

## PSIHOLOŠKO-PSIHIJATRIJSKI ASPEKT NASILJA

VLADO JUKIĆ i ALEKSANDAR SAVIĆ

*Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, Hrvatska*

*Nasilje je fenomen koji je obilježio ljudsku povijest od njenog samog početka i koji je područje od interesa za različite struke poput psihologije, prava, sociologije, kriminologije. Fenomen je to oko kojega, kao i oko razumijevanja agresivnog ponašanja općenito, postoje različiti prijevori, ali i fenomen koji se često shvaća u kontekstu postojanja duševnih poremećaja. Cilj ovoga pregleda nije psihijatrizacija nasilja i agresije nego u svom uvodu istaknuti različite poglede na agresiju i nasilje te naznačiti kako je agresivnost kod ljudi, iako se zasniva na istim (biološkim) procesima kao i kod životinja, modificirana čimbenicima kulture, etičkih normi i socijalne situacije. S obzirom na činjenicu postojanja agresivnog ponašanja u sklopu određenih duševnih poremećaja, kao i na percepciju javnosti o ulozi koju duševni poremećaji imaju u nasilju, ovaj rad donosi i kratak pregled značajki agresivnog ponašanja u okviru različitih psihijatrijskih dijagnostičkih kategorija.*

*Ključne riječi:* nasilje, agresivno ponašanje

*Adresa za dopisivanje:* Prof. dr. sc. Vlado Jukić, dr. med.

Klinika za psihijatriju Vrapče

Bolnička cesta 32

10090 Zagreb, Hrvatska

Tel: 01/3780 600; e-pošta: vlado.jukic@bolnica-vrapce.hr

### UVODNE NAPOMENE

Ne treba dvojiti da je naslov ovog članka „Psihološko-psihijatrijski aspekt nasilja“ pretenciozan i da ovu temu nije moguće elaborirati na desetak kartica teksta. Nameće se i pitanje ima li svaki oblik nasilja, odnosno svako nasilje, i svoj psihijatrijsko-psihološki aspekt. Odmah odgovorimo da, držeći se definicije da je nasilje, prema izvješću o nasilju i zdravlju Svjetske zdravstvene organizacije „namjerna uporaba fizičke sile ili moći, bilo da je ona realna ili potencijalna, protiv sebe, druge osobe, ili protiv grupe ili zajednice, koja rezultira ili s velikom vjerojatnošću može rezultirati ozljedom, smrću, psihološkom traumom, oštećenjem razvoja ili deprivacijom“ (WHO: „*World Report on Violence and Health*“), svako nasilje ima svoju psihološku dimenziju. No to ne znači da

svako nasilje, mada može imati, ima i psihijatrijski aspekt. To je naime bitno razlučiti već na samom početku, jer se vrlo često svakom agresivnom ponašanju i svakom nasilju daje psihijatrijsko obilježje. A to znači da se sve svodi na psihijatrijsko, odnosno bolesno (psihijatrijsko je ono što se bavi bolesnim - bolesnim psihičkim procesima; duševnim bolestima i poremećajima), a to bi onda, između ostalog, nasilnike vodilo ka ekskulpaciji.

Već i ovih nekoliko napomena upućuje na činjenicu da će ovdje biti moguće samo tek dotaknuti pojedine psihološke i psihijatrijske aspekte nasilja. No, nadamo se da će i to biti dovoljno da bi zainteresirani za šire i dublje proučavanje psihološko-psihijatrijskog aspekta nasilja mogli krenuti u pravom smjeru.

Treba dodati da ćemo se ovdje uglavnom usmjeriti na psihološko-psihijatrijski aspekt etiologije nasilja, a manje na psihološko-psihijatrijske posljedice nasilja. Ovim smo, evo, konstatali da nasilje može biti, i najčešće jest, pa i onda kada mu se uzroci ponajprije nalaze u socijalnom, potaknuto psihološko-psihijatrijskim procesima, ali i da posljedice nasilja mogu imati, i najčešće imaju negativne, psihološko-psihijatrijske posljedice.

## AGRESIJA I NASILJE

U definiranju agresije i nasilja potreban je multidisciplinarni pristup. Zato je prije govora o ovim fenomenima potrebno barem definirati okvir iz kojeg se oni promatraju. Jedan od takvih okvira je psihološko-psihijatrijski.

Agresija se kao fenomen, za razliku od nasilja, češće promatra i proučava u biomedicinskim i psihološkim kategorijama. Imanentna je i vezana uz ljude i životinje. S druge strane nasilje je vezano uz ljude i područje je interesa psihologije, prava, kriminologije, sociologije.

Dok je nasilje u pravilu vezano uz agresiju, svaka agresije se ne može svesti na nasilje. To je razlog zbog čega se potrebno osvrnuti i na problem agresije. O biološkim osnovama agresije riječ je u drugom članku (1). Zato će ovdje uglavnom biti riječi o drugim osnovama i aspektima agresije, a njezina biologija bit će eventualno spomenuta, ako je to nemoguće izbjeći.

