

Mr. Dženan Skelić

PSIHIJARIJA KAO TOTALNA INSTITUCIJA

Abstrakt

U radu je dat kratki istorijski osvrt na društveni i institucionalni tretman psihičkog oboljenja, moralnu karijeru duševne bolesti i stigmatu psihijatrijskog štićenika, kritika takve institucije i takvog društvenog odnosa prema duševnoj bolesti, te eventualni zamjenski model za ovakvu instituciju.

Neminovnost promjene tradicionalnog pristupa, i potreba za prihvatanjem duševne bolesti kao bilo kojeg drugog oboljenja, sve je očitija. Tradicionalni pristup je odavno postao između ostaloga i ekonomski neprihvatljiv, što je možda u najvećoj mjeri i dovelo do ozbiljnih diskusija u pravcu promjene ovoga sistema ekonomičnijim, odnosno prelaskom službi na rad u zajednici. Srećom po korisnike usluga ekonomičnije istovremeno u ovome slučaju znači i humanije. Rezultati ovakve promjene već su vidljivi na terenu, kroz smanjenje recidiva bolesti i produžetak faza remisije oboljenja. No ovaj proces je još uvijek u povelju i neophodno je uložiti još mnogo vremena i stručnih potencijala da bi trajno opstao.

Totalna instiucija

- Ti si pisac?
- Nisam, Prijatelju kontrolore.
- Što radiš?

Dejvid se u sebi podrugljivo nasmiješi. Kakvo je to pitanje? Ta oni dobro znaju sve o njemu, tko je on, gdje radi i kakav mu je posao. Znaju o njemu i ono što ni sam ne zna ili ne smije znati. Oni znaju sve o svima, ali privid ugodnog, prijateljskog razgovora morao se očuvati do kraja ili barem toliko dugo koliko su oni smatrali da je potrebno.

Oni su imali apsolutnu vlast i neograničenu moć. Kad se to ima u rukama, uvijek se moći može dati oblik kakav se želi. I imaju pravo – zašto vikati kad i jedva čujan šapat može biti mnogo glasniji.

Prodanović (1985 : 89)

Iako se ovdje radi o SF-priči ovaj mali odlomak iz te priče, u tolikoj mjeri i na tako sijamski način prikazuje atmosferu psihijatrijske vizite u većini psihijatrijskih institucija. Riječi prijateljski kontrolor u punoj mjeri iskazuju apsurdnost svake totalne institucije pa tako i psihijatrije.

Posljednji ulomak nalazi svoje mjesto u komentaru Sennetta (1986 : 445) «kad su sva pitanja upućena na zajedničko, suvereno načelo ili osobu, to načelo ili osoba tiranizira život društva. Ta vladavina suverenog autoriteta jedinstvenog izvora nad mnoštvom običaja i djelatnosti ne mora se izdići putem grube prisile; ona isto tako može nastati zavođenjem;to zavođenje ne mora podrazumijevati jednu osobu kao tiranina. Kao jedinstveno vrelo autoriteta, može upravljati neka institucija; neko vjerovanje može služiti kao jedinstven standard za mjerenje zbilje.»

Totalna institucija, osmo čudo modernoga doba za jedne i središnji krug pakla za druge; čir civilizacije koji treba odstraniti ili neminovno zlo ka boljoj i sigurnijoj budućnosti. Iako se ova pitanja postavljaju već više od trideset godina svijet profesionalaca još uvijek je podijeljen i čini se da će morati proći jedna generacija da bi se proces nestajanja psihijatrije kao totalne institucije okončao, ako bi se uopšte okončao.

Historijski razvoj psihijatrije i modela duševne bolesti

Teško se osvrnuti na tokove i načine razvijanja psihijatrije kao totalne institucije bez straha da se nešto bitno ne izostavi a ipak ostaviti dovoljno prostora da se obrade i oni momenti koji su tu instituciju mijenjali okrećući je prema čovjeku.

Prikaz razvoja psihijatrije i promjena koje su pri tome nastajale moguće je pratiti istorijski kako je to učinio Foucault (1980), po konceptualnim modelima kako to čini Kockerham (1992) ili na osnovu odnosa unutar psihijatrijske interakcije kako to čini Basaglia (1981). Svako od njih ipak pokušava objediniti sve tri principa i dati cjelovit prikaz.

