

Петар Опалић
Филозофски факултет
Београд

UDK: 159.972
Оригиналан научни рад
Примљен: 21. 05. 2006.

ГЛАВНА ОБЕЛЕЖЈА УЖИХ СОЦИОЛОШКИХ ТЕОРИЈА ОБЈАШЊЕЊА ДУШЕВНОГ ПОРЕМЕЋАЈА*

У уводу је констатовано да су социолошке теорије објашњења душевног поремећаја у ужем смислу настале у опозицији према медицинском односно биолошком моделу тумачења менталних поремећаја.

Детаљније су с тим у вези изложене следеће социолошке теорије тумачења душевних поремећаја: теорија аномије по Диркему и Мертону (са Мертоновом типологијом девијантног понашања), теорија друштвених улога Парсонса, теорија етикетања (лабеллинг теорија) Чифа и других аутора, теоријски модел каријере душевно оболелог, затим концепт психичког поремећаја етнометодологије и на крају антипсихијатријско тумачење психичких поремећаја.

Закључено је да, иако историјски старије, социолошке теорије настанка психичких поремећаја попуњавају ону епистемиолошку празнину која се јавља у тумачењу улоге друштва уопште и низа социјалних фактора на различите аспекте разумевања менталних поремећаја.

Кључне речи: аномија, друштвена улога, етикетање, каријера психички оболелог, етнометодологија, антипсихијатрија, друштвено порекло психичког поремећаја

Увод: Класификације теорија објашњења социјалне природе душевног поремећаја

Теоријске парадигме које су се у социологији бавиле проблемима душевне болести и здравља мењале су се у зависности од времена у ком су настале, од основног проблема којим се њен аутор бавио, али свакако највише од теоријске концепције аутора.

Социолошке теорије објашњења душевног поремећаја у ужем смислу појавиле су се пре социјално-психолошких, а у опозицији према биологистички оријентисаном медицинском моделу тумачења и третмана менталних поремећаја из 19. века. Оне су опонирале од самог почетка крутом материјалистичком поимању (генетско, анатомско, инфективно или неко друго објашњење)

* Овај прилог је урађен у оквиру пројекта “Друштвени актери и друштвене промене у Србији 1990-2010”, ев. бр. 149005, који подржава Министарство науке и заштите животне средине Републике Србије.

узрока душевних поремећаја, и у том смислу имају историјску и теоријску спону са психолошким тумачењима душевног поремећаја (Елиот 1930).

Имајући у виду у првом реду присутност јављања у литератури из ове области, ради се о две велике групе теорија објашњења друштвене природе психичких поремећаја: И - социолошке у ужем смислу и ИИ - социјално-психолошке теорије.

У групу социолошких теорија у ужем смислу спадају, по нашем мишљењу: 1 - теорија аномије (Диркема и Мертона), 2 - теорија улога (Парсонса), 3 - теорија етикетирања или лабеллинг теорија (Лемерта и Чифа), 4 - модел каријере психички оболелог (Гофмана) и 5 - концепт етнометодологије (феноменолошки приступ) и 6 - антипсихијатријско теоријско објашњење душевног поремећаја. У групу социјално-психолошких теорија објашњења друштвене суштине душевних поремећаја могу се сврстати: 1 - психоаналитички приступ, 2 - антрополошко-егзистенцијалистичке теорије, 3 - групно-аналитички приступ и 4 - теорија друштвеног стреса (или теорија животних догађаја).

Подела теорија објашњења душевног поремећаја коју је понудио Cosertham (2000), уважава најшири могући *principium divisionis*. Реч је о следећим елементима ове класификације: 1 - медицинском теоријском моделу, 2 - психоаналитичком, 3 - о теоријском моделу социјалног учења и модификације понашања, 4 - о теорији друштвеног стреса и 5 - антипсихијатријском теоријском моделу. Изузев медицинског модела у социјалне теорије у ширем смислу, могу се, по нашем мишљењу, убројити и психоаналитичка и теорија социјалног стреса. Оба ова теоријска концепта, иако примарно персоналистичка, имају већ развијене идеје о социјалном контексту настанка психичких поремећаја, што се за бихејвиорални приступ (теорију учења), по нашем мишљењу, не би могло рећи.

Постоје и другачије класификације ових теорија. Тако Деманова (1992) подела теорија објашњења душевног поремећаја уважава следеће теорије: 1 - теорије дисконтинуитета, 2 - теорије социјалне изолације, 3 - концепт социјалне интеграције, 4 - теорије учења и на крају, 5 - теорије етикетирања. Наведене теорије на свој су начин другачије сажете теоријске концепте из класификације коју смо сами понудили, с тим да номинално више инсистирају на социјалном супстрату у настанку психичког поремећаја.

Grusky и Pollner (1981) сматрају да у социологији менталних поремећаја постоје четири базичне теоријске парадигме, које су они везали за велика имена у историји науке. То су: 1 - Фројдова психоаналитичка теорија, 2 - Диркемова и 3 - Лемертова теорија аномије, те 4 - Парсонсова функционалистичка теорија.

Pilgrim и Rodgers (1999) су понудили нешто хомогенију и оригиналнију поделу теорија унутар социологије менталних поремећаја. По њима данас постоји пет теоријских и тематских приступа у овој науци: 1 - теорије које се концентришу на тему о социјалним узроцима менталних поремећаја (ослоњене на резултате познатих пионирских истраживања у социјалној психијат-

рији), 2 - теорије које се односе на друштвену реакцију на психичка обољења (пре свега labelling - теорија тј. теорија етикетирања Чифа, Гофмана, Лемерга и других), 3 - тзв. критичка теорија (ослоњена на фројдо-марксисте, франкфуртску школу, Адорна, Хоркхајмера и Фрома), 4 - социјални конструктивизам (теорија супротстављена тзв. наивном реализму и позитивизму Фукоа и других аутора) и 5 - социјални или критички реализам, тј. теорија самих аутора, Пилгрима и Роцера, чије се базично мишљење своди на став да социјалне структуре не постоје независно од активности друштва, па се и ментални поремећај дефинише у тој интеракцији тј. у зависности од времена и простора у ком се јавља.

