a oboljeli može da poboljša svoj institucionalni položaj koristeći se dobrobitima koje mu je donijelo povjerenje osoblja. Na primjer D. D. pomaže sestrama “kad god treba”, L. M., višegodišnji rezident SZB, pored formalnih zaduženja (dijeli obroke i pomaže servirkama), piše pisma drugim pacijentima, brine o higijeni u sobi, pomaže sestrama oko nemoćnih pacijenta pri kupanju, hranjenju i tako dalje. I J. P. vodi brigu već 3 i po godine o jednom starom pacijentu, koji je nepokretan i mokri pod sebe.

Lične koristi od ovakvog vida angažovanja su sigurno velike: od eventualnog zadovoljenja altruističkih potreba do sticanja posebnog statusa. Ovakav poseban status L. M. je stekao pomažući medicinskom i drugom pomoćnom osoblju. Tako je i dobio ulogu nekoga ko je na odjeljenju nezamjenjiv¹²⁸, što s druge strane čini njegov položaj doživotnog azilanta, podnošljivijim.

Da pomaganje osoblju u obavljanju raznih zadataka, našim sagovornicima olakšava boravak, zahvaljujući jednoj vrsti osvojenog privilegovanog položaja, svjedoči i sljedeća sekvenca. D. D. tako kaže: “Pomažem kad god treba sestrama. Zato mi izlaze u susret. Prema meni su fer!” Prednosti ovakvog položaja koristi i jedna od žena. D. uspjeva da ostvari mimo regularnih, kontakt sa sebi važnom osobom - svojom sestrom. Kaže: “Svaki dan čistim sobu, često čistim kod komandirice, tako da dobijem vanrednu nagradu. To je telefon!

10.2.3. O svakodnevicu izvan formalnih okvira

10.2.3.1. O pravilima za život u SZB

O tome da li postoje, i koja su to *pravila za život* u SZB naše sagovornike nismo direktno pitali. Pa ipak, u razgovoru sa njima smo uhvatili mnoštvo sekvenci iz kojih smo izdvojili tri grupe pravila koja čine izvjesnijim životu u SZB. Riječ je o pravilima za ponašanje prema drugim oboljelima, pravilima ophođenja sa osobljem, naročito oko teme koja se odnosi na mjeru bezbjednosti, i o, uslovno nazvanom najopštijem pravilu funkcionisanja zajednice (osuđenika). Pravila za život su

¹²⁸ Ovakav status M-u pripisuje i njegov psihijatar!

međusobno isprepletena i neodvojiva, a mi smo ih predstavili idealno-tipski da bismo lakše uočili njihove ključne karakteristike. Krenimo redom.

Prva grupa pravila pomoću kojih neko reguliše svoje ponašanje uključuje čitav niz normi. Kada prihvata ove norme, oboljeli čini svoj položaj i među osobljem i među *zatočenicima* prihvatljivijim, i u budućnosti izvjesnijim. Drugim riječima, za oboljelog može biti korisno ako se pridržava ovih pravila. Jedna od potencijalnih dobiti je da bude prihvaćen u zajednici sebi sličnih, kao i da ga osoblje prepozna kao neproblematičnog. U konačnom skoru to može da govori i u prilog dobrog zdravstvenog stanja, odnosno sticanja mogućnosti za dalje poboljšanje položaja u instituciji (dobijanje grupe, na primjer), odnosno eventualni otpust.

Iz razgovora sa našim ispitanicima smo prepoznali nekoliko pravila pomoću kojih se usmjerava ponašanje. Pravila smo imenovali, koristeći metafore koje su upotrebljavali naši sagovornici. Ponašanje se tako da najadekvatnije usmjeriti ako se poštuju sljedeće norme: 1. *pij terapiju* (“taman posla da ne popiješ!”); 2. *priznaj da si bolestan* (“ako ne priznaš”, kako reče jedan od naših sagovornika: “... nije dobro¹²⁹“), 3. *ne pravi skandale ili gledaj svoja posla*; 4. *ne ulazi u konflikte sa drugima*, 5. *slaži se sa izborima drugih*; 6. *soba je najvažnija*, ili budi u dobrim odnosima sa cimerima iz svoje sobe i 7. *znaj ko je glavni* (to je, kako rekoše četvorica naših sagovornika, sobni starješina, jer: “... šta on naredi, to se ispoštuje”).

Treće pravilo: *ne pravi skandale*, je naročito interesantno. Ono govori o tome da barem u formalnom smislu moraju poštovati naredbe osoblja (“ako ne praviš skandale, sve lepo”) i ne dosađivati im svojim zahtjevima (kakav je na primjer: “oko dobijanja grupe”). Ono je neposredno povezano sa narednim: *izbjegavaj konflikte*, koje usmjerava *zatočnike* da se drže po strani u slučaju da se nađu u blizini kakvog sukoba. O tome da je ovo pravilo široko prihvaćeno i da se poštuje svjedoče i sljedeći savjeti/preporuke: “konflikte treba po svaku cenu izbegavati”, “svako izbegava konflikt”, “ne ulazi u sukobe”, “ljudi ovde instinktivno beže od konflikata, pa niko ne insistira na svađi”. Jasno je zbog čega: ulaskom u konflikt stiče se loša reputacija, čiju je opravdanost teško pobiti. U ovo pravilo se oboljeli uvode od strane drugih, onih sa dužim stažom boravka u instituciji, kao i od strane osoblja. Na primjer R. S. navodi

¹²⁹ Ukoliko oboljeli odbija da prihvati da se samoopiše kao bolesnik, ili ako se bez vidljivog kajanja odnosi prema djelu koje je uradio, pisanje predloga za kategorizaciju u višu grupu ili eventualni prekid mjere, je isključeno.

savjet svoje terapeutkinje, koji nije ništa drugo do li upoznavanje sa važnim pravilom za život u instituciji. Tako ona savjetuje: "... da na jedno (uho) čuješ, a na drugo ne".

I sljedeće pravilo: *slaži se sa izborima drugih*, usko je vezano za izbjegavanje konflikata, uz jednu novu dimenziju. Ono se naime, odnosi prvenstveno na sobnu disciplinu i tiče savjeta da se zatočenik uvijek i bezizostavno složi sa bilo kakvim izborom većine u sobi i/ili sa izborom onog ko je najpozvaniji da odlučuje o nečem. Po pravilu, izbori se odnose na praćenje radijskog ili televizijskog programa. U tzv. *demokratskijim* sobama o tome odlučuju svi članovi, a odluke se donose uvažavanjem mišljenja većine. U onim sobama u kojima ne vlada takva atmosfera, odluke o tome šta će se gledati i/ili slušati donosi vlasnik tv ili radio aparata. Ovakvi sukobi ne postoje isključivo među cimerima u čijim sobama nema tehničkih uređaja, ali su zato izmješteni u trpezariju u kojoj postoji tv. Jedan od načina da se izbjegne potencijalno konfliktna situacija, jeste bilo prihvatanje ("složim sa tim šta drugi žele zbog toga reda i pravila", "kad neko pojača do panja narodnu, ja više ne reagujem jer sam sad naučio da svako ima pravo na svoj izbor"), bilo biranje pogodnih termina za gledanje/slušanje željenih sadržaja (kad nije vlasnik u sobi, što je rijetko, ili kad trpezarija nije puna).

Pravilo: *soba je glavna*, je posebno važno. Njime se osigurava podrška u sredini u kojoj su ljudi najneposrednije upućeni jedni na druge. Ovu vrstu relacije jedan od naših sagovornika opisuje na sljedeći način: "najpre oni iz sobe, a nakon toga svi ostali". Iako je ovo pravilo važno kako bi se osigurala mreža podrške, njega nije uvijek moguće ispuniti ("u mojoj sobi su ljudi čudni, teški su za saradnju, izuzev jednog dečka", "sa ženama ne možeš da nađeš zajednički jezik, ne možeš da ih oceniš"). Odatle se umjesto od sobnih cimera, podrška traži od onih iz drugih soba koji imaju slične probleme.

Posljednje pravilo iz ove grupe se odnosi na poštovanje autoriteta starješine sobe. Po pravilu, starješine su oni ljudi koji u ustanovi borave duže vrijeme. Takođe, ključnu riječ u odabiru starješine ima osoblje, te je autoritet starješine kako formalno tako i neformalno zasnovan. Svaka pritužba osoblju na račun oboljelog od strane starješine ima određenu težinu, a ovo pravilo je sumirao D. J.: "Sobni starešina je zakon!"

Druga grupa pravila unosi određenu dozu izvjesnosti kada je u pitanju okončanje mjere bezbjednosti. Unutar ove grupe uočili smo norme koje pojašnjavaju medicinske, farmakološke i pravne aspekte koji moraju biti zadovoljeni da bi se

okončala mjera bezbjednosti. Iako se naizgled čini da bi ove norme morale biti poznate oboljelima, iz razgovora sa njima saznajemo da osim prenošenja saznanja unutar zajednice zatočenika koja pojašnjavaju uslove za prekid mjera bezbjednosti, informacija iz drugih izvora nemaju. Riječ je o saznanjima - pravilima koja unose red i čine mogućim neku vrstu plana za budućnost. Prvo pravilo je *pravilo o obimu (medikamentozne) terapije*. Tako „velika terapija“ ne govori u prilog mogućeg skorijeg pisanja za otpust, dok njeno smanjivanje svjedoči suprotno. Ili kako to sami kažu: “Što manje lekova, pre ćeš kući!” Drugo pravilo sadrži saznanja o pravnim preduslovima otpusta. Tako se zna da o otpustu odlučuje psihijatar¹³⁰ (“šta on odmeri, tako i bude”, “doktori znaju kad kome treba da pišu i kad kome da daju koju grupu. Treba da su merodavni za to”), kao i da je neophodan staralac da bi se okončala mjera (“ko nema staraoca, ne može da izađe”). Posljednje pravilo upućuje na poželjno ponašanje po okončanju mjere, jer u suprotnom slijede sankcije. Naši sagovornici znaju da se moraju javljati na kontrolu kod psihijatra tri godine po okončanju mjera, jer će u protivnom ponovno završiti u SZB. B. N. tako navodi iskustvo jednog V-a iz V.: “... koji se vratio u porodicu, ali se onda nije javljao na kontrolu i ponovo je dobio meru.”

Na kraju, kao posebna se izdvaja norma koju smo nazvali *pravilo zajednice*. Svakako, ono je povezano sa svim do sada prepoznatim pravilima, s tom razlikom što je ono najobuhvatnije. Ono glasi: *strah je zakon zajednice*. Jedan od naših sagovornika je ovo pravilo sažeo ovako: “Sila Boga ne moli, tako je u zatvoru”. To dalje ilustruje, govoreći da se na odjeljenju ima i krađa (i odmah normalizira: “Retko, ali ima”), i da su žrtve oni slabiji, koji ne mogu da vrate.

10.2.3.2. O sukobima unutar zajednice oboljelih

O tome da li postoje sukobi između oboljelih, naše sagovornike nismo direktno pitali. Neki od njih su sami otvarali priče o sukobima. Jedni su o ovoj temi pričali otvoreno, dok su drugi postojanje sukoba minimizirali. Ovako dobijene priče su nam bile podjednako dragocjene. Prve su po pravilu oživljavale lično iskustvo, a druge su ponudile niz racionalizacija (zašto ponekad do sukoba dođe?), opravdanja

¹³⁰ Iako je ovo tek djelomično tačno.

(zašto sukoba nema, ili su svedeni na minimalan broj?) i ukazale na niz pravila za (adekvatno) ponašanje.

Kada govore o sukobima, naši sagovornici se polarizuju na dvije grupacije, jednu koja demantuje da sukobi postoje, i drugu koja kaže da do sukoba među ljudima dolazi, ali rijetko. Tvrdnju da nema sukoba objašnjavaju pozivajući se na jedno od primarnih pravila ponašanja: *izbjegavati konflikte*. Ili, kako je to lijepo sročio jedan od naših sagovornika: “Svi se slažu, jer moraju da se slažu!”

Ali kako se postiže sloga? Čini se da je u obezbjeđivanju sloge od ključne važnosti dogovaranje. Tako skoro svi (uz izuzetak jedne od žena), koji demantuju postojanje sukoba, podvlače da se dogovaraju oko pitanja koja bi mogla biti sporna. Ipak, pokazaće se da se dogovori svode na usvajanje lične strategije, koju je slikovito opisao T. D. On kaže: “Ja se ne dogovaram, ja slušam!” Drugim riječima, slaganje se svodi na prihvatanje odluka u zajednici moćnijih, zbog reda i pravila. Ovu normu je lijepo sažeo N. P. koji kaže da: “... kad se dopada izbor muzike cimerima, mora i meni”. Onda kada nema dogovora, koristi se lična taktika: *gledati svoja posla* (“ne možeš da nađeš zajednički jezik sa ženama, sa nikim se od žena ne zakačinjem, leškarim i čitam”, “svi gledaju svoja posla, svi su ćutljivi”).

Posebno je interesantan pogled na sukobe, koje nam je ponudio P. V. U ovim sekvencama smo prepoznali dvije važne dimenzije: prvu, koja negira postojanje sukoba u ovom trenutku, nudeći idealizovanu sliku zajednice, i drugu koja ukazuje na posebnost kolektiviteta oboljelih. On tako kaže: “Napolju se stalno svađaju ... Među pacijentima kao da postoji neki viši red, veći prag tolerancije nego među običnim ljudima”.

S druge strane, čak i oni koji govore da sukoba ima, u isto vrijeme podvlače da su oni rijetki. Tako priču o sukobima ili smještaju u neko prošlo vrijeme (ranije bilo, sada ne), ili ih normaliziraju (“i vlastita ruka ponekad zasvrbi”, “i nema nekih čarki koliko nas ovde ima”, “koliko nas ima, to je savršeno mirno”, “i nema sukoba koliko su ljudi bolesni”, “neki put smo nervozni. Dovoljna je mala iskra da bi se posvađali. Skučeni smo. Mali je prostor”). Otkrivaju i razlog: “Svako izbegava sukob jer slede sankcije”.

Ali, oko čega nastaju sukobi? Najčešće, povodi su: krađe (“ima krađa. Retko, ali ima”), *bezobrazluk* prema drugim oboljelima (žicanje cigareta, kafe, konzervi, kršenje reda u trpezariji), odabir tv ili radio programa. Sukobe iniciraju ljudi koji

imaju određene karakteristike (*teški, čudni ljudi, prznice, budale, ludaci*). Takođe, primjećuju da su sukobima naročito skloni oni koji padnu u pogoršanje.¹³¹

U pričama naših sagovornika smo prepoznali i strategije za razrješavanje sukoba. One uključuju niz ličnih taktika pomoću kojih oboljeli bira da: 1. se oslanja na lične snage u razrješenu sukoba, koja se može plastično dočarati savjetom: *ne obraćati pažnju* (istolerisati, odćutati); 2. uzme pravdu u svoje ruke (“izlupati one sa kojima ne vredi razgovarati”); 3. pozove u pomoć moćnije unutar svoje zajednice (na primjer, starješinu sobe) ili 4. da uključi formalni sistem, što je najmanje popularno. *Prijavljivanje* kako naši sagovornici nazivaju ovu posljednju, najmanje prihvatljivu taktiku, podrazumijeva obraćanje za pomoć sestrama i komandirima. Po pravilu nude racionalizacije za neprijavljivanje i kažu da su: “u pitanju su sitnice, a ima i onih koji se obraćaju osoblju kada imaju problem”, “to su situacija kada neko iz sobe neće da se kupa, kada ima vaške, kada se pobiju”. S druge strane, uočavamo i zašto je ova strategija nepopularna. Oni koji se sukobljavaju: dobiju injekciju, ili budu fiksirani. Naš sagovornik, koji je razotkrio ovu strategiju osoblja, je pretpostavljamo vjerujući da je otkrio mnogo, njihove postupke odmah potom i opravdao. S. R. tako kaže da se oboljeli moraju ponašati primjereno prema osoblju, jer ih ono “toleriše”. Dodaje, govoreći iz pozicije sestara: “Ako mi vas možemo da izdržimo, možete i vi da se uzdržite”.

Posebno su interesatne sekvence razgovora u kojima naši sagovornici pominju osoblje. Direktna pitanja pomoću kojih bismo mogli saznati kakvo se osoblje ophodi prema oboljelima, nismo postavljali, pretpostavljajući da ne bismo dobili iskren odgovor. Umjesto toga naše sagovornike smo podpitanjima usmjeravali ka ovoj temi. O osoblju je svoje mišljenje, koje je i obrazložilo, dalo preko polovine naših sagovornika (43). Mišljenje su iznosili najčešće o medicinskim sestrama i komandirima, a daleko rijede o ljekarima. Na osnovu ovih opisa stekli smo uvid u mišljenje naših ispitanika o ulogama i očekivanjima koja vezuju za osoblje, kao i o tipičnim načinima na koje se osoblje odnosi prema oboljelima.

Prije svega, valja podvući da oboljeli na različit način percipiraju osoblje čije su formalne uloge drugačije. Tako se komandirima, a poneko od naših sagovornika i sestrama, pripisuje jedne, a liječnicima druge uloge. Čini se odatle da ima smisla

¹³¹ M. S. opisuje kako ga je u stanju pogoršanja napao „jedan stariji čovek“. Dodaje da se to „retko dešava“. Ostali naši sagovornici, iako ima osnova da vjerujemo da nisu lišeni ovakvog iskustva, o tom ne govore.

Gofmanova teza o usmjeravanju odgovornosti, pa i nezadovoljstva *zatočenika*, na niže nivoe osoblja koje je u poređenju sa ljekarima, češće u kontaktu sa pacijetima.

Osoblju tako naši sagovornici pripisuju neku od sljedećih uloga: 1. da brinu i njeguju; 2. da daju dozvole i savjete; 3. da nadziru; i 4. da kažnjavaju. Neke od ovih uloga su po njima tipične za psihijatre, dok se ostale pripisuju nižim nivoima osoblja. Tako od ljekara očekuju da brinu i njeguju (“oni su nam i otac i majka”), savjetuju (“načelnica me savetuje”) i daju dozvole (“da kuvam sarmu u trpezariji”, “da formiramo sobu”). Od sestara se očekuje da pomažu, ali isto tako, one nadziru (“dolaze u obilazak sobe da provere da li je sve u redu”) i kažnjavaju (“sestre podviknu. Na primer: *Ajde izlazi iz sobe!*, za svaku sitnicu nakljukaju lekovima¹³²”). Očekivano, komadirima je pripisana nadzorna uloga (“ovde si stalno pod komandirima, stalno brojanje”).

Odatle, možemo govoriti o jasnoj hijerarhiji položaja i uloga osoblja: na vrhu su doktori i doktorke, slijedi po rangu niže medicinsko osoblje, potom komandiri, dok su na dnu hijerarhije oboljeli. Ovakvu hijerarhijsku ljestvicu prepoznajemo i u sekvencama u kojima oboljeli govore o tome kome se obraćaju za pomoć, kad im ista treba. Odgovaraju ili da im pomoć ne treba (sve rješavaju sami, i/ili sa drugim oboljelima) ili da se obraćaju “sestrama, sestre doktoru, pa doktor primi na razgovor, i to je kao neka hijerarhija“, „obično se obraćam komandiru, pa onda sestri, a onda na kraju doktorci, ako je to posao za doktorku”.

Krajnje su interesantne sekvence u kojima oboljeli opisuju svoj položaj. Ovi opisi govore u prilog njihovog smještanja na dno pomenute ljestvice. Tako iz sekvenci: “kad se *smiluje* osoblje, pitaće za izlazak”, “načelnica mu je *obećala* da će da ga pustiti za vikend”, prepoznajemo podređeni položaj oboljelih, koji govori o degradaciji ranijih socijalnih identiteta, i posebno statusa odraslog. Pitali smo se da li je oboljelom prihvatljiva ovakva, od osoblja nametnuta slika o njemu samome? O tome možemo zaključivati tek posredno. Ima osnova za tvrdnju da se naši sagovornici prilagođavaju i svoje samoopise koriguju s obzirom na to kako ih vidi osoblje. Na primjer, neki od njih prihvataju degradaciju statusa odraslog, i u isto vrijeme ka višim nivoima hijerarhije usmjeravaju očekivanje za nekakvom vrstom roditeljske zaštite i

¹³² Na ovom mjestu valja podvući da do krajnosti dolazi do izražaja teza o skretanju nezadovoljstva sa viših na niže hijerarhijske položaje. Oboljeli smatraju da sestre povećavaju terapiju, iako one zapravo nemaju ovlaštenja za takvo šta. Njihova uloga je u ovom procesu isključivo izvršna. Vjerovatno stoga im je i pripisana ključna uloga u ovom vidu *kažnjavanja*.

ljubavi. Tako nekolicina (petoro) sa posebnim ponosom kazuje da su pohvaljeni za neke svoje napore od strane osoblja (doktori i sestre).

U najvećem broju slučajeva naši sagovornici opisuju osoblje kao dobro, korektno (“nema da prigovori sestrama”, “nema primedbi na sestre”, “osoblje pomaže”, “može i želi da pomogne”). Takav odnos osoblja prema njima, smatraju neki, je krajnje velikodušan (“s obzirom na dela koja imamo”) i olakšava im život. Zbog toga “svi pacijenti imaju poštovanja prema osoblju”.

Pa ipak, neki (njih sedam) upućuju i kritike, ali skoro isključivo na račun nižeg osoblja. Za razliku od doktora i doktorki kojima pripisuju pozitivne odlike (“doktorke i doktori hoće da nas saslušaju. Ljubazni su”), za komandire vezuju nevidavnost i nebrižnost (“komandir upire svetlo¹³³ koje nepotrebno svetli u ljude koji leže na krevetima ... dvojica - trojica neće da gase ta svetla pre 12”, “komandir nikad nije u kućici”, “komandir uglavnom ignoriše kada on prijavi da nekom nije dobro, a sestra se solidariše sa njim tako da ga je to više puta iznerviralo”, “komandiri uzimaju novine¹³⁴ i bacaju u korpu”). Kritika nisu oslobođene ni sestre: one viču na pacijente, ignorišu njihove potrebe. Pa ipak, i onda kada se odvaže da iskritikuju nekog od članova osoblja, skoro svi naši sagovornici, uz izuzetak jednog, nude racionalna objašnjenja zašto se osoblje prema njima ne ponaša korektno. Tako po nekima od njih, komandiri nadziru, ali im je to posao, oni vrše svoju obavezu, sestre viču jer moraju, “imaju i sestre svojih momenata”, prema njima su (sestre i komandiri) dobri s obzirom na dela koja imaju. Po nama ključni argument u odbranu osoblja, koji u isto vrijeme ukazuje na degradaciju različitih statusa, iznos R. M. On kaže: “Ko je dobar, prema njemu su (osoblje) dobri. Ko nije dobar prema njemu su oštiri. Ja sam miran, ne pravim probleme”.

10.2.3.3. O druženju

Kao što smo već i istakli, naši sagovornici vrijeme provode mahom pasivno, uglavnom spavajući poslije svakog od obroka. Pa ipak, između odmora oni nađu vremena i da se druže. Zapravo, rijetki su oni koji u opisima svakodnevne rutine ne pominju druženje sa drugima (samo jedan koji smatra da je zalutao u SZB), ili barem

¹³³ U toku redovnog obilaska pacijenata u 12 sati uveče.

¹³⁴ Riječ je o dnevnim novinama koje su namjenjene pacijentima. Broj novina koje dobijaju pacijenti je krajnje skroman.

aktivnosti koje bi mogle ukazati na takvu praksu. Iz sekvenci u kojima opisuju druženje, saznali smo ne samo koliko drugova imaju i šta drugarstva stečena u SZB znače za preživljavanje unutar institucije, već i ko su osobe koje su poželjne za druženje, a ko za društvo neprihvatljivi. Takođe, rekonstruisali smo i tipične obrasce druženja, koji se dadu svesti tek na nekolicinu. Pođimo redom.

Na prvom mjestu valja istaći da je nemali broj istakao kao svoju ključnu osobinu društvenost. Neki od njih uspijevaju da pronađu osobe sa kojima mogu da se druže, dok su drugi u tom pogledu zakinuti. Nekolicina (trojica od pedeset) bira da se ne druži, jer im tako odgovara.¹³⁵ Oni koji imaju društvo, a takvih je većina, pronalaze od jednog do najviše deset ljudi (“shodno tome gde smo i kako smo, bolje ne može da se nađe” (S. M.). Po pravilu društvo čine cimeri iz sobe, “jer je soba najvažnija” (K. P.), a samo jedan se druži isključivo sa dvojicom iz drugih soba (“D-om i D-om koji su poštteni i dobri momci”), zato što su ljudi u njegovoj “čudni i teški” (P. N.). Jedna od sagovornica ne može da pronađe zajednički jezik sa ostalim ženama. Kaže: “Volim da se šalim i da pričam, a oni ne umeju ili su tako ćutljivi. Ne možeš da nađeš nekoga da pričaš u parku. Ne možeš da ga oceniš. Ti mu pričaš nešto, on ode na deveto. Zato sam se opredelila da leškarim i čitam”.

Za društvo naši sagovornici biraju ljude sasvim određenih osobina. To su na prvom mjestu osobe koje nisu suviše ruinirane bolešću, ili kako ih naši sagovornici opisuju “oni normalniji, očuvanijeg zdravlja, koji nisu previše bolesni”. Nekolicina ističe da se druže isključivo sa onima sa pozitivnim stavom, sa kojima može da se priča i da se našali (“u bukvalnom i bezobraznom smislu” (D. G.), nađe zajednički jezik, sa onima koji su iskreni, dobri i poštteni.

Oni teško bolesni, koji funkcionišu uglavnom van granica realnosti, za društvo nisu poželjni. Sa ovima za koje kažu da su: *debili, ludaci, budale, retardirani*, naši sagovornici se ne druže. Jedan od razloga je svakako nemogućnost stupanja u komunikaciju koja bi bila lično smisljena (“ko može da mi ispriča vic, a da ne gleda kroz mene” (M. D.), pa i korisna, ali s druge strane ne treba zaboraviti da prisustvo teže oboljelih može da ugrozi i ličnu sigurnost i uvede u pogoršanje, pa ih se svi klone. Na primjer M. T. kaže da je imao krize zato što je bio: “... u lošem društvu ... bolesnika koji boluju od paranoje, šizofrenih ličnosti koje negativno utiču na svoju okolinu. U petom bloku je galerija ludaka!” Navodi nekog R. Z. “... pravnika sa

¹³⁵ Pretpostavljamo da je asocijalnost jedan od osnovnih simptoma bolesti dvojice od njih, dok treći smatra da sa ludima ne može da se druži.

šizofrenom ličnošću, koji ima sumanute ideje”. On ga je bacio desetak puta u pogoršanje.

Posebnu kategoriju nepoželjnih za društvo čine oni koji su koristoljubivi („ako mogu da se ogrebu za kafu i cigare“), koji prose („*smaraju* za kafu i cigare, dosadni su“), i koji su negativni („koji neće da mi pričaju šta ružno može da mi se desi“, „neko ko boravak ovde vidi kao pozitivnu okolnost“.)

Druženje uključuje neki od sljedećih sadržaja: sjedenje uz cigatete i kafu (“ko ima” (Z. J.), sokove, igranje društvenih igara (šah, karte), grupnu šetnju hodnikom, i naravno, razgovor. Centralno mjesto dešavanja je mali hodnik. Tu imaju stolice i stolove. Igraju šah i karte. J. D. kaže: “Društvo se šali da smo napravili kafić od hodnika, tu se najviše druži, ceo blok je tu!”