Sam pojam agresija dolazi iz latinskog jezika (*ad-* + *gradi*) i znači kretati se naprijed, koračati. Dakle, u osnovi agresije, koja sada ipak ima negativnu konotaciju, nema ništa loše – normalno je i poželjno kretati se naprijed. Vjerojatno je iz ovog značenja danas sve češća upotreba pojma agresija u pozitivnom smislu. Tako se kaže da športaš mora biti agresivan, jer ako nije takav onda neće postići moguće i poželjne rezultate. Isto tako pozitivna konotacija agresiji pridaje se ako je ona prisutna u menadžera. Erich Fromm toj, pozitivno konotiranoj, vrsti agresije obraća veliku pozornost u svojoj „Anatomiji ljudske destruktivnosti“. On je naziva benignom agresijom, za razliku od maligne koje je negativna i koja može imati različite destruktivne učinke (2). Kada se govori o agresiji u pravilu se misli na namjerno fizičko agresivno ponašanje usmjereno prema drugoj osobi ili osobama, mada agresija može biti usmjerena, što često i jeste, i prema stvarima i predmetima. Uz pojam, ili bolje reći problem agresije veže se i namjera. Ako je netko drugoga ozlijedio ili oštetio neke predmete nenamjerno onda se za ponašanje koje je prethodilo tom činu ne upotrebljava pojam agresija, odnosno ne smatra se da je ono posljedica agresivnog ponašanja (čina), nego nesretnog slučaja. Ovaj pristup kvalifikaciji uzroka onoga što bi moglo biti posljedica agresije, posebno je složen u forenzičko-psihijatrijskim vještačenjima duševnih bolesnika - počinitelja takvih djela (kaznenih ili prekršajnih djela, ili kako se to kaže, ako se utvrdi da je počinitelj

bio neubrojiv, „onoga što ima obilježje kaznenog djela“). Agresivnost je pojam kojim se označava svojstvo onoga koji je agresivan, onoga što je agresivno, a agresor je onaj tko provodi agresiju.

Agresivnost je svojstvo ne samo čovjeka, nego i životinja. Agresivno ponašanje životinja u pravilu je reakcija na bilo kakvo ugrožavanje opstanka ili mjesta u hijerarhiji. Kod životinja je uz agresiju, a tako može biti i kod ljudi, mada su mehanizmi nastanka agresije kod ljudi puno složeniji, vezana aktivacija mehanizma „borbe ili bijega“, ovisno o procjeni opasnosti – „velika“ opasnost od jačeg protivnika, u okolnostima mogućnosti bijega, dovodi do bijega, odnosno „mala“ opasnost koja dolazi od nešto slabijeg neprijatelja, kojega bi se moglo svladati, ili ako nema mogućnosti bijega, dovodi do upuštanja u borbu.

Agresivnost je kod ljudi, iako se zasniva na istim (biološkim) procesima kao i kod životinja, modificirana čimbenicima kulture, morala i socijalne situacije.

Koliko i kako kultura, ma na kojem stupnju razvoja bila, utječe na agresivnost njezinih pripadnika, vidljivo je iz primjera nekih „primitivnih“ društava. Tako je agresivno ponašanje u Zuni Indijanaca (žive u američkoj državi New Mexico i još ih je 7000), u kojih su blagost, pomoć i suradnja osnovne značajke i kod kojih je afirmacija života primarna, gotovo nepoznato. S druge strane u destruktivnom društvu plemena Dobu, gdje vlada nepovjerenje i gdje se u svakome vidi potencijalnog neprijatelja, ono je često. Kao „nedestruktivno-agresivno društvo“ (pleme Manus) spominje se ono u kojem je prisutna tzv. muška agresivnost. Iako je rašireno mišljenje da je među ljudima primitivnih, plemenskih naroda, manje nasilja, nedavno je taj mit o „miroljubivom divljaku“ srušen – otkriveno je naime da je stopa ubojstava u nekim plemenima viša nego u razvijenim zemljama (3).

Značenje agresije i nasilja vidljivo je i iz činjenice da se praktički cijela povijest čovječanstva promatra kroz ratove, ubojstva, stradanja. Čini se da sve ono što nije agresivno, nije nezanimljivo, da je dosadno. Zato su mediji diljem svijeta, a posebno u nas gdje su i ozbiljne novine „požutjele“, puni izvješća o agresiji i nasilju i njihovim posljedicama. U svakom slučaju i ovdje treba navesti psihološku dimenziju medija na pojavnost i širenje agresije. Mediji su ti, a o tome su napisani mnogi članci i knjige, koji svojim odnosnom i svojim tretmanom problema agresije i nasilja u čitatelja potiču agresiju. Napisi i njihova oprema su često takvi da, iako naoko osuđuju nasilje, nasilje potiču, i to na dva načina. S jedne strane oštro se obračunavaju s nasilnicima na koje, uostalom, treba ići agresivno; na nasilje treba odgovoriti nasiljem, a s druge strane, napisi su takvi da pokazuju da se nasilje isplati: pred nasilnicima svi se miču, ostavljaju im slobodan put, nitko ih ne kažnjava. A odgovor onih koji se bore protiv nasilja na takve napise često je kontroverzan – prvo se traži strogo kažnjavanje počinitelja nasilja, a onda, kada i ako budu kažnjeni, mnogi

dižu glas protiv kažnjavanja tražeći razumijevanje, edukaciju, preodgoj. Udruge koje rade na prevenciji agresije i nasilja često vode pojedinci, barem se tako može iščitati iz mnogih njihovih medijskih istupa, kojima je ta aktivnost sredstvo promocije, pa čak i način dolaska do određenih novčanih sredstava.