Basaglia (1981) ističe historiju kao esenciju svega koja objedinjuje i bitak i ne-bitak. Svi događaji u historijskom okviru stoje u međusobnoj ovisnosti, mijenjaju jedni druge, utječu jedni na druge. Shvatanje duševne bolesti i odnos prema njoj nisu izuzetak.

Odnos prema duševnoj bolesti ima više prekretnica i sve one stoje u ovisničkom odnosu prema načinu organizacije društva unutar kojeg egzistiraju, razvoja filozofske misli, ekonomskog, političkog, kulturološkog i etnološkog momenta u kojem se posmatra.

Antičko doba

Predcivilizacijsko doba ako tako označimo period i izostanak hrišćanske ere odnosi se prema duševnim bolesnicima sa poštivanjem, smatrajući da su oni prosvijetljeni, bliski spiritualnom (Foucault, 1967). Naglašavam izostanak hrišćanske ere jer se ovakav odnos zadržao u mnogim drugim kulturama i do novijeg doba (sjeverno i južno američki Indijanci, afrička plemena i dr.). to je period kada su duševni bolesnici imali u manjoj ili većoj mjeri znatnu podršku u zajednici, davana im je hrana, odjeća itd. Ili su pak duševni bolesnici smatrani opsjednutima zlim demonima, prokleti vradžbinama itd. Bitno je istaći da su i ova razdoblja imala drugačije pristupe duševnoj bolesti kao što su Hipokratove studije ili pak Aurelianus koji je pozivao na obzir, mir i njegu (Pražić, 1989). Ipak u globalu možemo reći da je nedostatak ekonomskog faktora u pravom smislu riječi ostavljao prostor za slobodan život duševnog bolesnika, jer se ovdje i radi o razdobljima nepostojanja prave ekonomije. Ovo je period kada dominira animističko-religijski model shvatanja duševne bolesti, ali se zahvaljujući liječnicima i filozofima antičke Grčke javljaju i naznake modela bolesti tačnije rečeno prenaučni model bolesti kako ga označava Pražić (1989).

Srednji vijek

Što je ekonomski faktor postajao bitniji, to su više dolazila do izražaja ružna vremena za duševno oboljele. Prve takve naznake nosilo je stvaranje feudalnog društva. Najprije su duševni bolesnici protjerivani u nenaseljena područja, da bi sa jačanjem feudalnog društva odnosno u njegovoj najvišoj tački počeli

progoni, inkvizicija, javna mučenja i pogubljenja. Igra je počela. Svaki radnik donosi profit, neuračunljivi ne donose profit ili možda čak donose gubitke. Ovdje se prvi put pojavljuje, mada se nigdje direktno ne spominje, termin funkcionalnosti, tako prisutan u DSM-u. Period feudalizma je period u kojem je svaka jedinka lako nadoknativa. Ovdje glavnu riječ odigrava religija- najprvotnija totalna institucija, zavodeći tiraniju straha među pukom jer svako je mogao biti sljedeći. Ovdje glavni instrument manipulacije nisu bili prvenstveno umobolni ali su često završavali kao žrtvena jagnjad, kao opsjednuti nečastivim, kao primjer onima koji kane biti neposlušni crkvi koja je bila najjača karika feudalne ekonomije. Szasz (1967) nalazi kako su poremećeni ljudi žrtveni jarci a vještice i duševna bolest sredstva kojima se proizvode žrtveni jarci. Za ovaj period karakterističan je izostanak modela bolesti i vladavina animističko-religijskog i moralnog modela, kako to i Foucault (1961) ističe, duševni bolesnici su zatvarani sa ostalim «neradnicima».

Novo doba

Filozofska i naučna misao jačaju i što je još bitnije počinje era buržoazije, nagli procvat, prosperitet, u procesu proizvodnje svaki čovjek je bitan ali ne iz humanističkih razloga već radi brže i veće zarade. Postavlja se pitanje: Kako ponovo osposobiti nefunkcionalnu osobu za rad? Više jeftine radne snage - veća zarada. Ovo je period kada su stvorene nove klasne razlike. Gradovi se razvijaju, dolazi do naglog priliva stanovništva u gradove. Priliv je teško kontrolisati, javlja se veliki broj siromašnih, beskućnika, kriminalaca. Sa novim stanovništvom pristižu i duševno oboljeli. Prije navedene kategorije i duševno oboljeli čine istu kategoriju- kategoriju neiskoristivih, onih koji ometaju nagli napredak društva, «zajednica je na prvom mjestu», problematične smještaju u ustanove zatvorskog tipa, u Americi su to najprije bila prihvatilišta za siromašne a problem su namjesto priliva sela u grad predstavljali doseljenici (Castel i sur.,1979). Iz ovih prihvatilišta se razvijaju Azili za duševne bolesnike gdje su oni stavljeni u okove da bi dolaskom Pinela ti okovi doslovno spali. Međutim, uvjeti nisu mnogo bolji. U to vrijeme npr. u Americi u azilima uglavnom rade psihijatri bez potrebne kvalifikacije. U ovom periodu se formira liječnički stalež. Model

koji preovladava je model bolesti u svom prenaučnom smislu i krajem XVIII vj. model moždane bolesti (Pražić, 1989).

