

Улога психијатрије у третману насиља у породици

Петар Настасић¹, Јасна Хрнчић², Мирослав Бркић³

Факултет политичких наука, Универзитет у Београду, Београд, Србија

КРАТАК САДРЖАЈ

Циљ рада био је преиспитивање улоге психијатрије у третману насиља у породици у светлу савремених налаза и приступа. Постоје предрасуде у општој и стручној јавности да насилне акте у породици највећим делом врше ментално поремећени појединци, те да је психијатрија примарно задужена за њихов третман. Истраживања показују да тешки ментални поремећаји не повећавају ризик од насиља. У раду се дискутује примереност класичног психијатријског приступа за третман насиља у породици, као и улога коју психијатрија има у савременим теоријским и терапијским приступима овом проблему, укључујући системску породичну терапију, социјалну екологију, присилну терапију и модел заштите жртава породичног насиља који је развијен у Србији.

Кључне речи: злостављање; психијатрија; ментални поремећаји; системски приступ; еколошки приступи; присилна терапија

УВОД

Степен и раширеност злостављања и насиља у породици навела је готово све државе света да озбиљно и организовано траже одговоре и решења ових проблема [1, 2, 3]. Иако су најекстремнији случајеви малобројни, број „умерених“ или „блажих“ случајева партнерског насиља, насиља над децом, злостављања, запуштања и злоупотреба деце заиста је превелики. Физичко кажњавање деце свакодневна је појава у 13,3%, а честа у 21,1% држава [4]. Забележено је да су 2009. године у Сједињеним Америчким Државама 693,194 детета била жртве злостављања и занемаривања, што је 0,9% популације [5]. Истраживање жртава криминала у САД процењује да је око 875.000 жена доживело насиље (убиства су била искључена) од стране емоционалног партнера, а да је у периоду 1981–1998. године чак 28.991 жену убио њен садашњи или бивши партнер [6]. С друге стране, насиље над супругом независна је појава у 73% држава у свету [4].

Несумњива је преокупираност јавности људском агресијом и насиљем, који су препознати у свим временима и у сваком друштву [7]. Агресија се најчешће одређује као застрашујуће и/или повређујуће понашање којем, по правилу, није циљ уништење противника, већ други исход који се постиже таквим понашањем. Постоји као стратегија решавања проблема код свих сисара [8]. Насиље се дефинише као патолошка агресија у којој учињена повреда превазилази оквире прихватљивог, тј. понашање је непотребно и претерано агресивно и/или ненормално деструктивно [9]. У основи злостављања налазе се агресија и насиље, који се јављају у свим слојевима друштва. Најугроженији чланови породице су деца, жене, старе и немоћне особе, над којима насилници нај-

чешће имају моћ и контролу. Раздвајање и развод често не доводе до прекида насиља. Извршилац, по правилу, настоји да изолује породицу и своје (не)дело задржи у тајности, како би избегао санкције. Преношење насиља из генерације у генерацију је честа појава.

Жртве неретко окривљују себе због насиља, у складу с насилниковим виђењем ситуације. Жене које су преживеле насиље често немају храбрости да отворено говоре о томе због претњи, порицања насилника и неповерења које имају чак и према блиским пријатељима [10].

НАСИЉЕ, ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ И ПСИХИЈАТРИЈА

Налази савремених истраживања показују да ментално оболели нису насилнији од ментално неупадљивих [11, 12, 13]. Мало је насилних инцидената које изврше оболели од психијатријских болести [14]. Монахан (*Monahan*) и сарадници [15] показују да је само 10% случајева злостављања проузроковано тешким менталним поремећајима. Према истраживању Свонсона (*Swanson*) [16], тзв. обухватни популациони приписани ризик од физичког насиља не разликује се значајније код оних с тешким менталним поремећајима (4,3%) у односу на општу популацију (5%). Међутим, ризик од насиља би био смањен за више од трећине (34%) када би се елиминисали зависници од психоактивних супстанци (ПАС). Истраживање Елбогена (*Elbogen*) на узорку од скоро 35.000 људи, изведено у две етапе (2001–2003 и 2004–2005), приказује однос између менталног стања, насилног понашања и коришћења ПАС [13]. У првој процени код 11% испитаника дијагностикован је

Correspondence to:

Petar NASTASIĆ
Fakultet političkih nauka
Jove Ilića 165, 11040 Beograd
Srbija
petar.nastasic@fpn.bg.ac.rs;
p.nastasic@gmail.com