Govoreći o uzrocima agresivnog ponašanja koje je u osnovi nasilja nemoguće je ne spomenuti nobelovca Konrada Lorenca, osnivača moderne etologije (znanosti o ponašanju životinja, ali i ljudi) po kome je agresija instinkt (4). Ona crpi snagu iz jednog živog izvora energije. U neutralnim centrima kumulira se energija te dolazi do eksplozija bez stimulusa („spontanost je ono što čini instinkt tako opasnim“). Po ovoj teoriji, koja je mnogima prihvatljiva i zato što nas eskulpira, nismo krivi što idemo prema nasilju i nuklearnom ratu, jer sve je uvjetovano biološkim čimbenicima koji su izvan naše kontrole. No, odmah treba dodati da čovjek nije samo biološko i nagonsko biće koje se ponaša samo instinktivno, nego da ljudskim ponašanjem upravljaju i drugi mehanizmi.

Zato i postoji niz teorija koje objašnjavaju fenomen agresije i nasilja. Ovdje nije cilj nabrajati i tumačiti sve te teorije, ali je ipak, prije uvida u uži psihijatrijski aspekt nasilja, potrebno spomenuti da je agresija najtemeljitiše proučavana s psihodinamskog i bihevioralno-kognitivnog stajališta te da su i teorije nastale u okviru tih učenja najpoznatije. Psihodinamska teorija temelji se na Freudovom učenju o nagonima i čovjekovoj težnji da ih zadovolji. Dva su osnovna nagona koja spominje Freud – konstruktivni eros koji se manifestira kao nagon za životom, rastom, reprodukcijom i razorni tanatos (nagon za smrću) koji raznim mehanizmima sve oko sebe nastoji destruirati. Prema psihodinamskoj teoriji agresija je mentalni fenomen koji se izražava u interpersonalnim odnosima, a odgovor je na neadekvatna vanjska i unutarnja pretjerana ograničenja ili nedostatke kontrole u postizanju zadovoljstva. Agresija, po ovoj teoriji, ne mora biti izražena bilo kojim oblikom psihomotorike – nesvjesni agresivni impulsi i želje mogu dovesti do jednake destrukcije kao i motorička aktivnost. Nesvjesnu agresiju prema roditeljima i okolini (a izraz je nezrelog ega) manifestira, npr. osoba koja se ne ponaša u skladu sa svojom kronološkom dobi pa kao tridesetpetogodišnjak živi s roditeljima, izležava se, ništa ne radi, traži džeparac. Psihodinamska teorija objašnjava i neadekvatne emocionalne reakcije usmjerene ka drugome umjesto fizičke reakcije (premještena agresija).

„Environmentalisti“, za razliku od „instinktivista“ tvrde da čovjekovo ponašanje oblikuje okolina, društvo i kultura u kojoj živi, a prosvjetitelji kažu da je čovjek po prirodi dobar i racionalan, da su za njegovo loše ponašanje krivi loši primjeri, odgoj, institucije. Na sličnom je tragu kognitivno-bihevioralno objašnjenje agresije. Agresivno ponašanje stječe se, kao i svi drugi oblici socijalnog ponašanja, promatranjem ili osobnim iskustvom. Čovjek

čini, osjeća i misli na način koji se pokazao uspješnim u postizanju onoga što želi. Ako agresijom dobiva ono što traži, bit će agresivan, a ako to dobiva podložnošću, bit će podložan, submisivan...

Korisno je, kao ilustraciju ljudske agresivnosti u kontekstu poslušnosti i uvjetima okolnosti, spomenuti dva ekperimenta. Prvi je onaj sa Sveučilišta Yale (Stenley Milgram, 1961.) kojim se potvrdilo da su studenti na zahtjev profesora nastavljali s mučenjem elektrošokovima sudionika u eksperimentu unatoč njihovom zapostavljanju i očitijoj boli (svega 35 % ispitanika je odbilo „davati“ elektrošokove - radilo se o lažnim šokovima, no oni to nisu znali! – kada su oni koji su im bili „podrvrgnuti“ počeli jaukati, zapomagati i moliti da prestanu...), a drugi, onaj sa Stanforda 1971, kada su sami ekperimentatori zaustavili pokus, jer su „stražari“ toliko maltretirali „zatvorenike“ da su ovi ozbiljno trpjeli. Prvi pokus bio je dizajniran tako da su ispitivači (studenti uključeni u pokus) na svaki netočan odgovor koji su davali ispitivani (studenti uključeni u pokus koji su dobili uputu da namjerno daju netočne odgovore) ispitivanim davali, „pojačavajući struju“ nakon novog netočnog odgovora, „elektrošok“. Ispitivani su se, glumeći da zaista dobivaju elektrošokove, grčili i zapomagali moleći ih da prestanu. Ispitivači su, iako nisu znali da se radi o glumi ispitivanih i lažnim šokovima, nastavljali. Njih 14 što je 35 % od svih „ispitivača“, nastavili su šokiranjem ispitivanih... U drugom pokusu ispitivani su „glumili“ zatvorenike i zatvorske stražare ne znajući da oni drugi nisu pravi zatvorenici, odnosno stražari. „Stražari“ su, kako je navedeno, pokazali svoje sadističko lice.

