

**FORENZIČNO ZNAČENJE DEPRESIVNOG SINDROMA I
KRIMINOLOŠKA VAŽNOST ISTOG**

**FORENSIC MEANING OF DEPRESSIVE SYNDROME AND
CRIMINOLOGICAL IMPORTANCE**

Stručni članak

*Mr. sc. Ines Jambrek Petrak, dipl. iur. et univ.spec.crim. **
*Tomica Starčević, univ.spec.crim. **

Sažetak

Depresija se sve češće i u znanstvenim krugovima naziva „kugom 21 stoljeća“. Problem depresivnog sindroma je previše zanemaren, a može izazvati strašno teške posljedice. Naime, polazeći od činjenice da su kriminalno ponašanje i rizik od počinjenja kaznenog djela kod osoba koje su oboljele od depresivnog sindroma kompleksni (s jedne strane definirani psihosocijalnim čimbenicima, a s druge strane čimbenicima bolesti – depresije), potrebna je distinkcija ova dva čimbenika radi ispravne procjena udjela same bolesti u kriminalnom ponašanju i riziku od počinjenja kaznenog djela osobe koja boluje od depresije. Cilj ovog rada je ukazati na problem depresije kao bitnog čimbenika u počinjenju kaznenih djela.

Ključne riječi: depresija, depresivni sindrom, značenje, kriminalno ponašanje, posljedice

Abstract

Depression is increasingly commonly referred as "Plague of the 21st century" in the scientific circles. The problem of depressive syndrome is too neglected and can cause dire consequences. Namely, due to the fact that the criminal behavior and the risk of perpetration of a criminal offense in people suffering from depressive syndrome are complex (defined on the one hand by psychosocial factors, on the other hand, the factors of depression), it is necessary to distinguish these two factors for a proper assessment. The share

** Doktorand poslijediplomskog doktorskog studija Kaznenopravnih znanosti
E-mail: ijambrekpetrak@gmail.com*

** Ministarstvo unutarnjih poslova Republike Hrvatske
E-mail: tomica.tomstar@gmail.com*

of the disease itself in criminal behavior and the risk of perpetrating a criminal offense of a person suffering from depression. The aim of this paper is to point to the problem of depression as an essential factor in the perpetration of criminal offenses.

Keywords: depression, depressive syndrome, meaning, criminal behavior, consequences

1. UVOD

Depresija se vrlo rijetko doživljava kao „ozbiljna“ bolest. To je postao toliko često upotrebljavan termin da u današnje vrijeme skoro svaka osoba povremeno kaže kako je u depresiji. No, prava „depresija“ mora se shvatiti kao bolest, i vrlo ozbiljno liječiti. Ukoliko se depresija ne liječi, može dovesti do teških posljedica za osobu koja boluje od depresije, ali i društvo općenito. Danas, u 21. stoljeću, u posljednje vrijeme su izrazito učestale reaktivne depresivne reakcije vezane uz stresnu situaciju u obitelji, na poslu, ili pak nešto treće. Sve navedeno vezano je uz današnji brzi i grubi ritam života, te smanjenu empatičnost na globalnom nivou (ne samo kod osoba s dissocijalnim poremećajem ličnosti – psihopatima), posebno od strane poslodavaca koji od zaposlenika često traže maksimum djelovanja i visoki angažman na poslu, uz minimalna, ili čak nikakva primanja. Navedena problematika je češća kod savjesnih i discipliniranih ljudi, odgovornih na poslu, savjesnih u obitelji, pristojnih i strpljivih u odnosu prema drugim osobama, što dovodi do bolesti, a posebno ako za isto postoji i genetska podloga. Depresija je veliki problem zbog visoke učestalosti, velike smrtnosti, visoke stope radne nesposobnosti, te zbog toga što se vrlo mali broj ljudi na vrijeme i primjereno liječi od depresije.