ментални поремећај (укључујући шизофренију, биполарни поремећај и велику депресију), код 21,4% злоупотреба, односно зависност од ПАС, док су код 9,4% установљени тежак ментални поремећај и зависност од ПАС. У другој процени учесници су испитивани о свом насилном понашању у периоду између два интервјуа. Постојање менталне болести није било предиктор насилности. Само код 2,9% особа с менталним поремећајима утврђено је и да су вршили насиље. С друге стране, када је код ових испитаника дијагностикована и злоупотреба (зависност) од ПАС, ризик од насилности се код њих повећао на 6,9%. Сличне резултате добили су Стедман (*Steadman*) и сарадници [14], односно Еплбаум (*Applebaum*) и сарадници [12]. Преваленција насилног понашања код особа с тешким психијатријским поремећајима била је иста као и код оних без поремећаја. Међутим, зависност од ПАС је двоструко повећала ризик од насиља. Због разорног дејства који злоупотреба (зависност) од ПАС има на оболелог и околину, један од стратешких праваца за превенцију насиља јесте правовремено препознавање и лечење особа с овим проблемима [17, 18, 19].

Чак и када је ментално оболела особа извршила насиља, његов поремећај обично није узрочни фактор [7]. Криминал и насиље су код њих, као и у општој популацији, удружени с истим бројним биолошким, психодинамским и социјалним факторима [20], као што су квалитет социјалног живота и интеракција у непосредној средини [21], а посебно узајамне претње, непријатељства и финансијска зависност у породици [18, 22]. Насилна понашања треба схватати као последице социјалних, културолошких и персоналних притисака који могу покренути појединца на извршење насиља, а не као понашања у чијој су основи психијатријски поремећаји [7].

Упркос многим и јасним налазима који говоре другачије, постоје предрасуде у друштвеној и стручној јавности да насилне акте у породици највећим делом врше ментално поремећена лица. Када су у Институту за ментално здравље у Београду започете прве едукације стручњака за примену програма за заштиту деце од злостављања [2, 23], један део едукованих експлицитно је захтевао да злостављачи буду дијагностиковани као психијатријски оболели и као такви лечени. Скоро до самог краја едукације истрајавали су на кључном значају психијатрије за одговарајућу заштиту.

Шта су корени таквих широко распрострањених перцепција и уверења? Постојање, подржавање и толерисање испољавања „извесног степена“ агресивности у свакодневном животу већине људи као да ствара уверење да насиље, као патолошка агесија, може настати једино као последица менталне патологије. Ово веровање је подстакнуто филмским приказима убица и драматизацијама реалног живота у медијима, које нас исцрпљују својом узнемирујућом учесталошћу, повећавајући страх од случајног, неразумног и непредвидљивог насиља. Преувеличавање повезаности између тешких психијатријских поремећаја и насилности доводи до продубљивања стигматизације

којом је већ прожет живот ових људи, а тиме и до преувеличавања опасности коју они представљају за друштво [3]. Истраживања показују да су они пре жртве него извршиоци насиља. Роуз (*Rose*) и сарадници [24] извештавају да је од 39 одраслих жена које су биле на интензивном болничком лечењу 59% било сексуално, а 62% телесно злостављано. Истраживање Каскардија (*Cascardi*) и сарадника [25] показало је да је од 69 одраслих хоспитализованих психијатријских болесника оба пола који су одржавали односе с породицом или емоционалним партнером, 63% било телесно злостављано од стране партнера, а 46% од стране чланова породице, док их је 29% доживело породично насиље у последњој години.

Да ли злостављање и насиље могу бити засебни ментални поремећаји? Насиље и злостављање у породици јесу могући симптоми широког опсега менталних поремећаја. Да би се могла дати дијагноза менталног поремећаја, потребно је да постоји неколико симптома и да се испуне други услови прописани важећим класификацијама [26, 27]. Идеја да се они схвате као поремећаји има корена у вредносном значењу који им дајемо с обзиром на бол и патњу које доносе жртвама. Вејкфилд (*Wakefield*) [28] указује на то да термин „ментални поремећај“ носи у себи како вредносно одређење одступања од пожељног, тако и објективно тумачење дисфункције, као неспособности унутрашњег механизма да изведе своју природну функцију. Будући да насиље не подразумева постојање дисфункције, само вредносно одређење није довољан разлог за постављање психијатријске дијагнозе. С обзиром на то да не постоје убедљиви разлози да насиље и злостављање сврстамо у менталне поремећаје, можемо их схватити као поремећаје социјалног понашања [23, 29].