## DUŠEVNE BOLESTI I POREMEĆAJI KAO UZROČNICI AGRESIVNOG PONAŠANJA I NASILJA

Iako je među „normalnima“ znatno više nasilja, rašireno je mišljenje da su u osnovi agresivnog ponašanja duševne bolesti i poremećaji. Iako, dakle, tome nije tako, s obzirom da duševne bolesti ipak u pojedinim slučajevima mogu potaknuti agresivno ponašanje, pa i nasilje, dobro je o tome ovdje progovoriti (5,6).

Prije daljnjeg elaboriranja ovog problema dobro je napomenuti, jer je to jedino moguće, da se o pojmovima „duševne bolesti“ i „duševni poremećaji“ (često se pojam „duševni“ zamjenjuje pojmom psihički!?) još uvijek vode rasprave i po nekima oni su sinonimi, a po drugima riječi s različitim značenjima. U ovom članku pojam „duševna bolest“ upotrebljava se za sve ono što se podrazumijeva pod pojmom „prave, klasične duševne bolesti“ (npr. shizofrenija, psihoza, demencija...), a pod pojmom „duševni poremećaj“ ono što nema, barem se sada za nju ne zna, nikakvu biološku podlogu, odnosno za ono što i u svom nazivu po 10. reviziji bolesti i poremećaja Svjetske zdrav-

stvene organizacije naziva poremećajem (npr. poremećaji ličnosti) (7). Treba dodati i to da psihijatri uglavnom svojim interesom smatraju „prave duševne bolesti“, a „duševne poremećaje“, na neki način, ili barem neke od njih, drže područjem interesa nekih drugih struka.

### NASILJE DUŠEVNIH BOLESNIKA NA PRIMJERU HOSPITALIZIRANIH U KLINICI ZA PSIHIJATRIJU VRAPČE

Godine 2004. proveli smo u Klinici za psihijatriju Vrapče ispitivanje učestalosti obiteljskog nasilja hospitaliziranih bolesnika (8). U istraživanje je uključeno 523 bolesnika koji su bili na prijammim odjelima Klinike za psihijatriju Vrapče između 25. i 30. svibnja 2004. godine (u istraživanje nisu uključeni oni bolesnici koji su bili hospitalizirani na odjelima na koje se bolesnici nisu primali izravno iz prijamne ambulante). U analiziranom uzorku pacijenata bila je podjednaka raspodjela po spolu. Najviše ispitanika bilo je u dobi 41-50 godina, potom u skupini od 31 do 40 i 51-60 godina. Prva psihijatrijska dijagnoza u 44 % slučajeva bila je u kategoriji shizofrenija (F20-F29), na drugom mjestu je dijagnoza ovisnosti o alkoholu (16,7 %), na trećem mjestu je psihoorganski poremećaj (F00-F09), zatim kategorija anksiozni poremećaji i krizna stanja (5,6 %). Najveći broj pacijenata nije imao postavljenu drugu psihijatrijsku dijagnozu (83,3 %) Najučestalija druga dijagnoza bila je iz kategorije poremećaj ličnosti (3,8 %), zatim ovisnost o alkoholu, afektivni poremećaj (1,3 %) i duševna zaostalost (1,7 %). Od ukupnog broja promatranih 69 ili 13,0 % evidentirano je kao obiteljski nasilnici. Najveći broj hospitaliziranih bolesnika, njih 463 ili 87,0 % od ukupnog broja, prije dolaska u bolnicu nije pokazivao znakove agresije ili nasilja. U 5,6 % slučajeva intervenirala je policija.

U prikazu značenja pojedinih skupina psihijatrijskih bolesnika te njihovom opisu slijedit ćemo 10. reviziju bolesti i poremećaja Svjetske zdravstvene organizacije. Nećemo se upuštati u razmatranje svih pojedinih psihijatrijskih nozoloških entiteta, odnosno svih pojedinačnih psihijatrijskih bolesti ili poremećaja u kontekstu agresije i nasilja, nego ćemo značenje pojedinačnih bolesti promatrati u sklopu skupine bolesti u kojoj se nalazi. U pojedinim slučajevima, tamo gdje neka bolest ili poremećaj ima veću ulogu u nasilju, to će biti naglašeno.

