

zatočenici

(duševni poremećaj kao »patologija slobode«)

(razgovor
sa dušanom kecmanovićem)

intervju

● Tradicionalno psihijatrijskih institucija kao kazamata iz kojih se ne izlazi, a ljudi koji su tamo zatočeni kao izgubljenih zauvek, obziljno je dovedeno u pitanje. Antipsihijatrija postaje jaka struja u savremenom mišljenju o mentalno obolelima. Ona insistira na slobodi svakog čoveka, pa i duševno obolelog. U knjizi Negacija institucije, Franjo Bazalja piše da se u psihijatrijskim bolnicama »bolesnici gomilaju u velikim sobama odakle niko ne može da izade čak ni da ode u klozet. U slučaju potrebe, dežurni bolničar u sobi pozvani da dođe drugi bolničar i da bolesnika odvede do klozeta. Sve to tako dugo traje da mnogi pacijenti vrše nuždu gde se zateknu. Takav odgovor pacijenta na jedno neljudsko pravilo tumaći se kao inat u odnosu na bolesničko osoblje ili kao stepen bolesnikovike zavisnosti od bolesti.«

Ovoj nimalo lepoj slici psihijatrijskih ustanova pridružuje se i tvrdnja Tomasa Sasa, u knjizi Ideologija i ludilo da je zadržavanje ljudi u institucijama za mentalno obolele protiv njihove volje vrsta zatočenja. Koji su uslovi i razlozi za prisilnu hospitalizaciju mentalno obolelih?

– Prijem u psihijatrijsku ustanovu može da bude dobrovolian i prisilan. Prinudan prijem, barem u nas, može se izvršiti na osnovu nalaza i mišljenja ljekara-psihijatara, ili po odluci Suda. Kada se vrši po odluci Suda, onda se prisilna hospitalizacija najčešće provodi u sklopu mjera bezbjednosti obaveznog liječenja i čuvanja u zatvorenoj psihijatrijskoj ustanovi. Ali, da se zadržimo na, prisilnoj hospitalizaciji koja se vrši putem zdravstvene službe. Kada se govori o takvoj hospitalizaciji, po pravilu se misli na prisilan prijem u psihijatrijsku ustanovu zatvorenog tipa. To znači, u takvu ustanovu čija su vrata, i ne samo jedna, zaključana za pacijente, i koju pacijenti ne mogu napuštati po volji.

● U kojim okolnostima, na koji način bi trebalo izvesti hospitalizaciju da bismo je nazvali prisilnom? Da li se pod time razume hospitalizacija izvedena uz primenu fizičke sile? I šta je s onim hospitalizacijama uz pomoć ucene, prevare pacijenta, lažnog obećanja?

– Sve su to pitanja koja traže ozbiljna promišljanja. Rastegljivost prinude u prisilnoj hospitalizaciji upravo je dovela do uvodenja neke vrste medupojma u dijadi dobrovoljan – prisilan prijem. Tako se sve češće govori o »dobrovoljnem prijemu uz nagovor«, što bi trebalo da znači da pacijent nije bio voljan da pristane na prijem u psihijatrijsku ustanovu, ali je prijem ipak obavljen, pošto su ljekari, prijatelji i rodbina uspjeli da pacijenta nagovore da ipak ostane u bolnici. Postoji mnogo okolnosti koje mogu da budu razlog prisilne hospitalizacije zaštita društva od duševno poremećenog čovjeka koji je izrazito agresivan prema okolini, zaštita duševno poremećenog čovjeka od društva, jer su poznate razne zloupotrebe smanjene sposobnosti rasudivanja i izmijenjene ličnosti druševno poremećenog čovjeka, ali i agresivnost okoline prema duševno poremećenom. Ne smijemo zaboraviti ni zaštitu druševno poremećenog čovjeka od njega samog, a ni potrebu da se on prinudno hospitalizuje zbog primjene terapijskih mjera zbog tretmana i eventualnog ozdravljenja. Kao što se vidi, razlozi prisilne hospitalizacije su uviјek i socijalne i medicinske prirode. Drugim riječima takva hospitalizacija ne znači samo zatvaranje duševno poremećenog »iza brave«, nego i njegov psihijatrijski tretman zbog uklanjanja, ili barem ublažavanja socijalnih razloga koji su uslovi prisilnu hospitalizaciju.

● Pa, ipak, zašto bi hospitalizacija uopšte i bila prisilna? Zar u onim istim okolnostima koje ste naveli kao razloge prisilne hospitalizacije ne bi mogle da se pronadu okolnosti i za dobrovoljnu hospitalizaciju, ako već postoji sociomedicinska indikacija za prijem u psihijatrijsku ustanovu?

– Očito, osnovni razlog za prisilnu hospitalizaciju u samom duševno poremećenom čovjeku, u njegovom odnosu prema prijemu u psihijatrijsku ustanovu. Pošto nije rijedak slučaj da duševno poremećen čovjak odbija prijem u psihijatrijsku ustanovu zatvorenog tipa, a izražava kakvu-takvu spremnost da prihvati tretman u ustanovi takozvanog prelaznog tipa (dnevna bolnica) ili, još češće, ambulantni, vanbolnički tretman, moglo bi se reći da bi razlog za prisilnu hospitalizaciju trebalo tražiti u stavu duševno poremećenog prema boravku i tretmanu (zatvaranju) u psihijatrijskoj ustanovi zatvorenog tipa.