Scientizam

Razvoj buržoazijskog društva prati razvoj filozofske i naučne misli. To je period kada se rađa pozitivistički empirizam. Kolakowski (1972) zaključuje da je logički empirizam proizvod specifične kulture, one u kojoj se tehnološka efikasnost cjeni kao najveća vrijednost. Pozitivistički empirizam ističe da se sve može odrediti i ispitati naučnom metodom pa tako i ljudska svijest. Ovo je period nastanka sociološke naučne misli te i začetak sociološkog modela.

Heather N. (1976) podvlači termin kontrola u ideji osnivača sociologije čiji je doprinos filozofiji bila tvrdnja da bi se ljudsko ponašanje, institucije i političke organizacije mogle ispitati i naposljetku podvrgnuti kontroli istom vrstom metoda koje koristi hemičar u istraživanju interakcije hemijskih supstanci. Kontova razmišljanja su prerasla u čitav jedan pokret koji označavamo scientizmom (Heather, 1976).

Počinje period istraživanja ljudske svijesti na naučnim metodama. Čovjek na taj način postaje objekat naučnog eksperimenta i ponovo biva po ko zna koji put ponižen. Duševni bolesnici su još uvijek smješteni i zadržavani u bolnicama bez njihove saglasnosti, uskraćuju im se njihova osnovna prava na slobodu iako su im ta prava zagarantovana kao npr. u Americi već donesenim zakonom (Castel, 1979).

Procvat psihoanalize

Pa iako u ovom periodu susrećemo «naučnu metodu» na djelu empirija ne urađa plodovima. najveći broj duševnih oboljenja nema naučno potvrđenu etiologiju (što je i danas slučaj). Sretnim slučajem za psihijatriju a nesretnim za duševno oboljele rađa se psihoanaliza koju buržoazija objeručke prihvata na prvom mjestu nalazeći u njoj podršku odbacivanju tradicionalnog morala, posebno u domenu seksualnog morala (Castel i sur., 1979). Psihoanaliza daje nova tumačenja, drugačije odgovore, neprimjetno se provlači kao naučno zasnovana mada nikada nije empirijski potvrđen niti jedan bitniji segment njene teorije. Pojava psihoanalize je začetak modela psihičke bolesti, modela

koji uzroke bolesti nalazi u nezdravom razvoju i sazrijevanju ličnosti, ali je socijalni momenat još uvijek marginaliziran.

Eugenika

Početak prvog svjetskog rata, potrebe za diskriminacijom vojno sposobnih na prvi plan izbacuju psihologiju sa njenim testovima intelektualnih sposobnosti. Prvi rezultati su porazni jer upućuju da je izuzetno veliki broj intelektualno ispodprosječnih. Tlo je spremno za rađanje eugenike, koja promiče ideju da se svi neprilagođeni sterilisu pa čak i fizički uklone, uključujući duševne bolesnike, zaostale i kriminalce (Castel i sur., 1979). Ove ideje svoju punu ekspanziju doživljavaju u rađanju fašizma, ali nije zanemarljiv njihov uticaj niti u drugim društvima koja sebe smatraju visoko humanističkim kao što je npr. Amerika. Reich B., Adcock C. (navedeno po Heather, 1976) nalaze da, kada je riječ o aktivnoj diskriminaciji i maltretiranju manjina, konformizam podržava održanje postojeće predrasude. On takođe ozakonjuje ekstremno ponašanje zasnovano na predrasudi što je osnova svih totalitarnih društava, rasističkih pokreta ali i nastanka svih totalnih institucija u koje spada i psihijatrijska.