Уколико злостављање и насиље нису ментални поремећаји, да ли су предмет психијатрије? Психијатријски приступ се заснива на медицинском моделу болести у којем је жижа интересовања на појединцу, дијагностиковању индивидуалних поремећаја, истраживању његових узрока и лечењу. Када се установе симптоми насиља, али не и поремећаја, могуће је применити овај модел лечења уколико особа прихвати социјалну улогу болесника. Парсонс (*Parsons*) сматра да улога болесника подразумева: прихватање неспособности особе да се брине о себи, легитимно ослобађање од обавеза, тражење компетентне помоћи и сарадњу ради оздрављења, право на легитимно саосећање других, неодговорност за настало стање, али и одговорност за излечење [30]. Међутим, насилници најчешће не сматрају да су неспособни да се брину о себи, не траже помоћ, не сарађују у излечењу, у односу на њих најчешће изостаје саосећање других, док се насилник сматра одговорним за своје насилништво, што значајно отежава примену медицинског модела. Психијатријски терапијски поступци имају одређену успешност у лечењу агресивности код особа с уобичајеним психијатријским болестима и поремећајима, али нису довољни за „чисте“ случајеве насиља у породици [31].

Откуд онда очекивање од психијатрије да „решити проблем насиља у породицама“? Насилници се, као и психијатријски болесници, доживљавају као сметња у успостављању друштвене хармоније због свог непредвидљивог и неприхватљивог понашања [30], што изазива страх околине који се неретко преобраћа у агесију. Отуда и даље постоји хипертрофично тражење извршне улоге психијатрије, коју је она неко време прихватала, лишавачући појединце слободе [32]. С друге стране, савремена подршка правима и личним слободама грађана, супротстављање стигматизацији и психијатризацији мањина доводи до напада на психијатрију као „дежурног кривца“. Међутим, како Муњиза [33] констатује, „садашњи друштвени тренутак у савременом свету добија и обележје смањивања значаја психијатрије“.

НАСИЉЕ КАО ДЕО СИСТЕМСКИХ ПРОЦЕСА

Настанак девијантних појава, а самим тим и насиља, посматран је прво са становишта „индивидуалне патологије“ [34, 35]. Временом су пажњу теоретичара и практичара све више заокупљали реципрочни утицаји између појединца и група којима припадају [36, 37]. Системска перспектива показује да свака група има историју, развој, обележја, структуру и динамику која се не може свести на индивидуални ниво разумевања [38]. Међуодности у оквиру групе се сагледавају са становишта тзв. циркуларне каузалности, у којој постоји условљеност и међузависност свих чланова система [39, 40]. Насиље се види као производ системских процеса у породици који обухватају све њене чланове, а не само жртву и насилника [41]. Породица производи специфичне позитивне повратне спреге у којима се понашање развија и одржава, јер доводи до добити. Такође, развија и негативне повратне спреге, које одвраћају од одређених понашања. Насилник може бити подстакнут да настави са насиљем или да га прекине. Понашање засновано на насиљу учи се у детињству и непрестано учвршћује кроз свакодневне интеракције и медије.

Како је понашање у породици међусобно условљено, не може се говорити о једностраној контроли једног члана над другим члановима породице [42], па тиме ни о апсолутној немоћи жртве и тоталне моћи насилника над породичним системом. Другачије виђење личне одговорности подстакнуто је радовима Хејлија (*Haley*) [43], једног од оснивача стратешке породичне терапије, који је веровао да је моћ главни фактор у свим међуљудским односима. Он односе међу људима види као текућу борбу за статус и контролу, а терапијску праксу као сет маневара, контраманевара и стратегија између терапеута и клијента ради успостављања контроле. Одговорност и моћ терапеута су у подстицању промена у систему. Терапеути из тзв. Миланске школе [42] даље су развијали овај приступ, наглашавајући значај разлика у моћи у међуљудским односима, али користећи мање директивне методе. Сматрају да су симптоматске породице потпуно уплетене у моћ, стратегије и

„прљаве игре“ [44]. Осим релативно аутономних, члан породице има и емоције, мотивације и стратегије које су део „колективне породичне игре, која на њега утиче и која му ограничава потезе које има на располагању“. Управо ова ограничења воде га ка понашањима кроз која особа губи или предаје моћ и прихвата насиље ради даљег останка и учешћа у „породичној игри“.