Dušan Kecmanović je profesor Medicinskog fakulteta u Sarajevu. Objavio je više knjiga od kojih izdvajamo: Između normalnog i patološkog, Socijalnu psihijatriju sa psihijatrijskom sociologijom, Društvene korijene psihijatrije, Urgentna stanja u psihijatriji, Psihijatriju, pa knjigu Dugotrajno hospitalizovani shizofrenici a u štampi je i njegova nova knjiga Uputstvo duševno poremećenog čovjeku.

Odnos psihijatrijska institucija – duševno oboleli je u poslednje vreme aktualizovan kao dijalog između tradicionalne psihijatrije i anti-psihijatrije. I jedni i drugi, nesumnjivo, pokušavaju da pronađu način spaša duševno obolelih koji su i u zavisnosti od duševnog poremećaja i od institucije koje bi trebalo da mu pomognu. Ali, da bi paradoks bio veći, institucija koja bi trebala da ga oslobodi sapetosti koju stvara njegov individualni poremećaj, počesto ga i sama stavlja u nove mreže zavisnosti i neslobode.

Ovaj naš istaknuti psihijatar, koji se školovao i u Parizu, Ženevi i Londonu, svedoči o našim i svetskim iskustvima o odnosu medicinske institucije i duševno obolelih.

● Koji su razlozi odbijanja duševno poremećenog čovjeka da prihvati lečenje u zatvorenom psihijatrijskom odeljenju?

– Duševno poremećen čovjek nema kritički uvid u vlastito stanje, i stoga ne vidi razlog da uopšte i bude medicinski tretiran. Potšo se ne smatra poremećenim, ne smatra potrebnim ni da se liječi. Drugi mogući razlog može da bude da duševno poremećen čovjek ima svijest da s njim »nešto nije u redu«, da »nije kao ranije«, da ne može da spava, da stalno dolazi u sukob s okolinom ali vjeruje da sve te smetnje ne potiču od njegovog duševno poremećenog stanja – i zato ne vidi smisla ni svrhe da bude tretiran u psihijatrijskoj ustanovi zatvorenog tipa. Duševno poremećen čovjek može da ima svijest o svojoj poremećenosti, ali je njegov otpor prema boravku u psihijatrijskoj bolnici zatvorenog tipa jači od svijesti o potrebi psihijatrijskog tretmana.

● Po svemu sudeći, velika je odbojnost prema psihijatrijskoj ustanovi zatvorenog tipa. Ako predpostavimo da izvestan broj pacijenata negativan stav prema tim ustanovama zasniva na sopstvenom iskustvu, ipak, ostaje pitanje: zašto sličan stav imaju i oni koji bi prvi put trebalo da budu lečeni u takvoj bolnici?

– Odbojnost prema psihijatrijskoj ustanovi može da bude različitog porijekla i karaktera. Ako nije posrijedi prva hospitalizacija, iskustvo duševno poremećenog iz ranijih hospitalizacija može da bude tako loše da on ni po koju cijenu ne želi da bude doveden u istu situaciju. Ako ranije nije bio hospitalizovan, onda njegovo odbijanje da prihvati predloženi prijem u bolnicu može poticati iz straha od stigme duševno poremećenog čovjeka. Poznato je, naime, da je (kraći ili duži) boravak u duševnoj bolnici najsigurniji način da se čvrsto povjeruje kako je neko »sišao s umom«. Prema tome, razlog žestokog otpora prema prijemu u psihijatrijsku ustanovu mogu biti izrazito negativne konotacije duševno poremećenog čovjeka. Može se pretpostaviti da poznavanje nimalo zavidne socijalne sudbine jednom ili više puta već hospitalizovanih pacijenata može, takođe, biti razlog nečijeg odbijanja da se liječi u bolnici. Svišto je isticati da se, u slučaju ovakve zasnovanosti otpora prema prijemu u bolnicu, zla sudbina nekadašnjih pacijenata psihijatrijske ustanove najčešće vezuje upravo za njegov kraći ili duži boravak u duševnoj bolnici.

● Nezaobilazne kategorije u svim raspravama o prisilnoj hospitalizaciji duševno obolelih pacijenata su dobro, vrhunsko dobro, pravda i sloboda. Postavljaju se, dakle, moralno-filosofska pitanja o opravdanosti da se čovek, makar i privremeno, liši slobode zbog nekog individualnog ili društvenog dobra. Zar sloboda nije do te mere vrhunsko dobro, pitaju se pristalice antipsihijatrije, da se oduzimanje ne može opravdati kriterijumima makakvog drugog interesa. Po svemu sudeći, psihijatrijski bolesnik ostaje više u području nužnosti nego u domenu slobode. Kada je reč o prisilnoj hospitalizaciji, koje se moralne dileme postavljaju?