Model socijalnog učenja

Uskoro se javljaju i drugi pokreti najvećim dijelom iz psihologije kao što je bihejviorizam koji pruža drugačiju sliku od psihoanalitičke, dajući tipično kapitalistički odgovor sa američkim akcentom da je sva patologija duševne prirode naučena a sve što je naučeno, može se odučiti. Heather (1976) nalazi da se fenomeni koje treba shvatiti kao socijalne probleme uzimaju kao dokaz individualne neprilagođenosti te da je bihejvioralna teorija zapravo tehnologija kojom se postiže da ljudi čine ono što se od njih traži. Ovaj period predstavlja začetak modela socijalnog učenja (Pražić, 1989).

Humanizam i antipsihijatrija

Sljedeća faza je faza razvoja humanističkog pokreta u psihologiji, sociologiji i psihijatriji, rođena u vrijeme žestokih previranja širokih masa mladih intelektualaca razočaranih spoznajom da ratovi i igre moći nisu nestale završetkom drugog

svjetskog rata. To je u isto vrijeme i doba rađanja hipi pokreta, pokreta za prava crnačke rase i prava manjina. Postavljaju se pitanja ljudskih sloboda i uskraćivanja istih. To je vrijeme kada se iz redova same psihijatrije čuje glas protiv psihijatrije. Ovo je period zaživljavanja psihosocijalnog, sociokulturnog i egzistencijalističkog modela bolesti te rađanje antipsihijatrijskog modela. Duševnom bolesniku treba prići kao čovjeku, besmislenost dijagnostičkih sistema postala je odveć očita da bi se mogla zanemariti (Fransela,1975).

Psihijatrija se prozivala odveć naučnom a pružala je odveć malo naučne utemeljenosti. U takozvanim funkcionalnim bolestima gdje su organske osnove nepoznate ili se pretpostavlja da ih nema, postoji mnoštvo teorija i objašnjenja a koja od njih će biti prihvaćena ovisi jedino o predrasudama psihijatara. Ovako haotičnog stanja u drugim granama medicine nema. Pa opet, nimalo ne iznenađuje što ima samo pedeset posto šansi da se predvidi kako će, na osnovu te dijagnoze biti liječeni. U legitimnoj medicini to bi bilo nedopušteno (Heather,1976). Heather takođe ističe da sama činjenica kulturne relativnosti čini psihijatriju potpuno drugačijom vrstom djelatnosti nego što je legitimna medicina.

Svrishodnost dijagnoze

Postavlja se pitanje svrishodnosti psihijatrijske dijagnoze, dijagnostički sistemi su neujednačeni, manjkavi, diferencijalna dijagnostika predstavlja nerješiv problem. Primjećuje se da intuicija i empatija igraju ogromnu ulogu i sposobnosti profesionalca da donese pravu dijagnozu. Evaluacijske studije psihoterapijskih tretmana pokazuju poražavajuće malu stopu uspješnosti (Hašimbegović,1989).

Najuočljivija šteta koju psihijatrijska dijagnoza donosi vezana je za jedan od najočitijih atributa bolesti tj. njena impersonalna priroda. To je određenje da bolest ne uključuje nas same, što istovremeno znači da smo oslobođeni odgovornosti za njen tok, a istovremeno dio te odgovornosti prebacujemo na ljekara. Očita je štetna konotacija izjednačavanja poteškoća mentalnog zdravlja sa terminom bolesti u smislu tjelesne bolesti (Heather,1979).

Uloga socijalnih faktora u etiologiji oboljenja dobija reprezentantno mjesto, pristup čovjeku kao pojedincu u socijalnom okruženju unutar kojeg funkcioniše otvara nove aspekte u psihijatriji. Postupno se rađa socijalna psihijatrija. No još je uvijek prevaga onih profesionalaca koji sve to zanemaruju. Heather (1972) zamjeri lekarima opšte prakse da nemajući vremena da slušaju o problemima svojih pacijenata prepisuju istim terapiju koja je nepotrebna iako to znači da će se oni ponovo i ponovo vraćati.

Uskraćena ljudska prava

Postavlja se pitanje zakonitosti uskraćivanja slobode duševnim pacijentima. Međutim tradicionalna psihijatrija se ne da pokolebati. Heather (1976) navodi kako psihijatri tvrde da su oni pozvani da liječe, jer je to, iako pacijentkinja ne shvata u njenom interesu. Činjenica je da se ovo ne tvrdi ni u jednoj drugoj grani medicine, naime jedini slučaj kada lekar može pacijenta da liši slobode mimo njegove volje je kada on boluje od neke zarazne bolesti tj. u interesu drugih. Iz ovoga proizilazi da duševni bolesnici takođe bivaju lišeni slobode za dobrobit šire zajednice. U toj tački psihijatrija djeluje kao činilac društvene kontrole, ali prikriva tu funkciju iza funkcije liječenja.