Kecmanović (Kecmanović, et al.; 1986.) ukazuje kako su se otkrićem antidepresivnih psihofarmaka 1957. godine, te naglim porastom depresijâ u drugoj polovini 20. stoljeća potaknula istraživanja i obnovila zainteresiranost za klasifikaciju i dijagnostiku depresijâ. Kecmanović dalje tvrdi da su nozološki koncepti i principi na kojima se temelji problematika zastarjeli, stoga je potrebna revizija i zamjena novim. Činjenica koja govori u prilog iznesenom je da su se u novije vrijeme javljale depresije s neuobičajenim kliničkim slikama, koje se nisu uklapale u dijagnostičke stereotipe. Također, podjela depresijâ na više dijagnostičkih kategorija „ima smisla tek ukoliko iz pravilno postavljenih dijagnoza proizlaze indikacije za izbor najadekvatnijeg načina liječenja. Ovaj načelni stav je potkrepljivalo saznanje da određeni tipovi depresija različito reagiraju na pojedine vidove sve većeg broja i sve specifičnijih farmakoterapijskih i psihoterapijskih metoda liječenja“ (Kecmanović, et al.; 1986.).

Depresija prema Kecmanoviću (no i puno drugih autora) suočava se s teškoćama prilikom njezine „definicije“. Termin „depresija“ u svakom slučaju predstavlja sinonim za patološko raspoloženje, koje se kvantitativno (trajanje i intenzitet) i kvalitativno (priroda i sadržaj) bitno razlikuju od normalne tuge. U sindromskom značenju Kecmanović terminski naziv depresija koristi kao naziv za skup psihičkih, psihomotornih i somatskih simptoma, koje u određenu cjelinu povezuje jedino temeljno obilježje, a to je patološki promijenjeno raspoloženje. U novije vrijeme depresivni sindrom se upotrebljava previše često i previše široko, tako da pokriva izrazito veliko područje patologije, „pa i ono u kojemu je depresivnost samo periferna pojava“ tvrdi Kecmanović. Osim klasifikacije depresijâ, sporna su metodološko – teoretska pitanja poput primjerice: „Što je depresija, a što nije“? Osobe koje boluju od depresije, a ne liječe se, bilo zbog razloga što same ne shvaćaju ozbiljnost bolesti, ili pak liječničkog nemara (kada liječnik opće prakse ne prepozna kod bolesnika „depresiju“ već stanje koje će proći samo po sebi), mogu počinuti razna kaznena djela, prekršajna djela, no i suicid. Unatoč opće prihvaćenom terminu „depresije“, koji se na svojevrsan način „udomaćio“, još uvijek postoji stigma osoba s psihičkim poremećajima, te će većina depresiju shvatiti olako, i neće se liječiti. Ukoliko se doista radi o pravoj depresiji (što će autori objasniti dalje u radu), posljedice mogu biti razne. Od depresije do „agresije“ mali je korak, pa tako i do počinjenja kaznenog djela, ili prekršaja, no također osim opasnosti za druge, kod ozbiljne situacije može doći i do opasnosti za sebe, koja u krajnjoj situaciji rezultira „dizanjem ruke na sebe“, odnosno suicidom.

2. DEPRESIJA - NORMALNE I PATOLOŠKE MANIFESTACIJE RASPOLOŽENJA

Čovjek u svom životu normalno izmjenjuje različite osjećaje koji su dio naših svakodnevnih života. No, ima situacija kad do „poremećaja raspoloženja“ ne dolazi iz nama vidljivih razloga. Ako je netko tužan zbog gubitka voljene osobe određeno vrijeme to nije identično stanju koje zovemo „depresijom“, no ako je netko „tužan“ ili pak „radostan“ iznad očekivanog vremenskog perioda, tada je to svakako depresija.

Rubeša i Frančisković (Moro, Frančisković, et al.; 2011.) smatraju da se „patološki poremećaji raspoloženja događaju kada tuga ili žalost imaju intenzitet ili trajanje iznad očekivanoga ili uobičajenoga. Kod bolesnika s poremećajem raspoloženja primarno je oštećenje emocija, što dovodi i do značajnih promjena ostalih funkcija duševnog zdravlja. Sindrome poremećaja raspoloženja označuje patološki povećano ili smanjeno raspoloženje (povišeno ili sniženo). Raspon između tih krajnosti u izražavanju

raspoloženja treba promatrati kao kontinuum u kome je smješteno i normalno stanje afekta“ (Moro, Francišković, et al.; 2011.).