O čemu pričaju naši sagovornici? Zbog prekida ili sporadične komunikacije sa spoljašnjim svijetom, naši sagovornici iznova i iznova otvaraju iste/stare teme („sve su priče ispričane“). Pričaju tako o svojoj prošlosti do detalja (na primjer: *ko je šta jeo, pio?, ko je šta radio?, kome se šta dešavalo?, da li je igrao bilijar?, ko je sa njim tada bio i ko nije bio?*) i iznova (“uvek imamo teme. Prepričavamo priče uvek”). Kao posebno važna se izdvojila tema o izlasku iz SZB. Kako primjećuje M. D. dijalozi „između pacijenata su u najvećoj meri oko toga da li će i kada će izaći. Ponašaju se kao sudije i pokušavaju proceniti šta će biti”.

Nove/stare teme se otvaraju onda kada se uvede barem minimalna promjena u svakodnevnoj rutini¹³⁶ i onda kada stupe u kontakt sa spoljašnjim svijetom. Na primjer, kada imaju posjetu ili izađu u grad. Tako se otvaraju nova/stara pitanja sa moguće drugačijim odgovorima. Navodimo ona koja se obično postavljaju osobi koja izađe u grad/na vikend: “Šta si jeo/la?, Jesi li video/la nešto lepo?, Da li ti se nešto lepo desilo?, Kako je bilo?” Iako oskudnog repertoara, ove priče nude opise za njih nedostižnih, a poželjnih iskustava i izmještaju iz uobičajene dijaloške rutine. Odatle je kontakt sa svijetom van institucije važan koliko za pojedinca, toliko i za njegove drugove, budući da obogaćuje sadržaj svakodnevnog života dajući između ostalog, i nove teme za razgovore.

U nedostatku novih tema javlja se opasnost da pričanje praznih priča tokom vremena postane lično neprihvatljivo (“Meni je to već dosadno, dosadno mi je”, kako kaže M. M.). U tom slučaju sasvim je moguće da se potraži nova strategija

¹³⁶ O kojoj se brzo pronese glas među oboljelima. Tako se otvara prostor za nove teme i za barem kratkoročno kršenje rutine.

preživljavanja. U nedostatku opcija, izbor obično pada na spavanje kao provjereni način bijega.

Bilo kako bilo, druženje za ove ljude, i pored toga što se svodi na mali broj aktivnosti u kojima provode vrijeme, ima važan lični značaj. Pravi drugovi tako daju podršku, pomoć, savjet, međusobno dijele stvari i tajne (čitaju pisma i šalju čestitke jedni drugima, na primjer). Na kraju, valja kazati da iako druženje predstavlja jednu od strategija za preživljavanje svakodnevice, ono ostavlja mogućnost da se uobičajena rutina prekrši, uvođenjem novih i/ili neočekivanih sadržaja. Sigurno je da je posebno bitno za one koji nemaju porodičnu podršku, i koji ne mogu da računaju ni na čiju, osim na pomoć sebi sličnih.

10.2.4. Tipičan dan u specijalnoj bolnici

O tome kako izgleda jedan tipičan dan u SZB saznajemo na osnovu opisa naših sagovornika. Ovi opisi uključuju detalje o tome šta rade od kada ustanu pa do toga kada uveče liježu.¹³⁷ Zahvaljujući tome mogli smo da uočimo prevalirajuće obrasce provođenja vremena, kao i one koji odstupaju od uobičajene rutine. Takođe, u sekvencama opisa prepoznajemo i različite strategije koje čine lakšim prilagođavanje na svakodnevni život. Evo kako izgleda tipičan dan naših sagovornika.

Većina ustaje između pola sedam i osam ujutro (njih 30), a četvorica su ranoranioci (od pola šest do šest). Trojica među potonjima kažu da ustaju ovako rano da bi popili kafu na miru, a L. M. smatra da mu je potrebno vremena da bi se pripremio za dnevne obaveze. Jedan spava do podne, a dvojica do dva popodne. Kada ustanu, sva trojica popiju kafu, porazgovaraju sa nekim i legnu do večere ponovo.

Šta rade kada ustanu? Jedni se bave ličnom higijenom (13), koju do detalja opisuju, a drugi kao ključni događaj nakon ustajanja ističu odlazak na doručak (23). Zbog čega su ovi događaj za naše sagovornike lično važni? Prije svega, održavanje higijene je važan pokazatelj stanja mentalnog zdravlja oboljelog, s jedne strane. S druge, ovakva vrsta poštovanja pravila formalnog sistema ukazuje da je oboljeli ne samo na putu oporavka, već i neko ko može samostalno funkcionisati i u krajnoj liniji u budućnosti izaći iz SZB. Tako kada je riječ o higijenskim navikama saznajemo da se jedni samo umivaju, drugi se umivaju i vrše nuždu, treći se tuširaju i briju, jedan

¹³⁷ Izvjesno je da neki među njima ne bi odlazili na spavanje u određeno vrijeme, da ne postoji propis da svi moraju da budu u krevetu u ponoć, kada je brojanje.

„namešta frizuru“¹³⁸ po čemu se po vlastitim riječima razlikuje od ostalih zatvorenika, a D. S. se umije i opere zube.¹³⁹

Ostali kao ključni događaj koji se dešava nakon ustajanja izdvajaju odlazak na doručak. Ranije smo pominjali da je hrana jedan od bitnih izvora zadovoljstva kod ovih ljudi (uz cigarete i kafu, koje su nedostupne velikom broju oboljelih), o čemu u prilog govori detaljan opis doručka. Doručak je neka vrsta društvenog događaja: ljudi se vide, popričaju (ako imaju o čemu) i jedu. Trpezarija je zapravo prostor društvenog susreta i mjesto potencijalnog dešavanja, koje bi mogla da razbije rutinu. Na primjer, ako se ko posvađa, ili potuče u redu za doručak, ovi ljudi će imati teme o kojima će pričati bar neko vrijeme. Mogu da saznaju novosti o tome: ko je izašao, kako se proveo, da li se nešto novo desilo na bloku. Odatle ovaj ritual gotovo da niko ne propušta, osim trojice koji ga prespavaju.

U prilog tome da je doručak izuzetno važan društveni događaj, svjedoče sekvence u kojima ljudi opisuju šta rade nakon jela. Preko polovine (27) nakon doručka odlazi da spava! Ponovno lijezanje opisuju koristeći termine: “odmaram”, “idem da spavam”, “dremam”, “vratim se u krevet do ručka”, “spavam do ručka”, “spavam jer mi se stalno spava”. Zbog čega je spavanje toliko primamljivo? Evo nekih mogućih odgovora: “Vreme uglavnom provodim u spavanju, jer se trudim da izvučem korist od boravka ovde - da se naspavam” (D. M.); “Možete da radite šta hoćete. Ja leškarim! Imam slobodno vreme za spavanje oko 10, pola 11” (J. D.); “Meni je to već dosadno, dosadno mi! Više volim da spavam nego da pričam sa društvom. Sve su priče ispričane” (M. M.).

Na nešto aktivniji način prijepodneva provode oni koji imaju radna zaduženja i/ili dobrovoljno pomažu sestrama (8), ili odlaze na okupacionu terapiju (8). Šestorica se druže, zatim neki šetaju po bloku (trojica), dva gledaju TV.¹⁴⁰ S. D. radi na sebi: vježba, obnavlja engleski i francuski, jer ne želi da se zapusti. S druge strane, nismo uspjeli uočiti po kojim odlikama se razlikuju pasivni od aktivnih. I među jednima i među drugima se nalaze oni koji su u SZB proveli različit vremenski period, izvršili su slična ili ista djela, imaju podjednake dijagnoze. Jedina, nešto uočljivija razlika se tiče porodične podrške. Stiče se utisak da među aktivnima ima nešto više onih koji

¹³⁸ Riječ je o mladiću koji je pokušao da ubije (kako on kaže: aljkavog) oca. Preokupiran je čistoćom.

¹³⁹ Pranje zuba je za ovu ženu lično izuzetno važno. Nju naime, muž kojeg je pokušala ubiti, stalno kritikuje da „ne pere zube i jezik“. Pitamo se da li isticanje ovog detalja: “umivam se i perem zube“, treba da učini kritiku njenog muža neopravdanom i pretjeranom?

¹⁴⁰ Jedan od njih gleda tv u sobi, jer je aparat njegov, pa ima to pravo, a drugi prati tv program u trpezariji kad, kako on kaže: „... nema gužve“.

užívaju podršku bliskih, ali odmah valja kazati da i među pasivnima ima onih koje porodice prihvataju. Odatle, vjerujemo da je odluka da se vrijeme provodi na neaktivan ili aktivan način, strategija osmišljena za *ubijanje vremena*. Oni koji nemaju zaduženja, niti im je prihvatljiva okupaciona terapija koju smatraju degradirajućom, odlučuju se na jedini, naizgled koristan način provođenja vremena - spavanje. Zapravo, spavanje postaje predominantni način bijega iz turobne stvarnosti, budući da drugi načini prilagođavanja ili nisu prihvatljivi ili ne postoje. Tako M. T. kaže da: „... dan uglavnom prespava, jer nema nikakav posao da zaposli ruke“.

Nakon odmora slijedi - ručak. Ručak se pominje u opisima 48-oro ljudi. Od tog broja četvorica ovaj ritual preskaču, a u dva opisa svakodnevne rutine priču o ručku ne nalazimo. Kao i doručak, i ručak je značajan društveni događaj koji nudi iste mogućnosti: da se nešto nepredviđeno desi, da se zapodjene razgovor, svađa, da se čuju novosti... Takođe, da se primjetiti da oni koji za sebe kažu da vole da jedu, opisuju i jelovnik. Neki od naših sagovornika pominju i to da li su zadovoljni hranom. Većina nema prigovora (četvoro od osmoro koji pominju hranu), a ima i onih koji se sjećaju i gorih dana¹⁴¹ (2).

Nakon ručka većina (čak 34) odlazi opet - na spavanje. Odmaranje poslije ručka do večere nastavljaju čak devetorica (poslije dvanaest do pred šest sati), dok se ostali, kada se probude na neki način aktiviraju. Aktivizam ovih *uspavanih* uključuje neke od sljedećih aktivnosti: druženje (20), slušanje muzike (1), šetnja po hodniku (4), a pisanje (2). Oni koji ne spavaju poslije ručka, vrijeme uglavnom provode tako što se druže (osam), gledaju tv (1) i/ili čitaju (4). Konačno, da je vrijeme nakon ručka teško ispuniti bilo kakvim smislenim sadržajem najbolje opisuje sljedeća sekvenca: „sedi se, puši, ko ima kafu popije!“

Sljedeći bitan događaj je večera (u šest). Odlazak na večeru se pominje u opisima većine naših sagovornika (34), što opet ukazuje na važnost ovog rituala. Poslije večere najveći broj odlazi na spavanje (21), osmorica se druže, šestoro gledaju tv, dvojica šetaju, a jedna vježba. Valja podvući da je izvjesno da oni koji pominju odlazak na spavanje kao događaj koji slijedi iza večere, to ne čine neposredno poslije (najranije liježe M. D., u osam uveče). Pa ipak, akcentovanje ovog rituala za naše

¹⁴¹ Č. M. kaže: “Čovek bi da pojede nešto drugo, ali sad je hrana bolja nego ranije”. Troje kritičara zamjeraju: što “nema voća” (M. Đ.), “što je hrana srozana u zadnje vreme” (J. D.), “što daju uglavnom konzervisano hranu” (N. M.). J. D. veli da jede na vodi (zbog somatskih teškoća) i da mu je hrana zato neukusna. Drugi za hranu kazuju da je solidna, zadovoljni su. Postoje i načini da se ukusu poboljša tako što se doda so ili vegeta, a D. O. tvrdi da je: “... u ovoj ustanovi najbolja hrana”.

sagovornike nosi lično značenje, na koje smo već ranije ukazali. Zapravo, ovoj strategiji preživljavanja (bijega) se daje prednost nad ostalim opcijama provođenja vremena koje uključuju druženje sa drugima ili aktivnost koja se svodi na šetnju hodnikom i gledanje tv programa, uglavnom ne po ličnom izboru.

Uzev zajedno mogli bismo kazati da bez većih izuzetaka, oboljeli provode dane na sličan način. Njihov tipičan dan bi se mogao sažeti u nekoliko opisa: “Ustajem oko 8 sati. Doručkujem. Popijem kafu, onda opet legnem da spavam. Probude me drugari za ručak. Ručam, opet legnem da spavam do večere. Večeram i idem na odmaranje” (M. M.) I Z. D. ustaje u 7 sati, u pola osam je doručak, nakon toga odmara, spava nakon doručka, zatim ručak, pa opet odmor, pa terapija, pa odmor do večere, terapija, pa odmor. “Najviše vremena provodimo spavajući. Ovo je jedna velika spavaonica. Uđeš, spavaš, jedeš, piješ” (J. D.) “Spavamo po čitav dan i noć” (M. M.) “Ja uglavnom vreme provodim spavajući. I drugi ljudi obično vreme provode tako što spavaju i tako što se piju tablete” (B. N.).

Vrijeme percipiraju kao izgubljeno, beskorisno provedeno. “Sve je stopirano... Nije prisutno osećanje tuposti, već beznadežnosti” (P. V.). “Svi su dani isti. Na tome se završi” (J. D.). Kako sami kažu: “Dosada je ovde najveći problem” (M. D.), “jednolično je” (D. S.).

Ovu svakodnevnu rutinu neki povremeno i razbijaju uvođenjem novih sadržaja. Tako P. V. kaže da nekada namjerno ne prospava noć da bi razbio monotoniju. On se trudi da mu vrijeme bude ispunjeno. Pored spavanja (probudi se ujutro za terapiju, malo posjedi, pa onda opet krene na spavanje. Spava do jedan, dva sata kada opet uzima terapiju i spava do večere), on vrijeme ispunjava pisanjem. Sada piše roman¹⁴², a dnevna norma su dvije strane. I L. S. piše dnevnik o tom šta se ovde dešava, šta hoće da uradi kada izađe napolje. Dnevnik vodi otkada se “desio slučaj”, a to je dosta dugo.

Takođe, ne možemo a da se ne osvrnemo i na primjer S. D., mlade žene koja sa ostalim ženama dijeli slična osjećanja i iskustva (neraspoloženja, nezadovoljstva, sa kojima “... čovek mora da izađe na kraj, da ne upadne u depresivno stanje”), ali je u

¹⁴² V. u svom romanu piše o religiozno-virtuelnom pogledu na glavnog junaka koji se pojavljuje na više mjesta u isto vrijeme. Njega stalno prati njegova ženska polovina. Dodajmo da su ličan sadržaj imale i V-ove sumanute ideje.

poređenju sa njima daleko aktivnija.¹⁴³ D. se tako trudi da „radi na sebi“. Ona ne dozvoljava da postane „aljkava, neuredna“. Ima svoja radna zaduženja. Obnavlja strane jezike, vježba (ugojila se u bolnici, jer se ne kreće dovoljno), čita, preko dana ne spava.

Kada je riječ o muškarcima, svakako valja izdvojiti M. L. Ovaj čovjek, višedecenijski, i po svemu sudeći doživotni rezident institucije, vrijeme provodi aktivno. Od trenutka kada ustane pa dok ne legne, M. se bavi nekim poslovima, i trudi se da ne spava. On tako pomaže sestrama, osoblju, ima svoja radna zaduženja, čita, pije kafu (to mu je kako kaže „velika razbibriga!“). Na kraju M. zaključuje sabirajući utiske o tome kako provodi vrijeme u ustanovi da se on: „... dobro oseća i da ima lepih trenutaka i zadovoljstava koje priređuje sam sebi. Jer je sreću...teško naći u sebi, a nemoguće na drugim mestima!”

10.2.5. O sebi i drugima

10.2.5.1. Samopercepcija: ko sam ja i šta drugi misle o meni?

Da bismo prepoznali samoopise naših sagovornika, u transkriptima razgovora smo tražili sekvence u kojima oni opisuju sami sebe, govore o tome kako ih drugi vide, i konačno, šta vole i šta ne vole. O sebi su pričali svi naši sagovornici, i nepitani, a kako ćemo vidjeti, njihovi samoopisi su se tokom vremena mijenjali. Na prvi pogled se stiče utisak da su dublji uvidi u to ko su, stekli unutar institucije.

Budući da su o sebi pričali rado i uglavnom široko, bilo je neophodno da uočimo različite elemente samoopisa, da ih opišemo ponaosob, i da ih na kraju međusobno povežemo. U građenju samoopisa naši su sagovornici koristili jedan ili više elemenata. Segmente nije bilo lako međusobno razdvojiti, a da bismo to uradili, mi smo se poslužili pitanjima. Pa tako jedan segment samoopisa su činile sve one sekvence koje odgovaraju na pitanja: *Ko sam ja?*, drugi *Koje osobine imam?*, treći *Šta ja (ne) volim?* i četvrti *Šta drugi misle o meni?* Valja podvući da se stiče utisak da između prvog i drugog elemenata samoopisa: *Ko sam ja?* i *Koje osobine imam?*, na prvi pogled nema jasnih razlika. Pa ipak, one izlaze na vidjelo čim bacimo pogled na

¹⁴³ Po svemu sudeći način na koji žene provode vrijeme se ne razlikuje od svakodnevice muškaraca. One dan provedu u “spavanju, ležanju” (D. S.), “naročito zimi, kada je hladno pa se svi zavuču u krevete” (S. Lj.).

riječi koje koriste da bi se opisali. Tako su odgovori na prvo pitanje dati u formi imenica, a na drugo u formi pridjeva.

Dakle, *Ko su oni?* Naši sagovornici o sebi govore iz pozicija svojih ranijih i sadašnjih zanimanja i uloga. O sebi tako govore kao o: (bivšim) narkomanima, alkoholičarima, pjesnicima, pjevačima, sviračima, piscima, vrhunskim majstorima, uzgajivačima pasa. Kada o sebi govore kao o bolesnima, svoju bolest uglavnom smještaju u prošlo vrijeme (“bio sam ranije narkoman”), ili jednu više stigamtizujuću ulogu, mijenjaju drugom lično prihvatljivijom (“ja sam pijanica, nisam ludak”). Pjesnici, pisci, pjevači su ovaj segment identiteta ponijeli sa slobode, zadržali i praktikuju isti u ustanovi, a vrhunski majstori (dvojica) i jedan ranije uspješan odgajivač rasnih pasa, se na ovaj lično važan element identiteta pozivaju, iako ne mogu da ga potvrde.

Posebno su interesantne sekvence u kojima naši sagovornici opisuju *svoje ključne odlike*. Ovi elementi samoopisa su i živopisni i mnogobrojni. Naši sagovornici sebi pripisuju uglavnom socijalno poželjne osobine. Na primjer: skromnost (“zadovoljan sam sa malo”), radinost (“voli da radim”, “najvrednija sam osoba na odeljenju”), štedljivost, mirnoću (“miran sam u duši”, “ja sam miran”, “ne pravim probleme”), izdržljivost (“imam čelične živce, mogu svašta da izdržim”), samokontrolu, društvenost (“volim da se družim”, “volim da razgovaram”, “mogu da pričam ceo dan”) i iskrenost (“iskren sam”). Trojica sebe opisuju koristeći superlativ. M. S. tako kaže da je on (bio): “... nabolji vojnik, najbolji na ratištu! To je sve normalno. Ja sam u pravu!” Pa ipak, ovaj njegov raniji identitet: snalažljivog, neusmnjivo inteligentnog čovjeka u instituciji se okrnjivao. S. više nije vojnik, niti preduzetnik, već mu je pripisana neprihvatljiva uloga - ludaka. Protiv iste on se bori koristeći različite sisteme odbrane. Jedan od njih se sastoji u izravnom pobijanju odlika koje se pripisuju oboljelima. S. dokazuje tako da je i dalje dovoljno inteligentan (“ja sam naučio da sviram harmoniku za jedno popodne”). Takođe, on se trudi da smanji distancu između sebe i osoblja na tipičan način - dobrovoljno se angažujući (“da pokažem da mogu da budem i radnik”). Slično S-om, i raniji identitet K. P-a je ugrožen boravkom u SZB. Prije dolaska u instituciju on je: „... bio najbolji u svom poslu, najjači u svom selu. Sve se ja pitam. Tukli smo se skoro svaki dan bez pištolja, noževa. To su bile takozvane fer tuče”. Iz te pozicije u kojoj se on sve pita, P. se pomjerio ka položaju poslušnoga, onog ko ni o čemu ne odlučuje.

Pored ovih, pronašli smo i krajnje interesantne samoopise u kojima nekoliko (četvorica) sebe opisuju u negativnom svijetlu. Kod njih je raniji (pozitivni) identitet zamijenjen novim, za njih lično neprihvatljivim. Ovaj novi samoopis je usko vezan za izvršeno djelo i za patnje nanesene porodici. Tako D. D. za sebe kaže da je “alkoholičar, narkoman i manipulant”. Veli da je: “... mnogo nisko spustio porodicu, sad to mora da se vrati”. I na kraju zaključuje: “Ovo (mjera bezbjednosti) mi je leglo ko šamar ludaku”. Potpuni poraz ranijeg identiteta, koji je jednim dijelom ugušen i osjećanjem krivice zbog izvršenog djela, doživljava i K. Ž. On za sebe kaže: “Ranije sam bio čovjek, a sada sad jedno veliko ništa!”

Brojne crtice o samoopisu naših sagovornika smo dobili onda kada su oni govorili o onom što vole. Navodimo ih redom. Vole: umjetnost (“klasičnu literaturu ... imam biblioteku od 200 knjiga”, “volim da sviram i da pevam”, “volim narodnu muziku”, “da gledam kaubojske i avanturističke filmove”, “volim da čitam, volim da slušam hevi metal. Kao što neko voli dete ili ženu, tako sam ja voleo prvih 5 albuma Black Sabbath-a”, “volim slikarstvo”), da se druže (“volim da se družim, da razgovaram”), da jedu (“jelac sam”, “debo sam mnogo, šta ću volim da jedem”). Takođe, pronašli smo i dvojicu kojima je bitna privatnost (“da budem sam”), i podjednak broj onih koji su vole da budu u prirodi (“da gledam kako raste cveće”, “da čujem pticu, da vidim sunce, nebo”). Čini se da se uslovno nazvane ljubavi donesene spolja njeguju i dalje u instituciji, čak i onda kada je samoopis zasićen negativnim viđenjem sebe. Konačno, moramo se na ovom mjestu zapitati: u kojoj mjeri je moguće ispuniti ove potrebe unutar institucije? Da li težnje ka onom što je dijelom neostvarivo u ovom trenutku, i u isto vrijeme za samoopis bitno, čuva fragmente ranijeg identiteta?

A šta o njima misle drugi? Odmah treba podvući da je odgovor na ovo pitanje pronalazimo samo kod četvoro ljudi. Bez izuzetka govore da ih drugi definišu na osnovu njihove bolesti/devijantnosti. Ovaj bolesnički status oni vezuju za SZB, ističući da ranije, na slobodi isti nije postojao. Tako oni bolest negiraju (“nisam bolestan ni od čega”, “kažu da sam ja lud, a ja nisam lud. Ja sa svakim normalno kontaktiram”), minimiziraju (“nisam težak bolesnik”), ili govore o značajnom poboljšanju (“bio sam neuračunljiv kad sam stigao, sad sam se popravio) do kojeg je došlo u ustanovi. U prvom slučaju se traži dokaz za normalnost (“poznavao narod, poznavao se i sa policijom i sa svima razgovarao normalno”) i ukazuje na zablude ljekara (“Od čega da pijem lekove kad nisam lud?”). Slične greške psihijatrima

pripisuje i drugi, a treći se, stiže se utisak, distancira od neprihvatljivog samoopisa (neuračunljivog). Četvrti tvrdi da su od njega “napravili zver” (ljekari, sudije, socijalni radnici), iako je on sinovima (zbog nasilja nad kojima mu je izrečena mjera bezbjednosti) “idol!”

Kako se da vidjeti, naši sagovornici se trude da zadrže segmente svojih ranijih identiteta, i/ili da u okviru institucije nađu dijelove samoopisa koji bi bili pozitivni, za njih prihvatljivi i konačno korisni. Tako se oni, kada govore o sebi, vraćaju na to u čemu su bili uspješni, šta sada rade, šta vole i kakve pozitivne lične osobine su zadržali ili stekli u instituciji. Samo nekolicina o sebi govori kao o lošim ljudima (prvenstveno zbog izvršenih djela), gazeći ranije pozitivne elemente samoopisa.

Pored uslovno nazvanog individualnog, u opisima ovih ljudi smo pronašli i segmente kolektivnih identiteta, koji su bez izuzetka zasnovani ili na pripadnosti *zajednici ludih* ili na iskustvu boravka u SZB. Bilo kako bilo, većini nisu prihvatljivi atributi grupe kojoj pripadaju. Odatle, koriste i različite strategije kako bi dokazali da nametnuti opisi nisu opravdani (za grupu ili za njih same). Na primjer, grupne odlike se mogu učiniti prihvatljivijim, kroz njihovo opravdavanje (*zli smo jer su nam drugi nametnuli takve osobine*), zatim kroz redefinisavanje ili razotkrivanje zabluda o karakteristikama referentnog kolektiva, te konačno, preko negiranja da se jednoj grupi uopšte pripada.

U opisima smo prepoznali sve tri dimenzije kolektivnog identiteta: saznavnu, vrijednosnu i emotivnu. Na primjer, ovi ljudi na podjednak način opisuju institucionalni i društveni status grupe kojoj pripadaju. “Imaju status nula ... nemaju prava kao ostali građani” (N. M.). “Ljudi sa psihijatrije nailaze na zatvorena vrata svugdje” (K. Ž.). “Nas tretiraju kao ubice, a mi smo samo ludaci (koji su ubili jer su bili bolesni)” (Ć. M.). Odnos društva i institucije prema njima je kažnjavajući. Vele: “Hrane se našim leševima” (P. V.). “Stalno nas nadziru i kontrolišu” (R. M.). “Pod jakim smo terapijama, a lekovi su lekarske ludačke košulje” (J. D.). Pripadnost grupi određuje i životni ishod većine zatočenika: stavljeni su pred čin koji ih: “... ostavlja ovde do kraja života. Retko ko odavde izađe, 90% nikad neće izaći. Domovi nemaju mesta” (P. V.). Neki od njih podvlače čitav niz spolja vrijednosno zasićenih odlika koje se pripisuju svim pripadnicima referentne grupe. To su: agresivnost, glupost i neracionalnost. Oni na to kažu: “nismo agresivni”, i “ako smo ljudi, nismo glupi”.

Posebno je važna emotivna dimenzija grupne pripadnosti. U onim opisima koji sadrže ovaj aspekt kolektivnog identiteta, kao primarnu emociju uočavamo

empatiju. Pa ipak, i kada saosjećaju sa drugima, nikad ne govore o sebi. Za te druge kažu da: "... postaju deo inventara, da su ubijeni od lekova, od života, od svega". Vele da: "Većina ljudi ovde oseća samoću i tugu. Kao da su svi pomalo usamljeni. Ima ljudi koji nemaju koga da pozovu. Odbačeni su". O sebi kao pripadniku grupe (mentalno bolesnih ljudi) govore onda kada pominju nerazumijevanje okoline. Za pretpostaviti je da je prethodno nerazumijevanje, a onda i iskustvo odbacivanja od strane sredine u kojoj su živjeli, zajedničko za većinu ovih ljudi. Evo kako opisuju ova iskustva: " Niko nas ne razumije, nemaju znanja o nama. Oni nemaju razumevanja za nas. Eto šta nam radi okolina".