Перспектива социјалне екологије уводи у разматрање, осим породице, и све друге групе којима појединац припада и њихове међусобне односе. Свака група има сопствену структуру, правила и захтеве за чланове, уклопљена је у шири и конкурентни систем и услед тога трпи утицај свог окружења, али и сама утиче на њега [38]. Одрастао појединац је, по правилу, члан неколико група, чији неусаглашени захтеви могу да га доведу у независну ситуацију.

Породица омогућава лични развој и задовољење основних потреба, па су односи у њој посебно емоционални, снажни и утицајни. Појединац се сусреће с мноштвом тешкоћа које настају како из ширег окружења (захтеви, промене итд.), тако и из саме породице (незадовољне потребе чланова, развојне промене и задаци и сл.), које треба превазићи да би се обезбедио развој и опстанак. Превазилажење појединачних и породичних проблема настаје кроз специфичне системске процесе, у којима насиље може бити једно од „решења“.

Веровања и вредности у окружењу такође утичу на структуру и културу групе [38]. Нека од њих могу погодовати настанку насилног понашања, као што је важност физичке спремности и агресивности, веровања да су неки појединци вреднији од других (особе мушког пола, здраве особе, припадници беле расе и сл.), да мушкарац поседује своју жену и децу итд. Теоретичарке феминистичког покрета насиље над женама у породици виде као последицу патријархалне структуре друштва, изражавање доминације мушкараца над женама, која одржава неједнакост међу половима [45]. Порицањем значења моћи негирају се неједнакости и тиме подстичу разлике у патријархалном друштву.

Савремени еколошко-системски приступ механизмима настанка и одржавања насиља обухвата како унутрашњи, породични, тако и спољашњи контекст, који укључује и шире политичке аспекте. Бављење породичним насиљем подразумева мултидисциплинарни приступ, а обухвата различите домене деловања од којих сваки има своје дефиниције односа – права, задатке, обавезе, доступност и ограничења. То отвара могућност различитог позиционирања професионалаца, укључујући полицајце, правнике, социјалне раднике, психологе, психотерапеуте и породичне терапеуте, психијатре и друге стручњаке. У том контексту смањује се значај класичних психијатријских метода.

ПРИСИЛНИ КОНТЕКСТ

Оно што посебно збуњује код феномена насиља у породици јесте то да жртве често не напуштају злостављача, не оптужују га, а и када оду, враћају се и поново

трпе насиље. Ово наизглед подржава идеју да одговорност за насиље деле и насилник и жртва. Ипак, детаљније анализе показују да је ситуација много сложенија. Омотошо (*Omotoso*) [10] наводи да жртве често имају основан страх да ће бити ухваћене и убијене, а и плаше се стигматизација у патријархалној средини. Мајке страхују шта ће бити са децом ако напусте насилника. Злостављач је неретко носилац материјалне моћи, па је ограничавајући фактор и знатан губитак средстава за живот. Често постоји и снажна емоционална везаност са злостављачем, с којим је жртва провела године. Веровања да ће се „можда променити“ неретко су поткрепљена обећањима злостављача. Наведени процеси дају моћ злостављачу, а жртву чине још немоћнијом, услед чега се зачарани круг наставља. Дугорочне последице, бол и повреде које остају показују да је неопходно одредити одговорност насилника и предузети конкретне кораке ради заштите жртве. Како је нереално очекивати од насилника да се сам пријави и тражи помоћ, неопходно је да се примени присилни контекст у циљу прекидања злостављања и започињања процеса смањивања оштећења нанетих детету и члановима породице.

Велики утицај на разумевање и прихватање присилног контекста у заштити од насиља у породици имала је Мара Селвини-Палацоли (*Selvini-Palazzoli*). Помажући стручњаци у Центру за заштиту деце од злостављања и за помоћ породици у кризи, у Милану, уверила се у важност заштите деце и прихватила могућност постизања терапијског ефекта у присилном контексту, у којем се лечење намеће клијентима [46]. С обзиром на то да су насиље и злостављање у породици патологија која се односи на све чланове и на њихово целокупно функционисање, присилни контекст помаже стручном тиму да се усредсреди на низ индивидуалних и групних механизма од којих се састоји „породична игра“ у позадини насиља, и тако омогућава одвијање и дијагностике и терапије. Проблем појединаца (и детета и злостављача) се не запоставља, али тежиште је на разумевању целовитости породичних процеса и мењању породичних образаца који одржавају насиље. Оптимални циљ је оспособљавање породице за вршење изгубљене функције неге и васпитавања детета.