Теорија аномије

Историјски гледано најстарија социолошка теорија којом се објашњавају душевни поремећаји у друштвеном контексту је теорија аномије Е. Диркема (1968) и Р. Мертона (1968).

Као што је познато, Диркем је дефинисао аномију као мањкавост контроле страсти и жеља, болни немир и напетост појединаца у друштву и њом објашњавао стопу самоубиства, док је за образложење порекла душевних болести био више склон биологистичком и психолошком објашњењу. Аномијом је уз то Диркем (1973) сматрао стање одсуства аутентичне солидарности у друштву (било да је солидарност механичка, органска или присилна), тј. као стање недовољне постојаности у односима између различитих функција друштва.

Аномију као стање безнормности Роже Бастид (1965) је први прихватио као теоријски оквир објашњења настанка свих душевних поремећаја, а не само самоубиства, која ни Диркем као ни многи други после њега, нису узимали за искључиво ментални поремећај. Бастид је аномију схватио као стање у којем влада сувише ригидна интеграција, пренаглашени индивидуализам, присилна солидарност и недостатак контроле индивидуалних страсти. Он је дакле, сматрао да се аномичним стањем могу објаснити и душевне болести, држећи да, као што неком типу измењене солидарности одговара самоубиство, државном вршење кривичних дела, тако неком трећем типу неадекватне солидарности одговара душевна болест. И Бастид и Диркем дакле, сматрају да је душевна болест (као и самоубиство и кривично дело) одговор појединца на друштвену ситуацију, тачније на круту солидарност или на претерани индивидуализам у друштву.

Схватања Р. Мертона (1968) о душевној болести као девијацији такође се убрајају у теорију аномије. Базични став Мертона о овом питању је, да у аномичним условима постоји раскорак између културних норми и стварних могућности чланова друштва да делују у складу са тим нормама, па је тај дисбаланс извор социјално-патолошких појава, укључујући и менталне поремећаје. Појединац, по Мертону (1968), може на пет начина да одговори на ано-

мичну ситуацију. То су: конформизам, иновација, понављање (ритуализам), повлачење (ретретизам) и побуна. На следећој табели су показани поменути начини прилагођавања (типови девијантног понашања), као и културни циљеви и прихватање односно одбијање институционалних средстава да се циљеви остваре.

Типологија индивидуалних девијантних прилагођавања у односу на прихватање културних циљева и институционалних средстава да се они остваре (по Мергону)

Начини прилагођавања	Културни циљеви	Институционална средства
Конформизам	+	+
Иновација	+	-
Понављање	-	+
Повлачење	-	-
Побуна	<i>f</i>	<i>f</i>

Ознака '+' значи прихватање, '-' одобравање, а ознака '*f*' одбацивање постојећих циљева односно средстава

Психотични тј. душевно оболели људи користе механизам повлачења (ретретизам). Слично раде и скитнице, хронични алкохоличари и наркомани. Ова реакција наступа онда када је појединац интројектовао културне циљеве, али су му остали неприступачни друштвени инструменти за њихово остварење, а он истовремено одбија да посегне за нелегалним друштвеним средствима. Тако фрустриран психички оболели се повлачи (Гвојић 1996).

Мергону као и Диркему се замера да су имали у виду атомизирану индивидуу, а не појединца у акцији, поготово не у комуникацији. Други теоретичари су више инсистирали на важности интеракција душевно оболелог или са околином или са значајним лицима из његовог живота као психоаналитичари, теоретичари животних криза и др. Остало је нејасно зашто неки појединци оптерећени аномичном ситуацијом реагују баш ретретизмом, други конформизмом, а трећи на пети начин. Другим речима, теоретичари аномије су занемарили значај личних односно психолошких чинилаца за развој душевног поремећаја.

Теорија друштвених улога

Друштвена улога је кључна категорија Парсонсовог (1951, 1965) функционалистичког приступа у социологији, по коме различите друштвене улоге служе одржавању равнотеже у социјалном систему, односно његовом функционисању.

Овај класик социолошке мисли описао је друштвена обележја улоге болесника у соматској медицини, при чему је под овим појмом делимично обухватио и душевне болеснике, приписујући им ретретизам или повлачење (одустајање и од културних циљева и од средстава да се они остваре) као облик девијантног понашања.

Реч је, по Парсонсу (1965), о следећим друштвеним обележјима органског болесника:

1. Лоше физичко стање у коме се очекује друштвено легитимно саосећање и помоћ других.
2. Легитимно ослобађање од обавеза у раду, у породици, чак и у показивању доброг расположења према другима (ослобођење практично од свих дотадашњих социјалних улога).
3. Неспособност да се брине о себи, па је оболела личност упућена на помоћ других.
4. Индивидуа није одговорна за болесно стање у које је доспела, али је одговорна за то да јој буде боље, да би се отклонила болест и као друштвено а не само појединачно непожељно стање.
5. Оболели мора да сарађује тј. да ради на томе да оздрави, на старту да тражи помоћ компетентних лица, а затим да прихвати савете и помоћ стручњака.