S druge strane nije mali broj onih koji negiraju pripadnost ovom kolektivu. Koriste ranije pobrojane mehanizme: direktno izdvajanje iz grupe čije odlike ne dijele, potom redefinisane grupnih odlika, i na kraju razmišljanje o strategijama pomoću kojih bi bili diskreditovani neprihvatljivi grupni atributi. Kada je riječ o prvoj strategiji, naši sagovornici u pitanje dovode bilo kakvu mogućnost da budu podvedeni unutar referente grupe. Odbijanje da prihvate nametajući grupni identitet uključuje pretjerano akcentovanje atributa i imenovanja pripadnika kolektiviteta. Tako o drugima govore kao o ludacima, debilima, čudacima sa kojima nemaju ništa zajedničko. M. T. kaže da su oko njega: "... bolesnici koji boluju od paranoje, šizofrene ličnosti". I M. S. nastoji da napravi distancu između sebe i njih - ludaka. Veli: "Ja sam pijanica, nisam ludak. Ako me ne polude. Kad izađem, treba da mi daju orden. Znaš kako je kad si trezan među pijanima, a šta mislite šta je ovo?"

Oni drugi, koji prihvataju kolektivni identitet, su daleko brojniji. Neki se sa ovim identitetom mire ("Koliko smo zatvoreni gubimo osećaj za vreme. Razumete?", „Trebaju drugačije da brinu o nama"), a drugi dovode u pitanje njegove osnovne premise, istovremeno dajući doznanja da su svjesni svog društvenog položaja ("Ne možemo da se organizovano borimo, da tražimo naša prava na jakim terapijama"). Oni iznose i predloge ("Trebalo bi da se proceni ko bi mogao da živi sam, i koji imaju zdravog razuma, da budu pušteni", "Ja bih više da se edukuju da znaju o nama. Ne bi nas tako provocirali. Imaju malo znanja o nama") i postavljaju pitanja ključna za sve pripadnike grupe ("Što se ne prave domovi za nas, a ne tako da nas ostave same", "Zašto sud odbija, ako doktor potvrdi da je dobro? Zašto sud odbija? Zašto se žali?").

Na kraju, ostalo nam je da zaključimo, da nezavisno od toga da li su im, i u kojoj mjeri, te koji aspekti grupnog identiteta prihvatljivi, ovi ljudi saglasni u jednom: da su odbačeni (od strane društva, porodice) i gurnuti ka neželjenoj i potencijalno

doživotnoj brizi institucije. Evo šta o tome kaže Ć. M. “Nama se živi, a ovo je svirepo!”

10.2.5.2. O podršci drugih

Sa ljudima koji nisu dio zatvoreničkog okruženja, kako će se pokazati, naši sagovornici rijetko ostvaruju kontakt. Sudeći po *Pravilniku SZB*, njima na raspolaganju stoji nekoliko opcija za takvu vrstu susreta. Na primjer, mogu da primaju posjete, da izlaze u grad jednom nedeljno na deset sati, jednom mjesečno na (na četiri dana) i jednom godišnje na tzv. vikend odmor (na sedam dana). Ipak, da bi se ove uslovno nazvane opcije mogle koristiti, neophodno je da oboljeli budu kategorizirani u odgovarajuću grupu. S druge strane, jasno je da ova svoja prava ne mogu realizirati ukoliko nemaju porodičnu ili podršku prijatelja. Na primjer, jedan od naših sagovornika koji je u SZB sedam godina, a koji je u stanju stabilne remisije i kategoriziran u treću grupu, ne koristi ni jednu od ponuđenih opcija jer ga članovi porodice ne prihvataju. Pored toga, sva njegova porodica živi u drugoj državi, tako da je eventualno okončanje mjere iluzorno očekivati.

Pa ipak, i u slučaju onih kojima nema ko doći u posjetu i niti ih izvesti van institucije (na deset sati, četiri ili sedam dana), postoji mogućnost da se ostvari kontakt sa spoljašnjim svijetom. Naime, u okviru rekreacione terapije, vaspitačica izvodi oboljele u grad u terminu od 10 do dva sata popodne. U grad ide najčešće četvoro oboljelih: tri muškarca i jedna žena („nas trojica i jedna ženska, zatvorenica“, kako kaže P.) bez pratnje komandira, i to određenim danom u nedelji, uz izuzetak onih dana kada je vaspitačica okupirana poslom, na bolovanju ili godišnjem odmoru. Uvijek posjećuju ista mjesta i imaju slične rituale. Oni uključuju: šetnju, kupovinu stvari¹⁴⁴ (za sebe i bliske druge) na pijaci, piće i obrok, i vraćanje u SZB.¹⁴⁵ Među našim sagovornicima smo pronašli 18 koji izlaze sa vaspitačicom. Od ovog nevelikog broja osmoro je realizovalo i neki drugi vid kontakta sa spoljašnjim svijetom. Dvoje tako odlaze na vikend jednom godišnje, dok su ostale posjećivali (u četiri slučaja), ili i dalje posjećuju (dvoje) članovi bliže porodice. Drugim riječima, za 14 od 18 ljudi koji

¹⁴⁴ Nažalost, dobar dio ovih ljudi nema materijalnih sredstava, zbog čega nerado koriste opciju izlaska u grad sa vaspitačicom. Ovo pravo iz istog razloga ne koristi ni B. A. koji je u SZB 27 godina.

¹⁴⁵ Evo još jednog iznenađujuće inventivnog primjera ostvarenja prava na izlazak u grad. Naša sagovornica S. Lj. koja nema porodičnu podršku (ubila oba roditelja, brat je ne prihvata), i stoga ne može da izađe van institucije osim u praksi vaspitačice, sama je pronašla potencijalnog staratelja koji ju je izvodio na deset sati, a ona mu je plaćala za ovu uslugu.

izlaze sa vaspitačicom, u sadašnjem trenutku izlazak sa vaspitačicom je jedini način da: "... vide svet u civilstvu", "... normalan svet u normalnom okruženju".

Ovakav vid izlaska je za naše sagovornike veoma značajan, naročito ukoliko je jedini na raspolaganju. Tako kažu: "To nas malo oraspoloži, ove zidine ubijaju" (L. S.), "Ljudi su željni da vide grada, da vide normalne ljude, decu, pse", "Nama je zanimljivo kada izađemo u grad. Kad ja izađem recimo kao da sam popio ne znam koliko tableta za smirenje" (M. Č.), "Izlazak je uvek lep (S. Lj.)". I introvertni i afektivno otupjeli P. R. kaže: "To je malo olakšavajuće. Vidiš civilni svet i malo dobiješ olakšanje", a M. S. se pita: "Kako bi, šta bi da toga nema?", "I to je tek da vam prođe vrijeme. Nije to ništa ekstra, malo što smo u civilstvu. To me ne rastereti mnogo, ali mi je ipak bolje nego ovde" (J. Z.).

Da se o ovakvom vidu terapije mora razmišljati kao u resocijalizacijskom smislu veoma značajnom, svjedoče i primjeri trojice muškaraca koji su u grad izašli nakon dužeg vremena. Prvi među njima, L. M. je u grad izašao nakon 14 godina neprekidnog boravka u SZB. Veli da ga za to vrijeme niko ga nije posjetio niti izveo od rodbine ili drugova. Kaže kada ide u grad sa vaspitačicom, a to je jednom u dva mjeseca može da kupi šta hoće za novac koji skupi za to vreme. Do sada je bio: "... dvanaest puta u gradu" i to mu „mnogo znači“. Dugo vremena je odbijao da izađe u grad, strahujući da li će znati da se ponaša nakon 14 godina izolacije. "Ispalo je da je sve u redu i da se ni po čemu ne izdvajam od drugih ljudi. Niko nije primetio da sam duševno bolestan". I R. M. je u izašao van institucije poslije pet godina. Bojao se da je izgubio: "... kontakt sa normalnim svetom". Nije znao kako izgledaju apoeni, nije znao sa parama, osjećao se malo neprijatno. Treći među njima je u grad izašao nakon 20 godina, boreći se sa sličnim pitanjima. U ovom trenutku u grad ne izlazi, jer nema prihode i nije navikao da ga bilo ko časti. Ipak, sva trojica se slažu u jednom - da su najprijatniji oni trenuci provedeni u gradu.

Na kraju, ostalo je da podvučemo da je odgovornost za oboljele koju na sebe preuzima vaspitačica (uz psihijatre koji oboljelima daju dozvolu za izlazak u grad) izuzetno velika. Iako znamo za samo jedan primjer, i on je dovoljan da bi ilustrovao poteškoće koje stoje pred njom. Desilo se da je jedan od oboljelih: "...pobegao od vaspitačice iz grada", otišao u rodno mjesto. Samo brзом intervencijom je spriječena druga moguća tragedija (u SZB prijetio da će poubijati komšije koje su ga prijavljivale policiji). Ovom dodajmo i podatak da u grad oboljele tokom dužeg niza

godina izvodi isključivo jedna vaspitačica. Pitamo se koliko je ovakav način rada lično ugrožavajući?

Podršku u vidu posjeta ima ili je imalo 14 oboljelih. Pokazaće se da, osim u rijetkim slučajevima, one nisu česte. Na primjer R. K. kaže da prima posete i da ga sinovi posećuju na šest meseci. K. D. posjećuje samo žena i to onda kada ima novca (u prosjeku jednom godišnje), dok je Ć. M. supruga obišla samo jednom za osam godina i kako kaže "... otišla na pola posete." Primjeri kakav je M. nisu rijetki, ali valja dodati da bez izuzetka naši sagovornici pokazuju razumijevanje prema bližnjima koji ih ne posjećuju. Na primjer J. Ž. kaže da članovi njegove porodice veoma loše materijalno stoje i da ga ne mogu posjećivati, a D. P. pravda svog brata i drugi bliski rođaci koji sve rijeđe dolaze i kaže: "... svi oni imaju svoje obaveze tako da često i ne mogu doći. Razumem ih." Oboljele najčešće posjećuju ili su posjećivali članovi najbliže porodice: majke na prvom mjestu, potom supruge, sestre, djeca, pa očevi, dalji rođaci i prijatelji. Na žalost, primjetili smo da što je oboljeli duže u SZB, porodica i prijatelji imaju običaj da zaborave na njega. S početka su tako posjete po pravilu češće, a kasnije se sve više prorjeđuju. Ć. M. govori da su ga: "... ljudi uglavnom odbacili. Jedan prijatelj je dolazio dugo kod mene, ali sada više nije u kontaktu".

Ovaj vid podrške je posebno značajan, a o tome šta za njih znače posjete, naši sagovornici su kazali: "mnogo mi znači (D. D.)", "mnogo mi znači! Osećam ljubav, toplinu, da nisam sam, da me neko podržava. Kaže mi sestra: Ti si jak N., ti moraš to da izdržiš. Psihički sam smiren, nisam nervozan, agresivan" (N. P.). Jedan I. kaže: "Voleo bih da je svaki dan poseta. To mi jako prija ". Na kraju, valja navesti da je samo jedan od naših sagovornika odbio da primi posjetu. Riječ je o M. N., povratniku, koji je po okončanju prve mjere bezbjednosti (zaklao majku), pokušao ubiti oca. Kada je otac došao da ga posjeti M. nije htio da ga vidi, jer je ljut na njega. Otac mu je prethodno saopštio da neće moći više da mu bude staratelj.

Da bi izašli u grad na deset ili na vikend (mjesečno ili godišnje) ovi ljudi moraju imati staratelja koji je voljan da ih izvede. Naravno, prvi preduslov je da se oboljeli moraju biti u stanju stabilne remisije i kategorizirani u odgovarajuću grupu. Od 50 naših sagovornika samo devet koristi opciju izlaska u grad na deset sati. Riječ je o tri žene i šest muškaraca, koje izvodi neko od članova njihove najuže porodice: majke (njih 8) i očevi (3), supruge (jedna) i muževi (1), sestre (3) i braća (1). Takođe, da se primjetiti da su majke najaktivnije kada je riječ o brizi o oboljelima, no i one,

kao i ostali članovi porodice tokom vremena posustaju, a izlasci postaju sve rijedi. Na primjer, od osam majki, dvije u ovom trenutku svoje sinove ne posjećuju, jedna po riječima oridnirajućeg ljekara, jer više ne može da kontroliše sina, a druga jer joj je to zabranio muž koji se sina (ubio rođaku) odrekao. M., ambivalentan kakav jeste, čas brani, a čas napada majku. Na kraju zaključuje da ona ne može da ga izvede, jer nema novca. Zapravo, pored nekih drugih u koje ne možemo ulaziti, novac je, uz udaljenost od mjesta boravka razlog zbog kojeg se izlasci rjeđe realizuju.

Najredovnije: svake ili svake druge nedelje, izlazi četvoro oboljelih. Od tog broja, porodice trojice žive u unutrašnjosti, ali su dobro materijalno situirani, dok je sestra naše sagovornice loše materijalno stojeća, ali živi u Beogradu. Po pravilu, vrijeme provode na jedan od sljedećih načina: idu u šetnju i na ručak, ili u posjetu rodbini koja živi u Beogradu, ukoliko su iz unutrašnjosti, a ako su rođeni i/ili su živjeli u Beogradu prije dolaska u SZB, uglavnom odlaze kući. Na primjer, G. D-a izvode roditelji, koji svake druge nedelje dolaze iz unutrašnjosti. Vrijeme provode tako što odu na ručak, prošetaju i “to je izlazak od 10 ujutro do 5 popodne”. P. J. takođe izvode svake druge nedelje roditelji koji takođe, kao i D. dolaze iz unutrašnjosti. Zimi posjećuju sestru koja živi u Beogradu, a ljeti idu u restoran na ručak. Prošetaju gradom. S P. u grad izlazi jednom mjesečno jer roditelji, koji je izvode ne mogu da priušte češće dolaske u Beograd. Vrijeme provode u šetnji i priči. S. R. izvodi supruga. Njih dvoje prošetaju, posjete rođake. “Išli smo kod ženine tetke. Dok mi je bratanica radila u Beogradu, odlazili smo kod nje u stan”. I Š. O. izlazi sa majkom svake sedmice, srijedom ili petkom. Budu kod rodbine, šetaju po gradu.

Značajno drugačije vrijeme provode oni čiji staratelji žive u Beogradu. Na primjer V. P. kada dođe kući može da, barem na kratko, ublaži deprivacije (prvenstveno privatnosti) kojima je izložen u SZB, a koje ga snažno pogađaju. On kaže: “Kada dođem kući uglavnom slušam muziku, idem na internet. Posećuje me ćerka. U sobi imam svoj kutak, pustim muziku, stavim slušalice i mogu tada raditi šta hoću”. Porodica D. S-a takođe živi u Beogradu. Nju u grad svakog petka izvodi i vraća u SZB njen muž. Kaže da: “... popričaju, onda ja spremim ručak, ručamo, gledamo TV i dođe vreme da se vraćam”. I M. U. živi u selu nadomak Beograda. Izlazi dva puta mjesečno. Izvode ga ili majka ili sestra. Vrijeme provodi na sljedeći način: “... kada dođem u centar L., prošetam krug po kraju. Dođemo kući. Bude porodični ručak, pečenje, salata, lep slatkiš. Lepo me iznenade. Spustim se do snaje, pustim muziku na kompjuteru. Kada malo popričamo, izađem u dvorište. Imam psa

Žuću, mazim se sa njim, pogledam dvorište, kažem tati šta da radi i tata to ne uradi uglavnom. Tako me sačeka”.

Nezavisno od toga kako provode vrijeme, za ove je ljude izlazak na deset sati u grad lično posebno važan. Evo kako oni opisuju šta za njih znači kada izađu: “Ja se opustim. Neki taj balast kao da splasne, pojavi se vedrina! Dosta znači kada se izađe. Mnogo mi to znači” (P. V.); “Opustim se teško. Naročito kad se vraćam. Smeta mi to što ovde nismo slobodni” (D. S.); “Volim da izađem u grad” (G. D.); “Meni prija, i to mi olakšava boravak ovde” (Š. O.); “To mu znači puno. Ne moram da jedem sve što mu daju ovde” (J. P.); “Mnogo mi znači, koliko i terapija. Mnogo sam ispunjeniji. Bude malo lakše kad znaš da imaš nekoga” (S. R.)

Opciju izlazaka na više dana (četiri dana jednom mjesečno ili sedam dana godišnje) koristi devetoro naših sagovornika, iako među našim sagovornicima postoji nešto veći broj onih koji imaju ovo pravo, ali ga ne mogu realizovati¹⁴⁶, jer nema ko da ih izvede. Četvorica koji su koristili, ili i dalje koriste ovo pravo su odlazila kod majke (sva tri ubila oca), troje kod sestara (dvoje ubilo majku, jedan oca), jedan kod supruge (ubio oca). Jedan oboljeli izlazi godišnje na vikend kod rođaka (ubio ljubavnicu). U ovom trenutku opciju izlaska na vikend koristi šestoro naših sagovornika, dok je troje lišeno takvih mogućnosti. Jedan od njih je ranije pominjani T. M., koji je pobjegao u toku izlaska, te je izgubio pravo da izlazi, dok su majke - starateljke druge dvojice odbile da nadalje preuzimaju ovakvu odgovornost. Tako za majku D. T., koja je bila svjedok kada je on ubio oca, dr. Panić kaže da nema kapacitet da prihvati sina. Depresivna je i istrošena njegovom dugogodišnjom bolešću. Plaši se da ga prihvati. Kada je D. dobio priliku da izađe, majka nije bila spremna da “potpiše anketu”. J. D-u su ukinuti izlasci i vikendi nakon sukoba sa majkom. Kaže: “Majka mi je dosta aljkava, starija žena. Kad dođem (na vikend) moram da sredim kuću, sve ispočetka. Tako da je srećna okolnost da idem u dom, jer bi moglo doći do novih ekscesa. Tako loše zvuči, ali je tako”.

Kada izađu na vikend, ovi ljudi vrijeme provode u krugu bliže porodice, bez druženja sa drugim ljudima: “ne idem u posete” (V. D.); “ne dolaze mi posete” (R. S.); “ne izlazim iz kuće nigde jer mogu da me uhapsu” (T. D.). Po pravilu vrijeme provode baveći se sitnim poslovima koji im pružaju zadovoljstvo. Na primjer, R. S.

¹⁴⁶ O tome na primjer J. Z., koji porodici šalje polovinu svoje penzije, jer loše materijalno stoje, kaže: „Imam pravo, ali ga nisam koristio”, a L. M. veli: „Niko me ni od rodbine ni od prijatelja nikad nije izveo”. S druge strane S. P. ovo pravo ne koristi iako bi je po njenim riječima roditelji prihvatili, zbog kćerke, koja je se plaši .

veli: "... uvek ima neke sitne poslove da uradim, na oboru da prikucam, stavim na tarabu dasku, hranim životinje". K. P. pomaže ukućanima oko porodičnog biznisa (uzgoj cvijeća), a D. T. ovako opisuje svoje vikende (na koje više ne izlazi): "Obično hranim mačku. Imam mačku Martu. Mazim je! Volim je! Makili, Makili! Makili samo traži da jede. Makili moj!" P. R. obično obilazi svoju kuću, u kojoj sada nema nikoga, jer su i majka i očuh umrli. Kaže dalje: "To mi puno znači!"

Ukoliko su ostvareni u roditeljskoj ulozi, vrijeme provode sa djecom, za koju pokazuju izuzetnu vezanost. Na primjer, J. P. kaže da najviše vremena provodi sa sinom, koji treba da napuni osam godina. Kad on dođe: "Keva dobije dva deteta u kući! Počne da kuka na mene, jer se spustim na njegov nivo. Kaže: *Jesi li ti normalan? Samo ćeš da ga upropastiš!*" Svom sinu P. dopušta da radi sve, osim da "... dira njegove štapove za pecanje" (ubio suprugu i njenog navodnog ljubavnika). I M. D. kada izađe, vrijeme provodi sa sinom gimnazijalcem, kojem pomaže oko matematike. Izlasci na vikend bez sumnje znače mnogo: "Zaboravite ovo ovde tri, četiri, pet dana. To mi mnogo znači u podnošenju ovog, kako da kažem - lečenja" (M. D.).

Na kraju, ostaje da se osvrnemo na one ljudi koji nemaju niti su ranije imali kontakata sa svijetom van institucije. Među našim sagovornicima smo pronašli desetero koji nemaju posjete, ne izlaze u grad niti na vikend. Razlozi njihove ekstremne izolacije su dvojaki: neprihvatanje od strane porodice i/ili kategorizacija u grupu koja nema ova posebna prava (uz izuzetak posjete, na koju pravo imaju svi oboljeli, osim onih u akutnoj fazi bolesti). Svi oni su muškog pola, uzrasta od 35 do 55 godina. Niko od njih nema primanja, što sigurno njihovu situaciju čini težom. Pa ipak, rijetko koji (tek dvojica) govore o tome zbog čega su zaboravljeni. Tako M. T. kaže da ima: "... samo jednog brata, koji bi mogao doći, a sa kojim sam u zavadi. Posete nisam imao. 3.12. će biti već četvrta godina!" Ovaj problem sasvim jasno opisuje K. Ž. Kaže: "Nas je naša familija odbacila!"

Ostali navode da nemaju posjeta niti da izlaze, ali u razloge ne ulaze. Poštujući njihovu odluku da ne produbljuju ovu temu, mi ih nismo više od toga pitali. Za kraj, navodimo jednu sekvencu koja više od bilo koje analize govori o (porodičnoj, institucionalnoj i društvenoj) marginalizaciji ovih ljudi. S. D., 34 godine star, više od deset puta prisilno hospitalizovan, iz siromašne porodice, bez bilo kakvih prihoda, veli da je: "... napokon (nakon tri godine boravka u SZB!, podvukla M. Lj.) uspeo da kupi kartice za telefon", pa sad može da nazive brata! Pitamo se, koliko li D-ov

primjer govori u prilog sveukupne nebrige o ovim ljudima? Nama se čini: izuzetno mnogo!

10.2.5.3. O žrtvama iz ugla naših sagovornika

O tome zbog čega se nalaze u ustanovi, naše sagovornike nismo direktno pitali, ali je većina samoinicijativno pričala o izvršenim (ne)djelima. Najčešće su o tome šta su uradili pričali na onim mjestima na kojima su opisivali relacije sa ukućanima. Neki, nemalo iznenađeni odsustvom naše radoznalosti kada je riječ o tome zbog čega borave u SZB, su otvarali ovu temu na kraju razgovora, kada bismo ih pozvali da nam kažu ako imaju nešto važno, a što ih nismo pitali. P. V. tako, nakon udobnijeg smještanja na stolici: prekrstio je noge, zavalio se, stavio ruke iznad glave, pita: “Znate li šta sam uradio?”

Na osnovu ove sekvence, i drugih opisa vjerujemo da je razgovor o izvršenom djelu za ove ljude bio značajan. Ipak, podvlačimo da na ovoj temi nismo insistirali, smatrajući da nije bilo neophodno otvarati priče o djelu, jer je ovom događaju prethodio niz drugih, koji bi mogli da upute na takav potencijalni ishod, s jedne strane. S druge, detaljne opise o tome kako su lišili ili pokušali da liše članove svojih porodica života, smo pronašli u službenoj dokumentaciji, sačinjenoj neposredno nakon izvršenja djela. Ovakvi autentičan opisi onog što se desilo, koji je dat bez značajnije vremenske distance, ima posebnu analitičku vrijednost. Kada uporedimo ove opise, sa opisima koje su nama ponudili naši sagovornici, primjećujemo jednu značajnu sličnost. I u jednim i u drugim uočavamo prebacivanje odgovornosti za izvršeno na žrtvu i na njene pomagače. Složićemo se da upotreba tehnika neutralizacije (vidi: Sykes, Matza, 2009) pomaže ovim ljudima da opravdaju svoj čin. Takođe, ostalo je i da primjetimo da različite taktike poricanja nisu svojstvene samo njima.

Izuzeci od ovog pravila su rijetki. Na primjer K. Ž. koji je ubio svoju majku vjerujući da je ona vampir (“ potpuno izobličena nalik na slepog miša zbog čega je pokušao da je zadrži rukama, ali se ona opirala, oborio ju je na zemlju, ubo nožem nakon čega je njen lik postao normalan”), u sadašnjem trenutku o njoj govori kao o: “... predivnoj ženi, koja ga je beskrajno volela”.

S druge strane, oni koji prebacuju odgovornost na žrtve, ne opravdaju njihovo ponašanje prema sebi. Tako su žene - žrtve su po pravilu bile sklone promiskuitetu,

očevi nasilnici, majke kritičarke, dok su naši sagovornici, onda kada su kao njihove žrtve padala njihova djeca, nastojali da ih spase od raznih zala.

Na primjer, B. A. čak i nakon distance od 27 godina, o svojoj ženi koju je pokušao ubiti, govori kao o odgovornoj za njegov akt. Odmah na početku razgovora kazuje da je ubio strica i pokušao da ubije suprugu jer su se njih dvoje dok je on radio na vašarima švalerisali (pokazuje prstima šta su radili, ne izgovara). Ona je preživjela: "... kao leteći tanjir". A. dalje diskredituje svoju bivšu suprugu i kaže da je se ona udala još dva puta i "donela nesreću obojici muževa". Na kraju, priču o ženi završava pozivajući se na primjedbu koji mu je dao sudija na glavnom suđenju, koje je trajalo samo 2.5 meseca, da je: "... greška da se ženi tako brzo, a da nedovoljno pozna ženu". Iako je potonje palo u njegovu odgovornost (nepromišljenost), doživljava žene kao osobe koja donosi nesreću i ukazivanje na njenu promiskuitetnu prirodu (tri braka, abortus prije prvog, kada je kaže A., upropastila nekog muškarca) u ovim opisima je više nego jasan. Zapravo, smatramo da se suštinski ne razlikuje od onog datog prvih dana boravka u SZB. Tada je A. kazao da se supruga izivljavala sa njegovim stricem, iako je "on grbavac i kreten". Vidio ih je preko tridesetak puta u raznim položajima. Primjetio je da je stric imao neprirodan polni organ i da žena zbog toga sa njim spava. Govorila mu je: "Tvoj polni organ je prema G-ovom (stričevom), nula". Sa stricem se dogovarala i po noći i u zoru. Uzbudivala se kada bi čula njegovo hrkanje. Tada bi onanisala. Govorili su slatke reči jedno drugom. Dogovarali se da imaju odnose mimikom i znacima."

P. N. tako i pored toga što ga je doktorka „kritikovala“ kad je to pričao, svoj odnos sa ženom opisuje na identičan način kao i onda kada je ušao u SZB (smatra da bi trebao da izađe, jer je već dugo ovde). On kaže da je oko deset godina primjećivao da ga žena vara. "Ona je lepa i mlada i bila je u vezi sa mojim bratom od ujaka, koji mi je to priznao. Nisam ja kriv što mi je žena kurva. Bila je u vezi i sa mojim rođenim zetom i sa još mnogo njih, najmanje sedmoricom, osmoricom. Na jednoj svadbi ona je igrala i baš se kezila mom bratu od ujaka i tačno sa njenih usana ja sam sve pročitao, jer je kamera sve zabeležila. Lično sam je hvatao u kamionu sa bratom od ujaka. Seo sam u kola i nahvatao je na nekoliko mjesta sa ljubavnikom".