Присилни контекст или „присилна терапија“ у решавању насиља и злостављања у породици у суштини представља „трећи правац“, између линеарног приступа, које заговара једнострано кажњавање злостављача, и системског приступа, који инсистира на међузависности и циркуларности породичних односа. Прекидање злостављања, започињање процеса смањивања оштећења, осигурање безбедности и заштите жртве су примарни, те је издвајање детета од родитеља једна од уобичајених интервенција. Ако се то догоди, потребно је хитно пружање помоћи да се дете прилагоди новонасталој ситуацији, да превлада стрес од одвајања, да се укључи у нову средину, разради и превлада лоша искуства која су му се догодила [47]. На основу прикупљених доказа тужилац може покренути кривични поступак, а суд има могућност да, осим казне-

них (кривичне санкције), одреди и мере из области породичноправне заштите (потпуно или делимично лишење родитељског права), што треба да обезбеди правременост и применљивост заштите.

Стручњак самостално или у оквиру тимског приступа процењује породицу („дијагноза породице“) и формулише налаз и мишљење. Нарочито је значајно утврђивање ресурса на нивоу појединца, групе и заједнице, који су основ постизања позитивне промене [47]. Процена стручњака је утолико боља уколико се постигну услови за спонтаност, поверење и сарадњу. Како процена у контексту злостављања утиче на одлуке суда, није чудо да је прати изостанак добровољности и сарадње извршиоца насиља, али и других чланова породице. Оно што помаже развоју сарадничког односа јесте подстицање породице да увиди да она у сусрету са стручњаком има прилику да стекне бољи увид у ситуацију, добије разумевање за своје проблеме и искористи знање стручњака за конструктивну промену. Ради боље процене примењује се „експериментални дијалог“, у којем се коментарима, питањима и сугестијама проверавају хипотезе стручњака о „породичним играма“ [46], како би се формулисао план терапијских мера и програма који набоље одговарају интересима детета.

Родитељи одговорни за злостављање, деца жртве и стручњаци који се баве заштитом могу имати изненађујуће сличан „отпор“ према конструктивном прилагођавању присилном контексту [46]. Родитељи злостављачи, суочени с непобитним налазима о злостављању, готово без изузетка то негирају, измишљају оправдања и користе самоодбрану. Родитељ који није злостављан показује отворено или скривено саучесништво са злостављачем. Злостављана деца се често опредељују за ћутање о претрпљеном насиљу, чак и по цену поновног излагања тешким опасностима, да би се заштитила од реакције злостављача, да би га заштитила и одржала однос с њим, као и због стида, осећаја кривице и др. Стручњаци често умањују тежину догађаја, понашају се као да им је кажњавање страшно или се заваравују илузијом о придобијању родитеља за добровољну сарадњу, често да би избегли драстичне интервенције, које подразумевају издвајање из породице. Такође, многи стручњаци се осећају непријатно због инвазивног уласка у породицу услед поштовања породичне приватности и родитељског права. Толика сличност у понашању особа које учествују у „драми злостављања“ са три потпуно различите позиције показује да се злостављање ствара и одржава у неколико система, почев од породице у најмање три генерације, преко установа социјалне и здравствене заштите, до ширих друштвених система. Оно што је кључно за превазилажење отпора и увођење конструктивних промена јесте додатна едукација и стручност професионалаца који се баве заштитом и рехабилитацијом жртве.

Овај третман је ефикасан у превазилажењу породичног насиља јер обухвата рад са жртвом, насилником и члановима породице, узима у обзир шири контекст, мултидисциплинарно приступа проблему

и омогућава примену присилног контекста ради заштите жртве и започињања поступка конструктивне промене.