Парсонс заправо признаје улогу органских фактора у настанку душевног поремећаја, али је по њему за душевни поремећај битно да у том облику девијантног понашања појединац не испуњава институционално дефинисана очекивања везана за једну или више улога, што се сагледава кроз поремећене интерперсоналне односно као могућа патолошка напетост у релацији са њима. Извор тензије може да лежи у одбацивању оног ко не прихвата друштвене норме или у неприхватању друштвених вредности од стране душевних болесника. На напетост појединца околина може иначе да реагије страхом, фантазијама или непријатељством, али најчешће амбивалентним понашањем који носи у себи печат присилног. Ово на крају води до неприродног тј. девијантног понашања у форми душевног поремећаја, до вршења злочина, манифестација религиозног фанатизма итд. У функционалистичком маниру Парсонс закључује да и душевни поремећај има своју социјалну улогу, и то у диференцирању других друштвено штетних облика девијантног понашања од понашања душевног болесника, као што су криминал и дезорганизације друштвених заједница.

У настојању да попуни неке празнине у социолошкој концепцији улоге болесника Фрајдсон (Фрейдсон) (1988) наглашава њен специфични друштвени карактер, сматрајући да је друштвена улога болесника продукт друштвене креације лекара. У његовом теоријском ставу улога болесника се процењује према степену озбиљности (тзв. мала и велика девијантност) и по начелу приписаног легитимитета (тзв. условни и безусловни легитимитет улоге болесника).

Но, кад је у питању душевна болест, не постоји сагласност у друштву о томе да ли је сам пацијент одговоран за њен настанак. Кад је о соматском обољењу реч, сагласност је у том погледу готово једногласна. Нарочито је проблематично обележје болесника по којем је он обавезан да сарађује у лечењу (да прихвати савете), будући је прихватање лечења везано за преузимање улоге душевног болесника, а то је исто што и давање сагласности за преузимање етикете за ову болест. Слична примедба важи и за хронична телесна обољења, али и за улогу називи болесника у превентивним здравственим делатностима.

Теорија етикетирања (labelling теорија или теорија симболичког интеракционизма)

Ова је теорија најприсутнија у социолошкој литератури о овом питању. Теорија етикетирања (енгл. labelling) је повезана са традицијом европске феноменологије односно сасвим директно са симболичким интеракционизмом, пре свега с делом Алфреда Шица (А. Schütz). Симболички интеракционизам, као што је познато, почива на три теоријске премисе: 1 - Човек не живи само у природној него и у симболичкој околини. Интерпретације су незаобилазни посредници између индивидуе и такве околине, 2 - Значење ствари и ситуација настаје у социјалној интеракцији појединца са околином. При томе долази до специфичне друштвене или симболичке конструкције реалности, 3 - Девијантно понашање добија значење тек на основу одређених симбола који се приписују неким улогама и начину понашања које изазива реакцију социјалне контроле. Тако је схизофреник или душевни болесник уопште неко коме је прикачено значење душевног болесника у социјалним интеракцијама. Значење душевно оболелог се приписује углавном први пут у оквиру комуникарања означеног болесника са члановима његове породице. На крају тако идентификованог тј. означеног појединца породица препушта институцији, која само потврђује већ дато симболичко значење девијанту обележеном од стране породице.

Један од представника ове теорије Г. Х. Мид (Mead) пошла је од претпоставке да психички поремећај настаје као резултат мањкаве или лажне социјализације појединца, која се иначе одвија, по њој, тростепено. На првом ступњу дете имитира понашање родитеља, на другом кроз игру вежба одређене улоге, а тек на трећем степену дете на рефлексиван начин преузима улоге у односу на тзв. генерализирајућег другог тј. у односу на друштво у целини. Тек дакле, на овом последњем ступњу код касније етикетираног душевног болесника, јављају се психички проблеми.

Мид експлицитно тврди да се из изјава схизофреног болесника не може закључити о томе да је његово понашање болесно, него, да се тек у његовој комуникацији са његовом друштвеном околином (породицом, суседством и пријатељима) проналази и одређује трајни заједнички смисао понашања обо-

лелог. Обележја 'лудог' или 'абнормалног' приписују се понашању схизофреног дакле, тек касније независно од смисла понашања оболелог за њега самога, и то од стране друштва.

Слично мисле и други представници симболичког или социјалног интеракционизма, Ч. Х. Кули (Colley), Ђ. Дјуи (Dewey) и Р. Е. Парк. Психотичар, по њима, у комуникацији са другим особама не одржава обострану прихваћену симболичку перспективу, која током комуникације мења правац, а може да промени чак и смисао саобраћања. Он има мањкаву компетенцију за комуникацију, дакле није психотичар по себи, него то постаје из перспективе друштвене етикете, коју дају други смислу његовог комуницирања са њима.

У духу симболичког интеракционизма Е. Лемерт (1951) пише о тзв. примарној и секундарној девијацији. Примарна девијација потиче из више извора и представља у понашању људи последице физиолошких, психолошких, културних и социјалних одступања од просечног начина понашања. Има узгредно значење за психичко стање појединца, иако се сматра непожељном. На примарну девијацију следи друштвена реакција, тј. секундарна девијација, која представља одговор девијанта на првобитну друштвену реакцију на девијантно понашање. Реакција друштва на примарну девијацију је не ретко моралне природе и тиче се осуде девијанта од стране друштва, али може да буде и у виду стигматизације, сегрегације, репресије или кажњавања појединца са примарном девијацијом. Под притиском реаговања друштва на примарну девијацију појединац може да реши конфликт (у себи и са друштвом), тако да дефинитивно преузме улогу девијанта и тиме се завршава процес секундарне девијације. Драган Радуловић (1985) је за ове две врсте девијација наводио пример човека који се вози градским превозом, а да није купио карту. Остаје ли неоткривен, путник без карте је примарни девијант, а када га при том ухвати контрола ГСП-а и казни, реч је о реакцији друштва. Када исти путник почиње и сам да се осећа и да се и даље понаша као 'шверцер', постаје секундарни девијант, тј. онда када престане да девијацију крије од себе и других. Лемерт (1951) је луцидно запазио да људе с халуцинацијама мртвих, с илузијама или са суманутостима љубоморе, будући не одлазе психијатру, нико не проглашава лудим нити се они тако осећају. Он при том не улази у психијатријске детаље, као што је преплављеност личношћу психотичним симптомима, нити објашњава зашто на неке од људи који су психички измењени, околина врши притисак да се обрате психијатру, а на друге не.