– Moralne dileme su sveprisutne, a kako će one biti riješene, zavisi od toga da li su nekome na etičko-filosofskom planu bliži principi utilitarizma ili deontologije, u Benthamovom smislu riječi. Premda stanovištu koje brane kritičari psihijatrije, duševno zdravi i duševno poremećeni ljudi su ravnopravni, potpuno izjednačeni u pravu na slobodu. Nikakav medicinski rezon, od kojega su izuzeti prvi, ne može biti razlog da se, barem i privremeno, drugima oduzme sloboda. Pred zakonom su isti i duševno zdravi i duševno poremećeni, i zato bi i jedni i drugi trebalo da jednako snose posljedice antisocijalnih, krivčnih djela – ako ih počine. Svaki drugi stav prema duševno poremećenim ljudima kao, navodno, infierenim osobama koje valja zaštiti i poštediti, izuzeti od odgovornosti, smatraju kritičari psihijatrije, jeste paternalistički. Duševno poremećeni su autonomne ličnosti, i oni bi trebalo da odgovaraju za svoju sudbinu.

»Duševni poremećaj je »patologija slobode«. Duševno poremećen čovjek je neslobodan u odnosu na svoj poremećaj: on ne može voljno, svjesno da ga izabere, ne može da odluči da bude duševno poremećen, a nije slobodan ni prema manifestacijama duševnog poremećaja. One njega imaju, a ne on njih. On ne može da se ponaša misli, osjeća suprotno diktatu duševnog poremećaja. Sloboda se ne može definisati samo kao fizička sloboda, ona se ne može svesti samo na spljanju, fizičku slobodu. Utoliko prije što i spoljašnja sloboda gubi dobar dio smisla ako je ne prati unutrašnja sloboda. To kritičari psihijatrije bitno previđaju. Zaboravljaju da duševno poremećen čovjek, unutrašnje neslobodan, ne može da uživa spoljašnju slobodu, ili barem ne onoliko i onako kao duševno zdrav čovjek.«

● *Da li duševno poremećen čovek, ipak, može slobodno da razmatra alternative i da samostalno odlučuje, kad znamo da u svim fazama bolesti on nema sposobnost rasudivanja?*

– Iz znanja i iskustva smatramo da ne može. Jedan shizofren koji je cijeli život (re)organizovao u skladu sa sumanutim doživljajima i interpretacijama, jedan depresivni pacijent kojega izjedaju ideje samooptuživanja i kajanja, i koji jedini spas za sebe i svoje bližnje vidi u samoubistvu ili proširenom ubistvu, jedan alkoholičarski paraonik koji godinama kinji i izmoždava suprugu optužujući je za nevjernstvo, jedan pacijent s razvijenim hroničnim moždanim sindromom koji s teškom mukom uočava odnose u stvarnosti, i mnoge druge kategorije duševno poremećenih u različitim fazama poremećaja nisu u stanju da rasuđuju, ne mogu da luče, biraju i odlučuju. Ne mogu zato što duševno poremećeni čovjek rasudi, ako se tako može reći, po diktatu karaktera svog poremećaja, onako i onoliko koliko mu to poremećaj nalaže i određuje. Kao što duševno poremećen čovjek ne može sam voljno, svjesno da bira neki drugi i drugačiji, egzistencijski modus, tako isto ne može samovoljno, svjesno da učini da rasuduje nezavisno od svog poremećaja.

● *Gоворили сте о слободи као спољшаној, мислећи на физичко-материјалну, и о унутрашњој душевно-духовној. Спољашњу слободу може нам одузeti, i најчешће је i одузима, други човек, dok nam унутрашњу слободу одузима душевни poremećaj. Recite nešto više o tome odnosu слобode i duševne poremećenosti.*

– Duševni poremećaj je »patologija slobode«. Duševno poremećen čovjek je neslobodan u odnosu na svoj poremećaj: on ne može voljno, svjesno da ga izabere, ne može da odluči da bude duševno poremećen, a nije slobodan ni prema manifestacijama duševnog poremećaja. One njega imaju, a ne on njih. On ne može da se ponaša, misli, osjeća suprotno diktatu duševnog poremećaja. Sloboda se ne može definisati samo kao fizička sloboda, ona se ne može svesti samo na spljanju, fizičku slobodu. Utoliko prije što i spoljašnja sloboda gubi dobar dio smisla ako je ne prati unutrašnja sloboda. To kritičari psihijatrije bitno previđaju. Zaboravljaju da duševno poremećen čovjek, unutrašnje neslobodan, ne može da uživa spoljašnju slobodu, ili barem ne onoliko i onako kao duševno zdrav čovjek. Zbog bitne razlike u odnosu na unutrašnju slobodu, ni spoljašnja sloboda duševno zdravog i duševno bolesnog nije ista. Pošto unutrašnja (ne)sloboda manje zavisi od spoljašnje nego što se unutrašnja (ne)sloboda reprekutuje na obim i kvalitet spoljašnje, pored čovjekovog prava na fizičku slobodu, moramo uvažiti i njegovo pravo da se oslobodi dehumanizujućih aspekata duševnog poremećaja. Kritičari psihijatrije insistiraju na slobodi svakog, pa i

duševno poremećenog čovjeka. Naumni da preko psihijatrije ukažu na mnoge društvene nepodobnosti, na nehumanost društvenih ciljeva i sredstava, gledajući isuviše »preko« psihijatrije, previdjeli su neke bitne specifičnosti duševno poremećenih ljudi. Tako su, zalažući se za slobodu, duševno poremećenih, previdjeli totalitet slobode kao jedinstva unutrašnje i spoljašnje slobode. Kritičari psihijatrije su zaboravili da je duševno poremećen čovek, ma gdje se nalazio, zasužjen na krajnje specifičan način, i da je prvenstvena obaveza psihijatara da ga pokušaju oslobođiti unutrašnje sapetosti i neslobode.