Szasz (1969) posebno naglašava da su ljudi lišeni svojih građanskih sloboda a da nisu pri tome prekršili zakon, što predstavlja gaženje osnovnih ljudskih prava. Psihijatrija je po njemu zamjena masovnog religijskog, masovnim medicinskim pokretom pri čemu je progon duševnih bolesnika zamijenio proganjanje jeretika. Kada je potrebno, društvo stvara svoje društvene jarce da bi njegovi članovi mogli, proglašavajući druge lošima i bolesnima, potvrditi vlastitu dobrotu i zdravlje. Prijetnja koju doživljavamo kao da potiče od ludaka, u stvari je projekcija netrpeljivosti koju prema njima osjećamo (ibidem).

Najglasniji pobornik antipsihijatrijskog pokreta Laing u svojoj knjizi iz 1967. Politika doživljaja, izjavljuje da su šizofreni u krajnjem slučaju bar neshvaćeni mistici i da su kao takvi neopjevani junaci jednog bolesnog svijeta. Laingovo shvatanje šizofrenije je političko, jer za posljedicu ima potpunu izmjenu uobičajene slike o normalnosti. Biti normalan znači samo biti završni proizvod socijalnog uslovljavanja čiji je cilj stvaranje

lažnog «ja» koje treba da se prilagodi pogrešnim realnostima. Šizofrena dezintegracija je samo dezintegracija lažnog ja i povlačenje iz realnosti nije ništa drugo nego nužna prethodnica putovanju u unutarnji prostor.

Ovo shvatanje šizofrenije ima podršku u radu Foucaulta (1967) u njegovoj istoriji odnosa evropske civilizacije prema ludilu. Prvobitno u pretklasičnom dobu, ludilo je smatrano kao valjano alternativno stanovište realnosti iz kojeg je moguće izvući pouke. A onda u toku sedamnaestog vijeka ludaci bivaju zatvarani skupa sa kriminalcima, besposličarima i drugima koji su remetili težnju za profitom mlade buržoazije. Uklanjanjem ludilo iz vidokruga moderno društvo ga izbacuje i iz svijesti pozivanjem pozitivističke nauke da ga drži na sigurnoj distanci (Foucault, 1967). Laing poziva da se još jednom, kako to on kaže suočimo sa ludilom da bismo istražili svoje pune ljudske vrednote.

Pojam stigme i moralne karijere

Sljedeća stepenica je kao što je za očekivati bila proces gašenja psihijatrije kao totalne institucije. Veliki doprinos raskrinkavanju psihijatrije kao totalne institucije, te veliki doprinos u shvatanju problematike sa kojom se susreću stigmatizirane osobe uopšte dao je Goffman. Provodeći jedno vrijeme na psihijatriji kao poslužitelj on razvija teoriju o nastanku psihijatrijskog pacijenta i naziva je čak karijerom.

Goffman (1968) određuje pojam karijere u daleko širem smislu nego što je uobičajeno, on se odnosi na bilo koju socijalnu nit na životnom putu jedne osobe. Tako razvoj jedinke od običnog člana društva koji ima sva prava do psihijatrijskog pacijenta koji je lišen gotovo svih prava, može se razmišljati kao o razvoju karijere. On se bavi i moralnom karijerom, promjenama koje nastaju u pacijentovom shvatanjima o sebi i drugima, kao posljedicama njegovih iskustava u toku karijere.

Goffman svrstava bolnicu u širu kategoriju totalnih institucija, u koje uključuje i zatvore, sirotišta, kasarne, internate i manastire. Naziva ih totalnim zato što u potpunosti okružuju pacijenta i prekidaju njegove veze sa spoljnim svijetom. Sve što se u ovim institucijama dešava, odvija se prema ustaljenom redu i pravilima koja su nametnuta odozgo i čije kršenje je kažnjivo.

Svaka aktivnost unutar institucije je osmišljena tako da ispuni oficijelne ciljeve institucije. Sve totalne institucije imaju jedan zajednički cilj-uništiti prethodni identitet jedinke i preinačiti ga u oblik određen institucijom (Goffman, 1968).