Допуњујући Лемертов концепт симболичког интеракционизма Т. Ј. Чиф (Scheff) (1971), по неким (Tausig, Michello, Subedi 1999) најутицајнији творац ове теорије, у књизи "Бити душевно поремећен: Једна социолошка теорија" подсећа да свака култура специфично дефинише шта је реалност, шта пристојност и уопште, шта су неписана или тзв. резидуална правила понашања. Чиф објашњава да, када се ове норме не поштују човека могу да прогласе душевно поремећеним, иако многа од кршења резидуалних правила у ствар-

ном животу остају нерегистрована. Наиме, до коначног проглашавања неког лудим потребно је да се девијант стабилизује у кршењу друштвених правила, постајући тако тзв. резидуални девијант. А тек кад добије дијагнозу ментално оболелог он је тзв. девијант у ужем смислу речи. После тога постепено усваја идентитет ментално оболелог. Тако се и по Чифу завршава процес етикетирања и то код мањег броја прекршиоца резидуалних правила, будући велики број људи крши повремено поменута друштвена правила, или чак ако их не поштује дуже времена остаје нерегистрован. Чиф сматра да етикета душевног болесника касније бива на разне начине друштвено поткрепљивана, тј. оболели се подстичу да остану у тој социјалној улози, односно бивају кажњени ако покушавају да напусте улогу душевног болесника. Улога девијанта се дефинитивно утврђује онда кад обележени појединац себе у потпуности доживљава у складу с етикетом која му је прикачена. Овај процес тзв. секундарног етикетирања је нарочито убрзан у животним или психичким кризама будућег коначно етикетираног пацијента (када је он сугестибилан, конфузан, уплашен или безвољан).

Етикетирање душевног болесника могуће је да, као својеврсни процес развоја односа између душевног болесника и реакције околине на његово понашање, постане предмет емпиријског истраживања (Roman, Trice 1974), нарочито кад се има у виду да се стереотипи душевног болесника формирају још у раном детињству, пре поласка у школу. На процес етикетирање утиче свакако обим и видљивост кршења резидуалних правила, друштвена моћ прекршиоца, социјална дистанца између њега и представника друштвене контроле и други друштвени чиниоци. Може се рећи, уважавајући резултате ранијих емпиријских истраживања, да је склоност давању етикете душевном болеснику у управној сразмери са класном дистанцом, и у обрнутој с културолошком удаљеношћу између онога ко етикету приписује и онога коме се она даје.

Етикета душевног болесника, тврди Horwitz (1982), пре се приписује припадницима више класе, образованијим испитаницима (код нас препознатљив као страх раширен у простом народу, да се не полуди од претераног читања или учења), као и женама и појединцима чија су опредељења космополитска.

Етикета је израженија ако се дијагноза поремећаја изражава на матерњем језику, што је показало истраживање етикете шизофреније у Јапану ("seishin-bunretsu-buon" назив је ове болести на јапанском) (Sugiura, et al. 2001). Мере деетикетирања укључиле би по мишљењу ове групе аутора и превођење назива поремећаја с матерњег на језик међународне класификације болести тј. на латински. У сваком случају, како закључују Линк и Фелан (1999) етикетирање води ка стигми, а ова трајно учвршћује негативни стереотип о душевном болеснику и у очима других и у свести оболелог.

Да закључимо, данас се етикетирање или стигматизирање може сажети, како је то урадио на основу емпиријског истраживања савремени немачки

социјални психијатар Ангермеуер (2004), као три форме дискриминације. Прва је индивидуална дискриминација, тачније као социјална дистанца према душевно оболелим због страха, сажаљења или љутње које они изазивају, будући се процењују или као опасни или као беспомоћни. Друга је тзв. структурална дискриминација, чија је последица да се душевно оболели дискриминисани у политичком, правном и друштвеном смислу. Трећи облик етикетања, по Ангермеуеру, је самостигматизирање, када се душевно оболели сâм повлачи, склања се другима са пута, управо да би избегао претећу дискриминацију у фази кад су већ постали темељно несигурни у комуникацији са другима. Овај облик стигматизације има, како је закључио овај аутор у свом другом раду, на основу прегледа великог броја сличних студија на ову тему (Angermeyer 2003), два основна облика, антиципирану и стварно доживљену стигматизацију. Оба облика стигматизације су негативна, будући умањују квалитет живота, угрожавају односе пацијента с другим људима, изазивају осећање мање вредности и слична депресивна доживљавања и негативно утичу на однос пацијента са својим терапеутом. Ангермеуер (2004) предлаже и конкретне мере против ефеката етикетања односно дискриминације душевно оболелих, преко промене односно редуковања негативног стереотипа о душевним болесницима, све до мера утицања на глобалну политику. Он се заправо залаже се за реализацију пројеката деетикетања у медијима, школама, укључујући и отварање радионица с хроничним психијатријским пацијентима.