Kada je riječ o ubicama očeva, bez izuzetka svi ukazuju na despotsku prirodu svojih žrtava (J. D.), njihovu sklonost da ih ponižavaju i maltretiraju. M. Š. tako kaže za oca da ga je on: "... doveo ovde. To je istina. Sa njegovim sestrićem V. S. Otac je prema meni loš. On pije, stalno pije. Ode u prodavnicu koju drži njegov sestrić (za

kojeg M. smatra da hoće da otme njegovu imanje) svaki dan. Napada me kad je pijan, a ja se samo branim”. I D. T. je oca ubio jer ga je ovaj maltretirao: „tukao, mučio na razne načine“, a R. S. kaže da ga je otac uporo diskvalifikovao. U jednom takvom trenutku, S. ga je i ubio.

Odnos između oboljelih i njihovih očeva je često oblikovan percepcijom da se prema siblizima postupa drugačije. Na primjer N. M. smatra da je njegov otac više pažnje i novca davao sestri. Njemu je tek svako treće, četvrto veče davao po 50 dinara da popije kafu u gradu, iako je M. ostvario penziju (novac je bio kod oca). Ovaj čovjek sumnja da ga je otac oštetio, dajući čak i njegov novac za sestrine prohtjeve.

Konačno, roditelji su najodgovorniji ukoliko su oboljeli ubili svoje sibilinge. Odgovornost roditelja leži u tome što su jedno od djece štitili, a drugo diskvalifikovali. Na primjer D. O., koji je ubio brata i majku, veli da su se roditelji prema njemu promjenili kada je dobio brata (devet godina mlađeg). On je bio strog prema bratu, pa je izgledalo kao da ga mrzi. Roditelji su mu branili da ga udari, iako je D-u njegov brat stalno iz džepa uzimao pare.

M. T. se sa svojim bratom od djetinjstva loše slagao. Ovaj mu je: „... priredio “Bartolomejsku noć”. M. mu neće dozvoliti da mu kroči u kuću. Za brata veli da je bio: „... ljubimac i mezimac”. M. je morao da nosi „svu njegovu obuću i odeću. Pušten sam niz vodu, zapostavljen”. Kaže: „... skoro uopšte da nisu obraćali pažnju na mene, više na brata. Njemu su poklanjali sve, svu pažnju, ljubav. Dičili se bratom iako sam i ja bio dobar đak”. Brata je izbo nožem onda kada je kod njega prepoznao: „... edipovski kompleks”.

Oni koji su ubili oba roditelja, za svoje žrtve kažu da su bili nasilnici i despoti. Neki od njih su više voljeli njihovu braću i sestre od njih. Lj. S. kaže da su je roditelji vaspitali strogo, za razliku od braće. Kaže: “Roditelji više volu mušku decu, a žensku bataljivaju”. Na kraju, Lj. i nepitana u suzama opisuje šta je uradila. Veli: “Ja sam plakala, gledala, imala sam temperaturu. Majka mi je davala da jedem. Moji su me hranili da se ugojim, sve sam to znala. Jedan ubod u oca, on nije mogao da se brani. Kad si Lj. krenula, završi! Otkud mi snaga da to počinim?”.

Roditelji M. L. su takođe više voljeli njegovog brata nego njega. Od djetinjstva ga je brat mrzio zato što je on bio voljeniji, bolji đak, po ponašanju je bolji. Kaže: “Mržeće me do kraja života siguran sam.” Dodaje: „(S)vi su me voleli, osim roditelja”. Nikad prema njemu nisu pokazali toplinu. Majka je tako samo mehanički brinula o njemu kad je bio bolestan ili nemoćan, ali bez ljubavi.

O tome kako su ubili, ili pokušali da ubiju svoju djecu, ispitanici nerado govore. Zapravo, ovo je tema koju izbjegavaju. O njoj od svih muškaraca i žena, otvoreno govori samo jedna, S. P., čija je namjera bila ne da ubije kćerku, već da je spasi od poruge. Kaže da je kćerka dobila crvene fleke na nogama, pa su je odveli kod dermatologa. Poslije je otišla kod druga da joj da svesku, ali je on nije pustio u kuću, već joj je kroz vrata dodao svesku. Kad je to vidjela, S. je: "... sve ... shvatila i pripremila kanap i nož". Kad je kćerka stigla kući stavila joj kanap oko vrata i poslije je ubola nožem, jer je bila sigurna da se dijete zarazilo od nje. Na kraju je htjela i sebe da ubije, ali je ipak pozvala hitnu pomoć. M. Č. ne priča o tome kako je, nakon što je ubio oba svoja roditelja pokušao ubiti i sina, ali govori o potrebi da ga pita: "Da li mi nešto zameraš?".

Valja podvući da neki od naših sagovornika, dok pričaju o učinjenom, plaču. Pretpostavljamo da se i pored mehanizma odbrane koji podrazumijeva pripisivanje krivice za izvršeno žrtvama, osjećaju grižu savjesti, posebno zbog značajnih drugih koji su zbog njihovog djela propatili. Tako je stric N. P. umro kada je ovaj izvršio djelo. Baka i deda R. M. su umrli za manje od godinu dana, jer nisu mogli da podnesu to što se desilo, kao ni majka K. P. O dubokom osjećanju krivice svjedoči Lj-a reakcija na samoinicijativno započetu priču o ubistvu roditelja. Plačući ova žena konstatuje: "Šta ima da se branim i da me brane advokati? Kriva sam!"

10.3. Život poslije

10.3.1. O željama i planovima

O tome šta naši ispitanici žele i koje planove za svoj budući život imaju, nismo ih pitali direktno. Priče o željama i budućnosti su se otvarale same, i bez naše pomoći. Ove sekvence su, kako se da vidjeti, uokvirene institucionalnim kontekstom i značenjem koje za naše sagovornike ima ovaj milje (*zatvor, ludnica, robija i gore od robije*). Odatle, priče o željama, i konačno planovima nastaju iz potrebe da se izmjestevan turobne stvarnosti u budućnost koja bi trebala da bude drugačija. Postojanje želje (*za slobodom, čistim vazduhom, šetnjom, gledanjem tv-a*) i razmišljanje o budućnosti govori o tome koliko su velike deprivacije kojima su ovi ljudi izloženi (slobode, u prvom redu). S druge strane, narativi o budućnosti nose i jednu značajniju, dublju dimenziju koja je sublimirana u kratkoj rečenici jednog od naših sagovornika: "Nama se živi!"

Kakve želje imaju naši sagovornici? Uglavnom, one su vezane za izlazak iz ustanove. Veoma rijetko, svoje želje vezuju za neki aspekt života u instituciji. Na primjer, za uvođenje nekih novih aktivnosti i sadržaja (da vezu, jer to smiruje, da vide neki drugi sadržaj i upoznaju neke druge ljude, da imaju prostor za vežbu) ili intenziviranje postojećih (da izlaze češće u grad). S druge strane, želje su mnogo češće izmještene van konteksta institucije. Zapravo, većina na prvom mjesto želi - slobodu. Kažu: “Želim da izađem van”, “da idem svojoj kući, da me pustite kad nađem staraoca”, “da idem na slobodu”, “da me otac prihvati” (potpiše anketu za izlazak), “da idem u dom”, “da idem u manastir” (jedna od mogućih prihvatnih stanica). J. Ž. gotovo imperativno govori o svojoj želji da izađe van. Ovaj čovjek kaže: “Da me ne zaj..ava niko nego da me pustite kući. Da me vratite gde su me našli, odakle su me doveli tu neka me vratite”.

Planove za budućnost po izlasku iz ustanove ima većina. O. D. kaže da bi živio u svom stanu, hranio se u narodnoj kuhinji i da bi „tada više šetao“. Takođe, odmah dodaje da bi se redovno javljao na kontrolu (ubio majku i brata, prethodno prestao koristiti terapiju). S. I. ne planira da ostane ovdje (“ne tražite mi devojkę”, poručuje). P. V. kaže: “Plan mi je da za pet meseci izađem, jer se dobro osećam, da izađem na slobodu, da me prihvati rođak (staratelj), da idem kući”. Jedan je siguran da će doći dan kada će izaći. M. Đ. ide dalje i razmišlja ovako: “Ako mi nađu dom, biće ko Bog. Ako ostanem ovde, ja ću da molim, da tražim advokata da me izvuku odavde. Neć' da ostanem ovde! To ne ide! Nisam valjda toliki kriminalac!?” Od svih naših sagovornika samo troje ljudi svoje planove vezuje za SZB. Tako G. D. kaže, objašnjavajući zašto ne može da se vrati kući¹⁴⁷: “Živeću ovde, zabavljacu medicinsko osoblje i D. M. Nemam gde”. J. Z. je spreman zbog mogućnosti da materijalno pomogne porodici (ima penziju) da ostane u SZB, ukoliko ga oni ne prihvate. Sličan je stav i L. M. čije se opcije za izlazak na slobodu svode na domski smještaj. To mu nije prihvatljivo: “... jer su i tamo bolesni ljudi, a on je normalan i hoće da živi sa normalnim svetom”. Na kraju, ostavlja otvorenu mogućnost da izađe na slobodu (ne u dom). U tom slučaju bi se: „...oženio, našao ženu radi prijateljstva!“

Traženje partnerke je plan kojeg pronalazimo među velikim brojem naših sagovornika (11 od 30 koji su otkrili svoje planove). Bili realni ili ne, planovi o

¹⁴⁷ Kaže: “Sutra kad bih izašao žena bi za jednu rečenicu, za jednu primedbu bila sposobna da nazove policiju. Zato neću ni da izlazim! Mislim da bi bilo tako 100 posto!” Dodajmo i to da je D. G. porodica u potpunosti zaboravila i da odlazak kući i nije realna opcija.

ženidbi su uglavnom do detalja razrađeni. Neki od naših sagovornika imaju svoje simpatije koje će, kada izađu, oženiti. Na primjer M. Š. kaže: “Kad odem dole (kući u K.) čuću se sa tom devojkom. Ja ću da nju oženim, da sklopim brak u K.” I P. N. veli da mora da se oženi kada izađe, da se vrati na imanje. On ima simpatiju koja ga čeka da stupe u brak. P. S. ima partnera, takođe rezidenta SZB. Njih dvoje planiraju zajednički život: „... kod njega ili kod mojih babe i dede“, i potomstvo. “Barem dvoje dece, volim decu” (pokušala ubiti kćerku).

Neki će morati da traže partnerke. Tako U. H. (pokušao ubiti suprugu) već ima plan gdje će tražiti svoju buduću partnerku i koje uslove mora da ispuni njegova izabranica. Kaže: “Uzeću izbeglicu! Ne mora da ima penziju. Neću matoru od nje da pravim sapun, nego okretnu da je naučim trgovini!” R. M. zbog buduće žene i štedi, iako nije navikao: “... da bi baka mogla da se obuče, ide kod frizera. On za sebe kaže da ne može da živi sam i da mu treba neko da ga opere i kuva ručkove”. M. T. takođe ima plan kako će izdržavati svoju buduću ženu. Veli: “Tražiću ludačku penziju. Imam zemlju, ali nemam mehanizaciju. Tražiću nekog da obrađuje, a ja ću da budem lumpenproleter”.

Neki od naših sagovornika planiraju da: završe fakultet (jedan), sagrade kuće, da se zaposle (1), nastave da se bave starim poslom (1), otvore restoran ili radnju (1). Planiraju i od čega će živjeti: od penzije, devizne štednje, poljoprivrede, posla.

Manje ili više realni, stičemo utisak da su planovi optimistički, gotovo ničim ograničeni. Izuzetak su tri plana, koja su više nametnuta rješenja nego vizija željene budućnosti. S. M. kaže da mu ne preostaje ništa drugo nego da živi sa majkom i sa sinom, što mu i nije prihvatljiva opcija, ali je svakako poželjnija od boravka u SZB. M. D., depresivan kakav jeste, svoju situaciju vidi bezizlaznom i kaže da će morati da se vrati u D., iako ne želi. Odmah potom, vjerovatno podstaknut neprihvatljivošću takve opcije, traži drugu. Kaže da će pokušati da se pomiri sa ženom (pokušao ju je ubiti). Nastavlja, ne ostavljajući prostora za nedoumice: “Počeću da radim, imaću platu. Preživjećemo”. Posebno je upečatljiv plan J. Ž. u kojem prepoznamo veličinu egzistencijalne skučenosti ovog čovjeka. On kaže: “Jedva sam izdržao ovde 4 godine. Kad me prebace dalje (u dom), skraćiću sebi muke”.

Zaključna razmatranja

Iako je pitanje da li, i koje ludilo sa sobom nosi nasilni, nepredvidivi potencijal postavljano vijekovima prije nas, na njega još uvijek nema jasnog odgovora. Rukovodeći se time (da tamo gdje nisu uspjele druge umne glave, ni sami nećemo), mi smo umjesto za odgovorom na pitanje o povezanosti između ludila i opasnosti, u ovoj studiji tragali za opisom/ima specijalnih pacijenata, onih za koje je utvrđeno da su (bili) opasni. Takođe, poseban akcenat smo stavili na analizu tretmana u okviru specijalne bolnice, institucije u kojoj se liječe i čuvaju. Kako smo odmicali dalje u analizi opisa (institucionalnog) tretmana, to nam je sve bliža bila ideja da je on nerazdvojno povezan sa načinom *postupanja* u okviru porodice, a pokazaće se i u okviru samog društva. Široko definisan: kao uticaj na nekog, pojam tretmana je dozvolio da unutar njega smjestimo i razmišljamo o položajima oboljelih u porodici, ustanovi i na makroplanu. Analiza priča naših sagovornika - specijalnih pacijenta je pokazala da smo bili na dobrom tragu.

Ukoliko za sad po strani ostavimo empirijske nalaze naše studije, i samo na kratko bacimo pogled na ovu posebnu grupu “dvostrukih devijanata”, uočavamo da se u skorijoj istorijskoj perspektivi malo šta promjenilo. Zapravo, naša saznanja o grupaciji opasnih mentalno oboljelih, su i dalje ograničena, iako je nauka, posebno psihijatrija koja je uz pravo najpozvanija da se njima bavi, napredovala. Prve naučne opservacije opasnih lunatika nam je ponudila upravo azilarna psihijatrija. Ova nova, u XIX vijeku naročito neuvažavana medicinska disciplina, za svoj razvoj ima zahvaliti zatvaranju marginalizovanih, među kojima su se našli i zločinci, i oni *ludi*, opasni. Na psihijatrizaciji bolesti i zločina su nikle i prve tipologije opasnih lunatika, kao i prve klasifikacije duševnih bolesti. Takođe, azilarnoj psihijatriji u zaslugu pada i to što je od prava zahtjevala da ustanovi poseban status za ove devijante. Pravo je iznašlo definicije i okvire u koje je svrstalo ovu grupaciju, davši im u isto vrijeme i uslovno nazvan povlašteni status. On je podrazumijevao da ne mogu biti kažnjeni, već ih zbog prirode stanja u kojem su izvršili kakvo (ne)djelo, treba čuvati i liječiti.

Pravo i psihijatrija, discipline koje se i u teoriji i u praksi najčešće bave pitanjima koja okružuju neuračunljive, se ipak nisu razumijele. Operišući drugačijim kategorijalnim aparatom i sagledavajući specijalne pacijente iz uskih perspektiva koje su im nametale struke, ostale su na različitim kolosjecima. Pravo je tako nudilo

definicije i norme u koje se psihijatrijske kategorije nisu mogle uklopiti. Jedan od razloga je svakako nepoznavanje etiologije većine mentalnih oboljenja, kao i postojanje različitih, vrlo promjenljivih dijagnostičkih sistema i modela bolesti. Na primjer, samo prošlo, XX stoljeće poznaje sedam takvih koncepata, od kojih jedan negira postojanje mentalne bolesti (i zahtijeva, saglasno sa tim, da se neuračunljivi kazne). Takvo odsustvo koordinacije je ponajviše koštalo specijalne pacijente, a potom i same psihijatre. Kada je riječ o potonjima, na njihova pleća su pali nespojivi zadaci: da liječe i da čuvaju. Dodajmo, da postoje dovoljno glasni povici da je zatvaranje i izdvajanje radi čuvanja, koje je najčešće vremenski neograničeno, ne može biti saglasno sa liječenjem, već se ovakav tretman uklapa u model kazne. Takođe, pred psihijatre je stavljen zadatak da procjenjuju ne samo da li je neko opasan, već i kada to prestaje biti.

Odlučujući po ovim pitanjima, psihijatar postaje lično odgovoran za buduće ponašanje specijalnog pacijenta. Ovu tešku odgovornost može izbjeći, jedno ukoliko odbije da se decidno izjasni po pitanju buduće opasnosti, nezavisno od toga što pravo može da uvaži jedino jasne, nedvosmislene zaključke. Zbog toga specijalni pacijent biva osuđen na dugotrajno ili najčešće doživotno liječenje i čuvanje. Na kraju, malo je dokaza koji to mentalno oboljeli imaju potencijal da budu i opasni. Iako su prve studije (slučajeva) ukazivale na nedvosmislenu povezanost između ludila i zločina, docnija istraživanja su na njih bacila sumnju. Istraživanja rađena na populaciji zatvorenika, potom pacijenata psihijatrijskih ustanova, velike epidemiološke transkulturalne i longitudinalne studije, nam nude nalaze koji su često nesaglasni. Moramo na umu imati i broje metodološke poteškoće koje ih prate. Ukažimo samo na različitost dijagnostičkih kategorija koje čine poređenje nemogućim. Tako s rezervom moramo prihvatiti tezu da se na globalnom nivou može govoriti o 1% forenzičkih pacijenata. Krajnje su problematični i nalazi koji se tiču evaluacije tretmana u specijalnim bolnicama, a naročito oni o uspješnosti predikcije o (potencijalno opasnom) ponašanju u budućnosti.

Da je položaj specijalnih pacijenata na praktičnom planu, zaista poseban, pokazuje i njihov tretman u, uslovno nazvanom, javnom polju. Tako forenzičke pacijente mimoilaze reforme u psihijatriji. Za njih ne važe, za razliku od onih mentalno oboljelih koji nisu opasni, „veliki narativi o slobodi” koji su najkonciznije sažeti u procesu deinstitutionalizacije. Takođe, na ove ljude ne primjenjujemo tzv. „ljubazni jezik i stil” političke korektnosti. Njih i dalje nazivamo duševno bolesnima,

neuračunljivima. Ipak, čini se da postoji jedna zajednička crta sa ostalim ne-opasnim duševnim bolesnicima, naročito kada je riječ o tretmanu. I jedni i drugi su, nezavisno od imenovanja, u krajnjem skoru podvrgnuti nihilizaciji kroz institucionalni i društveni tretman.

Pored prava i medicine, disciplina koje i u naučnoj teoriji i u praksi suvereno vladaju *nad neuračunljivošću*, i sociologija sa svoje strane o tome ima šta da kaže. Upravo ovom perspektivom smo se bavili u našem radu, nastojeći da je povežemo i sa pravom i sa psihijatrijom. Najopštiji cilj ovakvog pristupa je bio da dobijemo jedan obuhvatniji uvid u svijet specijalnih pacijenata, ne samo da bismo ih opisali s obzirom na izabrane odlike, već i da bismo ih pozicionirali na porodičnoj, institucionalnoj i društvenoj mapi i razumjeli njihove priče o vlastitom životu (ranije, sada i možda - u budućnosti). Odluka da svijet neuračunljivih na liječenju i čuvanju posmatramo iz, uslovno nazvano interdisciplinarnе perspektive, proizašla je iz pretpostavke -metafore nama bliske systemske porodične teorije i terapije o cirkularnoj povezanosti između sistema. Ovakva kauzalna uslovljenost položaja specijalnih pacijenata može se po nama vidjeti iz isprepletenosti ingerencija prava i psihijatrije. Pravo nalaže i izuzima se od odgovornosti, psihijatrija je preduzima i u velikoj mjeri se brani, a specijalni pacijenti ostaju zatočeni dovoljno dugo. Tako nevidljivi, marginalizovani oni bivaju zaboravljeni. Interesantnu simbiozu pronalazimo i između svijeta unutar specijalnih bolnica: čuvara koji su poslenici pravosudnog sistema, medicinskog osoblja, psihijatarata i oboljelih. Kroz strukturaciju položaja i uloga osoblja, nazire se njihova međusobna statusna i disciplinarna podjeljenost, koja najdirektnije djeluje na strategije sekundarnih prilagođavanja specijalnih pacijenata. Pa ipak, ova dva svijeta se, i pored strogih hijerarhijskih barijera, najbolje razumiju, jer dijele jednu značajnu odliku. Profesionalni status osoblja i društveni položaj svijeta *zatočenika* je nizak, i međusobno neraskidivo uslovljen.

Da bismo potvrdili ove teze, u našem istraživanju smo kao referentan, odabrali konstruktivistički teorijski okvir. Sudeći po njemu, stvarnost je konstrukt koji stvaramo u susretu sa drugima: roditeljima, braćom, sestrama, značajnim drugima, našim čuvarima, njegovateljima, žrtvama. Ni jedna od ovako nastalih priča nema monopol na istinu i sve su podjednako validne.

Ove „naučne“ i „lične“ teorije smo otkrivali kroz nekoliko faza istraživanja. U prvoj fazi smo se bavili deskriptivnom i u nekoj mjeri eksplanatornom analizom podataka o specijalnim pacijentima. Naime, o ovoj populaciji *Specijalne zatvorske*

bolnice (skraćeno SZB) znamo veoma malo. Uopšteno, stiče se utisak da su se u značajnijoj mjeri ovom temom domaći autori bavili tokom šezdesetih godina XX vijeka nego danas. Sporadična istraživanja, kojima obično rukovode psihijatri neposredno uljučeni u vještačenje neuračunljivosti i liječenje i čuvanja, su po pravilu fokusirana na sasvim određene dijagnostičke kategorije (paranoidna shizofrenija) i sasvim određena krivična djela u objektivnom smislu (skraćeno KDOS) - slučajevi ubistva. Na osnovu ovakve parcijalne slike nismo mogli zaključivati o specijalnim pacijentima kao populaciji. Stoga smo u početnoj fazi istraživanja nastojali da popunimo postojeće praznine. To smo uradili tako što smo izvršili analizu službene dokumentacije svih lica koja su se u tom trenutku zatekla u SZB, a prema kojima su bile spovođene mere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja. Ovako prikupljeni podaci su nam pomogli da opišemo specijalne pacijente s obzirom na sljedeće tri dimenzije: lične (antropološke) odlike, porodični i institucionalni tretman oboljelih. Konačno, nalaze nađene na ovim dimenzijama smo uvrstili u modele koji su trebali da pokažu da li ima osnova da se govori o jedinstvenom, ili o više profila oboljelih rezidenata specijalne bolnice. Pri tom, moramo podvući da smo opise zasnovali na tzv. sociološkim indikatorima klasifikacija, a metodološka ograničenja ovakve tipizacije smo unekoliko ublažili unoseći, tamo gdje je to bilo moguće, cirkulanu perspektivu.

Kada je riječ o sociodemografskim odlikama oboljelih, pokazalo se da među specijalnim pacijentima dominiraju muškarci (u preko 90% slučajeva). Najmlađi ima 26, a najstariji 77 godina. U preko 60% slučajeva riječ je o neoženjenim, najčešće nezaposlenim (50%) ljudima. Indikativno je da su najčešće nezaposleni mlađi ljudi, u poređenju sa najstarijima u uzorku. Pretpostavljamo da može biti objašnjen društvenim kontekstom, koji je oblikovan visokom stopom nezaposlenosti, i konačno nepoželjnosti *upadljivih* kao radne snage. Većina ima srednjoškolsko obrazovanje, a pronalazimo i nekolicinu nepismenih. Uglavnom (u 90% slučajeva) su rođeni u strukturalno potpunim porodicama. Oko 33% roditelja se razvelo, a preko 60% roditeljskih brakova može biti svrstano u kategoriju disfunkcionalnih. U ovim porodicama prepoznajemo kao dominantan način komunikacije (fizičko i psihološko) nasilje, i tzv. patološke veze između jednog roditelja, najčešće žrtve, i oboljelih. Stiče se utisak su oni stavljeni u poziciju da biraju između roditelja, od kojih jedan po pravilu kontroliše *ljubavlju*, a drugi odbacuje, o čemu u prilog govori i nalaz o povezanosti kvaliteta emocionalnih odnosa između roditelja i oboljelih.

Mentalno zdravlje članova je nerijetko narušeno, naročito u onim porodicama koje su disfunkcionalne. Najranjiviji su pored oboljelih, očevi, koje u stopu slijede majke. Interesantan je nalaz da je oko 70% specijalnih pacijenata i prije izricanja mjere bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja bilo psihijatrijski zbrinjavano. Po pravilu, ova briga je uključivala prisilno hospitalizovanje. Nedobrovoljni tretman su uglavnom inicirali članovi porodica, pretpostavljamo onda kada nisu mogli kontrolisati agresivnost oboljelih. Neprijatno iznenađuje nalaz da ruku pod ruku sa prisilnom hospitalizacijom ide prekid uzimanja terapije. Drugačije kazano, značajno češće su bili prisilno hospitalizovani oni koji su prestali uzimati terapiju i/ili su istu kombinovali sa psihoaktivnim supstancama. Konačno, upotreba psihoaktivnih supstanci alkohola i/ili narkotika je izrazito zastupljena. Pretpostavljamo da se primarni razlog upotrebe ovih supstanci krije u potrebi ovih ljudi da se izmeste van lične zbujujuće realnosti obojene psihozom. Odatle alkohol i narkotici predstavljaju neku vrstu alternativne, lično prihvatljiv(ij)e terapije.

Kod najvećeg broja rezidenata blokova A i B specijalne bolnice (njih više od 70%) je dijagnostifikovana paranoidna shizofrenija, dok su najmalobrojniji lako mentalno ometeni i epileptičari. Ovaj nalaz ne odskače od rezultata stranih i rijetkih domaćih istraživačkih studija, u kojima se bez izuzetka kao najbrojnija grupacija pojavljuje grupa shizofrenih. Kada je riječ o izvršenim KDOS, pronalazimo da su najčešće žrtve ovih ljudi članovi njihovih porodica: očevi, majke, supruge, djeca. Preko 50% specijalnih pacijenata je ubilo nekog od članova svoje porodice, 10% je vršilo (fizičko) nasilje nad njima, što potvrđuje da ranije iznesena Subotićeva teza da su najvulnerabilniji članovi porodica stoji, nezavisno od protoka vremena. Interesantan je nalaz da su muškarci značajno češće dizali ruku na svoje roditelje: očeve i/ili majke, te nešto rjeđe na supruge (što je razumljivo, imajući na umu činjenicu da većina nije bila u braku). Žene su s druge strane povrijeđivale (zapravo: ubijale ili pokušavale da ubiju) svoju djecu i članove šire porodice. Pokazaće se da su ozbiljnija KDOS (ubistva u prvom redu) vršili oni kod kojih je pronađeno da boluju od paranoidne shizofrenije u odnosu na ostale dijagnostičke kategorije. S druge strane, pronašli smo i da su odnosi sa žrtvama i prije izvršenja KDOS bili konfliktni u čak 60% slučajeva. Valja kazati da se među pacijentima SZB našlo i 23 (oko 10%) onih u specijalnom povratu, odnosno onih kojima su i ranije izricane mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja. Među njima su opet

najbrojniji oboljeli od paranoidne shizofrenije, kojima je i ranija mjera bezbjednosti izricana zbog - ubistva.