2.1. Etiologija i patogeneza

Nakon dugogodišnjih istraživanja, uzrok afektivnih poremećaja i dalje je nepoznat, no prema raznim istraživanjima diljem svijeta ipak su prisutne brojne pretpostavke tako da se danas uzročni čimbenici dijele na : biološke, genetske i psihosocijalne, iako isti mogu biti i međusobno povezani (Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić, Grozdanić; 2005). „Biološki čimbenici se odnose na različite abnormalnosti u biogenim aminima. Najčešće se spominju norepinefrin i serotonin. Navodi se njihova povezanost s depresijom“ (Kozarić-Kovačić, Grubišić-Ilić, Grozdanić; 2005). Jednostavnim rječnikom može se reći kako je nasljedni čimbenik predisponirajući čimbenik rizika, iako nije uvijek tako. Znanstveno je dokazano kako je genetska komponenta više prisutna kod bipolarnog poremećaja nego kod depresivnog. Vrlo su bitni tako zvani psihosocijalni čimbenici. Depresija je usko povezana sa životnim događajima. Stresni životni događaji dovode do poremećaja homeostaze. Stresni životni događaji često prethode unipolarnim depresivnim epizodama. Gubitak roditelja jedan je od često spominjanih primjera za nastajanje poremećaja raspoloženja. Iako ne postoji univerzalni tip osobnosti koji može razviti kliničku depresiju, ali povratne unipolarne oblike češće razvija određeni tip osoba. To su uglavnom introvertirane osobe, pasivne, ovisne o drugima, te osobe koje imaju smanjenu sposobnost prilagodbe pa se sukladno time ne mogu „nositi“ ni s najmanjim oblikom stresne situacije. Obično imaju nisko samopoštovanje, te premalo povjerenja u druge ljude. U depresivnoj epizodi inače upravo podrška obitelji i bliskih osoba čini izrazito bitan faktor za ozdravljenje.

2.2. Vrste depresija

Za opis depresije autori su se uglavnom služili Međunarodnom klasifikacijom bolesti i srodnih zdravstvenih problema: MKB -10*. Depresija se najčešće očituje kao blaga, srednja ili teška epizoda pri čemu bolesnik ima sniženo raspoloženje, manjak životne energije, te općenito smanjenu aktivnost. Sposobnost koncentracije, interesa i osjećaj zadovoljstva su smanjeni, a umor je prisutan i nakon najmanje aktivnosti. Dolazi do poremećaja spavanja i apetita, a samopoštovanje i samopouzdanje su na vrlo niskoj razini. Prisutan je osjećaj krivnje i bezvrijednosti. Sniženo

* Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. 1994. 10. izd. Zagreb. Medicinska naklada.

raspoloženje se mijenja iz dana u dan i na njega ne utječu nikakve okolnosti. Sve navedeno može biti udruženo sa somatskim simptomima koji najčešće „prate“ depresiju, kao i puno drugih psihičkih tegoba. Gubitak interesa i osjećaja zadovoljstva, buđenje ujutro prije uobičajenog ritma (depresije su jače ujutro), psihomotorna usporenost, agitacija, gubitak apetita (rjeđe pojačan apetit), gubitak tjelesne težine i libida samo su neki pokazatelji depresivne epizode koja može biti ovisno o simptomima od blage, srednje do teške.