Модел каријере психички оболелог

Специфичност етикете 'душевни болесник' је да се она генерализује на целу личност, иза које следи још већа изолација и још више ограничења у упражњавању тзв. нормалних образаца живљења стигматизованог, што је и навело теоретичаре етикетања да уведу појам каријере душевног болесника, који први помиње Е. Гофман (1975). Важно је и за каријеру душевног болесника као и за каријеру девијанта да су у њиховом формирању у сукцесивном процесу укључене друштвене институције и то на начин, како пише Бецкер (1981), који трајно мења суштину социјалног смисла постојања душевно оболелог. У томе одлучујућу улогу имају учестале, дуже или краће хоспитализације у психијатријским установама (Grunt 1973).

Модел каријере душевно оболелог је својеврсни епистемиолошки изда-нак теорије етикетања. Реч је о схватању да се психијатријски пацијент, као објект и субјект друштвеног догађања, временом изграђује социјални идентитет у континуитету, за њега предодређених, друштвених улога кроз које сукцесивно пролази. Другим речима, психички поремећај се посматра као девијантно понашање које изазива одређену реакцију околине која притиска пацијента да се понаша увек у складу са утврђеним моделом девијантног

понашања, од првог кршења друштвеног правила све до трајног усвајања идентитета девијанта.

Још је Чиф (1971) запазио у вези са етикетирањем душевног болесника, да се у одређеном тренутку кршење друштвених правила стабилизује и прелази препознатљив образац, у каријеру душевног болесника. Друштво наине има одређене интересе да, из њему иманентних функционалних или других разлога, раздвоји девијантно од конформистичког понашања и оно то чини, систематски настојећи да институционализује и једно и друго. Тачније, друштво конституише правила, а за њихово непоштовање ствара трајан појмовни, социјални и вредносни оквир, којег најлакше и најуспешније примењује на некога ко се дефинитивно и у за то предвиђеној схеми означава као девијант, аутсајдер, маргиналац или пак душевни болесник. Коначно добијање етикете душевног болесника завршава се у психијатријским установама као крај једне, како каже Кескејсен (1974), 'фаталне каријере', која је трајно обележена узрочно-последичним низом социјалних дисквалификација, почев од дијагностиковања, преко лечења све до рехабилитације оболелог.

Теоријски концепт психичког поремећаја етнометодологије

Свакодневна животна пракса, у којој се појмови којима се служе чланови друштва усклађени с њиховим поступцима, одлучујућа је у конструкцији социјалне реалности уопште, па и душевног поремећаја као дела те реалности, сматрају етнометодолози. По њима су у том посредовању у првом плану друштвене норме, али још важније је њихово значење у свакодневном животу чланова одређеног друштва, који представљају одлучујуће (интенционалне) субјекте у друштвеној интеракцији. Тако се и душевна болест конституише као резултат реалног одлучивања у ситуацији цоммон-сенсе (заједничке друштвене свести) будућег пацијента, чланова породице и касније професионалаца у заштити менталног здравља. У том погледу разликују се, како у духу етнометодологије пише Rohlfs (1986), три нивоа доношења одлука: 1. одлучивање на нивоу општих правила (које зависе претежно од социјалне структуре), 2. ниво доношења одлука везан за правила интерпретације која зависе и од друштвене структуре и од социјалне интеракције, најприближније од доживљаја појединаца у социјалној интеракцији и 3. одлучивање на разини културних значења тј. на нивоу који даје специфични смисао свакој друштвеној ситуацији у некој специфичној култури.

Етнометодолошки приступ наглашава заправо значај уважавања међу-утицаја перспективе околине у једну, и објекта испитивања у другу руку, која се на крају структуришу као смисао одређене друштвене ситуације. У овом случају реч је о реципрочној перспективи пацијента с једне, и медицинског особља и представника породице у ситуацији лечења са друге стране, и то у ситуацији чији је основни смисао дијагностиковање душевног поремећаја.

Медицински модел међутим се не уклапа у ово правило, јер негира могућност пацијента да самостално учествује у интерпретацији властите болести.

Када неко тврди да је нека норма нарушена, опет је само реч о једној ситуацији из свакодневног живота (Keekeisen, 1974). У свакодневним ситуацијама се наиме, паралелно конституишу и норме и њихово непоштовање. И једно и друго нису нешто у потпуности објективно мерљиво, већ представљају дискурзивни момент одређен интенционалном структуром дате друштвене ситуације. Слично наравно важи и за дијагностицирање психичког поремећаја. Дијагностиковање представља заправо рутински репресивни процес у коме официјелна друштвена установа беспризивно конституише и лингвистички, и социјално, и емоционално, девијантни феномен који она 'крсти' као душевну болест. Етнометодолози дакле истичу да је одређивање дијагнозе односно дефинисање душевног обољења као девијантог понашања зависно углавном од друштвене ситуације. А у психијатрији се смисао ситуације кључне за дијагнозу обично дешифрира ретроградно, према опису понашања и вербалних исказа душевно поремећеног, чак и на основу описа понашања оболелог од стране других (тзв. хетероanamнестички подаци). Тако се, сматрају етнометодолози, систематски раздваја схизофрено понашање од ситуационог контекста и сву одговорност за болесно понашање родбина, а касније и стручњаци преносе на означеног пацијента, као да је он имао избор да бира између 'свог' и света других, и као да његово понашање није смисаоно и социодинамски везано за понашање његове околине. Најбољи пример за ово је дијагноза суициданта код покушаја самоубиства, која готово у целини произилази из конфликта, најчешће младог човека са његовом непосредном околином, која убрзо потпуно нестаје тј. заборавља се, ако се тај конфликт брзо реши, између осталог и због тога јер је цела породица заинтересована да заједно са суицидантом не добије етикету породице са психијатријским случајем. Једном 'дијагностикована' пацијент постаје 'одговоран' за своје симптоме, иначе бива кажњен психотерапијском интервенцијом, лековима, изолацијом, или чак фиксирањем, чиме се додатно конструишу социјалне ситуације које га учвршћују у улози пацијента.