Kada je riječ o dužini boravka u SZB, pronašli smo da su najbrojniji oni koji u ovoj ustanovi borave tek jednu godinu. Iz razgovora sa ordinirajućim psihijatrima smo saznali da se novi prijemi u bolnicu odvijaju gotovo svakodnevno, i da prevazilaze kapacitet A i B odjeljenja, sa čim se na kraj izazi jednostavno - stavljanjem dodatnih kreveta u sobe. O tome zbog čega dolazi do porasta, možemo hipotezirati. Osnovi utisak je da se može govoriti o nekoj vrsti *sigurnijeg transzavaranja*, naročito zahvaljujući tome što je kao posebna kategorija krivičnih djela izdvojeno nasilje u porodici.

Interesovalno nas je kakav tretman uživaju oboljeli u specijalnoj bolnici i van nje? Kada je riječ o ustanovi, oboljelima na raspolaganju stoje nekoliko sadržaji. To je socioterapija, kao zvanično inaugurisana, i grupna psihoterapija, koja se održava sporadično, zahvaljujući entuzijazmu grupnog psihoterapeuta. Iako ni jedan od oblika terapije nije obavezan, ova dva vida tretmana predstavljaju potku za tzv. sekundarna prilagođavanja. Ukoliko za sada analizu o sekundarnim dobitima od terapija ostavimo po strani, i usmjerimo sa na vidljivu stranu tretmana, uočavamo da su radna i okupaciona terapija relativno nepopularne. U toku boravka u SZB od 234 *zatočenika*, u ovu terapiju je bilo uključeno nešto oko četvrtine. Neki njeni sadržaji su prihvatljiviji u odnosu na druge. Okupacionu terapiju koja se održava u formi art radionica, rijeko ko posjećuje, kao uostalom i rekreacione sadržaje koji se održavaju unutar odjeljenja (tu se obično igraju društvene igre). S druge strane, rekreaciono-okupaciona terapija koja se odvija van prostorija institucije, na primjer u parku (preko sezone kada je lijepo vrijeme), i/ili se pristupa resocijalizaciji tako što se oboljeli izvode van kruga bolnice, je naročito popularna jer uključuje izlazak „van zidova“. Manjak osoblja i sadržaja kojim bi mogli da ispune vrijeme (pokazaće se da se ono uglavnom provodi pasivno), po nama ukazuje na nezadovoljavajući tretman u okviru institucije. Bliska nam je teza da je institucionalni položaj oboljelih lično deprivirajući za većinu njih. Uzroke ove deprivacije i njene posljedice su najbolje opisali naši sagovornici govoreći o životu u instituciji.

Porodična podrška po pravilu, izostaje. Tako svoje oboljele članove, porodice zaboravljaju, a napuštanje je izvjesnije što mjera duže traje. Kazano drugačije, oboljeli su od svojih porodica izolovani, iz njih isključeni, marginalizovani. Ovakvo smještanje van *porodične mape*, posebno otežavajućom čini mogućnost okončanja

mjere bezbjednosti. Naime, da bi mjera bila prekinuta, mora biti zadovoljeno nekoliko preduslova, od kojih je na prvom mjestu prisustvo stabilne remisije i procjena psihijatra o potencijalnoj opasnosti. Takođe, kako smo saznali, da bi kome bilo *pisano* (žargonski izraz za upućivanje predloga od strane nadležnog psihijatra sudu za otpust iz SZB), neophodno je da prođe pristojan period vremena (na primjer, za ubistvo najmanje šest godina), kao i da se staratelji prihvate brige oko oboljelog. Najčešće, porodica odbija da prihvati oboljelog po otpustu, što njegov ostanak u SZB čini izvjesnijim. Jedini način da budu prekinute mjere bezbjednosti je da oboljeli bude upućen u neki od domova koji zbrinjavaju ova lica. Po pravilu u njima su kapaciteti prepunjeni i konačno, vrata uglavnom drža zatvorena za ubice. Odatle ne čudi to da smo pronašli nekolicinu oboljelih kojima su mjere prekinute, ali su zbog nemanja prihvata i dalje u specijalnoj bolnici. Na ovom mjestu valja podvući i nalaz koji je saglasan sa rezultatima stranih studija o tome da se predlozi za prekid mjere bezbjednosti daleko rjeđe *pišu* onima čija bolest uključuje paranoidnost.

Pronašli smo da se oboljeli izvršioци različitih KDOS mogu profilisati s obzirom na neke dimenzije klasifikacije. Riječ je o kvalitetu relacija između oboljelog/e i njegovog/njenog oca, te o dijagnozi, načinu liječenja i prisustvu kriminalnog recidivizma, po kojima se od ostalih razlikuju oni čija djela imaju imovinski i nasilni karakter (ali samo u slučaju nekih djela tzv. tradicionalnog kriminaliteta). Smatramo da bi trebalo raditi na daljem razučivanju uslovno nazvane tipologije, uključivanjem šireg seta varijabli (prvenstveno onih koji se tiču iskustava odrastanja, socijalnih kompetencija i detaljnije opisanih porodičnih relacija), koje, zbog prirode podataka, nismo mogli uvesti u naše klasifikacione modele. Bez obzira na to, moraju se podvući dva bitna nalaza: o prethodnom iskusstvu liječenja u psihijatriji, s jedne, te o značaju koji porodična dinamika ima u vršenju djela nasilnog karaktera. Odatle vjerujemo da ovako dati profili mogu imati svoju praktičnu primjenu, prvenstveno u pogledu prevencije zakonski sankcionisanog ponašanja. Takođe, naši nalazi jasno ukazuju da teza o značaju porodične dinamike u nastanku *određenih ishoda* (bolest ili ubistvo, na primjer), stoji.

Razumijevajuću dimenziju u ovako skrojene profile unijele su priče naših sagovornika - oboljelih čije su žrtve članovi porodica. Ovim *drugачijim perspektivama* odnosno *ličnim istinama* smo se bavili u drugom dijelu studije. Njihove priče su trebale biti uokvirene temama koje su trebale obuhvatili ranije pomenute tri kategorije profila: lične odlike, porodični i institucionalni tretman, ali su

neki opisi išli i dalje, mimo njih. Tako smo u konačnom skoru dobili jedan longitudinalni uvid u tri segmenta života naših sagovornika: prije dolaska u instituciju, u instituciji i percepciju života nakon izlaska. Gdje god je bilo moguće, priče smo stavljali u relacioni kontekst, razmišljajući o cirkularnoj kauzalnosti. Birajući konstruktivistički okvir za razumijevanje, mi smo ove narative prihvatili kao lične istine, uvažavajući značenja koja imaju za naše sagovornike. S druge strane, ove lične priče smo uporedili sa pričama o oboljelima koje su nam ponudili komandiri i ordinirajući psihijatri. Na takav način smo dobili jedan dublji uvid, držeći se čvrsto odluke da ni jednom od ponuđenih značenja ne damo prednost. Kao takve, ove priče su nam nametale potrebu da sa njima postupamo s dužnim uvažavanjem, i da sa oprezom *tumačimo* značenja *narativa* o. Takođe, mora se podvući da smo naše sagovornike podržavali da pričaju i ove *priče mimo* (onog o čemu smo ih pitali), kao što smo poštovali njihovu odluku da neke teme dublje ne otvaraju.

O životima naših sagovornika prije dolaska u instituciju smo sliku sticali pitajući ih o njihovoj porodici, odnosima sa značajnim drugima, tzv. socijalnim kompetencijama (školskom, radnom postignuću i druženju sa drugima), te onom što smo nazvali lične nevolje. Pod njima smo podrazumijevali priče o iskustvima koja su doživljena kao tragična. Ove uslovno nazvane lične nevolje smo izdvojili i kao takve analizirali, rukovodeći se premisom da ukoliko nepitani o njima pričaju, onda je ova tema itekako lično značajna. U lične nevolje smo svrstali i priče o bolesničkom i svim onim iskustvima u kojima su se drugi ogriješili o njih.

Kako su se teme otvarale, postajalo je sve jasnije da se može govoriti o jedinstvenom i/ili u najmanju ruku sličnom životnom iskustvu, koje je lično značajno oblikujuće. Tako kada govore o braku svojih roditelja, ovi ljudi ih svrstavaju u tri kategorije: idealizovane bračne sloge, bračnog konflikta i izvitoperenog bračnog jedinstva. Interesantno je primjetiti da su bračnu slogu svojih roditelja negirali docnije u razgovoru, pretpostavljamo onda kada su stekli dovoljno povjerenja da o ovoj temi otvoreno govore. Po pravilu, brakovi njihovih roditelja su opterećeni konfliktima, obojeni očevim alkoholizmom ili otvorenom majčinom dominacijom u bračnoj dijadi. Iako sa sigurnošću ne možemo kazati ko je imao kontrolu u partnerskom odnosu: agresivni otac alkoholičar, ili dominantna, po pravilu hladna majka, jedno je sigurno. Njihovo potomstvo je bilo stavljeno *između*, triangulirano od strane roditelja. Ovakva vrsta *uvučenosti* u roditeljski odnos je rezultirala bilo isključivanjem agresivnog oca, bilo odbacivanjem djece. Sinove su majke tako parentifikovale, nudeći im

ravnopravnost i kontrolišući „ljubavlju“. Dominatne majke s druge strane, nisu dozvoljavale da se njihova djeca individualiziraju. Svaki pokušaj odvajanja je identifikovan kao izdaja i kažnjen - odbacivanjem.

Posebno su interesantni ekstremno umreženi roditelji. Ovako ujedinjeni u „ljubavi i slozi“, oni nisu ostavljali prostora za svoju djecu. Potomstvo je stajalo ne između, već pored njih, kao nekakva vrsta ličnog produžetka, koje nema prava da se mijenja bez njihove dozvole. Utrogljivanje i patološke veze (koalicije) roditelja sa djecom se naročito lako prepoznaju u pričama o roditeljskoj ljubavi prema njima. Tako se dešavalo da jedan roditelj prezaštićava, a da je drugi u isto vrijeme agresivan ili rigidan. Očekivano, djeca su se vezivala za toplijeg, zašćućućeg roditelja i gajila negativne emocije prema drugom. S druge strane, naročito su bolna iskustva onih koji su oba svoja roditelja doživljavala kao odbacujuća. U konačnom skor, posebno se zamjerama majkama koje ne štite (jer ne vole?) od očeve agresivnosti, koju naši sagovornici prepoznaju kao manje-više (kulturološki) normalnu. Valja kazati da se posebno lično ugrožavajuće doživljava privilegovanje braće/sestara od strane roditelja, u odnosu na njih. Ovakva vrsta odbačenosti je po pravilu praćena osjećanjem osujećenosti i nevoljenosti od strane roditelja, a privilegovana braće i sestre su opisani kao loši, *mrzitelji*, oni koji oduzimaju.

Konačno, ukoliko izuzmemo fizičko nasilje u porodicama, koje je bilo uobičajen način dovođenja sistema u (patološku) ravnotežu, primjećujemo da se komunikacija može smjestiti u kategoriju disfunkcionalne. Diskvalifikacija (roditelja međusobno, ili oboljelih), mistifikacija, izvitoperena komunikacija su pripremale najveći broj naših sagovornika za život van porodične sfere, u čemu su imali malo šansi za uspjeh. O tome svjedoče i segmenti opisa o emotivnim vezama. Možda je pretjerano kazati da je većina bila u tom pogledu neuspješna, jer je jednom dijelu naših sagovornika sasvim odgovaralo da budu sami. Većina nije stupala u emotivne veze. Slično stvar stoji i kada je riječ o prijateljstvima. Malobrojni ili nepostojeći kontakti sa drugim osobama van porodičnog kruga, jednom dijelu njih su sasvim odgovarali.

Kada je riječ o radnim postignućima, u opisima pronalazimo izrazitu radnu fluktuaciju, što se kao i prethodna priča o emotivnim vezama i prijateljstvima može povezati sa prirodom njihove bolesti koje nalaže izolaciju. S druge strane, ne treba zaboraviti ni činjenicu da je dobar dio njih bio izložen stigmatizaciji u spoljašnjoj

sredini, koja ih je sigurno, sa svoje strane dodatno usmjerila ka povlačenju kao *sigurnoj poziciji*.

Posebno su značenjima pune sekvence priča o bolesti. Primjetno je da je iskustvo razboljevanja lično bolno, a (po pravilu prisilni) tretman doživljen kao degradirajući. Možemo se složiti da se prisila na liječenje doživljava kao neka vrsta lične izdaje od strane osoba koje bi trebale biti bliske. Ne zaboravimo ni posljedice zatvaranja: dodatnu izolaciju, jednu novu vrstu (hemijske i neprihvatljive) kontrole i ponovno uvlačenje u spiralu kontradikcija. Ove ljude njihovi *izdajnici - roditelji* najprije prisilno hospitalizuju, a potom ih podržavaju u odluci da ne koriste terapiju. Krajnji skor ove igre je: ponovna prisilna hospitalizacija. To je samo jedna u nizu doživljenih (porodičnih) nepravdi, koja oblikuje dominantnu sliku naših sagovornika o njima samima.

O životu unutar institucije naši sagovornici takođe pričaju opširno i živo. Po pravilu s početka ne otkrivaju mnogo: uslove života i svakodnevicu opisuju u superlativu, no kako razgovor teče saznajemo da je u SZB zimi hladno, ljeti vrelo, da ih je mnogo po sobama i da specijalna bolnica nije ni po čemu specijalna. Vrijeme provode jednolično, monotono, po pravilu, u spavanju. Kada opisuju svakodnevicu, govore i o tome kojim deprivacijama su izloženi, pa i koje mehanizme koriste da bi ih ublažili. Primjećuju manjak slobode, sigurnosti, besperspektivnost. Kao način da izađu sa ovim deprivacijama na kraj, koriste niz sekundarnih prilagođavanja, od kojih je na prvom mjestu - spavanje. Formalno ponuđeni sadržaji: socioterapija na prvom mjestu, im nisu prihvatljivi jer su prepoznati kao lično degradirajući. U njima se uzima učešće ukoliko se računa na ličnu dobit: ubijanje vremena ili viđanje sa drugarima iz drugog bloka, ili građenje predstave o sebi kao prilagođenom/oj. I prema formalno zadatim zaduženjima –redarstvima, se odnose na sličan način. Budući nametnuta od strane formalnog sistema, ona nisu lično prihvatljiva jer svjedoče o njihovom statusu (pacijenta), najnižem na hijerarhijskoj ljestvici. Da ih zaobiđu, i sačuvaju djeliće ranijih identiteta ponešenih sa slobode, mogu samo neki. Riječ je o ljudima koji plaćaju druge da rade umjesto njih. Plaća se u poželjnim dobrima: cigaretama i kafi, a na takvu vrstu rada pristaju isključivo oni koji nemaju primanja niti porodične podrške. Daleko su popularnija ona novčano plaćena zaduženja koja oboljelima delegira osoblje. Obavljati ovakav posao opet mogu samo neki. Tako dobijanje prilike da se održava red u trepezariji ili iznosi smeće posredno svjedoči i o stanju zdravlja oboljelog (u remisiji je), kao i o postojanju izvjesnog povjerenja

osoblja, prvenstveno onog srednjeg nivoa. Time se dobija i prilika da se krute hijerarhijske granice koliko-toliko uruše i da se otvori prostor i za drugačije viđenje sebe.

Van formalno zadatih okvira, svijet zatočenika funkcionira po uzusima svoje zajednice. Pravila za život su jasna i ne ostavljaju prostora za nedoumice. Tako se zna šta nije dozvoljeno (sukobljavati se sa drugima, uz rizik da budeš *odrukan*), šta nije poželjno (žicati cigarete i kafu, tj. dosađivati) i šta se očekuje (na primjer, poštu jačeg od sebe). Posebno su interesantni opisi tzv. zajedničkih prostora - mjesta druženja većeg broja ljudi, i priča koje se u njima otvaraju. Ova mjesta su za zajednicu posebno značajna, jer nude mogućnost da se dese neočekivane situacije, koje bi mogle da na neko vrijeme zamjene stare, ispričane priče i unesu novine u monotonu svakodnevicu. Na kraju, valja kazati da smo stekli utisak da je našim sagovornicima kao strategija svakodnevnog preživljavanja prihvatljivija neformalna organizacija vremena, u odnosu na angažovanje unutar formalno zadatih zadataka i mogućnosti. Tako se svakodnevica preživljava najčešće - bijegom u spavanje.

Kada govore o sebi, ovi ljudi se zadržavaju na segmentima ranijih poželjnijih identiteta. Samo nekolicina ove ranije predstave o sebi odbacuje i zamjenjuje novom, formiranom oko učinjenog (ne)djela. Ovi ljudi o sebi više ne govore kao o dobrim sinovima, vrijednim radnicima. Sada su, poručuju, oni - ništa! Ipak, svi rado govore i o tome šta vole i šta ne vole. Po tome se ne razlikuju od ostalih „normalnih”, ali ono što čini vidljivom distinkciju među njima je bolest. Sebe i/ili ostale rezidente specijalne bolnice su gotovo bez izuzetka smjestili unutar jedinstvenog kolektiva mentalno bolesnih.

Ovaj uslovno nazvani kolektivni identitet neki pokušavaju izbjeći, izdvajajući se iz ove posebne grupe. Pa ipak, svi zajedno pričaju iste priče, pretpostavljamo zasnovane na iskustvu, o tome kakva značenja nosi ova vrsta pripadnosti. Primarno je osjećanje stigme i degradacija statusa (ljudskog, odraslog). Drugim riječima: odbačenost. Sličnu odbačenost većina prepoznaje i u okviru vlastite porodice. Neki među njima koriste strategije ne bi li poboljšali vlastiti porodični položaj (na primjer, šalju porodicama novac), no po pravilu čak ni one ne daju rezultate, o čemu ovi ljudi govore sa rezignacijom. Naročito ukoliko ih je potomstvo napustilo. Međutim, na njih se ne ljute, kao na (bivše) supružnike koji zaboravljaju, ili nebrižne roditelje. Ova vrsta odbacivanja ima implikacije i kada je riječ o izlasku na slobodu. Oni koji ne računaju na podršku porodice, mogu očekivati da će u SZB ostati dugi niz godina.

Pa i pored toga, naši sagovornici rado govore o svom budućem životu: životu na slobodi. Oni imaju želje (a primarna je da se izađe van) i planove za budućnost. Sebe vide kao slobodne, oženjene, udate, a odgovornost za trenutne životne (ne)prilike uglavnom pripisuju svojim žrtvama. Tako su ih roditelji koje su ubili kontrolisali, upravljali njima, nanosili zlo, mrzjeli, žene su bile preljubnice, koje su morali kazniti, djeca bolesna i od drugih zlostavljana, pa su ih nastojali spasiti patnje. Rijeko govore o sebi kao o krivcima, a kada to čine, stičemo utisak da iskreno pate.

Do krajnosti svedeni, nalazi naših analiza bi se mogli izraziti na sljedeći način: specijalni pacijenti su u velikoj mjeri homogena populacija, i kada je riječ o većini mjerenih socidemografskih odlika, i onda kada je riječ o porodičnom i institucionalnom položaju. Nezaposleni, srednjeg nivoa obrazovanja, van braka, većinom iz disfunkcionalnih porodica, opterećenih konfliktima između roditelja, podvrgnuti nesaglasnim praksama vaspitanja i nekongruetnoj komunikaciji, trinagulirani, ovi su ljudi u sadašnjem trenutku jednostavno - zaboravljeni. Odbačenost od porodica o čemu nemamo prava suditi rukovodeći se načelima etičnosti, smo imenovali kao položaj. Bez svake sumnje, položaj na porodičnoj mapi najdirektnije opisuje način na koji prema oboljelima postupaju članovi porodica. Takav tretman doživljavaju i u širem socijalnom okruženju, a i institucija svojim formalnim sadržajima gura ka marginalizaciji. Stičemo utisak da se priče ponavljaju: njihov život teče od jedne lične nevolje do druge. Istovremeno, nepravde se ne dekonstruišu, na primjer preuzimanjem odgovornosti za vlastito činjenje, već se krivica pripisuje drugima. Na kraju, vjerujemo da im ne treba zamjeriti odricanje od odgovornosti, jer su o krivici dovoljno naučili u svojim porodicama, noseći po pravilu ulogu žrtvenog jarca.

Razmišljajući o tome mogu li se dekonstruisati narativi o marginalizovanim položajima, barem kada je riječ o specijalnoj bolnici, pošli smo od ograničenja institucionalnog miljea u kojem borave i disciplina u čijim su nadležnostima. Konačno, ovom valja dodati i opšti društveni kontekst, koji ne govori u prilog mogućnosti mijenjanja položaja *drugacijih*, i to ne samo u našoj zemlji, već na globalnom nivou. Kada je riječ o institucionalnom položaju oboljelih, smatramo da bi valjalo razmišljati o uvođenju novih sadržaja u radno-okupacioni tretman. O nekim od njih koji bi bili poželjniji govorili su naši sagovornici. Podsjećamo, njima bi značilo kada bi mogli da uče: o kompjuterima i/ili jezike, da češće izlaze van. U svakom slučaju, ove bi nove aktivnosti morale biti primjerene njihovom uzrastu, svakako i

sposobnosti, ali ne na račun degradacije oboljelih. Posebno, mišljenja smo da bi bilo neophodno uvesti i različite modalitete individualne i grupne psihoterapije, čiji bi cilj bio da pružaju podršku i rade na ličnoj razvoju i prihvatanju odgovornosti oboljelih. U ovakav psihoterapijski rad ne bi smio biti prepušten isključivo pretjerano opterećenim i malobrojnim psihijatrima, već bi u njega trebalo uključiti edukovane psihoterapeute. Naročito važno mjesto u psihoterapijskom radu bismo dali sistemskoj porodičnoj terapiji, imajući na umu nalaze našeg istraživanja koji govore u prilog disfunkcionalnosti porodica oboljelih.

Kada je riječ o njihovom položaju u pogledu posebnih prava, uključujući i ukidanje mjera bezbjednosti, valja kazati da je on višestruko ograničen ne samo stanjem njihove osnovne bolesti, već i dijagnozom, te nepostojanjem prihvata u spoljašnjoj sredini. Čak i onda kada se procjeni da nisu opasni, ovi ljudi ostaju u specijalnoj bolnici, jer nemaju kuda! Prihvat u vanporodičnoj zajednici je teško ostvariti, naročito ukoliko je riječ o ljudima koji su koga lišili života. Od psihijatarata se pri tom traži nemoguće: da potvrde njihovu bezopasnost! Budući da se oni ne rado laćaju ovakve odgovornosti, predlozi za prekid mjera bezbjednosti po pravilu ne sadrže koncizno sročeni zaključak o tome da oboljeli više nije opasan. U krajnjem skorju, to vodi do odbijanja predloga od strane sudova. Odatle, stičemo utisak da se mjere bezbjednosti obaveznog psihijatrijskog liječena i čuvanja u psihijatrijskim ustanovama, mogu uklopiti u model kažnjavanja. Može li se nešto učiniti po ovom pitanju? Pretpostavljamo da bi interdisciplinarno približavanje i uvažavanje međusobnih razlika, uz nastojanje da se pronađu sličnosti, moglo pomoći da se mjere bezbjednosti donekle razvoje od modela kazni. U tom smislu, smatramo da bi bilo neophodno raditi na podjeli odgovornosti između prava i psihijatrije ponajprije u pogledu procjenjivanja opasnosti. Poslenicima koji rade u specijalnim bolnicama bi valjalo, kao i njihovim štíćenicima, pružiti odgovarajuću i potrebnu podršku, uključujući i zapošljavanje većeg broja ljudi, i materijalne nagrade (koje su zaista minimalne).

Konačno, ne smijemo zapostaviti ni segment brige o ovim pacijentima nakon prekida mjera bezbjednosti. O tome svjedoči nemali broj recidivista među njima. Odatle, smatramo da bi kontinuirano praćenje i podrška, uz odgovarajuću psihoterapiju, moglo dati boljih rezultata od postojeće prakse povremenog javljanja na kontrolu kod psihijatra. Na kraju, vjerujemo da bi, u cilju prevencije opasnog ponašanja oboljelih, morali raditi na edukaciji i podršci porodicama sa mentalno

oboljelim članom. Posmatran iz nama bliske perspektive (sistemska porodična teorija i terapija), rad sa porodicama bi mogao ponuditi mogućnost da se svi članovi zajedno mijenjaju i razvijaju, kao i da de-konstruišu lično diskvalifikujuće narative sebi i drugima. U tom pogledu, ne smijemo zaboraviti niti značaj koji bi u ojačavanju porodica da izađu na kraj sa mentalnom bolešću (zapravo – da budu funkcionalnije), imala sistemska podrška (*u bolesti niste sami*), koja u ovom trenutku nedostaje. Odatle, vjerujemo da je neophodno raditi na razvijanju strategije za zaštitu mentalnog zdravlja u zajednici (koja zaista postoji) i na njenoj implementaciji (još uvijek samo slovo na papiru), budući da je ovakav vid podrške svakako manje stigmatizujući u odnosu na institucionalnu.

Ukoliko se vratimo na naše sagovornike – specijalne pacijente i podršku koju (ne)dobijaju nakon prekida mjere bezbjednosti, vjerujemo da bi, u cilju spriječavanja daljeg razvijanja onesposobljavajućeg virtuelnog identiteta i/ili potencijalnog recidivizma, valjalo razmišljati kako da ove ljude uključimo u društvenu zajednicu kao aktivne participante. Mišljenja smo da bi za njih bilo korisno da uzmu učešća u nekoj vrsti društveno-korisnog i koliko-toliko plaćenog rada, zavisno od ličnih sposobnosti. Odmah valja podvući da smo svjesni niza ograničenja koji stoje ispred ovakvog predloga: od onih sistemskih (visoka stopa nezaposlenosti u zemlji) do neformalnih (stigma koja prati mentalno oboljele). No, ukoliko zaista plediramo da bi odnos prema oboljelima opasnim po društvo trebao biti human, ne smije biti mjesta (društvenom, profesionalnom) licemjerju.

S druge strane, moramo se osvrnuti i na one doživotno institucionalizirane u specijalizovanim domovima (po prekidu mjere). Nemamo saznanja, osim onih koja su nam ponudili naši sagovornici - oboljeli, o tome kako izgleda život u ovakvoj ustanovi. Čini se, iz njihovih priča, da je jedna razlika u - nepostojanju čuvara. Ovom moramo dodati da je izlazak van doma takođe kažnjiv, i za sobom, kako su nam kazali, povlači automatski povratak u SZB. Ovakav vid smještanja nije popularan i iz još jednog ni malo zanemarljivog razloga. Ukoliko imaju primanja - penziju, ovi ljudi bez nje ostaju. Da li se njihovim smještanjem u ovakve takođe, specijalne domove, suštinski mijenja njihov izolovani položaj? Šta bi valjalo uraditi u tom pogledu? Ova pitanja ostaju otvorena za neka nova istraživanja.