● *U svim raspravama o prisilnoj hospitalizaciji, ne zaobilazi se ni pitanje o mogućim zloupotrebama u psihijatriji, koje se najčešće izražava u nepovremenu u dobru namjeru, u njihovu benevoljnost i u stručno i profesionalno poštenje psihijatara. Da li, po Vašem mišljenju, ima mesta takvim pitanjima?*

– Psihijatar može da pogriješi zbog neznanja i manjka iskustva, što je takođe oblik neznanja, ili da zbog zle namjere falsificuje stvarnost. Ako podemo od toga da psihijatar hoće da vidi duševni poremećaj tamo gdje ga nema, ako osporimo stručnu i moralnu autonomiju psihijatara u njihovom radu, onda svaki razgovor o prisilnoj hospitalizaciji postaje unaprijed besmislen. I ne samo to! Nikakve mjere kontrole rada psihijatara, nikakve institu-



cije zaštite prava građana pred licem psihijatrije u obliku zakonske obaveze prijavljivanja Sudu svake prisilne hospitalizacije, nikakva demokratska kontrola »koja bi se poduzimala na zahtjev bilo kog građanina koji se osjeti ponukanim da priskoči u pomoć osobi za koju smatra da je neosnovano lišena slobode« ne može da osjeti prisilnu hospitalizaciju ljudi kojima je mjesto u psihijatrijskoj ustanovi. Time ne želim da kažem da bi rad psihijatra trebalo izuzeti od stručne i društvene kontrole. Loše je, međutim, svjedočanstvo o jednom društvu ako brani i gaji nepovjerenje u rad psihijatara, tačnije, ako se u pristupu psihijatriji polazi od zle namjere psihijatara.

● *Stiče se utisak da osuda prisilne hospitalizacije nijedaleko od osude ustanove u kojoj se vrši svaka, pa i prisilna, hospitalizacija duševno poremećenih?*

– U vremenu koje je proteklo od takvih, mahom opravdano oštih, riječi na račun psihijatrijske ustanove, učinjeno je dosta na humanizaciji odnosa i promjeni atmosfere u duševnim bolnicama. Afirmsana je, i u većini duševnih bolnica uvedena terapijska zajednica koja počiva na principima ravnopravnosti svih članova osoblja i svih pacijenata u terapijskoj zajednici. Obezbeduje se dvosmjerni saobraćaj informacija između bolesnika i osoblja, zajednički se analizira većina događaja i odluka koji su značajni za život u odjeljenju. Osim toga, značajno je skraćena dužina boravka pacijenata u ustanovi. Otvorene su mnoge prelazne ustanove u kojima bolesnici provode samo dio dana ili sedmice, a ostali dio vremena provode kod kuće, odnosno u široj društvenoj zajednici. Sve se više prihvataju inovacije u zbrinjavanju dugotrajno hospitalizovanih pacijenata. Tako se iznajmljuju zgrade u kojima duševno poremećeni ljudi sami organizuju život. Daje im se mogućnost da vla-

stitim radom steknu odgovarajuća finansijska sredstva, što povoljno utiče na sticanje osjećanja lične vrijednosti i povjerenja duševno poremećenih u sebe.

● Šta mislite o zahtevu kritičara psihijatrije za ukidanjem psihijatrijskih ustanova?

- Tako ostrašeno insistarje na zatvaranju duševnih bolnica bez dovoljnog promišljanja svih mogućih posljedica ovakvog postupka, i posebno obima oštećenja što ih u ne malom broju slučajeva izaziva psihopatološki proces, potiče s drugih, mnogo širih i značajnijih izvora nego što je psihijatrijska ustanova. Ovakvo kakvo je, društvo se s mukom, i najčešće teško, saobražava s istinskim čovjekovim potrebama. Ono što se ne može u društvu i s društvom, može se s duševnom bolnicom kao svojevrsnim reprezentantom društva: poreći je, uništiti. Daleko je od toga da je to jedini motiv ponavljenih apela kritičara psihijatrije da se ukinu psihijatrijske ustanove, ali sigurno nije zanemarljiv. Oni očito ne prenju moguće posljedice zatvaranja ovih bolnica. Kao da je jačina revolucionarnog zova zamaglila pogled kritičara psihijatrije na duševni poremećaj. A u zaboravu specifičnosti duševnog poremećaja krije se moćan izvor upotrebe duševno poremećenog čovjeka.

»Upadljivo je da je sve izraženja tendencija prepoznavanja aberantnog i patološkog u onome što je po sebi nekomformističko, ili abnormalno... Na žalost, nedovoljna je spretnost da se pokušaju dokučiti korijeni nekomformističkih i abnormalnih pojava, da se pokušaju osvjetili koje su to autentične ljudske potrebe osujećene, pa ovaj ili onaj čovjek ili grupe ljudi pribjegavaju neuobičajenim, društveno mahom upadljivim, pervertiranim oblicima izraza, u nastojanju da odbrane ugroženu ljudskost.«

● Pre desetak godina napisali ste knjigu Između normalnog i patološkog. Da li se Vaše iskustvo o tome promenilo? Kako se danas može odrediti relacija između normalnog i patološkog? Šta je između?