Овај проблем су уочили на ширем плану у општој медицини социолози који су се бавили тзв. теоријом болести пацијента (Опалић 2003). Реч је о егзистенцијалној потреби оболелог да и сам учествује у осмишљавању терапијске ситуације у општој медицинској пракси, тј. о потреби телесно оболелог да се уважи његово мишљење о природи или пореклу властитих соматских сметњи ('пацијентова теорија болести'), јер ће у противном (до у 60% случајева) да бојкотира лечење, тражи додатне прегледе, или ће да мења лекара, увећавајући вишеструко трошкове лечења и наравно, продужавајући сопствену болест.

Етнометодолози такође инсистирају да се таксативно наброје сви изрази (из религије, породичног живота или привреде) који могу помоћи разумевању природе душевног поремећаја, који су у језику спомињу за социјалну ситуа-

цију у којој се дефинише психички поремећај, да би се лакше дошло до консензуса о смислу интеракције и психопатолошких феномена који из ње произилазе, који на крају резултирају дијагнозом душевног обољења. За етнометодологе је битно, како кажу, 'типизирање нормалности' односно именоване оног што се у конкретном друштву прихвата као нормално а шта не. Све би то помогло и социолозима и психијатрима да, у најмању руку, боље разумеју друштвену природу психичких поремећаја у ситуацијама свакодневног живота.

Феноменолошки оријентисани социолози или етнометодолози полазе између осталог и од претпоставке да емоције конструишу социјалну реалност и да осећања људи нису прости друштвени епифеномени. Осећања, по њима, нису примарно физиолошке природе, нису само емоционалне реакције организма на спољне стимулансе, већ су и реаговања човека на значајне социјалне интеракције или на ситуације настале на принципу повратног спрега осећања - друштвена ситуација. Емоције су, сматрају феноменолози, у самој бити људске природе. У социјално-антрополошком смислу имају оно место које има за структуралисте језик или говор. Тако ће један од феноменолога, Collins (Опалић 1994), дефинисати човека не као *homo faber* или као *zoon politicon* већ као *animal emotionalis*, биће које од осталог живог света не диференцира ни рад, ни интелигенција, ни иманентна могућност трансценденције даго, него богатство и изнијансираност доживљавања и значења осећајног реаговања. Емоције, као што су антипатија, симпатија, мржња, љубав, пријатељство или непријатељство, су, не само индивидуална осећања него и конструкти друштвене реалности, пре свега ресурси мотивација друштвеног деловања појединца, тзв. 'унутрашња страна' социјалне интеракције.

Представници овог концепта су мишљења да конструкција појма девијација тј. душевни поремећај, не зависе ни у ком случају само од садржаја девијације, као што се мисли у разним биологистичким, психолошким, па делимично и у интеракционалистичком моделу душевних поремећаја. Мада не тврде да душевна болест не постоји објективно, они негирају друштвене норме као објективне критеријуме, који би били довољни за процену деловања и понашања појединца.

Када етнометодолози тврде да се ослањају на анализу језика у социјалној ситуацији, то значи у њиховом концепту да се дијагноза душевног поремећаја изграђује у интерперсоналној сагласности значења понашања обележеног лица и значењских порука лица које етикетирају. Ови последњи су обично особе које припадају кругу значајних лица будућег душевног болесника. Наведена тврдња има данас посебну специфичну тежину, будући се у психијатријској пракси стручњаци свих профила све више упућени на тимски рад, у који су на овај или онај начин укључени и чланови породице оболелог. Душевна болест је дакле, као девијација само друштвено конструисан предикат, који се приписује изабраном језичком појму, који се односи на значење

пролазног интерсубјективног доживљавања емоција пре свега, сматрају етно-методолози.

Антипсихијатријски теоријски приступ

Порекло душевног поремећаја по мишљењу антипсихијатара лежи у краху комуницирања појединца са Другим, у којем једна страна другој (породица или друштво у целини) негира реалност односно когнитивни и језички легитимитет доживљеног. Зато свет оболелог у терапијском погледу, не само да треба разумети него га се мора и прихватити у његовој комплетној феноменолошкој бити. Као таквог га не треба, другим речима, мењати већ га следити (Leng), или мењати друштво у целини да би се излечио тзв. душевни болесник - аутентични револуционар (Huber), односно, расветлити митски став друштва према тзв. душевном болеснику (Sas), или на крају, стварати такве услове лечења којим ће друштво преузети на себе суштинску одговорност за душевно оболеле (Купер, Базаља). Треба, сажето речено, ослободити друштвени простор за слободно унутрашње трагање психички оболелог, будући је и схизофрени пацијент апсолутно слободна и одговорна егзистенција као и егзистенције свих других људи.

Антипсихијатри су до крајности релативизирали биологистичке теорије о пореклу душевних поремећаја класичне психијатрије. Они су се zaloжили за право схизофреног (у суманутостима) да се брани од свеprisутне и гушеће близине Другог (Cooper 1980), за право да се лечи у својој аутентичној друштвеној средини, за низ грађанских и других права психички оболелих. Овај приступ у социолошком смислу критикује официјелну психијатрију да служи интересима владајућих снага у друштву, тако што преко институционалних механизма намеће друштвену моћ и сопствени образац понашања као једини ваљан модел понашања такозваним душевно болесним лицима (Jervis, 1978). Над пацијентима се врши институционално тј. социјално насиље (јер се азилирају), али се врши и когнитивна принуда, тако што се пацијентовом доживљају, који није ништа друго него специфични егзистенцијални пут у властити унутрашњи свет тзв. метаноа (Laing 1977), агресивно намеће тумачење нормалног из угла других људи.