Zaključićemo sekvencom iz razgovora sa nadasve inteligentnim i glagovljivim M. S. Čini nam se da bi ona mogla da nas navede da sa oprežnošću razmišljamo o objektivnosti naših (naučnih) istina o *njima*:

*“ To bi mogao i ja da radim! Da gledam u pitanja i da Vas pitam, da pišem!
Ajd' Vi da naučite harmoniku za jedno popodne. Da li Vi znate da popravljate
satove?”*

Literatura:

1. Allan K., Burrige K. (2006): *Forbidden Words. Taboo and the Censoring of Language*, Cambridge University Press, Cambridge, UK
2. Allderidge P (1997): *Bethlem Hospital 1247 - 1997. A Pictorial Record*, Phillimore
3. Anckarstätter H., Radović S., Svennerlind C., Höglund G., Radovic F. (2009): Mental disorder is a cause of crime. The cornerstone of forensic psychiatry, *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 342-347
4. Andrade T.J., O'Neil K., Diener B.R. (2009): Violence Risk Assessment and Risk Management: A Historical Overview and Clinical Application, u: Andrade T.J. (ed.): *Handbook of Violence Risk Assessment and Treatment. New Approaches for Mental Health Professionals*, Springer Publishing Company, New York, 3-40
5. Arrigo B.A. (2002): *Punishing the Mentally Ill: A Critical Analysis of Law and Psychiatry*, State University of New York Press, Albany, USA
6. Ashford B.J., Sternbach O.K., Balaam F.M. (2009): Treatment and Management of Violence and Criminal Risk Among Mentally Ill Offenders, in: Andrade T.J. (ed.): *Handbook of Violence Risk Assessment and Treatment: New Approaches for Mental Health Professionals*, Springer Publishing Company, New York, 291-311
7. Bakewell T. (1809): *The domestic guide in cases of insanity, pointing out the causes, means of preventing, and proper treatment of that disorder*, C. Chester, Newcastle
8. Banister P. (2008): Forensic Psychology, in: Willing C., Stainton Rogers W. (ed.): *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*, 505-524
9. Barrows J.S. (1898): *The Criminal Insane in the United States and in Foreign Countries*, Government Printing Office, Washington
10. Bavcon Lj. (1968): *Individualizacija kazni v praksi naših sodišč*, Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti, Ljubljana
11. Beer M.D., Paton C., Pereira M.S. (2008): Management of acutely disturbed behavior, in: Beer M.D., Paton C., Pereira M.S.(ed.): *Psychiatric Intensive Care*, Cambridge University Press, 12-24
12. Ber V. (2001): *Socijalni kontsruktivizam*, Zepter Book World, Beograd
13. Berrios E. G. (1996): *The history of mental symptoms Descriptive psychopathology since the nineteenth century*, Cambridge University Press, New York
14. Blaauw E., Roesch R., Kerkof A. (2000): Mental Disorders in European Prison System: Arrangements for Mentally Disordered Prisoners in the Prison Systems of 13 European Countries, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5/6), 649-663
15. Blackburn R. (2004): "What works" with mentally disordered offenders, *Psychiatry, Crime & Law*, 10(3), 297-308
16. Bloom-Cooper L. (2006): The Criminal Lunatic Asylum System Before and After Broadmoor, in: Creese R., Bynum F.W., Bearn J. (ed): *Health of Prisoners: Historical Essays*, Rodopi, Amsterdam, Atlanta
17. Blumenthal S., Lavender T. (2001): *Violence and Mental Health Disorder*, Jessica Kingsley Publishers, London, New York
18. Bobić M. (2007): *Demografija i sociologija. Veza ili sinteza*, Službeni glasnik, Beograd
19. Bobić M. (2010): Partnerstvo kao porodični podsistem, u: Milić A. (ur.): *Vreme porodica: sociološka studija o porodičnoj transformaciji u Srbiji*, Čigoja, Beograd, 115-147
20. Bogdanović M. (1994): *Metodološke studije*, Institut za političke studije, Beograd

21. Bose S. (2009): Containment and Structured Day, in: Aiyegbusi A., Clarke-Moore J. (ed.): *Therapeutic Relationships With Offenders: An Introduction to the Psychodynamics of Forensic Mental Health Nursing*, Jessica Kingsley Publishers, London, Philadelphia, 105-127
22. Bowers L. (1998): *The Social Nature of Mental Illness*, Routledge, London, New York
23. Branković S. (2007): *Uvod u metodologiju. Kvalitativni metodi istraživanja društvenih pojava*, Megatrend Univerzitet primenjenih nauka, Beograd
24. Brinded M.J.F. (2000): Forensic Psychiatry in New Zealand, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (5-6), 453-465
25. Bukelić J. (2000): *Socijalna psihijatrija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd
26. Burdije P. (1998): Društveni prostor i simbolička moć, u: Spasić I. (prir.): *Interpretativna sociologija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 143-159
27. Burr W.C. (1907): *Paranoia. Its Varieties and Medicolegal Importance*, Press of the American Medical Association, Philadelphia
28. Burrige K. (2006): Taboo, Euphemism, and Political Correctness, in: *Encyclopedia of Language and Linguistic*, 455-462
29. Candilis J.P., Weinstock R., Martinez R. (2007): *Forensic Ethics and the Expert Witness*, Springer Science, Business Media, LLC, New York
30. Carr A. (1998): Michales White narrative therapy, *Contemporary Family Therapy*, 20(4), 485-503
31. Carr A. (2006): *Family Therapy. Concepts, Process and Practice*, John Wiley & Sons, Ltd., Chichester, New York, Weinheim, Brisbane, Singapore, Toronto
32. Ciszewski L., Sutula E. (2000): Psychiatric Care for Mentally Disturbed Perpetrators of Criminal Acts in Poland, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 547-554
33. Colaizzi J. (1989): *Homicidal Insanity, 1800-1985 History of American Science and Technology Series*, University of Alabama Press
34. Connoly J. (1830): *An inquiry concerning the indications of insanity with suggestions for better protection and care of the insane*, John Taylor, London
35. Corbin H., Strauss A. (2008): *Basics of Qualitative Research*, Sage Publications, California, India, United Kingdom, Singapore
36. Cornaglia M.C., Beghi M., Pavone F., Barale F. (2011): Aggression in psychiatric wards: A systematic review, *Psychiatry Research*, 189, 10-20
37. Cox M. (2003): A Group-Analytic Approach to Psychopaths: "The Ring of Truth", in: Millon T., Simonsen E., Birket-Smith M., Davis D.R. (ed.): *Psychopathy. Antisocial, Criminal, and Violent Behavior*, The Guilford Press, New York, London, 393-406
38. Cummings W.F. (1852): *Notes on lunatic asylum in Germany, and other parts of Europe*, Nail and Company, Edinburgh
39. Danić J., Cvijetić M. (1895): *Duševne bolesti u Srbiji*, Državna štamparija Kraljevine Srbije, Beograd
40. De Vogel V., De Ruiter C., Hildebrand M., Boss B., Van de Ven P. (2004): Type of discharge risk of recidivism measured by HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients, *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165
41. De Young M. (2010): *Madness: an American history of mental illness and its treatment*, McFarland & Company, Inc., North Carolina, United States of America

42. Deacon H. (2003): Robben Island Lunatic Asylum. South Africa, in: Porter R. Wright D. (ed.): *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965.*, Cambridge University Press, Cambridge, -53
43. Dolan B. (2003): Therapeutic Community Treatment for Severe Personality Disorders, in: Millon T., Simonsen E., Birket-Smith M., Davis D.R. (ed.): *Psychopathy. Antisocial, Criminal, and Violent Behavior*, The Guilford Press, New York, London, 407-430
44. Douglas S.K., Reeves A.K. (2010): Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20) Violence Risk Assessment Scheme: Rationale, Application, an Empirical Overview, in: Otto K.R., Douglas S.K. (ed.): *Handbook of Violence Risk Assessment*, Routledge, Taylor and Francis Group, New York, London, 147-187
45. Dowbiggin R. (1991): *Inheriting Madness: Professionalization and Psychiatric Knowledge in nineteenth century in France*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles
46. Dragišić Labaš S. (2012): *Čovek i alkohol u društvu (od podsticanja do odbacivanja)*, Čigoja štampa, Beograd
47. Drakić D. (2003): *Mere bezbednosti obaveznog psihijatrijskog lečenja u krivičnom pravu Jugoslavije*, Magistarska teza, Pravni fakultet, Novi Sad
48. Drakić D. (2007a): „Društvena opasnost“ učinioca i krivično delo, *Zbornik radova Pravnog fakulteta u Novom Sadu*, 41(3), 307-325
49. Drakić D. (2007b): *Neuračunljivost*, Školaska d.o.o., Novi Sad
50. Duggan C. (2008): Focusing on treatment: the main interventions and their implications, in: Soothill K., Rogers P., Dolan M. (ed.): *Handbook of Forensic Mental Health*, Willan Publishing, USA, 505-525
51. Dulović A. (2011): Tradicionalne predstave o mentalno oboljelim osobama u Crnoj Gori, *Sociološka luča*, 5(2), 112-120
52. Duncan A.S.E., Nikol M.M., Ager A., Dalgleish L. (2006): A systematic review of structured group interventions with mentally disordered offenders, *Criminal Behavior and Mental Health*, 16, 217-241
53. Englander K. E. (2003): *Understanding Violence*, 2dth Edition, Erlbaum Lawrence Associates, Mahwah, New Jersey, London
54. Eronen M., Repo E., Vartiainen H., Tiihonen J. (2000): Forensic Psychiatric Organisation in Finland,
55. Eysenk H. J. (1953): *Uses and Abuses of Psychology*, Penguin Books Ltd., Harmondsworth, Middlesex, England
56. Fajgelj S. (2005): *Metode istraživanja ponašanja*, Centra za primenjenu psihologiju, Beograd
57. Felthous A. (2008): Schizophrenia id Impulsive Aggression: A Heuristic Inquiry with Forensic and Clinical Implications, *Behavior Sciences and the Law*, 26, 735-758
58. Ferejra L.A.A., Padilja L.K., Staroski M., Nasimento K.R. (2011): Pitanje slobode u procesu reforme psihijatrije: potencijalno prisutstvo neoliberalnih prakis upravljanja, *Psihološka istraživanja*, XIV(2), 115-134
59. Ferri E. (2009): Uzroci zločinačkog ponašanja, u: Ignjatović Đ. (prir.): *Teorije u kriminologiji*, Pravni fakultet UB, Beograd, 182-187
60. Ferris W.A. (1909): *Standards in Nursing the Insane*, The American Journal of Nursing, 9(8), 554-558
61. Finzen A., Hoffman-Richter U. (1999): Mental Illnes as Metaphor, in: Guimon J., Fisher W., Sartorius N. (ed.): *The Image of Madness*, Kargen, Basel
62. Flaskas C. (2005): *Family Therapy Beyond Postmodernism: Practice Challenges Theory*, Taylor and Francis Group, USA

63. Fogel H.M. (2009): Violence Risk Assessment Evaluation: Practices and Procedures, u: Andrade T.J. (ed): *Handbook of Violence Risk Assessment and Treatment. New Approaches for Mental Health Professionals*, Springer Publishing Company, New York, 41-82
64. Foucault M. (1971): *Madness and Civilization. A History of Insanity in Age of Reason*, Tavistock Publication, London
65. Freeman M., Pathare S., Drew N., Funk M., Saraceno B. (2005) *WHO Resource Book on Mental Health, Human Right and Legislation*, WHO; Geneva, Switzerland
66. Fridman Dž., Kombs Dž. (2009): *Narativna terapija. Socijalna konstrukcija omiljenih stvarnosti*, Psihopolis, Novi Sad
67. Fujii R., Fujimoto M., Kuga M., Kudo Y., Suzuki K., Haki S., Nushimon S., Nakane J. (2011): The current status of forensic psychiatry in Japan, *European Psychiatry*, Supplement 1, 26, 779
68. Fuko M. (1980): *Istorija ludila u doba klasicizma*, Nolit, Beograd
69. Fuko M. (2009): *Radanje klinike*, Mediterran Publishing, Novi Sad
70. Fulford V. (2005): Moderne koncepcije zdravlja i bolesti: zalaganje za saradnju između istoričara i filozofa medicine, u: Dimitrijević A. (ur.): *Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 51-77
71. Gagliardi J.G., Lovell D., Peterson D.P., Jemelka R. (2004): Forecasting recidivism in mentally ill offenders released from prison, *Law and Human Behavior*, 28(2), 133-156
72. Glumbić N. (2005): Sudbina mentalne retardacije u politički korektnom diskursu, *Istraživanja u defektologiji*, Defektološki fakultet, Beograd, 4(6), 11-21
73. Gofman E. (2009): *Stigma*, Mediterran Publishing, Novi Sad
74. Gofman E. (2011): *Azili. Eseji o društvenom položaju pacijenata bolnica za mentalno obolele i drugih utičenika*, Mediterran Publishing, Novi Sad
75. Goldenberg H., Goldenberg I. (2008): *Family Therapy: An Overview*, Thomson Brooks/Cole, USA
76. Gournay K., Benson R., Rogers P. (2008): Inpatient care and management, in: Soothill K., Rogers P., Dolan M. (ed.): *Handbook of Forensic Mental Health*, Willan Publishing, USA, 525-555
77. Granger D.W. (1886): *How to Care for the Insane*, G.P. Putnam's Sons, New York
78. Greig N.D. (2002): *Neither Bad Nor Mad*, Forensic Focus, Jessica Kingsley Publishers, London, Philadelphia
79. Häfner H., Böker W. (1982): *Crimes of Violence by Mentally Abnormal Offenders*, Cambridge University Press, Cambridge
80. Hajduković Č. (1981): *Sudska psihijatrija*, „Zaječar“, Zaječar
81. Hajduković Č., Janković I. (1971): Slaboumni pretpunnik, *Jugoslovenska revija za kriminologiju i krivično pravo*, 9(1), 69-74
82. Halleck L.S. (1987): *The Mentally Disordered Offender*, American Psychiatric Press, Inc., Washington
83. Halmari H. (2011): Political correctness, euphemism, and language change: The case of “people firts”, *Journal of Pragmatics*, 43, 828-840
84. Hamilton R.J. (1985): The Special Hospitals, in: Ogaltorpe Gostin L. (ed.): *Secure provision: A review of special services for the mentally ill*, Tavistock Publications Ltd., London, New York, 84-126
85. Harris A., Lurigio J.A. (2007): Mental illness and violence: A brief review of research and assesment strategy, *Agression and Violent Behavior*, 12, 542-551

86. Hatahway S.R., McKinley J.C. (1951): *MMPI: Manual*, The Psychological Corporation, New York, USA
87. Heilbrun K., Yasuhara K., Shah S. (2010): Violence Risk Assessment Tools: Overview and Critical Analysis, in: Otto K.R., Douglas S.K. (ed.): *Handbook of Violence Risk Assessment*, Routledge, Taylor and Francis Group, New York, London, 1-19
88. Hejli Dž. (2010): *Strategije psihoterapije*, Psihopolis, Novi Sad
89. Henderson D.K. (1947): *Psychopathic States*, W.W. Norton and Company, Inc., New York
90. Hiles D., Čermak I. (2008): *Narrative Psychology*, in: Willing C., Stainton Rogers W. (ed.): *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*, 147-165
91. Hladnik B., Kobal M., Pungerčar J., Tanasković M. (1970): Duševni bolesnik i njegova radna okolina, u: Korbar M., Lipovac M., Pospišil-Završki M., Rogina V., Turčin R., Zlatarić B. (ur.): *Mentalna bolest i socijalna patologija*, Izdanja psihijatrijske bolnice Vrapče, Zagreb, 89-97
92. Hodgins S. (1988): Antisocial Behaviour of Persons Suffering from Mental Disorders, u: Buikhuisen W., Mednik A.S. (ed.): *Criminal Behaviour*, E.J. Brill, Leiden, Netherlands, 143-160
93. Hodgins S., Müller-Isberner R. (2000): *Violence, Crime, and Mentally Disordered Offenders*, Wiley
94. Hodgins S. (2004): Offenders with major mental disorders, Hollin R.C. (ed.): *The Essential Handbook of Offender Assessment and Treatment*, John Wiley and Sons Ltd, Chichester, England, 219-239
95. Hodgins S., Tengström A., Eriksson A., Osterman R., Kronstrad R., Eaves D., Hart S., Webster C., Ross D., Levander S., Tuninger E., Muller-Isberner R., Fresse R., Tihonen J., Tihonen J., Kotilainen I., Repo-Tihonen R., Vaananen K., Eronen M., Vokksalainen A., Vertainen H. (2007): A multisite study of community treatment programs for mentally ill offenders with major mental disorders, *Criminal Justice and Behavior*, 34 (2), 211-228
96. Hollin R.C. (2004): To Treat or not to Treat? An Historical Perspective. (2004): in: Hollin R.C. (ed.): *The Essential Handbook of Offender Assessment and Treatment*, John Wiley and Sons, Chichester, England, 1-10
97. Holmberg G., Kristiansson M. (2006): Contacts with public services, with special reference to mental health care, preceding a serious crime: A retrospective study of 268 subjects of forensic psychiatric investigations, *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 281-288
98. Holmes B. (1915): *Institutions for the Care and Treatment of the Insane*, Reprint, The Medical Fortnightly and Laboratory News, St. Louis
99. Hook D., Eagle G. (2002): *Psychopathology and Social Prejudice*, UCT Press
100. Hopton J. (1994): The "political correctness" debate and caring in psychiatric nursing, *Nurse Education Today*, 15, 341-345
101. Hornsvel H.J.R., Nijman L.I.H. (2005): Evaluation of a Cognitive-behavioral Program for Chronically Psychotic Forensic Inpatients, *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 246-254
102. Horowitz V.A. (2002): *Creating Mental Illness*, The University of Chicago Press, Chicago
103. Houts C.A. (2001): Harmful dysfunction and the search for value neutrality in the definition of mental disorder: Response to Wakefield, Part 2., *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1099-1132

104. Howitt D. (2009): *Introduction to Forensic and Criminal Psychology*, Pearson Education, Essex, England
105. Hu J., Yang M., Huang X., Coid J. (2011): Forensic Psychiatry in China, *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 7-12
106. Huss T.M. (2009): *Forensic Psychology: research, clinician practice, and applications*, John Wiley and Sons, Blackwell Publishing, Chichester, UK, Malden, USA
107. Ignjatović Đ. (2009): *Teorije u kriminologiji*, Pravni fakultet UB, Beograd
108. Ignjatović Đ. (2010): *Pravo izvršenja krivičnih sankcija*, Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd
109. Ignjatović Đ. (2011): *Kriminologija*, Dosije, Beograd
110. Inšliš, Inšliš (1972): *Obuhvatni rečnih psiholoških i psihoanalitičkih pojmova*, Savremena admnistracija, Beograd
111. Jacoby E.J. (1979): Dangerousness of the Mentally Ill. A Methodological Reconsideration, , in: Frederick K.J. (ed.): *Dangerous Behavior: A Problem in Law and Mental Health*, National Institute for Mental Health, Rockville, Maryland, 20-37
112. Jameison A., Moenssens A. (2011): *Wiley Encyclopedia of Forensic Science*, John Wiley and Sons, UK
113. Jarvis E. (1841): *Insanity and insane asylums*, Printice and Weissinger, Original from University of Minesota
114. Jaspers K. (1990): *Opšta psihopatologija*, Prosveta, Beograd, Niš
115. Johnston H. (2008): *Punishment and Control in Historical Perspective*, Macmillan, Palgrave, UK
116. Joka D. (ur) (2008): *Godišnji izveštaj o radu Uprave za izvršenje zavodskih sankcija za 2008. godinu* Ministarstvo unutrašnjih poslova, Uprava za izvršenje zavodskih sankcija, Beograd
117. Kaljević M. (1972): Neke mogućnosti primene analize sadržaja, *Sociologija*, XIV (2), 215-229
118. Kapamadžija B. (1974): *Sudska psihijatrija*, Matica Srpska, Novi Sad
119. Kapamadžija B. (1989): *Forenzička psihijatrija*, Dnevnik-Novı Sad, Medicisnka knjiga, Beograd-Zagreb
120. Kašiković B.; Vulinović D. (2011): Kritički osvrt na naučna i etička utemeljenja psihijatrije, *Psihološka istraživanja*, XIV(2), 209-215
121. Kaye C., Fransey A. (1998): *Managing high risk psychiatric care*, Jessica Kingsley Publishers,
122. Kecmanović D. (1978): *Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom*, Svijetlost, Sarajevo
123. Kecmanović D. (2008): *Psihijatrija u kritičkom ogledalu*, Službeni glasnik, Beograd
124. Keko Z. (1964): Zapažanja Javnog tužilaštva u vezi sa primjenom mjera sigurnosti, u: Turčin R., Pospišil-Zaviški K., Korbar K., Bedenko D. (ur.): *Savjetovanje o forenzičkoj psihijatriji*, Izdanja Bolnice za duševne bolesti Vrapče, Zagreb, 45-49
125. Kelly D. B. (2009): Criminal insanity in 19th-century Ireland, Europe and the United States: Cases, contexts and controversies, *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 362–368
126. Kernberg F. O. (2003): The Psychotherapeutic Management of Psychopathic, Narcisitic, and Paranoid Transferences, in: Millon T., Simonsen E., Birket-Smith M., Davis D.R. (ed.): *Psychopathy. Antisocial, Criminal, and Violent Behavior*, The Guilford Press, New York, London, 372-392

127. Kolarević D. (2012): *Psihologija kriminala*, Kriminalističko-policijska akademija, Beograd
128. Korbar M., Turčin R. (1966): Problemi terminologije psihopatoloških stanja u suradnji između suca i psihijatra-vještaka, u: Korbar K., Pospišil-Završki K., Triva S., Turčin R. (ur.): *Civilnopravno status i problemi zaštite psihijatrijskih bolesnika*, Medicinska naklada, Zagreb, 293-297
129. Kostić M. (2002): *Forenzička psihologija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd
130. Kostić M. (2011): *Psihološke ekspertize*, Službeni gasnik, Beograd
131. Kovačević R. (2000): *Forenzička psihijatrija*, Pravni fakultet u Banjoj Luci, Banja Luka
132. Kovačević R., Kecman B. (2003): Psihopatološka i kriminološka obeležja počinitelja ubistva u porodici, *Engrami*, 26(1/2), 5-19
133. Kovačević R., Kecman B.: (2004): Muškarci - ubice supruge, *Engrami*, 36(3-4), 5-23
134. Krainski N. (1934): *Kriminalna psihologija*, Kriminalistički Institut Pravnog fakulteta Beogradskog Univerziteta, Beograd
135. Kramp P., Gabrielsen G. (2009): The organization of the psychiatric service and criminality committed by the mentally ill, *European Psychiatry*, 24, 401-411
136. Kroll J., Bachrach B. (1984): Sin and mental illness in the Middle Ages, *Psychological Medicine*, 14, 507-514
137. Kron L. (1992): *Seksualno nasilje: psihološka studija*, Prometej, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, Beograd
138. Kron L. (2002): *Kainov greh-psihološka tipologija ubica*, IPG Prometej, Zemun, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, Beograd
139. Krstić B. (1974): Socijalne i psihopatološke karaktersitike shizofrenih ubica, *Jugoslovenska revija za kriminologiju i krivično pravo*, XII(2), 271-298
140. Krstić D. (1991): *Psihološki rečnik*, Savremena administracija, Beograd
141. Kunst L. J., Reed M. (1999): Cross-Cultural Issues in Infanticide: A Case Study, *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 2(2), 147-155
142. Kuper J.D., Horner S.M., Brent A.D., Lewis A.D., Reynolds F.C., Thase E.M., Travis J.M., Semple D., Smyth R., Burns J., Darjee R., McIntosh A. (2008): *Oxford American Handbook of Psychiatry*, Oxford University Press
143. Large M., Smith G., Swinson N., Shaw J., Nielsen O. (2008): Homicide due to mental disorder in England and Wales over 50 years, *The British Journal of Psychiatry*, 193, 130-133
144. Larm P., Hodgins S., Larsson A., Molero Samuelson Y., Tengström A. (2008): Lazarević Lj. (1969): *Kazne i mere bezbednosti u savremenom krivičnom pravu*, Zavod za izdavanje udžbenika Socijalističke Republike Srbije, Beograd
145. Lazarević Lj. (1971): *Mere bezbednosti*, Pravni fakultet, Beograd
146. Lazin Đ. (prir.) (2006): *Zakon o izvršenju krivičnih sankcija*, Pravno istraživački centar, Beograd
147. Lidz T., Fleck S., Cornelison R. A. (1965): *Schizophrenia and the Family*, International Universities Press, Inc., New York
148. Lindsay W.L. (1864): *Medical Reports of the Murray's Royal Institution for Perth, for the Decenium from 1854-1864.*, Perth Printing Company, Perth
149. Lombroso C. (2009): Zločini, njegovi uzroci i učenje, u: Ignjatović Đ. (prir.): *Teorije u kriminologiji*, Pravni fakultet UB, Beograd, 167-173

150. Long C., Zietkiewity E. (2002): Unsettling meanings of madness: Competing construction of South African insanity: in: Hook D., Eagle G. (ed.): *Psychopathology and Social Prejudice*, UTC Press, Cape Town, South Africa
151. Lovell D., Gagliardi J.G., Peterson D.P. (2002): Recidivism and use of services among persons with mental illness after release from prison, *Psychiatric Services*, 53(10), 1290-1297
152. Lowdell A., Adshead G. (2009): The Best Defence: Institutional Defences Against Anxiety in Forensic Services, in: in: Aiyegbusi A., Clarke-Moore J. (ed.): *Therapeutic Relationships With Offenders: An Introduction to the Psychodynamics of Forensic Mental Health Nursing*, Jessica Kingsley Publishers, London, Philadelphia, 53-67
153. Ljubčić M. (2005): Porodična (dis)funkcionalnost i mentalno zdravlje - prikaz atmosfere, emocionalnih odnosa i komunikacijskih obrazaca u porodicama shizofrenih bolesnika, *Sociologija*, vol. XLVII(1), 67-92
154. Ljubičić M. (2011): *Porodica i maloljetnička delinkvencija*, Čigoja štampa, Beograd
155. Ljubičić M. (2012): Psihološka separacija mladih: prilog konstrukciji integrativnog modela, u: Tomanović S. (ur.): *Mladi-naša sadašnjosti*, Čigoja, Beograd, 245-273
156. MacCormack T., Tomm K. (1998): *Social Constructionist/Narrative Couple Therapy* in: Dattilio F.(ed.): *Studies in Couple and Family Therapy*, Guilford, New York
157. Madden M. T. (1866): *On insanity, and the criminal responsibility of the insane*, John Falconer, Dublin
158. Maden A. (2007): Dangerous and severe personality disorder: antecedents and origins, *British Journal of Psychiatry*, 190, 8-11
159. Maden A. (2009): *Treating Violence: A Guide to Risk Management in Mental Health*, Oxford University Press, Oxford
160. Maio de F. (2010): *Health and Social Theory*, Basingstoke, USA
161. Mannheim H. (1965): *Comparative Criminology. A Text Book*, Volume I, Routledge & Kegan Paul, London, UK
162. Marinković D. (2006): *Konstrukcija društvene stvarnosti u sociologiji*, Prometej, Novi Sad
163. Mashi T., Bradley C., Ward K. (2009): *Forensic Social Work: Psychosocial and Legal Issues in Diverse Practice Settings*, Springer Publishing Company, New York, USA
164. Mason T. (1999): The Psychiatric "Supremax"?: Long-Term High-Security Psychiatric Services, *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(2); 155-166
165. Mayo T. (1834): *Essay on the Relation of the Theory of Morals to Insanity*, R. Clay, London
166. Mayo T. (1847): *Clinical Facts and Reflections; Also, Remarks on the Impunity of Murder in Some Cases of Presumed Insanity*, Longman, Beown, Green, and Longmans, London
167. Mayo T. (1850): *Outlines of Medical Proof. Revised and Corrected, with Remarks on its Application to Certain Forms of Irregular Medicine*, Longman, Beown, Green, and Longmans, London
168. Mayo T. (1854): *Medical Testimony and Evidence in Cases of Lunacy*, John W. Parker and Son, West Strand, London
169. McLoughlin K.A., Geller J. L. (2011): Is Recovery Possible in a Forensic Hospital Setting?, *Archives of psychiatric Nursing*, 25(5), 390-391