I još jedna napomena. Rečeno je da je u agresiji, ipak, sadržana namjera da se nekome učini zlo. Kada je riječ o duševnim bolesnicima, treba naglasiti da u njihovom agresivnom i nasilničkom ponašanju često nema namjere u užem smislu te riječi. Iako posljedica (ozljeda, invalidnost, patnja...) može biti ista, općenito se drži da između agresivnog ponašanja psihotičnog i nepsihotičnog pojedinca postoji bitna razlika.

### ORGANSKI I SIMPTOMATSKI DUŠEVNI POREMEĆAJI (F00-F09)

U ovu skupinu duševnih poremećaja spadaju oni u čijoj osnovi je dokazana bolest mozga, ozljeda mozga ili neki drugi čimbenik, koji dovodi do disfunkcije mozga. Tu spadaju razne demencije (Alzheimerova demencija, vaskularna demencija, demencije kod ostalih moždanih bolesti, nespecifične demencije, amnestički sindrom ili delirij koji nije uzrokovan alkoholom i drugim psihoaktivnim tvarima, ostali duševni poremećaji izazvani oštećenjem i disfunkcijom mozga i fizičkom bolešću, poremećaji ličnosti i poremećaji ponašanja uzrokovani bolešću, oštećenjem ili disfunkcijom mozga i neoznačeni organski ili simptomski duševni poremećaji.

U našem članku „Neurobiologija agresivnosti i nasilja“ (1) opisani su neki od psihičkih poremećaja koji su u osnovi agresivnog ponašanja i nasilja, a koji bi se mogli klasificirati u navedenu skupinu organskih i simptomatskih duševnih poremećaja. S obzirom na taj opis, ovdje ćemo samo naznačiti one kategorije organskih poremećaja koje su najčešće i koje bi mogle imati kakvo-takvo značenje za ovu temu.

Najčešće poremećaji iz ove skupine su razne demencije. Osobe s demencijom, posebno onom uznapredovalog tipa, u pravilu ne predstavljaju veći problem glede agresije i nasilja (štoviše, danas se o ovim osobama govori kao vrlo čestim žrtvama raznih oblika nasilja!). Istina, osobe koje su i prije bile sklone nasilju u fazi početne demencije mogu biti agresivne ako im se suprostavlja zbog njihovog inzistiranja na rješavanju problema koji proizlaze iz njihove zaboravljivosti. Naime, nemajući pravog uvida u svoje stanje i okolnosti u kojima se nalaze, takvi bolesnici mogu, npr. u ponoć, kada su pošte i banke zatvorene, krenuti platiti račune pa ako ih se u tome neprimjereno sprječava, mogu reagirati agresivno i nasiljem. Strpljivim kanaliziranjem ponašanja ove kategorije bolesnika, kao i onih s amnestičkim sindromom ili delirijem, te onih s organskim afektivnim poremećajem, može se prevenirati njihova agresivnost i nasilnost. Posebno je važno spomenuti oboljele od epilepsije u kojih je došlo do demencije ili tzv. karakternih promjena koji mogu biti jako razdražljivi, a onda i agresivni.

### DUŠEVNI POREMEĆAJI I POREMEĆAJI PONAŠANJA UZROKOVANI UZIMANJEM PSIHOAKTIVNIH TVARI (F10-F19)

Ovisnici o psihoaktivnim tvarima, kao i oni koji nisu ovisni, ali su pod njihovim utjecajem, najčešći su nasilnici općenito i najčešći nasilnici među onima koji pate od duševnih bolesti i poremećaja. Prema nekim istraživanjima u našoj kulturi oko 80 % svih počinitelja nasilničkih kaznenih djela (onih protiv života i tijela) bilo je u vrijeme počinjenja toga djela pod utjecajem alkohola. Ovisnici ne



prezaju ni od čega da bi došlo do sredstva o kojem su ovisni. Ako im se bilo što ispriječi na putu, nastojeći tu prepreku premostiti, postaju agresivni. Zanimaju radne, obiteljske i društvene obveze samo da bi se dokopali alkohola ili droga. Intoksicirani, a intoksikacija dovodi do dezinhibicije agresivnih poriva, postaju nasilni prema članovima obitelji i okolini (9,10).

### SHIZOFRENIJA, SHIZOTIPNI I SUMANUTI POREMEĆAJI (F20-F29)

U ovu skupinu duševnih bolesti i poremećaja ubrajaju se shizofrenija, shizotipni poremećaj, perzistirajući sumanutni poremećaj, akutni i prolazni psihotični poremećaj, inducirana sumanutost, shizoafektivni poremećaj te ostali neorganski psihotični poremećaji i nespecifične neorganske psihoze.