Kozarić-Kovačić* objašnjava podjelu poremećaja raspoloženja prema X. međunarodnoj klasifikaciji na: 1. maničnu epizodu – sa ili bez psihotičnih simptoma i hipomanična, 2. bipolarni afektivni poremećaj – karakteriziran dvjema ili većim brojem epizoda povišenog raspoloženja (hipomanija ili manija), a koje se izmjenjuju s epizodama sniženog raspoloženja, smanjenom energijom i aktivnosti (depresijom), 3. depresivne epizode – različitih jačina, s psihotičnim simptomima ili bez, 4. povratni depresivni poremećaj – ponavljanje epizoda depresije različite jačine, s psihotičnim simptomima ili bez, 5. trajni afektivni poremećaji raspoloženja – traju niz godina, te obuhvaćaju ciklotimiju i distimiju. Ciklotimiju karakterizira trajna promjenjivost raspoloženja, koju prate brojne depresije, te blago povišena raspoloženja. Distimija se pak odnosi na sniženo raspoloženje koje traje godinama.

Prema DSM-IV (1994)* poremećaji raspoloženja dijele se u: 1. epizode poremećenog raspoloženja: velika depresivna epizoda, manična epizoda, miješana epizoda i hipomanična. Ne mogu se dijagnosticirati kao zasebni entitet; 2. poremećaji raspoloženja: a) depresivni poremećaji („unipolarna“ depresija) – veliki depresivni poremećaj, distimični poremećaj i neodređeni depresivni poremećaj. Veliki depresivni poremećaj ima barem jednu ili više depresivnih epizoda povezanih s najmanje četiri simptoma depresije. Za distimični poremećaj karakteristično je pretežno depresivno raspoloženje u trajanju najmanje dvije godine s dodatnim depresivnim simptomima koji ne zadovoljavaju kriterije za veliki depresivni poremećaj; 3. bipolarni poremećaj: uključuje u anamnezi prisutnost ili postojanje maničnih epizoda, hipomaničnih ili miješanih s velikom depresivnom epizodom.

Važno je objasniti razliku između „unipolarne“ i „bipolarne depresije“. Unipolarne depresije su psihički poremećaji epizodnog tipa s fazama bez simptoma između epizoda. Unipolarni poremećaj može postati kroničan, a najčešće se javlja poslije 50 – te godine života. Neke osobe reagiraju na promjene godišnjeg doba, pa su u skladu s time neraspoložene u jesen i zimu

* *Ibid*, str.173-184.

* *Američko psihijatrijsko udruženje, Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV). 1995. 4. izd. Jastrebarsko. Slap.*

do su u proljeće i ljeto bez ikakvih smetnji. Samo po sebi ovakva „vrsta“ depresije nema patologije, ali ako se javlja učestalo i samo u vrijeme zimskog razdoblja takvo stanje se naziva sezonski afektivni poremećaj.

Osim navedenih vrsta, depresija se javlja i u raznim drugim oblicima, te kao „simptom“ težih psihičkih poremećaja primjerice: 1. Melankolija - Teški oblik depresije uobičajen kod starijih bolesnika; 2. Atipična depresija - Naziv je upravo stoga što simptomi nisu tipični za depresiju jer se sastoje u pretjeranom uzimanju hrane, dobivanju na tjelesnoj masi, pretjeranom spavanju, te osjećaju težine u rukama i nogama; većinom se javlja kod mlađih bolesnika i liječi antidepresivima; 3. Minor depresija - Prisutni su samo osnovni simptomi depresije uz brojne somatizacije, dijelom pokriva klinička stanja koja su nekada nazivana depresivnim neurozama; 4. Maskirana depresija - Neurofiziološki poremećaj tipičan za depresiju, ali bez ijednog ili samo jednog simptoma depresije, uspješno se liječi antidepresivima; 5. Mala depresija - Traje kratko, svega nekoliko dana sa simptomima koji se ponavljaju, radi kvalitete života, radne i socijalne sposobnosti uspješno se liječi antidepresivima iz skupine SIPSS – selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina; 6. Psihoteična depresija - Kliničkom slikom prevladavaju deluzije ili halucinacije koje prate simptomi poremećenog raspoloženja, depresivni simptomi se javljaju prije psihoteičnih, a uz liječenje antidepresivima potrebno je uključiti antipsihotik; 7. Perzistirajući afektivni poremećaji (ciklotimija i distimija) - Ciklotimiju karakterizira kronični poremećaj raspoloženja koji uključuje brojne epizode hipomaničnog ponašanja i blage ili umjerene depresije, ali sa slabijim intenzitetom simptoma tako da se ne može postaviti dijagnoza bipolarnog afektivnog poremećaja, ali da bi se govorilo o ciklotimiji, afektivna nestabilnost mora trajati najmanje dvije godine u neprekinutom trajanju. Distimija je kronična ili povratna depresija koja se pogoršava ili pojavljuje nakon životnog stresa; 8. Neurastenija - Stanje sniženog raspoloženja, opće slabosti, nemoći, nedostatke energije za svakodnevne radne aktivnosti, smanjena je radna sposobnost i obično je uvod u depresivnu epizodu); 9. Postpartalni poremećaji raspoloženja - Dije se na postpartalnu tugu, depresiju i psihozu. Postpartalna tuga je kratka epizoda koja može trajati svega nekoliko dana, a plačljivost se može javiti i nakon porođaja. Postpartalna depresija ima simptome velikog depresivnog poremećaja i pojavljuje se obično mjesec dana poslije porođaja, te se obavezno mora liječiti. Postpartalna psihoza se pojavljuje obično par dana nakon porođaja, vrlo je rijetka, simptomi su dezorijentiranost, ekstremna agitacija i emocionalna labilnost, mora se liječiti jer može doći do komplikacija.