170. McLaughlin E., Muncie J. (2011): *The Sage Dictionary of Criminology*, Sage Publications Ltd., Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington
171. McMillan S. (2009): Crying Out for Care, in: Aiyegbusi A., Clarke-Moore J. (ed.): *Therapeutic Relationships With Offenders: An Introduction to the Psychodynamics of Forensic Mental Health Nursing*, Jessica Kingsley Publishers, London, Philadelphia, 171-187
172. Medović A. (1865): *Sudska medicina za pravnike*, U Beogradu u državnoj kamenoreznici, Beograd
173. Merriam B.S. (2009): *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*, John Wiley and Sons, Inc. San Francisco, USA
174. Mikenik D. (2005): Mentalno zdravlje i mentalna bolest: Definicije i perspektive, u: Dimitrijević A. (ur.): *Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 77-99
175. Mills K.C. (1915): *Nursing and Care of the Nervous and Insane*, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, London
176. Milojković, M., Srna J., Mićović R. (1997): *Porodična terapija*, Centar za brak i porodicu, Beograd
177. Milosavljević P. (1978): *Porodica shizofrenog bolesnika*, Glas, Beograd
178. Milovanović M. (1926): *Sudska psihijatrija*, Knjižarnica "Progres", Beograd
179. Milovanović R. (2005): *Psihologija kriminaliteta*, Policijska akademija, Beograd
180. Milton J., Duggan C., McCarthy L., Costley-White A., Mason L. (2007): Characteristics of offenders referred to a medium secure NHS personality disorder service: the first five years, *Criminal Behavior and Mental Health*, 17, 57-67
181. Minoa Ž. (2008): *Istorija samoubistva*, Mediterran Publishing, Novi Sad
182. Minuchin S. (1974): *Family and Family Therapy*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts
183. Mizuno T. (2010): Problems concerning the concept of mental illness and mental disease, *Journal of Philosophy and Ethics in Health Care and Medicine*, 4, 69-87
184. Monahan J. (1977): Social accountability: Preference to an Integrated Theory of Criminal and Mental Health Sanctions, in: Sales D.B. (ed.): *Perspectives in Law and Psychology*, Plenum Press, New York, London, 241-255
185. Monahan J. (2010): Clasification of Violence Risk, in: Otto K.R., Douglas S.K. (ed.): *Handbook of Violence Risk Assessment*, Routledge, Taylor and Francis Group, New York, London, 187-199
186. Monahan J., Steadman J.H., Silver E., Appelbaum S.P., Clarck Robbins P., Mulvey P.E., Roth H.L., Grisso T., Banks S. (2001): *Rethinking Risk Assessment: The Fthur Study of Mental Disorder and Violence*, Oxford University Press, New York, USA
187. Morrison A. (1848): *Outlines of lectures in the nature, causes and treatment of insanity*, Longman, Brown, Green, and Longmans, and Samuel Highley, London
188. Müller-Isberner R., Freese R., Jockel D., Gonzales Cabeza S. (2010): Forensic Psychiatric Assessment and Treatment in Germany: Legal Framework, Recent Developments, and Current Practice, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 467-480
189. Nedopil N., Banzer K. (1996): Outpatient Treatment of Forensic Patients in Germany: Current Structure and Future Developments, *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(1), 77-79
190. Nicholls L.T., Brink J., Greaves C., Lussier P., Verdun-Jones S. (2009): Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence,

- severity, and interventions by gender, *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 23-30
191. Nijamn H., De Kruyk C., Van Nieuwenhuizen C. (2004): Behavioral Changes During Forensic Psychiatric Treatment in the Netherlands, *International Journal of Lay and Psychiatry*, 27, 79-85
192. Niveau G. (2004): Preventing Human Rights Abuses in Psychiatric Esatblishments: The Work of the CPT, *European Psychiatry*, 19, 146-154
193. Opalić P. (1986): *Mogućnosti grupne psihoterapije*, Istraživačko-izdavački centar SSO Srbije, Beograd
194. Opalić P. (2009): *Psihijatrijska sociologija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd
195. Panović-Đurić S. (1994): Učenje Tome Živanovića o kaznama i merama bezbednosti, *Naučno nasleđe Pravnog fakulteta u Beogradu 1841-1941.*, 297-309
196. Pavlović J., Džinović V., Milošević N. (2006): Teorijske pretpostavke diskurzivnih i narativnih pristupa u psihologiji, *Psihologija*, 39(4), 365-381
197. Pejović M. (1997): *Porodica i psihopatologija*, Savremena administracija, Beograd
198. Pick D. (1989): *Faces of Degeneration: A European Disorder, c.1848-c.1918*, Cambridge University Press, Cambridge, New York, Melbourne
199. Piercy P.P., Douglas H.S., Wetchler L.J. (1996): *Family Therapy Sourcebook*, The Guilford Press, USA
200. Pilgrim D. (2007): Ashworth in context, in: *Inside the Ashworth: professional reflections of institutional life*, Radcliffe Publishing Ltd., UK
201. Pinatel Ž. (1964): *Kriminologija*, Zavod za udžbenike, Sarajevo
202. Popović V. (2007): *Alkoholizam-epidemija našeg doba*, Niš
203. Poro A. (1990): *Enciklopedija psihijatrije*, Nolit, Beograd
204. Porter R. (2002): *Madness. A Brief History*, Oxford University Press, Oxford, New York
205. Poster C.E. (1996): A Multinational Study of Psychiatric Nursing Staffs Beliefs and Concerns About Work Safety and Patient Assault, *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 365-377
206. Pradel Ž. (2008): *Istorijat krivičnih doktrina*, Pravni fakultet Univerziteta u Beogradu, Beograd
207. Priebe S., Frottier P., Gaddini A., Kilian R., Lauber C., Martinez-Leal R., Munk-Jorgensen P., Walsh D., Wright D. (2008): Mental Health Care Institutions in nine European Countries, 2002 to 2006, *Psychiatric Services*, 59(5), 570-574
208. Prins H. (1980): *Offenders, Deviants or Patients*, Routledge, London
209. Protić Đ. (ur.) (1992): *ICD-10: Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd
210. Pyrek K. (2006): *Forensic Nursing*, Tylor & Francis, USA
211. Ray I. (1838): *A Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity*, Charles C. Little and James Brown, Boston
212. Ray M. M. (2007): The Dark Side of the Job: Violence in the Emergency Department, *Journal of Emergency Nursing*, 33(3), 257-261
213. Rice E.M., Harris T.G., Hilton Z.N. (2010): The Violence Risk Appraisal Guide and Sex Offender Appraisal Guide, in: Otto K.R., Douglas S.K. (ed.): *Handbook of Violence Risk Assessment*, Routledge, Taylor and Francis Group, New York, London, 99-119
214. Robertson P., Barnao M., Ward T. (2011): Rehabilitation frameworks in forensic mental health, *Aggression and Violent Behavior*, 16, 472-484

215. Roebuck B. J. (1971): *Criminal Typology*, Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, USA
216. Roesch R., Zapf A. P., Hart D. S. (2010): *Forensic Psychology and Law*, John Wiley and Sons, Inc., Hoboken, New Jersey, USA
217. Rubin J. H., Rubin S.I. (2012): *Qualitative Interviewing. The Art of Haering Data*, Sage, Los Angeles, London,. Nwe Delhi. Singapore, Washington
218. Ruk Đ. (1992): Psihološke karakteristike paranoidne porodice iz perspektive porodične terapije, *Psihološka istraživanja* 5, Institut za psihologiju, Beograd, 97-115
219. Ruk Đ. (1999): *Paranoja, paranoidna porodica i porodična terapija*, Savez pedagoških društava Vojvodine, Novi Sad
220. Russell D. (1996): *Scenes from Bedlam: History of the Bethlem Royal and Maudsley Hospitals*, Baillière Tindall
221. Samardžić S. (2008): Žene kao počinioci krivičnog dela ubistva i zločin čedomorstva, *Engrami*, 30(2), 15-21
222. Saz T. (2008): *Mentalna bolest kao mit*, Clio, Beograd
223. Semple D., Smyth R. (2010): *Oxford Handbook of Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, UK
224. Scanlon C., Adlam J. (2009): Nursing Dangerousness, Dangerous Nursing and the Space in Between: Learning to Live with Uncertainties, in: Aiyegbusi A., Clarke-Moore J. (ed.): *Therapeutic Relationships With Offenders: An Introduction to the Psychodynamics of Forensic Mental Health Nursing*, Jessica Kingsley Publishers, London, Philadelphia, 127-143
225. Schanda H., Ortwein-Swoboda G., Knecht G., Gruber K. (2000): The Situation of Forensic Psychiatry in Austria: Setback or Progress?, International Perspective on Forensic Mental Health Systems, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5/6), 481-492
226. Schanda H., Stompe T., Ortwiien-Swoboda G. (2009): Dangerous or merely difficult: The new population of forenzic mental hospitals, *European Psychiatry*, 24, 365-372
227. Sedmak T. (1964): Paranoidna shizofrenija kao kriminogeni fakotr kod homicida, u: Turčin R., Pospišil-Zaviški K., Korbar K., Bedenko D. (ur.): *Savjetovanje o forenzičkoj psihijatriji*, Izdanja Bolnice za duševne bolesti Vrapče, Zagreb, 67-83
228. Shorter E. (1997): *A History of Psychiatry: from the Era of Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley and Sons, Canada
229. Simpson I.F., Skipworth J., McKenna B., Moskovitz A., Barry-Walsh J. (2000): Mentaly abnormal homicide in New Zealand as defined by legal and clinicial criteria: a national study, *The Authors Journal Complination*, 804-810
230. Šljakić A. (1985): *Turcizmi u srpskohrvatskom-hrvatskosrpskom jeziku*, Svijetlost, Sarajevo
231. Smeijsters H., Cleven G. (2006): The Treatment of Aggresion Using Art Therapies in Forensic Psychiatry: Results of a Qualitative Inquiry, *The Arts in Psychotherapy*, 33, 37-58
232. Smith R.S., Hamon R.R., Ingoldsby B.B., Miller E.J. (2009): *Exploring Family Theories*, Oxford University Press, New York, Oxford
233. Sobotinčić A., Fadijević Z. (1964): Položaj psihički abnormalnih delinkvenata u sistemu izvršenja krivičnih sankcija, u: Turčin R., Pospišil-Zaviški K., Korbar K., Bedenko D. (ur.): *Savjetovanje o forenzičkoj psihijatriji*, Izdanja Bolnice za duševne bolesti Vrapče, Zagreb, 23-45

234. Soothill K., Francis B., Liu J. (2008): Does serious offending lead to homicide? *British Journal of Criminology*, 48, 522-537
235. Sykes G., Matza D. (2009): *Tehnike neutralizacije*, u: Ignjatović Đ. (prir.): Teorije u kriminologiji, Pravni fakultet UB, Beograd, 294-300
236. Špadijer-Džinić J. (1973): *Zatvoreničko društvo*, Institut za kriminološka i sociološka istraživanja, Beograd
237. Spasić I. (prir.) (1998): Interpretativna sociologija: izazovi razumevanja društvenog sveta, u: *Interpretativna sociologija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 5-35
238. Stojanović Z. (2007): *Krivično pravo: opšti deo*, Pravna knjiga, Beograd
239. Stojanović Z. (2009): *Komentar Krivičnog zakonika*, Službeni glasnik, Beograd
240. Stojnov D. (2001): Konstruktivistički pogled na svet: Predstavljanje jedne paradigme, *Psihologija*, 1(2), 9-48
241. Stojnov D. (2002): Represija prirodne harmonije ili emancipacija disharmonije perspektiva, *Normalizacija i vaspitanje*, 34, 30-48
242. Subotić M. V. (1900): *Ludilo ganjanja, Ubistvo i pokušaj ubistva*, Policijski glasnik, Beograd
243. Subotić M. V. (1905): *Tri predavanja*, Državna štamparija Kraljevine Srbije, Beograd
244. Sullivan H.D., Mullen E.P. (2006): Forensic mental health, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 505-507
245. Tarner B. (2005): Istorija promene pojma zdravlja i bolesti: prikaz opšteg modela kategorija bolesti, u: Dimitrijević A. (ur.): *Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 23-51
246. Taylor J. P., Goldberg E., Leese M., Butwell M., Reed A. (1999): Limits to the value of mental health review tribunals for offender patients, *British Journal of Psychiatry*, 174, 164-169
247. Tengström A., Hodgins S., Grann M., Langstrom N., Kellgren G. (2004): Schizophrenia and criminal offending: The role of psychopathy and substance use disorder, *Criminal Justice and Behavior*, 31, 367-393
248. Teplin A. L. (1983): The criminalisation of the mentally ill: speculation in search of data, *Psychological Bulletin*, 94 (1), 54-67
249. Teplin A. L. (1984): Criminalising mental disorder. The comparative arrest rate of the mentally ill, *American Psychologist*, 39 (7), 794-803
250. Teplin A.L. (1990): The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the epidemiologic catchment area program, *American Journal of Public Health*, 80, 663-669
251. Teplin A.L., Abram M.K., McClelland M.G. (1994): Does psychiatric disorder predict violent crime among released jail detainees?, *American Psychologist*, 49(3), 335-432
252. Terner H.R. (1998): Preuzimanje uloge: proces nasuprot konformiranju, u: Spasić I. (prir.): *Interpretativna sociologija*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 45-63
- the definition of mental disorder: response to Wakefield, part 2, *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1099-1132
253. Thomson L. (2008): The forensic mental health system in the United Kingdom, in: Soothill K., Rogers P., Dolan M. (ed.): *Handbook of Forensic Mental Health*, Willan Publishing, USA, 19-64
254. Thornberry P.T., Jacoby E.J. (1979): *The Criminally Insane: A Community Follow-up of Mentally Ill Offenders*, University of Chichago, USA

255. Tomić Z. (1990): *Mjere bezbjednosti u jugoslovenskom krivičnom pravu*, Diktorska disertacija, Pravni fakultet, Beograd
256. Townsend C. M. (2009): *Psychiatric Mental Health Nursing*, F.A. Davis Company, Philadelphia
257. Traverso B.G., Ciappi S., Ferracuti S. (2000): The Treatment of The Criminally Insane in Italy: An Overview, *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5/6), 493-508
258. Tuddenham L., Baird J.(2007): The risk managment authority in Scotland and the forensic psychiatrists as risk assessor, *Psychiatric Bulletin*, 31, 164-166
259. Tuke H. D. (2010): *Chapters in the History of the Insane in the British Isles*, The Echo Library, Fairford
260. Turčin R., Korbar K. (1970): Psihijatrijski aspekti društvene opasnosti od duševnih bolesnika, u: Korbar M., Lipovac M., Pospišil-Završki M., Rogina V., Turčin R., Zlatarić B. (ur.): *Mentalna bolest i socijalna patologija*, Izdanja psihijatrijske bolnice Vrapče, Zagreb, 9-21
261. Turčin R., Sila A. (1964): Problem psihički abnormalnih delinkvenata u suvremenoj psihijatrijskoj službi, u: Turčin R., Pospišil-Zaviški K., Korbar K., Bedenko D. (ur.): *Savjetovanje o forenzičkoj psihijatriji*, Izdanja Bolnice za duševne bolesti Vrapče, Zagreb, 9-22
262. Uglešić B. (1966): O potrebi usklađivanja naše pravne i psihijatrijske terminologije, u: Korbar K., Pospišil-Završki K., Triva S., Turčin R. (ur.): *Civilnopravno status i problemi zaštite psihijatrijskih bolesnika*, Medicinska naklada, Zagreb, 209-315
263. Vasić M. (1893): *Iz sudske medecine i javne higijene*, Državna štamparija Kraljevine Srbije, Beograd
264. Vejkfild Dž. (2005): Koncept mentalnog poremećaja: na granici između bioloških činjenica i socijalnih vrednosti, u: Dimitrijević A. (ur.): *Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 121-159
265. Volf N. (1965): *Psihološki testovi u psihijatriji*, Naučna knjiga, Beograd
266. Voskresenski T., Bešlin M., Milovanović S. (2010): Istorijat i razvoj Specijalne psihijatrijske bolnice "Dr. Slavoljub Bakalović" u Vršcu, *Engrami*, 32(3), 88-93
267. Vujaklija M. (1966): *Leksikon stranih reči i izraza*, Prosveta, Beograd
268. Vujić V. (1934): *O simulaciji živčanih i duševnih poremećaja*, Privredni pregled, Srpski arhiv, Beograd
269. Vulfolk R. (2005): Koncept mentalne bolesti: četiri ishodična pitanja, u: Dimitrijević A. (ur.): *Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja*, Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd, 99-121
270. Wallace R. E., Gach J. (ed.) (2008): *History of Psychiatry and medical Psychology*, Springer Science and Business Media, New York
271. Wang X., Zhang D., Jaimg S., Bai Y., Cucolo E.H., Perlin M. (2007): Reassessing the aftercare treatment of individuals found not guilty due to mental disability in Hunan, China: supplemental study into the disposition of mentally ill offenders after forensic psychiatric assessment, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 337-342
272. Watson S. (1994): Malingerers, the 'weakminded' criminal and the 'moral imbecile': how the English prison medical officer became an expert in mental deficiency, 1880-1930, in: Clark M., Crawford C. (ed): *Legal medicine in history*, Cambridge University Press, Cambridge, 223-245

273. Watt A., Topping-Morris B., Mason T., Rogers P. (2003): Pre-admission nursing assessment in Welsh medium secure unit (1991-200): Part I-an analysis of practice and cost, *International Journal of Nursing Studies*, 40, 645-655
274. Webster C. D., Douglas K., Eaves D., Hart S. (1997): HCR-20: Assessing Risk for Violence, Version 2. Burnaby, B. C., Simon Fraser University, Canada
275. Welldon V.E., Van Velsen C. (1997): *A Practical Guide to Forensic Psychotherapy*, Jessica Kingsley Publishers, London, Great Britain, Philadelphia, USA
276. Wetzell F.R. (2000): *Inventing the Criminal. A History of German Criminology, 1880-1945*, University of Carolina Press, Chapel Hill, London
277. White M.J., Klein M.D. (2008): *Family Theories*, Sage Publication, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore
278. Williamson W. (1864): *Thoughts on insanity and its causes, and on the management of the insane*, A.W.Bennett, London
279. Winslow L. F. (1912): *The insanity of passion and crime*, John Outseley, Ltd., London
280. Wormth S.J., McKeague F. (1996): A mental health survey of community correctional clients in Canada, *Criminal Behavior and Mental Health*, 6, 49-72
281. Wright R., Miller M. (2005): *Encyclopedia of Criminology*, Vol 2, New York, London
282. Wulfgang M., Ferakuti F. (2012): *Potkultura nasilja*, Edicija Crimen, Pravni fakultet UB, Beograd
283. Živanović T. (1928): *Dualitet krivičnih sankcija, kazne i mere bezbednosti*, Izdanje knjižarnice Rajkovića i Đukovića, Beograd
284. Zlatarić B. (1970): Pravni aspekti društvene opasnosti od duševnih bolesnika, u: Korbar M., Lipovac M., Pospišil-Završki M., Rogina V., Turčin R., Zlatarić B. (ur.): *Mentalna bolest i socijalna patologija*, Izdanja psihijatrijske bolnice Vrapče, Zagreb, 21-3
285. Zlatarić B., Damaška M. (1966): *Rječnik krivičnog prava i postupka*, Novinsko-izdavački, štamparski i birotehnički zavod, Zagreb
286. Jamieson A., Moenssens A. (ed.) (2011): *Wiley Encyclopedia of Forensic Science*, Volume 4, John Wiley and Sons, USA

Dokumenti:

287. *Annual report of the inspector of asylums, prisons, and public charities*, Hunter, Rose and Co., Toronto, 1868.
288. *Ljudi na margini*, Helsinški odbor za ljudska prava u Srbiji, Beograd, 2009
289. *Mental health in prisons*, World Health Organization, Geneva, 2007.
290. *Poseban kolektivni ugovor za zdravstvene ustanove čiji je osnivač Republika Srbija*, Službeni glasnik, 2010.
291. *Pravilnik o kućnom redu Specijalne zatvorske bolnice*, Službeni glasnik RS, Beograd, 2010.
292. *Report of Her Majesty's Commissioners appointed to inquire into the State of Lunacy Asylums in Scotland*, Thomas Constable, Edinburgh, 1857.
293. *Reports from Commissioners: Twelve volumes. Lunacy (England, Scotland, and Ireland)*, Parliament, House of Commons, Great Britain, 1862.

294. *Sixth Annual Report of the Trustees of the State Lunatic Hospital at Worcester*, 1839. Dutton and Wentworth, State Printers, Boston
295. *Specijalna zatvorska bolnica*, Izveštaj Helsinškog odbora, 2010.
296. *Strategija za specijalnu reintegraciju i prihvata osuđenih lica* (nacrt), Ministarstvo pravde Republike Srbije, Uprava za izvršenje krivičnih sankcija, Beograd, 2011.

Internet izvori:

297. <http://www.uiks.mpravde.gov.rs/cr/articles/ustanove-za-izvršenje-krivičnih-sankcija/specijalna-zatvorska-bolnica/> pristupljeno 13.04.2012.
298. <http://iafn.org/displaycommon.cfm?an=1&subarticlenbr=148>, pristupljeno 15.2.2012.
299. <http://www.mfub.bg.ac.rs/dotAsset/40292.pdf>, pristupljeno 03.03.2012.
300. <http://www.psychiatry.org/>, pristupljeno 03.03.2012.
301. <http://www.who.int/research/en/>, pristupljeno 10.01.2012.

PRILOZI

Tabela 8 . Zanimanje djece lica na mjerama obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

Zanimanje djece	f	%
učenici	2	.9
nezaposleni	1	.4
bez podataka	83	35.5
nema djecu	148	63.2
Ukupno	234	100

Tabela 9. Članovi domaćinstva lica na mjerama obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

Prije izvršenja KDOS pacijent SZB je živio	f	%
sam	42	17.9
sa suprugom	10	4.3
sa suprugom i djecom	25	10.7
sa suprugom, djecom, roditeljima	8	3.4
sa roditeljima	25	10.7
sa roditeljima, braćom/sestrama	24	10.3
sa majkom	25	10.7
sa majkom, braćom/sestrama	13	5.6
sa ocem	10	4.3
sa ocem, braćom/sestrama	4	1.7
sa bakom, dedom	3	1.3
sa bakom, dedom, roditeljima	2	.9
sa rodacima	1	.4
sa roditeljima, djecom	6	2.6
sa roditeljima, suprugom, pastorčetom	1	.4
sa majkom, djetetom	6	2.6
sa bratom	1	.4
sa roditeljima, suprugom	1	.4
sa očuhom, maćehom	1	.4
sa ocem, bakom	2	.9
sa suprugom, djecom, majkom	3	1.3
sa ocem, bratom/sestrom	2	.9
sa majkom, bakom, dedom	1	.4
sa bakom, bratom	1	.4
sa suprugom, svekrvom, djetetom	2	.9
sa djecom	3	1.3
sa ocem, maćehom	2	.9
sa tetkom, bakom, sestrom	1	.4
u instituciji	7	3
bez podataka	2	.9
Ukupno	234	100

Tabela 15. Funkcionalnost roditeljskog braka i njihov odnos prema oboljelom

Brak roditelja je procjenjen kao	Otac prema oboljelom ispoljava							Ukupno
	emotivna bliskost	ambivalentnost	hladan odnos	strog	prezaštićuje	agresivnost	prekinuo kontakt sa oboljelim	
funkcionalan	f	24	1	6	5	2	5	43
	%	21.4	.9	5.4	4.5	1.8	4.5	38.4
disfunkcionalan	f	4	1	7	9	1	42	69
	%	3.6	.9	6.3	8.0	.9	37.5	4.5
Ukupno	f	28	2	13	14	3	47	112
	%	25	1.8	11.6	12.5	2.7	42	4.5
Majka prema oboljelom ispoljava								
Brak roditelja je procjenjen kao	emotivnu bliskost	ambivalentnost	hladan odnos	stroga	prezaštićuje	agresivnost	prekinula kontakt sa oboljelim	Ukupno
	f	30		5	3	7	2	
funkcionalan	%	27		4.5	2.7	6.3	1.8	42.3
	f	22	2	8	6	9	16	64
disfunkcionalan	%	19.8	1.8	7.2	5.4	8.1	14.4	57.7
	f	52	2	13	9	16	18	111
Ukupno	%	46.8	1.8	11.7	8.1	14.4	16.2	9
								100

Tabela 17. Emocionalni odnosi između oca i ispitanika: relacioni kontekst

Oboljeli je prema ocu							
Otac je prema oboljelom		emoc.topao	ambivalentan	ravnodušan	agresivan	nije u kontaktu	Ukupno
emot. topao	f	28			1		29
	%	24,6			,9		25,4
ambivalentan	f			1	2		3
	%			,9	1,8		2,6
hladan	f		7	2	3		12
	%		6,1	1,8	2,6		10,5
strog	f	1	8	1	2		12
	%	,9	7	,9	1,8		10,5
prezaštićuje	f	2		1			3
	%	1,8		,9			2,6
agresivan	f	1	5	1	40		47
	%	,9	4,4	,9	35,1		41,2
nije u kontaktu	f					8	8
	%					7	7
Ukupno	f	32	20	6	48	8	114
	%	28,1	17,5	5,3	42,1	7	100

Tabela 17. Emocionalni odnosi između majke i ispitanika: relacioni kontekst

Oboljeli je prema majci							
Majka je prema oboljelom		em.topao	ambivalentan	hladan	agresivan	nije u kontaktu	Ukupno
emoc. topla	f	49			4		53
	%	41,9			3,4		45,3
ambivalentna	f	1			2		3
	%	,9			1,7		2,6
hladna	f		6	3	4		13
	%		5,1	2,6	3,4		11,1
stroga	f	1	3	1	1		6
	%	,9	2,6	,9	,9		5,1
prezaštićujuća	f	16			4		20
	%	13,7			3,4		17,1
agresivna	f		1		20		21
	%		,9		17,1		17,9
nije u kontaktu	f					1	1
	%					,9	,9
Ukupno	f	67	10	4	35	1	117
	%	57,3	8,5	3,4	29,9	,9	100