Shizofrenija je, kao i druge psihoze, promatraču sa strane, ali i sama po sebi, iracionalna, daleka, nerazumljiva. Bolesnici su pod utjecajem sumanutih ideja i halucinacija i realitet vide iskrivljeno. Ponašajući se u skladu sa svojim psihotičnim doživljavanjima (sljedeći, npr. ono što im govore glasovi, bježeći o svojih umišljenih progonitelja i sl.) oni narušavaju uobičajene socijalne norme, krše pravila, povlače se u svoj psihotični svijet. U nekim slučajevima, ako im to diktira njihova patologija, ali i ako u strukturi njihove ličnosti postoje natruhe poremećaja ličnosti, mogu postati agresivni i nasilni. U pravilu je agresivno ponašanje i nasilje koje ova skupina duševnih bolesnika može manifestirati posljedica same bolesti (11-14). Urednim liječenjem ovih bolesnika (koje uvijek nije jednostavno, jer bolesnici mogu biti nekritični i bez uvida u svoju bolest pa zato mogu odbijati liječenje!) njihovo agresivno i nasilničko ponašanje može se otkloniti ili držati pod kontrolom, odnosno svesti u granice prihvatljivog rizika. Težina bolesti i disfunkcionalnost oboljelih od shizofrenije i sličnih poremećaja može sama po sebi dovesti do takve atmosfere u obitelji bolesnika koja može imati elemente nasilja, a članovi obitelji, odnosno okolina, mogu se osjećati kao da je nad njima učinjeno nasilje. Okolina također može živjeti u stalnoj strepnji ako ti bolesnici veliki dio vremena funkcioniraju na rubu dekompenzacije. Najdrastičniji oblik nasilja ovih bolesnika može se manifestirati, iako je to rijetko, u obliku njihovog ataka na tijelo i život drugih, ali i samoubojstvo (15, 16).

### AFEKTIVNI POREMEĆAJI (POREMEĆAJI RASPOLOŽENJA) (F30-F39)

U afektivne poremećaje ili poremećaje raspoloženja spadaju manična epizoda, bipolarni afektivni poremećaj, depresivna epizoda, povratni depresivni poremećaj, perzistirajući afektivni poremećaji te ostali i neoznačeni afektivni poremećaji.

Bolesnici u maničnom stanju mogu biti agresivni, posebno kada im se, a to se katkada mora činiti, osporavaju

njihove ideje i nakane i kada im se priječi realizacija njihovih sumanutih ideja. Hipomanični bolesnici, iako rijetko, samim svojim ponašanjem i „bijegom“ preko granica socijalno prihvatljivog, mogu na neki način nad drugima činiti nasilje. S druge strane, bolesnici koji pate od depresije u pravilu nisu nasilni, mada, ako se radi o blažim depresijama s obilježjima disforije, mogu biti „teški“ pa njihova okolina može osjećati (ponekad i pasivno) nasilje nad sobom. I strah okoline da bi bolesnik koji pati od depresije, posebno ako je to već pokušao, mogao počinuti suicid može se doimati kao određena vrsta nasilja. Duboko depresivni bolesnici, oni čija depresija ima psihotična obilježja, mogu pokušati, pa čak i realizirati, tzv. „prošireni suicid“. Uvjereni da im slijedi velika patnja, odnosno osjećaj krivnje psihotičnih kvaliteta (npr. da je krivac za patnju mnogih ljudi zbog čega i sam mora odgovarati i patiti), mogu proširenim suicidom (ubojstvom npr. svoje djece i samoubojstvom) pokušati prevenirati te neizdržive patnje (17).

### NEUROTSKI, POREMEĆAJI, VEZANI UZ STRES I SOMATOFORMNI POREMEĆAJI (F40-F49)

Neurotski poremećaji povezani sa stresom i somatoforni poremećaji su fobični i ostali anksiozni poremećaji, opsesivno kompulzivni poremećaj, reakcije na teški stres i poremećaji prilagodbe (među kojima je i PTSP) te disocijativni i somatoforni poremećaji i konačno ostali neurotski poremećaji.

Ova populacija psihijatrijskih bolesnika u pravilu je slična općoj populaciji pa ono što glede nasilja vrijedi za opću populaciju, vrijedi i za ovu kategoriju psihički alteriranih osoba. Treba ipak dodati da oboljeli od posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP-a) mogu i znaju biti nasilni. U svojoj izmučenosti s posljedicama pretrpljenog stresa oni znaju biti rezignirano-sarkastični, a onda i nasilni. Zbog izrazito niskog praga tolerancije na frustracije ti bolesnici mogu na mali povod reagirati vrlo burno i s agresijom, a posljedice mogu biti vrlo nepovoljne. Posebno agresivni i nasilni mogu biti ako se dogodi da se uz osnovni poremećaj, PTSP, razvije i ovisnost o alkoholu i drogama (18).

### BIHEVIORALNI SINDROMI VEZANI UZ FIZIOLOŠKE POREMEĆAJE I FIZIČKE ČIMBENIKE (F50-F59)

U ovu skupinu poremećaja ubrajaju se poremećaji hranjenja, neorganski poremećaji spavanja, seksualne disfunkcije koje nisu uzrokovane poremećajima ili bolestima, duševni poremećaji i poremećaji ponašanja u svezi s babinjama, psihološki i bihevioralni čimbenici u svezi s drugim poremećajima i bolestima, zloraba stvari koje ne izazivaju ovisnost te psihogena fiziološka disfunkcija. Ni

ova kategorija psihičkih poremećaja nema neko posebno značenje u odnosu na opću populaciju ili druge opisane poremećaje pa je nećemo posebno opisivati.