Vrlo je bitno kod podjele depresija spomenuti da postoje endogene depresije, koje su nezavisno od intenziteta, duševne bolesti, psihoze. Endogena depresija je bolest kao i bilo koja druga i nema veze s karakterom.

Depresija je bolest koja ne bira i nije neobično da pogodi ljude koji su bili stupovi zajednice u kojoj su živjeli. Mnogi oboljeli se pitaju, pa zar je moguće da više ne mogu ono što sam mogao prije, i ustručavaju se otići psihijatru dok im se stanje ne pretvori u tešku depresiju.' Depresija nema veze sa slabim karakterom, to je bolest koja ne bira i nije neobično da zna pogoditi upravo ljude koji su bili stupovi zajednice

Depresije iz kategorije „psihoreaktivnih“ nemaju karakter duševnih bolesti, niti su psihoze, već isključivo izraz kvantitativnog odstupanja od norme*.

Kao objašnjenje u prilog svoje tvrdnje Kecmanović* objašnjava kako je kategorija psihoreaktivnih depresija određena sljedećim mjerilima: 1. poremećaj je odgovor na traumatski događaj (ili dugotrajni nepovoljni utjecaj iz okoline što je posebno čest slučaj u današnje vrijeme); 2. između traume i pojave depresije postoji tako zvani zdravorazumski shvatljiva uzročna povezanost; 3. sadržaj psihičke traume i depresije su očigledno povezani; 4. tijek i ishod poremećaja ovisi od konstelacije uzročnih čimbenika; 5. psihotičke reakcije isključuju psihoreaktivno porijeklo depresije; 6. poremećaj ne prekida kontinuitet ličnosti.

3. KRIMINOLOŠKA VAŽNOST DEPRESIVNOG SINDROMA

U skladu sa svime gore navedenim, za ovaj rad bitne su samo one vrste depresije koje bi mogle dovesti do bilo kojeg kaznenog djela.

Postoji veliki broj studija i članaka na temu depresije i njezine uzročne povezanosti s počinjenjem kaznenog djela, no također postoje i brojne praznine koje treba popuniti budućim istraživanjima na navedenu problematiku. Veliki broj autora ovom problemu prilazi s drugog aspekta, te problem prikazuje na sasvim drugi način.

Autori se slažu jednoj bitnoj činjenici, a to je da svakoj naizgled „agresiji“ u podlozi je „depresija“. Iako je ova tvrdnja naizgled jednostavna, puno je kompliciranija. Kod endogenih depresija koje nisu liječene s vremenom se razvija bolest u punom smislu. Kako će se razviti ovisi o velikom broju faktora koji utječu na bolesnu osobu. Ne ponašaju se svi bolesnici koji boluju od manije oduševljeno i grandiozno, već često među bolesnicima koji boluju od manije imamo osobe s paranoidnom i destruktivnom simptomatikom. Manija se može razviti postupno s time da ima u svom tijeku i dobre remisije tako bolest nije „uočljiva“. Teški oblik depresije također može uz to imati i dissocijalni poremećaj ličnosti. Kada se

* *Ibid*, bilj.1.