- U knjizi Između normalnog i patološkog pisao sam o različitim oblicima ponašanja (kozmetskom, paranoidnom, ekshibicionističkom, panfiličnom, itd.) kao manifestacijama nastojanja da se očuvaju i zadovolje neke suštinske potrebe čovjeka u situaciji kada su (te potrebe) višestruko ugrožene. Utoliko su ta ponašanja zdrava, i više nego normalna. Ali, kako ta ponašanja krajnje parcijalno uđovoljavaju stvarnim ljudskim potrebama, i, samo na drugom nivou, negiraju mogućnost čovjekovog samoprevazilaženja, istovremeno ih možemo smatrati devijantnim, pa i patološkim. Danas se, čini mi se, umnožio i diverzifikao broj tih i takvih, i njima sličnih, ponašanja koja su između normalnog i patološkog. Istovremeno je sve teže odrediti što je zapravo između u rečenom smislu. Zašto? Zato što su golemi pritisci koji bi da, prema potrebama i ciljevima određenih društvenih grupa – najčešće onih na vlasti – određuju granicu između samo na izgled bliskih, a suštinski bitno različitih, pojava kao što su: aberantne, nekomformističke, abnormalne, patološke i druge pojave. Nisu, pri tom, ni malo beznačajne posljedice proizvoljnog pomjeranja granica između ovih pojava; nisu beznačajne ni za pojedinca, čije ponašanje ili pojedinačni postupci dobijaju neki od rečenih kvalifikativna, ni za odnose u društvu, pa, u krajnjoj liniji, ni za pravac mogućih društvenih promjena.

Upadljivo je da je sve izraženja tendencija prepoznavanja aberantnog i patološkog u onome što je po sebi nekomformističko, ili abnormalno. Tako se diskvalificuje ono što ne može ili neće da se saobrazi opštem, prosječnom, poželjnijom, i to poželjnijom ovdje i sada. A proglašavanje nekoga ili nečega za aberantno ili patološko je izuzetno efikasan način njihovog dugotrajnog, da ne kažam trajnog devalviranja. Koliko god u nekomformističkom ima šarma, nečega što plijeni originalnošću, neočekivanošću, što obećava i otvara nove horizonte, koliko god abnormalno u plus-varijantama (jer i čovjek koji je nesvakodnevno hitar na nogama, i onaj koji, po visini kvocijenta inteligencije, pripada u obdarene ili čak genijalne – jednako su abnormalni) izaziva poštovanje, ako ne i divljenje i zavist, toliko je aberantno i patološko opterećeno tako velikim brojem negativnih konotacija da odbijaju, pa i zastrašuju i tamo gdje se na njih tek samo sluti.

Na žalost, nedovoljna je spretnost da se pokušaju dokučiti korijeni nekomformističkih i abnormalnih pojava, da se pokušaju osvjetiti koje su to autentične ljudske potrebe osujećene, pa ovaj ili onaj čovjek ili grupe ljudi pribjegavaju neuobičajenim, društveno mahom upadljivim, pervertiranim oblicima izraza, u nastojanju da odbrane ugroženu ljudskost.

Najlakše, ali i najneodgovornije je svako ponašanje koje narušava postojeći red stvari proglašiti aberantnim ili čak patološkim. Najneodgovornije, jer – postupajući tako – propuštam da identifikujemo stepen (ne)saobraženosti između stanja, odnosa u društvu i mogućnosti izražavanja i zadovoljavanja ljudskih potreba – najkraće, između društvenog i individualnog. A takvi se propusti često osvete.

● U jednom tekstu ste napisali da je maj – mjesec samoubistava. Objasnite, sa stanovišta našeg svakodnevnog života, borbu Tanatosa i Erosa u čovjeku, i kako se dešava da Tanatos pobedi?

- Rijetko je koji Frojdov koncept do dana današnjeg bio toliko kritikovan koliko njegovo postuliranje Tanatos-poriva u čovjeku, kao neke vrste analoga ili ravnoteže formativnom, stvaralačkom principu – Eros-porivu. Vjerovatno je većina tih kritika opravdana. Ali, ne jednom u svakodnevnom životu, i ne samo u njemu, suočeni s najrazličitijim oblicima destruktivnog, rušilačkog ponašanja ljudi, pitate se: nema li, ipak, neka nagonska sila u čovjeku koja ga tjera (ne, možda, kao što je Frojd mislio da sve živo pretvoriti u neživo, u neosviješćenu materiju iz koje je sve nastalo, nego ga jednostavno nagoni na po sebi obesmišljenu destrukciju kojoj kao da nema kraja. Ako smo obdareni analitičkim duhom, ako imamo pronicljivosti i još više mašte, uvijek možemo da tvrdimo kako je ovo ili ono rušilačko ponašanje dinamski povezano, i utoliko više ili manje uslovljeno nekim intrapsihičkim zbijanjem, ili, na široj antropološkoj razini, uskraćenošću čovjeka kao čovjeka. Ali, da li takva veza baš uvijek stvarno postoji? Nedostaju sistematske, dugoročne, stručne analize devijantnih oblika ponašanja, koje ne bi trebalo da kažu koji je oblik ponašanja bolestan ili zdrav, nego da odgovore na pitanje: koja socijalna devijacija nastaje kao odgovor pojedinca ili grupe ljudi na takvu situaciju u užoj zajednici ili globalnom društvu koja je ispod razine istrijkih mogućnosti i potreba ljudi, i, s druge strane, za koju devijaciju ne možemo naći zadovoljavajući odgovor unutar ovakvog interpretativnog odnosa?