### POREMEĆAJI LIČNOSTI I PONAŠANJA ODRASLIH (F60-F69)

U poremećaje ličnosti spadaju specifični poremećaji ličnosti (paranoidni, shizoidni, disocijalni, histrionski, anksiozni/izbjegavajući poremećaj ličnosti, emocionalno nezrela i ovisna ličnost te ostali specifični i neoznačeni poremećaji ličnosti), miješani i ostali poremećaji ličnosti, trajne promjene ličnosti koje se mogu pripisati oštećenju ili bolesti mozga, poremećaji navika i nagona (u koje, između ostalih, spadaju patološka sklonost kockanju, potpaljivanju vatre, krađi), poremećaji uloge spola, poremećaji seksualne sklonosti, psihološki poremećaji i poremećaji ponašanja povezani sa seksualnim razvojem i orijentacijom te ostali i nespecifični poremećaji osobnosti i ponašanja odraslih (19).

U ovu skupinu poremećaja spadaju najčešći počinitelji agresivnih djela i nasilja. Posebno se kao nasilnici izdvajaju osobe s tzv. disocijalnim, odnosno asocijalnim i antisocijalnim poremećajem ličnosti. To su one osobe koje su u starijoj psihijatrijskoj literaturi označavane kao psihopati. Njihove osnovne karakteristike se ogledaju u egocentričnosti, tendenciji i da se njihovi prohtjevi, želje, intencije zadovolje odmah, bez odgađanja i bez obzira na posljedice. Viši (etički) socijalni nagoni su slabo izraženi. Često reagiraju impulzivno, agresivno, nasilni su. U njih je uočljiv nedostatak empatije, nisu se kadri unijeti u poziciju drugog i emocionalno osjetiti tuđu bol. Oni ne doživljavaju svjesni osjećaj krivice, a svoje ponašanje uvijek racionaliziraju. Osnovno raspoloženje im je disforično. Izrazito im je nizak prag tolerancije na frustracije. Oni manjkavo testiraju realitet te iz vlastitog (lošeg) iskustva nisu kadri izvući pouku za budućnost. I osobe s dugim poremećajima ličnosti također mogu pokazivati natprosječnu agresivnost pa su česti među onima koji čine bilo kakvo nasilje. Osobe s graničnim poremećajem ličnosti znaju upasti u disforično stanje koje može biti pogubno samo za njih ili za okolinu. Često su nasilnici oni s narcističkim poremećajem ličnosti (oni su često psihološki zlostavljači!). Osobe s paranoidnim poremećajem mogu do iznemoglosti optuživati druge za ovo ili ono provodeći nad drugima kontinuirano nasilje psihičko, ali i fizičko nasilje. Seksualni, ali i agresivni nasilnici su često oni u kojih je izražen poremećaj seksualne sklonosti.

### DUŠEVNA ZAOSTALOST (F70-F79)

Duševna zaostalost dijeli se na laku, umjerenu, tešku i duboku duševnu zaostalost te ostalu i nespecifičnu duševnu zaostalost. Zbog pomanjkanja testiranja realiteta i soci-

jalizacije svojih nagonskih i socijalnih težnji, kategorija osoba s tim poremećajima može biti agresivna i nasilna, no u pravilu to nije veći problem. Dok oni s dubokom mentalnom zaostalošću mogu eventualno samo manifestirati jednokratani agresivni čin (veći je problem njihova autoagresivnost), dotle oni s blagom zaostalošću mogu biti kronično nasilni. Odgojne metode su te kojima se prevencija i razrješava agresivnost i nasilje osoba s duševnom zaostalosti (20).

### POREMEĆAJI PSIHOLOŠKOG RAZVOJA (F80-F89)

U poremećaje psihološkog razvoja spadaju specifični poremećaji razvoja govora i jezika, specifični razvojni poremećaji vještina učenja i formalnih (školskih) znanja, specifični poremećaji razvoja motoričkih funkcija, specifični miješani razvojni poremećaji, pervazivni razvojni poremećaji te ostali i nespecifični poremećaji psihološkog razvoja. Ovi poremećaji nemaju većeg utjecaja na agresivno i nasilničko ponašanje.

### POREMEĆAJI U PONAŠANJU I OSJEĆAJIMA KOJI SE POJAVLJUJU U DJETINJSTVU I ADOLESCENCIJI (F90-F99)

U poremećaje u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji spadaju hiperkinetski poremećaj, poremećaji ponašanja, miješani poremećaji ponašanja i osjećaja, emocionalni poremećaji koji se pojavljuju osobito u djetinjstvu, poremećaji u socijalnom funkcioniranju s početkom specifičnim za djetinjstvo ili adolescenciju, ostali poremećaji u ponašanju i osjećajima koji se pojavljuju u djetinjstvu i adolescenciji te mentalni poremećaji nesvrstani drugamo. Ovi poremećaji mogu imati značajnu ulogu u nasilju i agresiji prema drugima. Vrlo često se ovi poremećaji u odrasloj dobi manifestiraju kao disocijalni poremećaj ličnosti.