* *Ibid*,

takve kombinacije „spoje“ i uz određeni „trigger“ može doći do raznih kriminalnih aktivnosti i kaznenih djela.

Osobe koje boluju od teške depresije su vrlo osjetljive i imaju niski prag tolerancije na frustracije bilo koje vrste. Nezadovoljne sobom, svijetom oko sebe, vrlo često su frustrirane, te njihova potištenost i frustracije mogu se pretvoriti u agresiju kao obrambenu reakciju. Stoga su i tipična kaznena djela koja počinu takve osobe. Najčešće se radi o kaznenim djelima tjelesne ozljede (nerijetko teške tjelesne ozljede), ubojstva (ubojstva na mah, pokušaji ubojstva), ali i imovinski delikti, te bludne radnje. Sve to nije zanemarivo pogotovo kad postoje simptomi koji su vrlo često očigledni, te se uz stručnu pomoć skoro svaka kriminalna aktivnost može spriječiti.

Kozarić-Kovačić* opravdano tvrdi kako je posebno slabo razjašnjeno ponašanje depresivnih osoba u prometu. Naime, autori su istražili veliki broj literature o prometnim nezgodama i nisu pronašli puno o mogućnostima da je depresivna osoba izazvala prometnu nezgodu, odnosno da je pri pokušaju suicida dovela do prometne nezgode, te time unesrećila nevine stradalnike u prometu. Tu se pak postavlja pitanje kako članovi obitelji bolesne osobe nisu ništa učinili da se spriječi nezgoda. Vrlo je čest slučaj zanemarivanja problema ili još češće negacije da isti postoji.

Postoji još jedan slučaj o kojemu se vrlo malo piše. Zadnjih godina svjedoci smo obiteljskih tragedija u kojima muškarac ubije svoju obitelj (ženu, djecu), a zatim i sebe. O familicidu je pisao Stone (Stone; 1993) i upravo je ovdje depresija najočitija klinička slika koja stoji u pozadini kaznenog djela. Što se događa u glavi muškarca koji osjeti da se ne može više adekvatno brinuti za svoju obitelj ili (još gore) to nikad nije niti mogao. Osjeća se frustriran, i kao svojevrsna „pogreška“ (Ewing; 1997.). Da li se radi o muškarcu koje je nedavno izgubio posao i socijalnu poziciju, ili u sebi trpi neke druge traume koje prikriva nebitno je. Ono što se autorima čini je da se ne reagira na vrijeme kada stručnjaci prema očiglednim postupcima tog muškarca (koji čak u određenim trenucima na svojevrsan način moli za pomoć) mogu vidjeti i na određeni način „prognozirati“ da bi se mogla dogoditi tragedija.

U Republici Hrvatskoj se upravo takvi slučajevi događaju vrlo često, a neki su muškarci unaprijed „upozoravali“ kako će to učiniti (dakle to je bio svojevrsan „poziv u pomoć“), no nadležne institucije su posve zakazale. Kako ne bismo svu „krivnju“ kaznenih djela koji se tiču ubojstva obitelji prenijeli na muškarce, slično se ponašaju i žene, posebno zadnjih godina. Razlog nije isti i žena rijetko ima osjećaj „frustracije“ što se ne može brinuti za obitelj, no zbog poremećaja raspoloženja (koji vrlo često ima osim depresije puno težu kliničku sliku) o čemu je bilo pisano u ovom radu, opet

* *Ibid*, bilj.5.

su se nadležne institucije pokazale loše u postupanju i (ne)reagiranju na očigledne probleme.

4. ZAKLJUČAK

Depresivan sindrom se treba adekvatno i na vrijeme liječiti i u tom slučaju može se puno napraviti za pojedinca, ali i društvo općenito.