Ono što Goffman ističe kao najveću tragediju institucionalizacije opisuje kao "moralno labavljenje i moralnu malaksalost". To je uklapanje u sistem u što većoj mjeri od strane pacijenta, uvrede i poniženja gube značaj, pacijent postaje ravnodušan. Tako institucija daleko više demoralizira pacijenta nego što je to ikada činila njegova bolest.

Duševna bolnica po pravilu nije u stanju da ponudi pacijentu, umjesto njegovog dotadašnjeg, neki svoj kulturni model. Zato nakon ulaska u bolnicu počinje proces diskulturacije u smislu dezadaptacije koji pacijenta onesposobljava za suočavanje sa situacijama svakidašnjeg života. Samim ulaskom u bolnicu pacijent gubi podršku niza okolnosti od kojih se sastojao njegov svakidašnji životni ambijent te samim tim počinju poniženja i mortifikacija tj, izolovanje, ceremonija prijema, uniformisanje, degradacija vlastite slike, fizička kontaminacija, moralna kontaminacija i depersonalizacija (Goffman, 1968, 1986).

Život poslije

Efekti hospitalizacije i stigmatizacije koje boravak u duševnoj bolnici ostavlja na pacijentu u potpunosti mijenjaju njegov život u toku boravka ali i nakon izlaska iz bolnice. Oštećen boravkom u bolnici, korisnik se teško ponovno uklapa u sredinu, koja ga često i odbija i ne prihvata, te ovaj process postaje sve komplikovaniji. Stav odbijanja od strane zajednice je veoma česta pojava i u današnje doba iako je sredina najvećim dijelom upoznata sa činjenicom da su duševni bolesnici ništa manje opasni od bilo kog drugog čovjeka. Istraživanja su pokazala da ovakav stav dolazi veoma često od straha da ne dođe do kontaminacije idejama npr. psihotičnog pacijenta (Kecmanović, 1978).

Goffman (1968) ističe da se stavova kako su duševni bolesnici nepouzdati i nepovjerljivi drži i samo osoblje duševnih bolnica. Laing (1977) je među ostalima dokazivao da smo obično mi ti koje uznemirava ponašanje pacijenta a rijetko je to sam pacijent. To je ponašanje uznemiravajuće jer nas ludilo plaši

oživljavajući moguće dijelove našeg iskustva o kojima ne bismo željeli znati.

Kecmanović (1978 : 295) navodi niz pretpostavki o uzrocima odbojnog stava prema duševnim bolesnicima:

1. duševno poremećeno kao devijantno ponašanje - duševno bolesno ponašanje negira sistem postojećih društvenih uloga
2. duševno poremećeno kao duševno bolesno ponašanje - duševni pacijent je viđen kao iracionalna jedinka i stoga nepredvidiva što stvara strah
3. duševno poremećeni kao žrtveni jarac
4. duševno poremećeni i socijalno obezvrjeđivanje - kao simbol društvene propasti
5. duševno poremećeni čovjek i mefistofelovski princip - duševna bolest ruši predstavu o čovjekovoj onipotenciji.

Scheff (1966) pretpostavlja da su pravila koja krše duševno oboljeli "prećutna pravila" i definiše ih kao neizreciva očekivanja u pogledu stvari kao što su doličnost i realnost.

Po svemu navedenom možemo jasno vidjeti da mi duševnog bolesnika ne izbjegavamo zbog onoga što je u njemu nego zbog onoga što je u nama. Mi reflektujemo vlastitu agresiju, mržnju i strahove na njega i to nas vodi ka izbjegavanju koje je socijalno prihvatljivije nego da ga na drugi način kaznimo zbog onoga što u nama izaziva (Scheff, 1966).

Rad u zajednici

Flaker (2000) ističe da je kritika tradicionalnih ustanova mentalnog zdravlja i drugih ustanova često naglašavala da se ne vodi računa o potrebama korisnika već više o svojim potrebama i potrebama društva te navodi sljedeće primjere:

1. službe ne rade u vrijeme kada su najpotrebnije: po noći, za vrijeme praznika i vikenda, ljetnog odmora
2. psihofarmaci se ordiniraju da bude mir na odjelu
3. pacijenti se bude po potrebama smjene
4. korisnici nemaju uvida u svoj dosije
5. nema knjiga pritužbi, korisnike se ne obavještava o njihovim pravima i obeshrabruje se da se žale

6. korisnici ne mogu birati šta će jesti, s kime će spavati u sobi
7. štićenici nekih ustanova moraju pitati za dozvolu za odlazak na klozet itd.
8. ustanove su teško dostupne, udaljene, teško pristupačne. Vrijeme posjeta je ograničeno i stručnjake je teško "uloviti"

Sve ovo vodi ka razmišljanjima o alternativni instituciji. Jačanjem socijalne psihijatrije i ideje o mentalnom zdravlju u zajednici pokreće se novi proces, proces deinstitutionalizacije. Smisao je razviti mrežu pomoći korisnicima psihijatrijskih usluga van institucije, odnosno u zajednici. Povlačeći paralelu sa onim segmentima koji su kritikovani u radu tradicionalnih ustanova samom njihovom negacijom dolazimo do principa rada u zajednici primjerenog korisniku.