### ZAKLJUČNA NAPOMENA

Psihološko-psihijatrijski aspekt nasilja promatra se u kontekstu nasilja koje provode duševni bolesnici, odnosno osobe s psihičkim poremećajima. Iako je opće rašireno mišljenje da su „pravi“ duševni bolesnici najčešći nasilnici, tome nije tako. Posebno nasilna kategorija osoba s psihičkim poremećajima (što znači da se ne radi o „pravim“ duševnim bolesnicima) su osobe s poremećajima ličnosti, posebno oni s disocijalnim, graničnim i paranoidnim poremećajem. S obzirom da je strukturu ličnosti u tih osoba teško promijeniti (iako na tome treba raditi), bolji način prevencije nasilja je educirati kako izbjeci ove osobe.

## LITERATURA

1. Savić A, Jukić V. Neurobiologija agresivnosti i nasilja. Soc Psihijat 2014; 43: 109-113
2. Fromm E. The Anatomy of Human Destructiveness. 1. izd. Holt, Henry & Company, Inc. 1992.
3. Kelley LH. War Before Civilization. 1. izd. Oxford: Oxford University Press. 1996.
4. Lorenz K. On aggression. San Diego: Harcourt Brace, 1963.
5. Monahan J, Arnold J: Violence by people with mental illness: a consensus statement by advocates and researcher. Psychiatr Rehabil J 1996; 19: 67-70.
6. Monahan J. Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence: Am Psychol 1992; 47: 511-21.
7. Svjetska zdravstvena organizacija. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja MKB 10: Klinički opisi i dijagnostičke smjernice. Deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada, 1999.
8. Mužinić L, Jukić V, Majdančić Ž, Križaj A. Psihijatrijski bolesnik i nasilje u obitelji. Soc Psihijat 2008; 36: 23-8.
9. Ajduković M. Određenje i pojavnici oblici nasilja u obitelji. U : Ajduković M, Pavleković G. Nasilje nad ženom u obitelji, Društvo za psihološku pomoć, Zagreb, 2004, 13-19.
10. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse and community violence: An epidemiological approach. U: Monahan J, Steadman JW, eds. Violence and mental disorders: Development in risk assessment. Chicago: University of Chicago Press, 1994. 101-36.
11. Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. Acta Psychiatr Scand Supplementum 2000; 102: 63-7.
12. Rice ME, Harris GT. Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse, and violent recidivism. Int J Law Psychiatry 1995; 18: 333-42.
13. Mulvey E. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. Hosp Comm Psychiatry. 1994; 45: 663-8.
14. Krakowski M, Jaeger J, Volavka J. Violence and psychopathology. A longitudinal study. Comprehens Psychiatry 1988; 29: 174-81.
15. Douglas KS, Hurt SD. Major mental disorder and violent behaviour: A meta-analysis of study characteristics and substantive factors influencing effect size- poster presented at the biennial meeting of the American Psychology-Law Society, Hilton Head, SC, 1996.
16. Binder RL, McNail DE. Effects of diagnosis and context on dangerousness. Am J Psychiatry 1988; 145: 728-32.
17. Monahan J. The clinical Prediction of Violent Behavior. Rockville, NIMH, 1981.
18. Jukić V, Muačević V. Posttraumatski stresni poremećaj. U: Muačević V, ur. Psihijatrija, poglavlje 52. Zagreb: Medicinska naklada, 1995, str. 83-588.
19. Jukić V. Poremećaji ličnosti i njihovo značenje u suvremenoj medicini. U: Ličnost, tjeskoba i depresija u suvremenoj medicini, „Mostarska psihijatrijska subota“ 1. Zagreb: Pro Mente d.o.o., 2006.
20. Hodgins S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1992; 49: 476-83.

## SUMMARY

### PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC ASPECT OF VIOLENCE

V. JUKIĆ and A. SAVIĆ

*Vrapče University Psychiatric Hospital, Zagreb, Croatia*

*Violence is a phenomenon marking human history from its beginning and a subject of interest in different fields like psychology, law, sociology, and criminology. It is a phenomenon that, like understanding of aggressive behavior in general, causes controversies, but also a phenomenon that is often understood in the context of the presence of mental disorders. The aim of this overview is not psychiatrization of violence and aggression, but to emphasize different views on aggression and violence and to stress that aggression in humans, even though it depends on the same (biologic) processes as in animals, is modified by culture, ethical norms and social situation. Because of the fact of the presence of aggressive behavior in certain mental disorders, as well as of general perception of the role that mental disorders play in violent behavior, this paper also shortly reviews the characteristics of aggressive behavior in different psychiatric diagnostic categories.*

*Key words:* violence, aggressive behavior