Na raspolaganju stoje različite psihoterapijske tehnike poput: 1. Kognitivne terapije, koja se temelji na ispravljanju kroničnih smetnji mišljenja (o čemu je malo prije pisano vezano uz familicid), a koja vode u depresiju, osjećaj beznada i bespomoćnosti u odnosu kako na sadašnjost tako i budućnost; 2. Bihevioralna terapija, koja se temelji na teoriji učenja i ispravljanju neželjenih ponašanja, 3. Interpersonalna terapija, koja se primjenjuje u liječenju blažih oblika depresija, 4. Psihodinamski orijentirana psihoterapija, koja je usmjerena na razumijevanje nesvjesnih konflikata i motiva koji mogu poticati i održavati depresiju; 5. Suportivna psihoterapija, koja je indicirana u slučaju akutnih kriza i velikog depresivnog poremećaja nakon bolničkog liječenja. Sam naziv ju izvrsno opisuje jer joj je cilj dati emocionalnu potporu; 6. Grupne terapijske tehnike, posebno su korisne u slučaju narušenih međuljudskih interakcija, no nisu prikladne za akutno suicidalne bolesnike; 7. Obiteljska terapija, izvrsna je kada su zbog bolesnikove depresije narušeni obiteljski odnosi, kada je depresija upravo vezana za obiteljske odnose i događanja u obitelji, te kao takvi podržavaju depresiju. Taj oblik terapije može pomoći da bolesnik uspješno svlada sram, strah, ljutnju i agresiju. Istovremeno ovaj oblik terapije uči članove obitelji lakšem prepoznavanju depresivnih simptoma i prevenciji.

Osim razvoda brakova, poremećaji raspoloženja (depresija) mogu dovesti do potpunog uništenja obiteljskih odnosa, međuljudskih odnosa općenito (na poslu, u raznim aktivnostima), te dovesti do velikih problema za društvenu zajednicu kako s općeg tako i kriminološkog aspekta.

LITERATURA

1. Američko psihijatrijsko udruženje, Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV). 1995. 4. izd. Jastrebarsko. Slap.
2. Davison, G. C., Neale, J. M., 1999. Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja. 6. izd. Jastrebarsko. Naklada Slap.
3. Ewing, C. P., 1997. Fatal Families: The Dynamics of Intrafamilial Homicide. Sage Publications, Inc.
4. Freud, A., 1947. Aggression in Relation to Emotional Development; Normal and Pathological. London. The Psychoanalytic Study of the Child. Vol. 3. str.37-42.
5. Freud, A., 2000. Normalnost i patologija djece. Zagreb. Prosvjeta.
6. Katona, C., Livingston, J., 1997. Comorbid Depression in Older People. London. Martin Dunitz.
7. Kecmanović, D. et al., 1986. Psihijatrija. 3. izd. Medicinska knjiga. Beograd.
8. Kozarić-Kovačić, D., Grubišić-Ilić, M. i Grozdanić, V., 2005. Forenzička psihijatrija. Zagreb. Medicinska naklada.
9. Levenson, J. L., 2000. Depression. Michigan. American College of Physicians.
10. Marchand, W. R., 2012. Depression and bipolar disorder: your guide to recovery. Colorado. Bull Publishing Company.
11. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema. 1994. 10. izd. Zagreb. Medicinska naklada.
12. Moro, Lj., Frančišković, T. et al., 2011. Psihijatrija. Zagreb. Medicinska naklada.
13. Pennington, D. C., 1997. Osnove socijalne psihologije. Jastrebarsko. Naklada Slap.
14. Roose, S. P., Devanand, D. P., 1999. The Interface Between Dementia and Depression. London. Martin Dunitz Ltd.
15. Rosenbaum, M., 1986. Homicide and Depression. American Journal of Psychiatry. Vol. 143. str. 367-370.
16. Stone, A. A., 1993. Murder with no apparent motive. Journal of Psychiatric Law. Harvard Medical School. Vol.21 (2), str.175-189.