U tom smislu, krajnje oskudijevamo u većim naučno-istraživačkim projektima u kojima će timovi stručnjaka različitih profila, služeći se metodskim pristupom vlastite oblasti, iz različitih uglova osvijetliti genezu i strukturu, zakonitost pojavitivanja jedne ili više socijalnih devijacija, koje su, sigurno, višestruko determinisane. Lijep primjer za to je autodestruktivno, odnosno heterodestruktivno ponašanje, Tanatos. Teško je prihvatići da Tanatos rođenjem donosimo na svijet kao neku vrstu prokletstva svog vlastitog i cijelog ljudskog roda, ali je još teže biti suveren tumač ne tako rijetkih pobjeda smrti nad životom, mraka nad svjetлом, nekrofilije nad biofilijom. Egzistencijalni bezizlaz i apel za pomoć mogu se izraziti na različite načine. Zašto se neko odlučuje da izrazi ovakvo vlastito stanje i potrebu kroz negaciju najjače nagonske odrednice u čovjeku, nagona samoodržanja, a neko kroz uništavanje ljudske slobraće?

● Činjenica je da samoubistava ima više u jednom kraju zemlje nego u drugom. Kao da ravnica deluje depresivnije od planine. Razlikuju se ne samo načini života, nego i načini samoubistva.

- Ne bih rekao da ravnice djeluju depresivnije od planina. Ne zaboravite da je u Jugoslaviji stopa samoubistva najviša u Sloveniji i Vojvodini, pogotovo u onim krajevima bližim Mađarskoj. Konfiguracija terena, i sve ostalo što ona uključuje, ne može se »optužiti« za veću ili nižu stopu samoubistva. Lev Milčinski, naš poznati suicidolog, svojevremeno je pokušao da interpretira pojavu visoke stope samoubistava u Sloveniji, i nisku homicida u Sloveniji, odnosno veoma nisku stopu samoubistava i visoku stopu homicida među žiteljima Kosova. Razlike su doista veoma upadljive, gotovo drastične. Slovenci su u samom svjetskom vrhu po broju samoubica, a stanovnici Kosova daleko na dnu jugoslovenske ljestvice, pri čemu Jugoslavija po broju samoubistava pripada zemljama sa prošnjom stopom, gledajući u svjetskim razmjerama. Pozivajući se na stanje prije stotinak godina, kada je u Sloveniji bilo približno jednak broj ubistava i samoubistava, Milčinski smatra da su Slovenci, vremenom se obrazujući i civilizacijsko-kulturno uzdižući, potiskivali agresivnost, a ona se, okrenuta unutra, ispoljavala u različitim oblicima autodestruktivnog djelovanja (samoubistva, teška učestala opijanja, itd.), ili, pak, bila sublimirana u poznatu radinost (ergomanija!) Slovenaca. Kod žitelja Kosova, do takvih promjena nije došlo, pa im je agresivnost dominantno okrenuta prema spolju.

Naravno, koliko je zanimljiv ovaj odnos između autodestruktivnosti i heterodestruktivnosti pripadnika pojedinih naroda, isto bi toliko bilo zanimljivo, i ništa manje značajno, proniknuti u koričene agresivnosti pojedinih grupa stanovništva, ili (da ostanem kod navedenog primjera) žitelja pojedinih krajeva zemlje, da ne kažem pojedinih republika i autonomnih pokrajina, pošto nas danas uglavnom tako razvrstavaju. Suicidologija, pogotovo njen epidemiološki aspekt, može da ponudi mnogo podsticajnih pokazatelja o pravom stanju stvari »na terenu«.

● Odgovornost za slobodu i sloboda s odgovornošću za mnoge su teret koji ne mogu nositi. Da li je i pristajanje na slobodu

s kojom se ne može izaći na kraj oblik zavisnosti? Da li je to razlog što ljudi ne pristaju lako na slobodu »za«?