Rad u zajednici treba da zadovoljava neke osnovne principe Kecmanović (1978 : 235):

1. princip odgovornosti- podređivanje potrebama i mogućnostima onih kojima je namijenjena
2. princip pristupačnosti-da može biti pružena brzo i u što većem broju
3. princip jednakosti- jednakost svih prava svih građana
4. princip poštovanja socijalnih uslova života- ne možemo očekivati da smo pomogli pacijentu koji pati zbog sredine ako nismo u obzir uzeli sredinske faktore odnosno uvjete života.

Načini djelovanja

Suočeni sa raznovrsnom problematikom sa kojom se susreću korisnici, postaje jasno da je posao izuzetno zahtjevan i da će trebati i vremena i novaca da bi se ovo ostvarilo. Kao osnovni zadatak se ističe stvaranje profesionalnih timova različite kvalifikacije preko psihijatra, socijalnog radnika, psihologa do medicinskih sestara - multidisciplinarnost. Na taj način se treba stvoriti sveobuhvatnija mreža pomoći korisnicima, od direktne njege, ordiniranja medikamentozne terapije, psihoterapije, socijalne i pravne pomoći.

Osnovni način rada pretpostavlja timski rad i koordinaciju. Cilj je u što većoj mjeri angažovati poluprofesionalce i

neprofesionalce u zajednici uključujući i same duševne bolesnike. S obzirom na stepen prisutnosti etiketiranja korisnika od strane zajednice nameće se potreba educiranja šireg sloja zajednice, popularizacija i demistifikacija problematike duševnog oboljenja koja još uvijek nije u dovoljnoj mjeri zaživjela na terenu. Becker (prema navodima Heathera, 1979) ističe da je devijantna osoba ona, na koju je uspješno primijenjena etiketa kršenja pravila izgrađenih od strane socijalne grupe i čije nepoštivanje ova grupa karakteriše kao devijantno.

Potreba osnivanja udruženja građana korisnika psihijatrijskih usluga nameće se sama po sebi iz činjenice da sličnost ličnih iskustava najjače povezuje ljude. Stvaraju se timovi za intervenciju u kriznim stanjima, koji su mobilni i pokrivaju područje djelovanja dvadeset i četiri sata dnevno. Otvaraju se i tkz. vruće linije za akutne slučajeve.

Flaker (2000) ustanovljava šarenolikost mogućnosti osmišljavanja mentalnog zdravlja u zajednici navodeći neke od njih:

- A. mentalno zdravlje u zajednici mogu biti grupe u kojima se ljudi uzajamno pomažu, nude potporu
- B. mogu to biti intervencije kojima stručnjaci ulažu napor da razmotaju čvorove međuljudskih odnosa koji vode u kobne ljudske drame
- C. to mogu biti stambene grupe ili zaštićeni stanovi gdje uz potporu žive ljudi koji su prije živjeli u bolnicama i drugim institucijama
- D. može to biti sasvim izmijenjena briga o ljudima sa poteškoćama u mentalnom zdravlju, bez zatvaranja, bez bolnica, kao primjerice u Trstu
- E. može to biti osvještavanje javnosti o problemima ljudi sa poteškoćama u mentalnom zdravlju i pritisak da se tu nešto mijenja
- F. mogu to biti krizni timovi koji ljudima koji doživljavaju jake psihičke krize omogućavaju da ih prožive van bolnice i ostanu u kontaktu sa svojom svakdašnjom okolinom
- G. može to biti zastupništvo koje zastupa prava ljudi koji nose psihijatrijsku etiketu

Zaključak

Psihijatrija je gotovo od samoga svoga početka igrala značajnu ulogu u društvenim procesima. Često je moć koju je imala bila zloupotrebljavana, pa između ostaloga vrlo često i u političke svrhe. Individualne priče osoba koje su preživjele psihijatrijsku instituciju govore o često krajnje nehumanome odnosu, torturama, kažnjavanjima, zlostavljanjima i slično.