Антипсихијатрија је дала одлучујући подстицај савременој организацији психијатријских установа отворивши њихове границе, и то како изнутра увођењем низа психотерапијских, социотерапијских и радно-терапијских облика лечења, тако и споља, распуштањем класичних психијатријских установа, тачније затворених азиларних одељења, као социјалног оваплоћења тоталне контроле етикетираних душевном болешћу.

Антипсихијатри су дакле радикално оспорили позитивистички приступ у психијатрији, утолико што су симптоме лудила препознали као једини могући облик комуницирања са отуђеним светом, у којима се смисао доживљавања околине дефинитивно обесмишљава егзистенцију тзв. оболелог. Они су

успели да симптомима душевно поремећеног одузму ознаку апсолутне објективности, указујући да је такво поимање душевне болести у уској спрези са тоталитарним карактером биолошког психијатријског резона, азиларне психијатријске институције и тоталитарним карактером неких савремених друштава. “Полицајци у белом”, како су антипсихијатри називали психијатре, нису до појаве антипсихијатријских идеја уочили стваралачке потенцијале, ни неуротичних а камо ли психотичних доживљаја, што се одлично може сагледати у делима оних уметника који су успели да не изгубе комуникацију са властитим тзв. психотичним (дубоко несвесним или детињим) садржајима психичког живота.

Уместо закључка

Уже социолошке теорије објашњења психичког поремећаја настале су из више разлога, али су три кључна: као опозиција нараслом биологизму у психијатрији, као хеуристичка потреба да се у науци објасни утицај друштвене средине на феноменологију и третман психичких поремећаја и као ехо утицаја на разумевање друштвене природе психичких поремећаја учења доминантних класика социолошке науке (Диркема, Мертонa, Парсонса) односно владајућих социолошких теорија прошлог и претпрошлог века (етнометодологије тј. социологије свакодневног живота), теорије етикетирања и најновије, антипсихијатријског покрета.

Место ужих социолошких теорија остаје трајно и незаобилазно, не само у историјском погледу, него и у социологији психијатријског сазнања. То преваходно због тога јер ни психосоцијалне теорије (међу њима најутицајнија психоанализа) нису успеле да покрију онај епистемиолошки зјап у тумачењу резултата истраживања утицаја низа социодемографских чинилаца (класе, расе, пола, брачног статуса и сл.) на феноменологију, учесталост и третман психичких поремећаја. Да друштво није само апстрактни појам, показују управо психички поремећаји у мноштву модуса и разноврсног интензитета у којем се појављују управо у зависности од карактера уже и шире друштвене средине. То се тиче пре свих реактивних психичких поремећаја, који су са својим социјалним окружењем неодвојиво везани у моменту настајања, у клиничкој слици, а и у третману. Тако је на свој начин са готово свим психичким поремећајима, укључујући чак и оне који су доказано органског порекла. Ни они се не могу прецизно сагледати, ни ефикасно отклонити ван социјалног контекста у ком се појављују. Уже социјалне теорије објашњења душевног поремећаја управо су ту да олакшају сазнајне и практичне напоре свих посленика у заштити менталног здравља у том правцу.

ЛИТЕРАТУРА

- Angermeyer M. (2003): Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht der Patienten - Ein Überblick, *Psychiatrische Praxis*, 30, 358-366.
- Angermeyer M. (2004): Stigmatisierung psychisch Kranker in der Gesellschaft, *Psychiatrische Praxis*, 31, Suppl 2, 246-250.
- Bastide R. (1965): *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris.
- Bastide R. (1987): *Sociologija i psihoanaliza*, Naprijed, Zagreb.
- Becker H. (1981): *Aussenseiter*, Frankfurt/M.
- Berger J. (1980): Teorija krize i model bazičnih oslonaca ličnosti, *Avalske sveske*, Beograd, 159-177.
- Bion W. R. (1983): *Iskustva u radu s grupama*, Naprijed, Zagreb.
- Caplan G. (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*, Tavistock Publications, London.
- Cockerham W. (2000): *Sociology of Mental Disorders*, Prentice Hall, New Jersey.
- Cooper D. (1980): *Psihijatrija i antipsihijatrija*, Naprijed, Zagreb.
- Cvijić J. (1931): *Balkansko poluostrvo i južnoslovenski narodi*, knjiga II, Beograd.
- Deman D. (1992): *Sociology of Mental Illness*, Printwel Publishers and Distributors, Jaipur.
- Devereux G. (1970): *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Galimard, Paris.
- Dirkem E. (1968): *Suicide*, Routledge and Kegan Paul, London.
- Dirkem E. (1973): *O podeli društvenog rada*, Karijatide, Beograd.
- Eliot Th. D. (1930): Psychiatrische Soziologie und Soziologische Psychiatrie, *Kölner Viertel-Jahrshefte für Soziologie*, 9, 82-100.
- Erikson E. H. (1976): *Omladina, kriza, identitet*, Pobjeda, Titograd.
- Freidson E. (1988): *Profession of Medicine*, The University of Chicago Press, Chicago-London.
- Frojd S. (1976): *Iz kulture i umetnosti*, Matica Srpska, Novi Sad.
- From E. (1960): *Zdravo društvo*, Rad, Beograd.
- Fromm E. (1966): *Čovjek za sebe*, Naprijed, Zagreb.
- Goffmann E. (1975): *Asyle, Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt/M.
- Grossarth-Maticke R. (1975): *Revolution der Gestärten*, Quelle und Mayer, Heidelberg.
- Grunt H. M. (1973): Psychische Erkrankungen - Eine soziologische Perspektive, *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 25, 255-273.
- Grusky O., Pollner M. (1981): *The Sociology of Mental Illness*, Holt-Rinehart and Winston, New York - Toronto - London - Sydney.
- Gvojić Lj. (1996): *Osnovi nauke o društvu i društveni aspekti medicine*, Samizdat, Beograd.
- Holmes T. H., Rahe R. H. (1967): The Social Readjustment Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horwitz A. V. (1982): *The Social Control of Mental Illness*, Academic Press, New York-London-Toronto-Sydney-San Francisco.
- Jakovljević V. (1984): *Prilozi za socijalnu patologiju*, Sloboda, Beograd.
- Jervis G. (1978): *Kritički rečnik psihijatrije*, Stvarnost, Zagreb.
- Kaličanin P., Bjelogrić M., Petković I. (1992): *Teški psihički poremećaji izazvani stresovima rata*, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.
- Karuzo I. (1969): *Socijalni aspekti psihoanalize*, Kultura, Beograd.