– Ako sam dobro shvatio Vaše pitanje, ono cilja na poznati sartrovski slogan: »osuden na slobodu«, što je dakako samo prividan paradoks. Jedan od izraza dijalektike slobode je u tome što nema slobode »od« bez slobode »za«, kao što nema slobode »za« bez slobode »od«. Ako vam je sloboda cilj, ona mora biti i uslov i sredstvo. Hoću da kažem da, ako ste uopšte spremni da se upustite u avanturu osvajanja slobode, onda joj ne možete pristupiti polovično, ostajati na pola puta. Čini mi se da je bolje, da je pametnije ne kretati na put osvajanja slobode, nego zastati na nekom dijelu tog dugog puta – između slobode »od« i slobode »za«. Ma koliki bio teret naše zasužnjenoosti, mislim da je ipak lakše izboriti slobodu »od« nego osmislići slobodu »za«. To važi i za individualno-psihički i za društveni plan. Uz to, nema sumnje – o čemu je From – pisao da se psihološki prilično teško podnosi međustanje između slobode »od« i slobode »za«. Odbacili ste okove različitih veza i obaveza, od fizičkih do ideoloških, i onda ostali suočeni s vlastitom samoćom, strahovima, dubinom svoje nesavršenosti. Da biste uradili nešto od (svoje) slobode i sa (svojom) slobodom, morate imati mnogo više znanja i umijeća nego onda kada vam je valjalo doći do te i takve slobode, zapravo – poluslobode.

»Čini mi se da je bolje, da je pametnije ne kretati na put osvajanja slobode, nego zastati na nekom djelu tog dugog puta – između slobode »od« i slobode »za«. Ma koliki bio teret naše zasužnjenoosti, mislim da je ipak lakše izboriti slobodu »od« nego osmislići slobodu »za«. To važi i za individualno-psihički i za društveni plan. Uz to, nema sumnje – o čemu je From pisao – da se psihološki prilično teško podnosi međustanje između slobode »od« i slobode »za«. Odbacili ste okove različitih eza i obaveza, od fizičkih do ideoloških, i onda ostali suočeni s vlastitom samoćom, strahovima, dubinom svoje nesavršenosti. Da biste uradili nešto od (svoje) slobode i sa (svojom) slobodom, morate imati mnogo više znanja i umijeća nego onda kada vam je valjalo doći do te i takve slobode, zapravo – poluslobode.

E, sada, ako pristanete na slobodu s kojom ne možete da izađete na kraj – a ponajčešće ne možete – onda sasvim sigurno postajete plijen što vlastitih što društvenih (a sve to izlazi na isto!) manipulacija, vezivanja i obavezivanja, koji, barem u početku, nisu tako očiti i drastični kao one spone (ili lanci) od kojih ste se, ili od kojih su vas oslobođili. Postajete, dakle, zavisnik. A jedini lijek protiv ove vrste zavisnosti jeste da i vi i društvo u svakom trenutku znate pravi odgovor na pitanje: šta sa slobodom, a to znači takav odgovor koji od slobode neće – ni danas, ni sutra – napraviti, učiniti neslobodu.

● *Da li je putovanje do slobode smisljenje od njenog osvajanja kao konačnosti?*

– Sloboda je, meni se barem tako čini, slično etičnosti, nešto čemu se može samo težiti, ali nikako je i postići. Kada bi se, zamislimo, sloboda definitivno postigla, u nekom idealnom ili potpunom obliku – sloboda bi nestala, ukinula bi samu sebe. Mi možemo u svakodnevnom životu, i kroz različite organizovane oblike aktivnosti, samo da se više približavamo ili udaljavamo od slobode, ali nikad da je realizujemo kao konačnost. Sloboda je toliko snažna motivaciona snaga čovjekove djelatnosti da je ona mnogo vrednija kao stremljenje prema slobodi nego kao postignuta sloboda. Da ne govorim o intimnom, emotivnom planu, koji je uvijek bogatiji, puniji, produktivniji u isčekivanju nečeg personalno važnog nego onda kada se suočimo s predmetom, bićem, stanjem, situacijom naših očekivanja i snohvatika. Kao da pravi smisao jedne pojave uviđek valja tražiti ispred i iza nje, a ponajmanje u njoj samoj.

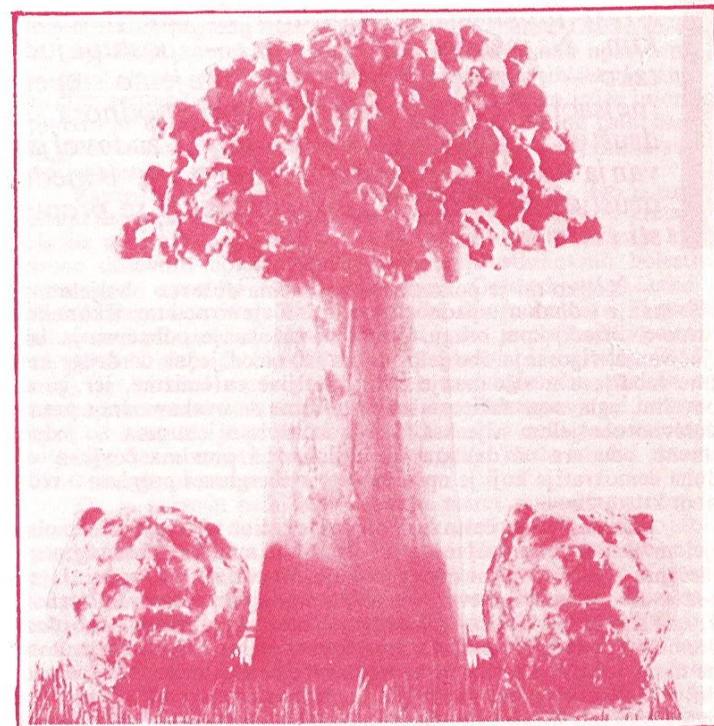
● *Da li je mogućna absolutna sloboda, i šta bi značilo dobiti je?*

– Apsolutna sloboda nije mogućna. Utoliko bolje po čovjeka.