Nakon što osoba i uspije izići iz kruga institucije, veoma često tu instituciju ponese sa sobom, a gotovo izvjesno da sa sobom nosi stigmu koje se ne može osloboditi, što zbog vlastite nemoći što zbog socijalnog okruženja «koje ne zaboravlja».

Jedini način da se psihičko oboljenje svede na stvarne okvire oboljenja poput svakog drugog, poput infarkta ili čira, jeste dokidanje psihijatrije kao institucije i prenošenje službi i njihove djelatnosti u prirodno okruženje, odnosno u zajednicu. Ovaj proces je težak, zahtjevan i dugotrajan. Srećom takav proces je kao u većini modernih država otpočeo i u Bosni i Hercegovini. Preostaje nam još da istrajemo na tom putu i da radimo na mijenjanju javnog mnijenja o duševnoj bolesti.

Izvori i literatura:

1. Basaglia F.: *Negacija institucije*, Vidici br. 5: Beograd, 1981.
2. Castel R., Castel F.& Lovell A.: *The Psychiatric Society*, New York: Columbia University Press, 1979.
3. Cerić I.: *Razvoj zaštite mentalnog zdravlja u federaciji BiH*, časopis Mentalno zdravlje u zajednici br.1 Sarajevo, 2000.
4. Cockerham C.W.: *Sociology of Mental Disorder*, Prentice-Hall, New Jersey, 1981.
5. Delez Ž., Gatari F.: *Anti edip*, Sremski Karlovci, 1990.
6. Flaker V.: *Prema definiciji pojma mentalnog zdravlja u zajednici*, časopis Mentalno zdravlje u zajednici br.1, Sarajevo, 2000.
7. Foucault M.: *Madness and Civilization*, London: Tavistock Publications, 1967.
8. Foucault M.: *Istorija ludila u doba Klasicizma*, Nolit, Beograd, 1980.
9. Fransela F.: *Need to Change?*, Methuen, London, 1975.
10. Goffman E.: *Stigma* New York: Simon & Schuster Inc, 1986.
11. Goffman E.: *Asylums*, Hramonds worth: Penguin, 1968.

12. Hašimbegović A.: *Psihijatrija* - Kecmanović i sur., Svjetlost: Sarajevo, 1989.
13. Heather N.: *Radical perspectives in psychology*, Methuen, London, 1976.
14. Kecmanović D.: *Socijalna psihijatrija sa psihijatrijskom sociologijom*, Svjetlost, 1978.
15. Kolakowski I.: *Positivist Philosophy*, Harmondsworth: Penguin, 1972
16. Laing R.D.: *The Politics of Experience*, Harmondsworth: Penguin, 1967.
17. Pražić B.: *Psihijatrija* - Kecmanović i sur., Svjetlost, Sarajevo, 1989.
18. Prodanović Ž.: *Tamara jednog sna*, SF-priča objavljena u časopisu Sirius br. 133, 1997., Vjesnik Press, Zagreb, 1985.
19. Ramon S.: *The workers perspective*, treće poglavlje u *Psychiatric Hospital Closure*, Chapman&Hall, 1992.
20. Sennett R.: *Nastanak javnog čovjeka*, Naprijed, Zagreb, 1989.
21. Szasz T.: *The Myth of Mental Illness*, Foundations of a Theory of Personal Conduct London: Hoeber, 1969.
22. Scheff T.J.: *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*, Chicago: Aldine Press, 1966.

PSYCHIATRY AS A TOTAL INSTITUTION

Summary

This work offers a short historical view of the social and institutional treatment of mental disease, the 'moral career' of mental disease and the stigma of the psychiatric patient, criticism of such an institution and of that kind of a social relation towards mental disease, and the possible alternative model for this institution.

The inevitability of the change of the traditional approach and the need to treat mental disease no differently from any other disease is increasingly more obvious. The traditional approach, among other things, has been economically unacceptable for a long time. This has, to a great extent, brought about serious discussions leading towards a change of this system which would see it become more economical or, in other words, by having the services transferred for work in community. Fortunately, as far as the beneficiaries of these services are concerned, more economical, at the same time, means more humane. The results of such a change are already visible in practice through the reduction of relapse and the prolongation of the remission phase of the illness. However, this process is still in its infancy stage and it is necessary to invest a lot more time and technical resources in order to make it permanent.