- Keckeisen W. (1974): *Die gesellschaftliche Definition abweichendes Verhalten. Perspektiven und Grenzen des labelling-approach*, München.
- Кецмановић Д. (1975): *Сocijalna психијатрија са психијатријском социологијом*, Svijetlost, Sarajevo.
- Laing R. (1977): *Podeljeno ja – Politika doživljaja*, Nolit, Beograd
- Lemert E. (1951): *Social Pathology*, Mc Grow Hill, New York-Toronto-London.
- Link B. G., Phelan J. C. (1999): Labeling and Stigma, in: Aneshensel C., Phelan J. C. (ed.): *Handbook of the Sociology of Mental Health*, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York, Boston, Dodrecht, London, Moscow, 481-494.
- Marcuse H. (1965): *Eros i civilizacija*, Naprijed, Zagreb.
- Merton R. K. (1968): *Social Theory and Social Structure*, The Free Press, New York.
- Opalić P. (1976): *Mogućnost grupne psihoterapije*, IIC SS Srbije, Beograd.
- Opalić P. (1992): Metapsihološke skice za fenomenološko razumevanje Frojdovog metoda, *Theoria*, 4, 83-92.
- Opalić P. (1994): Types of collective irrational phenomena and possibilities for their study, *Sociologija*, 1, 3-17.
- Opalić P. (2004): Pacijentova teorija bolesti, lečenje i lek, u: Zbornik radova: *Lek i psihijatrija*, Institut za mentalno zdravlje, Beograd, 23-34.
- Parsons T. (1951): *The Social System*, The Free Press, New York.
- Parsons T. (1965): *Social Structure and Personality, Essay in Sociological Theory*, The Free Press, New York.
- Pilgrim D., Rodgers A. (1999): *A Sociology of Mental Health and Illness*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- Radulović D. (1985): Sociologija i proučavanje društvene devijacije, *Sociologija*, 27(3), 311-340.
- Reich W. (1973): *Die sexuelle Revolution*, Fischer Taschenbuch V., Frankfurt/M.
- Rohlf's G. (1986): *Die gesellschaftliche Definition von Geisteskrankheit*, Psychiatrie V., Bonn.
- Roman P. M., Trice H. M. (1974): *The Sociology of Psychotherapy*, Jason Aronson, New York.
- Scheff Th. J. (1971): *Being mentally Ill: A sociological Theory*, A. Atherton, Chicago-New York.
- Sugiura T., Sakamoto S., Tanaka E., Tomoda A., Kitamura T. (2001): Labeling effect of *Seishin-bunretsu-byon*, the japanes translation for schizophrenia: An argument for relabeling, *International Journal of Psychiatry*, 47(2), 43-51.
- Supek R. (1987): Psihoanaliza i sociologija, komplementarnost ili protivrečnost, predgovor za: Bastide R.: *Sociologija i psihoanaliza*, Naprijed, Zagreb.
- Svičević R. (1983): Psihološke karakteristike i stresne vrednosti životnih događaja kod ulkusnih bolesnika, *Socijalna psihijatrija*, 11, 113-133.
- Tausig M., Michiello J., Subedi S. (1999): *A Sociology of Mental Illness*, Prentice Hall, New Jersey.
- Veber (1976): *Privreda i društvo*, I, II, Prosveta, Beograd.
- Vlajković J. (1998): *Životne krize i njihovo prevazilaženje*, Plato, Beograd.

Petar Opalić
Faculty of Philosophy
Belgrade

S u m m a r y

MAIN FEATURES OF NARROW SOCIOLOGICAL THEORIES EXPLAINING MENTAL DISORDERS

In the introduction, the author states that sociological theories explaining mental disorders in the narrow sense have originated as an opposition to medical, i.e. biological model of interpreting mental disorders.

With regard to this, the following sociological theories explaining mental disorders are presented in more detail: theory of anomie by Durkheim and Merton (with Merton's typology of deviant behavior), social roles theory by Parsons, labeling theory by Scheff and other authors, theoretical career model of the mentally ill, the concept of psychic disorder of ethnomethodology and finally, the anti-psychiatric interpretation of mental disorders.

It is concluded that, although historically older, sociological theories of the onset of mental disorders are filling the epistemological void that occurred in understanding the role of society on the whole and a series of social factors particularly on the different aspects of understanding mental disorders.

Key words: anomie, social role, labeling, career of the mentally ill, ethnomethodology, anti-psychiatry, social origin of mental disorders