ТРЕТМАН ПОРОДИЧНОГ НАСИЉА У СРБИЈИ

У нашој земљи је развијен мултидисциплинарни приступ третману породичног насиља. У првом кораку, пријава (или сумња) за злостављање се, по правилу, упућује полицији или надлежном центру за социјални рад (ЦСР). Стручњаци ЦСР процењују степен евентуалне угрожености особе која је злостављања, одређују степен приоритета поступања (хитност поступка) и предузимају потребне мере заштите. У драстичним случајевима деца се издвајају из породице и смештају у прихватилиште за децу жртве насиља, одговарајућу хранитељску породицу и, у крајњој инстанци, дом за децу без родитељског старања. Нарочито је важно да ЦСР заступа интересе клијената пред властитим и другим службама у заједници, како би им се омогућио приступ одговарајућим услугама [48]. У заступничке улоге убраја се и обавеза ЦСР да, уколико сумњају на насиље, нарочито над дететом, то пријаве полицији. Уколико се сумње потврде, полиција упућује кривичну пријаву тужиоцу, који покреће поступак. Суд одређује евентуалне санкције. Учиниоцу се може понудити и лечење ради престанка његовог насилног понашања. Принудни третман породичног насиља по налогу суда још није заживео код нас.

На основу договора између професионалаца формулише се план заштите ради заустављања насиља, те ради подршке и рехабилитације жртве. Након плана и истраге може се применити терапија, која укључује индивидуалне, групне и породичне приступе. Породична терапија или терапија пара примењује се само ако се насиље заустави и ако постоји капацитет за терапијски рад [44]. Ако током терапије искрсну информације о ризицима, заштита постаје важнија од терапије. Да би се терапијски радило са члановима породице у којој је било насиља, потребни су спремност учиниоца да прихвати своју одговорност за насиље и мотивисаност за даљи рад, жеља жртве и учиниоца да учествују у заједничком лечењу и сигурносан план за жртву. Уколико насилник не прихвата одговорност и није мотивисан за третман, примењују се мере социјалне контроле, а код жртве мере социјалне заштите и индивидуални или групни третман. Улога психијатрије је сведена на

процену менталног стања кључних чланова породице и интервенисање уколико се установи ментално обољење.

ЗАКЉУЧАК

Постоји предрасуда у јавности да насиље у породици највећим делом чине ментално оболели појединци. Истраживања показују да особе са тешким менталним обољењем не чине насиље с већом учесталошћу или већим интензитетом од оних који немају поремећај, те да су често жртве насиља [11-16]. Злоупотреба или зависност од ПАС се показује као изразити фактор ризика од насиља [17, 18, 19]. Злостављање и насиље не могу се *per se* сматрати менталним поремећајем, а класичан психијатријски приступ није увек примерен за лечење насилника.

Системски приступи дају значајан допринос решавању насиља у породици. Породични системски приступ види насиље као појаву која обухвата све чланове породице. Перспектива социјалне екологије разматра међузависност између појединаца и ужих и ширих социјалних група, које значајно утичу на понашања у породици.

Системско виђење може да доведе у питање одговорност насилника. Индивидуална одговорност за учињено злостављање мора да постоји, а терапеут има моралну одговорност према жртвама. Ради непосредне заштите детета од даљег злостављања примењује се присилна терапија, како би се злостављање прекинуло и смањила оштећења нанета детету.

Системски третман се показао ефикасним у решавању породичног насиља и успешно се примењује и у нашем окружењу. Подразумева мултидисциплинарни приступ и омогућава примену присилног контекста. Улога психијатрије је у овом моделу битна у дијагностиковању евентуалних менталних поремећаја и лечењу особа с овим проблемима.

НАПОМЕНА

Текст је настао у оквиру пројекта „Родна равноправност и култура грађанског статуса: историјска и теоријска утемељења у Србији“ (број 47021), који финансира Министарство просвете, науке и технолошког развоја Републике Србије.