Tabela 20. Bolesti i oboljeli članovi porodice

Članovi porodice boluju od (u%)											
Psihijatrijski hereditet u porodici		nisu bolesni	alkoholizam	alkoholizam, mentalna	mentalni poremećaji	narkomanija	epilepsija	suicid	suicid alkoholizam	bez podataka	Ukupno
	%	48,3									48,3
otac	f		43		2		1	2	2		50
	%		81,1		5,7		100	33,3	100		21,4
otac i brat	f		1								1
	%		1,9								,4
majka	f		1		8			1			10
	%		1,9		22,9			16,7			4,3
majka i brat ili sestra	f				7						7
	%				20						3
otac i brat ili sestra	f		2		2						4
	%		3,8		5,7						1,7
brat sestra	f		3		5	1		2			11
	%		5,7		14,3	100		33,3			4,7
baka ili deda	f		1		4						5
	%		1,9		11,4						2,1
supruga	f				5						5
	%				14,3						2,1
bez podataka	f									18	18
	%									100	7,7
oba roditelja	f		2	5	2			1			10
	%		3,8	100	5,7			16,7			4,3
Ukupno	f	113	53	5	35	1	1	6	2	18	234
	%	48,3	22,6	2,1	15	,4	,4	2,6	,9	7,7	100

Tabela 21. Psihijatrijska oboljenja u porodici i funkcionalnost braka roditelja

Od mentalnog poremećaja je/su oboljeli (koji čl.porodice?)	Brak roditelja je		Ukupno
	funkcionalan	disfunkcionalan	
svi su psih. zdravi	38	32	70
	65.5	37.2	48.6
otac	7	33	40
	12.1	38.4	27.8
otac i majka	1	7	8
	1.7	8.2	5.6
majka	2	4	6
	3.4	4.7	4.2
majka i brat ili sestra		6	6
		7	4.2
otac i brat ili sestra		1	1
		1.2	.7
brat i sestra		3	6
	5.2	3.5	4.2
baka ili deda	3		3
	5.2		2.1
supruga	1	1	2
	1.7	1.2	1.4
bez podataka	3		3
	5.2		2.1
Ukupno	58	86	144
	40.3	59.7	100

$$\chi^2=33.919, p=0.000$$

Tabela 24. Oboljeli s obzirom na kontinuitet psihijatrijskog liječenja

Oboljeli je odlazio psihijatru	f	%
redovno	15	6.4
povremeno	89	38
isključivo ili skoro uvijek prisilno (hospitalizovan)	56	23.9
bez podataka	9	3.8
nije liječen	65	27.8
Ukupno	234	100

Tabela 31. Oboljeli s obzirom na izvršena KDOS

Oboljeli je izvršio	f	%
krađa	4	1.7
teška krađa	5	2.1
razbojništvo	2	.9
produženo k.d.krađe, razbojništvo	1	.4
povrjedna groba	1	.4
neovlaštena proizvodnja i držanje opojnih sredstava	1	.4
izazivanje opšte opasnosti	29	12.4
nedozvoljeno držanje oružja i ekspl. sredstv.	1	.4
uništenje važnih objekata privrede	1	.4
napad na sl.lice u obavljanju dužnosti	5	2.1
laka tjelesna povrjeda	6	2.6
teška tjelesna povrjeda	8	3.4
nasilničko ponašanje	3	1.3
nasilje u porodici	23	9.8
pokušaj silovanja	1	.4
silovanje	2	.9
pokušaj ubistva	21	9
ubistvo	101	43.2
ubistvo i pokušaj ubistva	5	2.1
teško ubistvo	13	5.6
višestruko ubistvo	1	.4
Ukupno	234	100

Tabela 32. Žrtve oboljelog su

Žrtve su:	f	%
majka	28	11.9
otac	26	11.1
oba roditelja	12	5.1
supruga	16	6.8
majka sestra	2	.9
majka brat	3	1.3
otac, sestra	1	.4
sibling	4	1.7
djete	3	1.3
svekrva	2	.9
baka/deda	5	2.1
komsija	19	8.1
drug	31	13.2
nepoznata osoba	14	6.0
štitnik psih. bolnice	12	5.1
supruga, djete	3	1.3
čl.šire porodice	13	5.6
otac, dijete	1	.4
supruga, roditelji	2	.9
dva druga	1	.4
otac, komsija	1	.4
supruga, stric	1	.4
otac, maćeha	1	.4
izazvao materijalnu štetu	33	14.1
Ukupno	234	100

Tabela 33. Žrtve s obzirom na KDOS

Žrtva	KDOS	f	%
majka	ubistvo	16	60,07
	teško ubistvo	1	3,5
	pokušaj ubistva	2	7,1
	laka tjelesna povrjeda	3	10,7
	teška tjelesna povrjeda	1	3,5
	nasilje u porodici	5	17,8
	Ukupno	28	100
otac	ubistvo	17	65,4
	teško ubistvo	1	3,8
	pokušaj ubistva	3	11,5
	teška tjelesna povrjeda	1	3,8
	nasilje u porodici	3	11,5
Ukupno	26	100	
otac, djete	ubistvo	1	100
oba roditelja	ubistvo	5	41,7
	teško ubistvo	1	8,3
	nasilje u porodici	5	41,7
	Ukupno	12	100
otac, maćeha	ubistvo	1	100
supruga	ubistvo	8	50
	pokušaj ubistva	3	18,8

	laka tjelesna povrjeda	1	6,3
	nasilje u porodici	4	25
	Ukupno	16	100
majka sestra	ubistvo	2	100
majka, brat	ubistvo	1	33,3
	pokušaj ubistva	1	33,3
	ubistvo i pokušaj ubistva	1	33,3
	Ukupno	3	100
otac, sestra	pokušaj ubistva	1	100
brat ili sestra	ubistvo	1	25,0
	pokušaj ubistva	1	25,0
	laka tjelesna povrjeda	1	25,0
	nasilje u porodici	1	25,0
	Ukupno	4	100
supruga, djete	pokušaj ubistva	1	50
	silovanje	1	50
	Ukupno	2	100
supruga, roditelji	ubistvo	1	50,0
	ubistvo i pokušaj ubistva	1	50,0
	Ukupno	2	100
supruga, stric	ubistvo i pokušaj ubistva	1	100
dijete	ubistvo	1	33,3
	teško ubistvo	1	33,3
	pokušaj ubistva	1	33,3
	Ukupno	3	100
svekrva	ubistvo	2	100
baka/deda	ubistvo	2	40
	nasilje u porodici	3	60
	Ukupno	5	100
čl.šire porodice	ubistvo	6	46,2
	teško ubistvo	2	15,4
	pokušaj ubistva	3	23,1
	teška tjelesna povrjeda	1	7,7
	nasilje u porodici	1	7,7
	Ukupno	13	100
komšija	ubistvo	11	57,9
	teško ubistvo	2	10,5
	pokušaj ubistva	1	5,3
	laka tjelesna povrjeda	1	5,3
	nasilje u porodici	1	5,3
	krađa	1	5,3
	ubistvo i pokušaj ubistva	1	5,3
	Ukupno	18	100
drug/arica	ubistvo	14	45,2
	teško ubistvo	4	12,9
	ubistvo i pokušaj ubistva	1	3,2
	pokušaj ubistva	3	9,7
	teška tjelesna povrjeda	3	9,7
	silovanje	1	3,2
	pokušaj silovanja	1	3,2
	višestruko ubistvo	1	3,2
	Ukupno	32	100
štićenik psih. bolnice	ubistvo	7	58,3
	teško ubistvo	1	8,3
	teška tjelesna povrjeda	3	25,0
	teška krađa	1	8,3
	Ukupno	12	100
nepoznata osoba	ubistvo	5	35,7
	pokušaj ubistva	1	7,1
	razbojništvo	2	14,3
	napad na sl.lice u obavljanju dužnosti	4	28,6
	nasilničko ponašanje	2	14,3
	Ukupno	14	100

Tabela 35. Odnos između žrtve i oboljeloga s obzirom na njegovu psihijatrijsku dijagnozu

Dijagnoza		Odnos između oboljelog i žrtve						
		skladni	duži niz godina konfliktni	kratkotrajni konflikt	ljubomora	nepoznato lice	bez podataka	Ukupno
paranoidna sch	f	23	65	28	12	4	34	101
	%	27,7	76,5	32,6	15,8	4,5	42,5	100
hebefrena sch	f	2	3				1	6
	%	33,3	50				16,7	100
rezidualna sch	f	1		1		1	3	6
	%	16,7		16,7		16,7	50	100
simpleks (jednostavna) sch	f		1				1	2
	%		50				50	100
perzistentni poremećaj sa sumanutošću	f		1					1
	%		100					100
manično depresivna psihoza (bipolarno afektivni poremećaj)	f		4		1	1	2	8
	%		50		12,5	12,5	25	100
granični por.ličnosti	f				1		1	2
	%				50		50	100
shizoafektivni por.ličnosti	f	3	2	3				8
	%	37,5	25	37,5				100
por.ličnosti sa psihotičnim epizodama	f						2	2
	%						100	100
por.ličnosti sa psihotičnim epizodama, sindrom zavisnosti od alkohola	f						1	1
	%						100	100
laka mentalna retardacija	f		1			1	1	3
	%		33,3			33,3	33,3	100
laka mentalna retardacija sa psih.dekompenzacij om	f	3	2				4	9
	%	33,3	22,2				44,4	100
lmr uz epilepsiju	f		1					1
	%		100					100
zavisnost od alkohola	f	1	1	2			1	5
	%	20	20	40			20	100
zavisnost od alkohola, paranoidna sch	f			1	1		3	5
	%			20	20		60	100
psihoorg. razgradnja ličnosti, alkoholna geneza, alk.ljubomor	f	1	1		1		2	5
	%	20	20		20		40	100
psihoorganska razgradanja ličnosti usljed epi.	f	1			1		2	4
	%	25			25		50,0	100
Ukupno	f	35	82	35	17	7	58	234
	%	15	35	15	7,3	3	24,8	100

Tabela 37. Oružje izvršenja djela

Oboljeli je djelo izvršio	f	%
nož	77	32,9
sjekira	13	5,6
čekić	6	2,6
mašina za mljevenje mesa	1	,4
metalni đubravnik	1	,4
francuski ključ	2	,9
vile	2	,9
bajonet	2	,9
stolica/ormaric	9	3,8
kamenica	4	1,7
motka	7	3,0
pištolj	26	11,1
jastuk	2	,9
noge/ruke	42	17,9
šibice	14	6,0
kanap	1	,4
motika	3	1,3
testera	1	,4
bez podataka	3	1,3
ostalo	18	7,7
Ukupno	234	100,0

Tabela 45. Izlazak oboljelih na vikend i odlike saradnje članova porodice u liječenju oboljelog u sadašnjem trenutku

U sadašnjem trenutku u liječenju oboljelog čl.porodice saraduju	Ispitanik izlazi na vikend		Ukupno	
	da	ne		
stalna saradnja	f	26	17	43
	%	13.3	44.7	18.4
povremeno/ s prekidima	f	40	11	51
	%	20.4	28.9	21.8
izuzetno rijetko	f	13	3	16
	%	6.6	7.9	6.8
ne	f	115	7	122
	%	58.7	18.4	52.1
nepoznato	f	2		2
	%	1		.9
Ukupno	f	196	38	234
	%	83.8	16.2	100

$$\chi^2=25.574, p=0.000$$

Tabela 46. Izlazak oboljelih na vikend odustvo

Oboljeli vikende provodi kod	f	%
kod roditelja	19	8.1
brat/sestra	12	5.1
kod supružnika	1	.4
kod djece	3	1.3
rodaka	1	.4
na vikend ne izlazi	198	84.7
Ukupno	234	100

Tabela 48. Učestalost saradnje i saradnici-članovi porodice u liječenju oboljelog

Članovi porodice koji u sadašnjem trenutku saraduju u liječenju	U sadašnjem trenutku saradnja članova porodica u liječenju je					Ukupno
		stalna	povremena	izuzetno rijetka	nema	
niko ne saraduje	f				122	118
	f					
	%				52.1	52.1
oba roditelja	f	10	4			15
	%	4.3	1.7			6.4
oba roditelja i braća/sestre	f	3				3
	%	1.3				1.3
majka	f	8	11	2		24
	%	3.4	4.7	.9		10.3
otac	f	1	2	1		5
	%	.4	.9	.4		2.1
majka, brat/sestra	f	4	5			9
	%	1.7	2.1			3.8
brat/sestra	f	6	14	6		27
	%	2.6	6.	2.6		11.5
supruga	f	1	4	3		8
	%	.4	1.7	1.3		3.4
supruga, djeca	f		3			4
	%		1.3			1.7
supruga, djeca jedan od roditelja	f	2	1			3
	%	.9	.4			1.3
djeca	f		2	4		6
	%		.9	1.7		2.6
otac, djete	f		1			1
	%		.4			.4
roditelji, bake/dede	f	1	1			2
	%	.4	.4			.9
čl. šire porodice	f	3	3			6
	%	1.3	1.3			2.6
prijatelj	f	1				1
	%	.4				.4
bez podataka	f				2	2
	%				.9	.9
Ukupno	f	43	51	16	122	234
	%	18.4	21.8	6.8	52.1	100

$$\chi^2=522.477, p=0.000$$

Tabela 50. Predlozi za starateljstvo nad licem na izdržavanju mjere obaveznog psihijatrijskog liječenja i čuvanja

Za staratelja oboljelog predložen/a je	f	%
majka	30	12.8
otac	12	5.1
supruga	10	4.3
brat/sestra	23	9.8
dijete	5	2.1
poziv upućen većem broju čl. uže porodice	8	3.4
čl.šire porodice	5	2.1
centar za socijalni rad	43	18.4
nije upućen poziv	98	41.9
Ukupno	234	100

Tabela 51. Predloženo staratelji s obzirom na prihvatanje predloga

Za staratelja je predložen/a	Da li su prihvatili starateljstvo?				
		da	ne	nema predloga	Ukupno
majka	f	21	9		30
	%	9	3.8		12.8
otac	f	4	8		12
	%	1.7	3.4		5.1
supruga	f	2	8		10
	%	.9	3.4		4.3
brat, sestra	f	9	14		23
	%	3.8	6		9.8
dijete	f	3	2		5
	%	1.3	.9		2.1
više čl.uže porodice	f	3	5		8
	%	1.3	2.1		3.4
čl.šire porodice	f	2	3		5
	%	.9	1.3		2.1
soc.sluzba	f	43			43
	%	18.4			18.4
nije upućen predlog	f			98	98
	%			40.8	40.8
Ukupno	f	86	49	98	234
	%	36.8	23.1	40.8	100

$$\chi^2=287.217, p=0.000$$

Tabela 55. Model I. Lične odlike i predikcija KDOS

NEZAVISNE VARIJABLE	Zavisna varijabla: ubistvo				V
	I	II	III	IV	R ² =0.031-0.042, p>0.05
Obrazovanje (ref. osnovna škola)	R ² =0.02-0.027 p>0.05				
srednja	β=.422, Wald=2.111				β=.336 Wald=1.202
fakultet	β=-.544, Wald=-1.09				β=-.645, Wald=-1.388
Zanimanje (ref. nezaposleni)		R ² =.008-0.011, p>0.05			
zaposleni		β=.373 Wald= 1.572			β=.374, Wald=1.261
inv. penz.		β=.098, Wald=-.015			β=.048, Wald=0.011
Red rođenja (ref. najmlađi)			R ² =0.005-0.07, p>0.05,		
najstariji			β=.272 Wald=-.709		β=-0.029, Wald=0.006
jedinci (ref najmlađi)			β=-.062. Wald=.032		β=0.257, Wald=0.586
Bračno stanje (ref. nije u braku)				R ² =0.001, p>0.05	
u braku				β=.171 Wald=.194	β=.200, Wald=0.226

Tabela 56. Model II. Logistička regresija – porodične varijable

NEZAVISNE VARIJABLE	Zavisna varijabla: ubistvo						R ² =0.226-0.305, p>0.05 VII
	I	II	III	IV	V	VI	
Porodična (ref. disfunkcionalna) funkcionalnost	R ² =0.002, p>0.05						
porodica funkcionalna	β=0.167, Wald=0.228						β=-0.006, Wald=-0.032
Razvod roditelja (ref. razveli se u djetinjstvu oboljelog)		R ² =0.00, p>0.05					
nisu se razveli		β=-0.036, Wald=0.08					β=-0.106 Wald=-0.645
razveli se nakon		β=-0.008 Wald=0.008					β=-0.038, Wald=-0.234
Emocionalni odnos majke prema oboljelom (ref. emotivno vazana)			R ² =0.059-0.079, p>0.05				
ambivalentna			β=0.118, Wald=1.315				β=-0.038 Wald=-0.264
hladna			β=0.075, Wald=0.807				β=0.148 Wald=0.784
stroga			β=0.029, Wald=0.311				β=0.122 Wald=0.460
prezaštitnička			β=-0.107, Wald=1.130				β=-0.067 Wald=-0.291
agresivna			β=-0.126, Wald=1.324				β=-0.070, Wald=-0.490
Emoc. odnos oca prema oboljelom (emotivno vezan)				R ² =0.073-0.098, p>0.05			
ambivalentan				β=0.133, Wald=1.450			β=-0.009, Wald=-0.032
rigidan				β=-0.004, Wald=-0.037			β=0.131, Wald=0.584
prezaš				β=0.064, Wald=0.687			β=0.356 Wald=0.907
agres				β=0.076, Wald=0.661			β=0.013, Wald=0.102
prekinut kontakt				β=-0.186, Wald=-1.873			β=0.621, Wald=1.348
Emocionalni odnos oboljelog prema majci (ref. emotivno vezan)					R ² =0.083-0.129, p>0.05		
ambivalentan					β=-0.012, Wald=-0.130		β=-0.033 Wald=-0.137
hladan					β=0.139, Wald=1.543		β=0.088, Wald=0.399
agresivan					β=-0.921, Wald=-4.708*		β=-0.239 Wald=-0.755
prekinuo kontakt					β=-0.121, Wald=-1.358		β=-0.202 Wald=-1.640
Emocionalni odnos oboljelog prema ocu (ref. emotivno vezan)						R ² =0.03-0.041, p>0.05	
ambivalentan						β=-0.058, Wald=-0.531	β=-0.437 Wald=-1.201
hladan						β=-0.057, Wald=-0.567	β=-0.142 Wald=-0.767
agresivan						β=-0.921 Wald=4.807	β=-0.378 Wald=-0.894
prekinuo kontakt						β=-0.165, Wald=-1.641	β=-0.020, Wald=-0.152

Tabela 57. Model III. Logistička regresija- kriminalni recidivizam

NEZAVISNE VARIJABLE	Zavisna varijabla: ubistvo			R ² =0.084-0.144 p>0.05
	I	II	III	IV
kriminalni recidivizam (ref. izricane k. sankcije)	R ² =0.0014-0.019, p>0.05			
nisu izricane k. sankcije	β=0.351, Wald=1.288			β=0.276, Wald=.761
ranije nisu izricane mjere bezbjednosti (ref. izricane)		R ² =0.006-0.008, p>0.05		
nisu izricane		β=0.511, Wald=1.29		β=0.000 Wald=.000
KDOS zbog kojeg su ranije izrečene mjere bezbjednost (ref. ubistvo)		R ² =0.081-0.110, p>0.05		
nije izricana		β=-0.98, Wald=1.521		β=-0.98, Wald=1.521
silovanje		β=-22,707, Wald=0		β=-22,707, Wald=0
nasilje u porodici		β=-22.707, Wald=0		β=-22.707, Wald=0
im krim		β=-22.707, Wald=0		β=-22.707, Wald=0
ltp ttp		β=-0.811 Wald=0.311		β=-0.811 Wald=0.311
ugrožavanje javnog reda i mira		β=-22,707, Wald=0		β=-22,707, Wald=0

Tabela 58. Model IV. Logistička regresija – lični i porodični istorijat bolesti i liječenja

VARIJABLE NEZAVISNE	Zavisna varijabla: ubistvo							R ² =0.183-0.249 p≤0.05
	I	II	III	IV	V	VI	VII	
hereditet (ref. postoji)	R ² =0.006-0.008, p>0.05							
u porodici nema psih. poremećaja	β=0.326, Wald=1.441							β=0.611, Wald=3.662
dijagnoza (ref. sch)		R ² =0.058-0.079, p>0.05						
manično-dep.psihoza		β=-0.539, Wald=0.871						β=-0.529, Wald=0.583
Imr		β=-1.792, Wald=6.85**						β=-2.613, Wald=11.592**
alkoholizam		β=-1.099, Wald=2.738						β=-1.658, Wald=5.284**
psihoorganski sindrom		β=0.693, Wald=3.666*						β=1.659, Wald=4.457**
iskustvo prisilne hospitalizacije (ref. liječen prisilno)			R ² =0.042-0.057, p>0.05					
nije liječen			β=0.974 Wald=8.94**					β=2.208, Wald=10.724**
nije liječen prisilno			β=0.663, Wald=3.688**					β=0.926, Wald=5.615**
kontinuitet liječenja (ref. nije uzimao redovno terapiju)				R ² =0.006-0.008, p>0.05				
nije se liječio				β=-0.355, Wald=1.284				β=-0.854, Wald=1.641
redovno uzimao terapiju				β=0.044, Wald=0				β=-0.323, Wald=0.265
upotreba PAS (nije koristio PAS)					R ² =0.027-0.037, p>0.05			
Alkohol					β=-0.108, Wald=0.137			β=-0.435, Wald=1.591
Narkotike					β=20.59, Wald=0			β=-0.572 Wald=1.104
Oboje					β=-1.02, Wald=4.078**			β=-1.292, Wald=5.285*
samopovrijedjivanje (ref. samopov.se)						R ² =0.01-0.013, p>0.05		
nije se samopov.						β=-0.58, Wald=2.105		β=-0.579, Wald=1.104
pokušaj suicida (ref. pokušaj)							R ² =0.014-0.018, p>0.05	
nije se pokušavao ubiti							β=-0.619, Wald=2.977	β=-0.533, Wald=1.158

Tabela 59. Model V. Regresiona analiza – integrativni model

NEZAVISNE VARIJABLE	zavisna varijabla: ubistvo
	R ² =0.282-0.388 p≤0.05
Obrazovanje (ref. osnovna škola)	
srednja škola	β=-.200 Wald=.115
fakultet	β=-.013 Wald=.000
Bračno stanje (ref. nije bio u braku)	
u braku	β=-.502 Wald=.390
Hereditet (ref. postoji)	
u porodici ne postoji hereditet	β=-.796 Wald=2.021
Hereditet (ref. postoji)	
u porodici ne postoji hereditet	β=-.796 Wald=2.021
Odnos oca prema oboljelom (ref. emotivno vezan)	
ambivalentan otac	β=-21.736 Wald=.000
rigidan otac	β=-.482 Wald=.333
prezastitdummy	β=-.881 Wald=.320
agresivan otac	β=-2.223 Wald=7.030**
prekinut kontakt	β=-.483 Wald=.102
Odnos oboljelog prema majci (ref. emotivno vezan)	
ambivalentan	β=-.859 Wald=.691
hladan	β=-18.514 Wald=.000
agresivam	β=-1.005 Wald=2.326
prekinut kontakt	β=-22.273 Wald=.000
Dijagnoza (ref. sch)	
manično-depresivna psihoza	β=-1.260 Wald=1.383
laka mentalna retardacija	β=-1.893 Wald=1.097
alkoholizam	β=-.886 Wald=.326
psihoorganski sindrom	β=-.858 Wald=.265
Iskustvo prisilne hospitalizacije (ref. liječen prisilno)	
nije liječen	β=1.538 Wald=7.468**
nije liječen prisilno	β=.473 Wald=.805
Upotreba PAS (nije koristio PAS)	
alkohol	β=-.497 Wald=.576
narkotike	β=-.695 Wald=.427
oboje	β=-.497 Wald=.576
Recidivizam (ref. izricane krivične sankcije)	
nije krivično sankcionisan	β=-.146 Wald=.026

Biografija

Mr Milana Ljubičić rođena je 1978. godine u Glini, Republika Hrvatska. Studije sociologije je upisala 1996 godine na Filozofskom fakultetu, gdje je i diplomirala 2004. godine. Iste godine upisala je postdiplomske studije na Filozofskom fakultetu u Beogradu, na Odeljenju za sociologiju. Magistarsku tezu pod naslovom „Istraživanje sociopatoloških obilježja porodica maloljetnih prestupnika“ odbranila je 2009. godine (mentor prof dr Petar Opalić). Od maja 2005. zaposlena je kao asistent pripravnik na Odeljenju za sociologiju Filozofskog fakulteta u Beogradu, sa težištem istraživanja – Socijalna patologija. Izabrana je u zvanje asistenta 2009. godine. Radno je angažovana na predmetima Sociologija mentalnih poremećaja i Sociologija društvenih devijacija – kriminalitet, na Uvodu u sociologiju, Sociologiji omladine i Sociološkom praktikumu.

Прилог 1.

Изјава о ауторству

Потписани-а Милана Вуџић

број уписа _____

Изјављујем

да је докторска дисертација под насловом

Социопатолошки аспекти и жртима лица
судисних ка мјесте и чување у заштитну психијатријску
болницу

- резултат сопственог истраживачког рада,
- да предложена дисертација у целини ни у деловима није била предложена за добијање било које дипломе према студијским програмима других високошколских установа,
- да су резултати коректно наведени и
- да нисам кршио/ла ауторска права и користио интелектуалну својину других лица.

Потпис докторанда

У Београду, 28.6.2013.

Милана Вуџић

Прилог 2.

Изјава о истоветности штампане и електронске верзије докторског рада

Име и презиме аутора Милана Ђуђић

Број уписа _____

Студијски програм Сociолоџија

Наслов рада Сociолошки ефекти и дејства миса службених на људске

Ментор Проф. др Мирјана Бобит чулане - Заједнице - социјали
доклада

Потписани Милана Ђуђић

изјављујем да је штампана верзија мог докторског рада истоветна електронској верзији коју сам предао/ла за објављивање на порталу **Дигиталног репозиторијума Универзитета у Београду**.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци везани за добијање академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада.

Ови лични подаци могу се објавити на мрежним страницама дигиталне библиотеке, у електронском каталогу и у публикацијама Универзитета у Београду.

Потпис докторанда

У Београду, 28.6.2013.

Милана Ђуђић

Прилог 3.

Изјава о коришћењу

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Светозар Марковић“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду унесе моју докторску дисертацију под насловом:

Социјална мрежа Фейсбук и креативна лиценца музичких колекција и чувања у вези са музичком историјом и културом

која је моје ауторско дело.

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском формату погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију похрањену у Дигитални репозиторијум Универзитета у Београду могу да користе сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons) за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство
2. Ауторство - некомерцијално
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима
5. Ауторство – без прераде
6. Ауторство – делити под истим условима

(Молимо да заокружите само једну од шест понуђених лиценци, кратак опис лиценци дат је на полеђини листа).

Потпис докторанда

У Београду, 28.6.2013.

Mirjana Budinski

1. Ауторство - Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце, чак и у комерцијалне сврхе. Ово је најслободнија од свих лиценци.
2. Ауторство – некомерцијално. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела.
3. Ауторство - некомерцијално – без прераде. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела. У односу на све остале лиценце, овом лиценцом се ограничава највећи обим права коришћења дела.
4. Ауторство - некомерцијално – делити под истим условима. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца не дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада.
5. Ауторство – без прераде. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, без промена, преобликовања или употребе дела у свом делу, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела.
6. Ауторство - делити под истим условима. Дозвољаваате умножавање, дистрибуцију и јавно саопштавање дела, и прераде, ако се наведе име аутора на начин одређен од стране аутора или даваоца лиценце и ако се прерада дистрибуира под истом или сличном лиценцом. Ова лиценца дозвољава комерцијалну употребу дела и прерада. Слична је софтверским лиценцама, односно лиценцама отвореног кода.