LITERATURA

1. Nelson BJ. Making an Issue of Child Abuse: Political Agenda Setting for Social Problems. Chicago: University of Chicago Press; 1984.
2. Ispanović-Radojković V. Factors influencing the outcome of traumatic experiences in childhood. In: Willigen LV, Pharos S, editors. Health Hazards of Organized Violence in Children (II): Coping and Protective Factors. Utrecht: Pharos; 2000. p.38-55.
3. Stuart H. Violence and mental illness: an overview. *World Psychiatry*. 2003; 2(2):121-4.
4. Žegarac N, Brkić M. Nasilje u porodici – mogućnosti zaštite i prevencije. In: Milosavljević M, editor. Nasilje nad decom. Beograd: Fakultet političkih nauka; 1998. p.79-121.
5. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children, Youth and Families, Children's Bureau. Child maltreatment 2009 [Internet] 2009 [cited 2011 Oct 12]. Available from: http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm#can.
6. Corrigan PW, Watson AC. Findings from the National Comorbidity Survey on the frequency of violent behavior in individuals with psychiatric disorders. *Psychiatry Res*. 2005; 136:153-62.
7. Mahendra B. The Psychiatry of Violence: A Guide for Lawyers. London: Jordan Publishing; 2009.
8. Hrnčić J. Prestupništvo mladih: rizici, tokovi i ishodi. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja; 2009.
9. Valzelli L. *Psychobiology of Aggression and Violence*. New York: Raven Press; 1981.
10. Omotosho S. Abuse, neglect and family violence [Internet]. Oct 04, 2008 [cited 2011 Oct 12]. Available from: www.articlesbase.com/mental-health-articles/abuse-neglect-and-family-violence-589687.html.
11. Wessely S. Violence and psychosis. In: Thompson C, Cowen P, editors. *Violence: Basic and Clinical Science*. Oxford: Butterworth/Heinemann; 1993. p.119-34.
12. Applebaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry*. 2000; 157:566-72.
13. Doheny K. Mental Illness and Violence: A Link? WebMDHome Metal Health News [Internet] 2009 Feb. 2 [cited 2011 Oct 12]. [about 2 screens]. Available from: <http://www.webmd.com/mental-health/news/20090202/mental-illness-and-violence-a-link>.
14. Steadman HJ, Mulvy EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55:393-401.
15. Monahan J, Steadman HJ, Silver E, et al. Rethinking Risk Assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. Oxford: Oxford University Press; 2001.
16. Swanson JW. Mental disorder, substance abuse, and community violence: an epidemiologic approach. In: Monahan J, Steadman HJ, editors. *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. Chicago: University of Chicago Press; 1994. p.101-36.
17. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry*. 1998; 155:226-31.
18. Nastasić P. Alkoholizam i međugeneracijsko prenošenje. Beograd: Tehniss; 1998.
19. Nastasić P. Zavisnost – bolest, poremećaj, lečenje. In: Čorić B, editor. *Čovek i lek*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2004. p.127-39.
20. Noffsinger SG, Resnick PJ. Violence and mental illness. *Curr Opin Psychiatry*. 1999; 12:683-7.
21. Swanson J, Swartz M, Estroff S, Borum R, Wagner R, Hiday V. Psychiatric impairment, social contact, and violent behavior: evidence from a study of outpatient-committed persons with severe mental disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33(Suppl 1):S86-94.
22. Estroff SE, Swanson JW, Lachicotte WS, Swartz M, Bolduc M. Risk reconsidered: targets of violence in the social networks of people with serious psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1998; 33(Suppl 1):S95-101.
23. Ispanović V, Nastasić P. Zlostavljanje i psihijatrija. In: Čorić B, editor. *Gde počinje i gde prestaje psihijatrija*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2005. p.141-153.
24. Rose SM, Peabody CG, Stratigeas B. Undetected abuse among intensive case management clients. *Hosp Community Psychiatry*. 1991; 42:499-503.
25. Cascardi, M, Mueser, KT, DeGiralomo J, Murrin M. Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners. *Psychiatr Serv*. 1996; 47:531-3.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV)*. Washington D.C.: American Psychiatric Association; 1994.
27. Svetska zdravstvena organizacija. ICD-10 Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja: klinički opisi i dijagnostička uputstva. Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 1992.
28. Vejkfild Dž. Koncept mentalnog poremećaja: na granici između bioloških činjenica i socijalnih vrednosti. In: Dimitrijević A, editor. *Savremena shvatanja mentalnog zdravlja i poremećaja* Beograd: Zavod za udžbenike i nastavna sredstva; 2005. p.121-59.
29. Pejović-Milovančević M, Minčić T, Ispanović V, Nastasić P, Radosavljev J, Filipović S, Vidojević O. Posledice zlostavljanja i zanemarivanja adolescenata u porodicama. *Psihijatrija danas*. 2002; 24(3-4):237-49.
30. Opalić P. Psihijatrijska sociologija. Beograd: Zavod za udžbenike; 2008.
31. Nastasić P, Filipović S, Panoski R. Fizičko i emocionalno zanemarivanje i zlostavljanje u porodici alkoholičara. In: Sedmak T, editor. *Zbornik radova, XXIII Savetovanje terapeuta bolesti zavisnosti, Apatin, Srbija*; 2007. p.68-80.
32. Sedmak T. Socijalno određenje psihijatrije i psihijatar. In: Čorić B, editor. *Sistem vrednosti i psihijatrije*. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2010. p.53-67.
33. Munjiza M. Socijalna psihijatrija. Beograd: Ellite-štampa; [in press].
34. Hrnčić J. Pregled faktora rizika antisocijalnog ponašanja mladih (individualni faktori, stresori i vršnjačka grupa). *Revija za kriminologiju i krivično pravo*. 2004; 42(3):133-63.
35. Hrnčić J, Džamonja Ignjatović T, Despotović Stanarević V. Deca i mladi sa problemima ponašanja: usluge i tretmani u zajednici. Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu, Gradski centar za socijalni rad Beograd; 2010.
36. Trompan JE. An ecological – systems perspective. In: Garwin CD, Gutierrez LM, Gralinsky MJ, editors. *Handbook of Social Work with Groups*. New York: Guilford Press; 2006. p.34-47.
37. Hrnčić J. Pregled faktora rizika antisocijalnog ponašanja mladih (uticaji u okviru porodice). *Revija za kriminologiju i krivično pravo*. 2003; 41(2-3):43-72.
38. Milosavljević M, Brkić M. Socijalni rad u zajednici. Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu; 2010.
39. Hrnčić J. Delinkvent ili pacijent, studija porodičnog neuspeha. Beograd: Zadužbina Andrejević; 1999.
40. Hrnčić J. Prestupništvo mladih: rizici, tokovi i ishodi. Beograd: Institut za kriminološka i sociološka istraživanja; 2009.
41. Gelles RJ, Maynard PE. A structural family systemic approach to intervention in a cases of family influence. *Family Relations*. 1987; 36:270-5.
42. Gurman AS, Kniskern DP. *Handbook of Family Therapy*. Vol. 2. New York: Brunner Mazel; 1991.
43. Haley J. *Leaving Home: Therapy of Disturbed Young People*. New York: McGraw Hill; 1980.
44. Selvini-Palazzoli M, Cirillo S, Selvin M, Sorrentino AM (Kleiber V, Translator). *Family Games: General Models of Psychotic Processes in the Family*. New York: W. W. Norton & Company; 1989.
45. Rutenbergh MH. A feminist critique of mandatory arrest: an analysis of race and gender in domestic violence policy. *Journal of Gender and the Law*. 1994; 2:171-94.
46. Cirillo S, Diblasio P, Neugroschel J. *Families That Abuse: Diagnosis and Therapy*. New York: W. W. Norton & Company, Incorp; 1989.
47. Brkić M. Procene porodice (socijalna dijagnoza) i kako pisati izveštaj o slučaju zlostavljanja za potrebe porodično pravne zaštite. In: Milosavljević M, editor. *Zlostavljanje i zanemarivanje dece*. Beograd: Socijalno-humanitarno udruženje „Sačuvajmo decu“; 2004. p.38-42.
48. Milosavljević M, Brkić M. Socijalni rad u zajednici. Beograd: Republički zavod za socijalnu zaštitu; 2010.

The Role of Psychiatry in Family Violence Treatment

Petar Nastasić, Jasna Hrnčić, Miroslav Brkić

Faculty of Political Sciences, University of Belgrade, Belgrade, Serbia

SUMMARY

The aim of the paper is reassessment of the role of psychiatry in the treatment of family violence within the context of contemporary approaches and researches. There are prejudices in the general and professional public that perpetrators of family violence are usually persons with mental disorders and that psychiatry is primarily in charge of their treatment; it has been shown that severe mental disorders do not increase the risk of violence. Application of classical psychiatrics approach to

family violence treatment is discussed, as well as the roles of psychiatry in current theoretical and therapeutic approaches to this issue, including systemic family therapy, social psychiatry primarily concerned with their treatment. Studies have shown that severe mental disorders do not increase ecology, unwillingness therapy and model of protection of family violence victims that is developed in Serbia.

Keywords: abuse; psychiatry; mental disorders; systemic approaches; ecological approaches

Примљен • Received: 01/11/2011

Прихваћен • Accepted: 18/11/2011