● *Govorili ste o prisilnoj hospitalizaciji, i problemima vezanim za nju. A sada pokušajte da objasnite kakve se zavisnosti radeju na relaciji pacijent-neuropsihijatar. Potreba za zavisnošću i vezivanjem je toliko velika da se u Americi, na primer, pacijenti čak vezuju za kompjutera-psihijatra. Kakve Vi probleme u tome vidite?*

– Pojava zavisnosti na relaciji pacijent-ljekar je neminovna, i višestruko uslovljena. Rekao bih da je određen stepen ponašanja zavisnosti pacijenta neophodan, dobrodošao. On je uslov da se pacijent pridržava uputa koje mu daje ljekar, a koje se odnose na pacijentovu aktivnost, režim života, ishrane, uzimanja terapije... Određeno zavisno regresivno ponašanje pacijenta ima, konačno, i zaštitnu ulogu: čuva pacijenta onda kad su mu zaštititi i pošteda neophodni. Zavisno-regresivno ponašanje, naravno, može da bude i štetno, može da ometa proces rehabilitacije pacijenta. Pacijent nerado (ponovo) prihvata one aktivnosti koje, obzirom na aktuelne psihofizičke sposobnosti i potencijale, poslije prolaska aktune faze oboljenja, uveliko može da obavlja.

Dva su osnovna izvora pojačane, pretjerane zavisnosti, dakle one vrste i jačine zavisnosti na relaciji pacijent-ljekar koja ima anitnerapijski efekt. Prvo, sam pacijent prije pojave bolesti može da



ispoljava više-manje neurotsku potrebu za zavisnošću koja se – u situaciji koja sama po sebi izaziva, podržava, pa i obavezuje na zavisno ponašanje, kao što je odnos pacijent-ljekar, preko mjerne pojaka i proširi. Drugo, ljekar može iz koristoljublja, da pacijenta podržava u zavisnom položaju, no to već pripada zloupotrebi položaja struke.

Ne bih rekao da se duševno oboljeli vezuju za (svoje) psihijatre više nego pacijenti uopšte za ljekare. Istina, u toku analitičke psihoterapije može da se razvije transferska neuroza, pa i transferska psihozna, specifičan oblik duševne poremećenosti koja počiva na jatrogenoj, patološkoj vezanosti pacijenta za psihijatra. No to su veoma rijetke pojave, koje psihijatar, zato što ometaju psihoterapijski postupak, nastoji da što prije razriješi. Imajte na umu i to da se zanemarljivo mali broj psihijatara upušta u individualnu psihoterapiju psihozu (shizofrenije, depresivne psihoze) jer za to postoje i neke stručne kontraindikacije. Naravno, ima slučajeva gdje se duševno poremećen čovek veže za nekog terapeutu u – bolesnom ili duševno zdravom – uvjerenju da mu samo »taj i taj« psihijatar može pomoći, ili ponajviše može pomoći; jednostavno, odgovara mu njegov pristup, njegova terapijska orientacija, njegov izgled... Tu se upliču i nesvesne identifikacije, prepoznavanje, u određenom terapeutu, crta neke važne ličnosti iz vlastite prošlosti.

Kada se u nekog počnu javljati psihičke smetnje, psihijatar – ni izdaleka nije prva osoba, da ne kažem stručnjak, kome će se sam obratiti ili kome će odvesti duševno oboljelog. Prioritet, pogotovo van strogo urbanih sredina, imaju vjerski službenici, različiti čudovorci, врачи-pogadači, ljudi za koje se govori da posjeduju bioenergiju, ekstrasenzornu percepciju, i još koješta.

Po mom znanju, barem u nas, stepen vezanosti duševno oboljelih za te kategorije vidara – ne samo po redoslijedu obraćanja, no i po trajnosti upućenosti – mnogo je izraženiji (i društveno relevantniji i zanimljiviji) nego vezanost duševno poremećenog za psihijatra.

Druga je stvar ako se psihijatru obraćate zbog najrazličitijih problema življjenja koji nemaju mnogo veze s psihičkim poremećajem. Onda se doista možete prilično vezati za psihijatra, ne samo zato što je problema življjenja odnekud sve više, nego i zato, ili prije svega zato, što je psihijatar rijetko stvorene koje hoće da vas

sašluša, da čuje vaše jadikovke, nesnalaženja; vaš jed i vaš jad. To bi bila neka vrsta zavisnosti od onoga ko hoće da vas sasluša, da čuje ono što hoćete, što imate potrebu da kažete. Ali, za ovu vrstu zavisnosti najmanje su krivi psihijatри.

Izgleda nemamo kultivan i human odnos prema duševno oboljelom. Počesto se i bolesnik i njegova porodica dovode u situaciju izolacije i žigosanja, čak do te mere da je nepoželjno s takvom porodicom ostvarivati rodbinske, bračno-porodične veze. Ako je to tako, razumljivo je i prikrivanje bolesnika i bolesti, a samim tim i spasavanje onog što se spasti može. Da li je to surov obrazac, ili on ima racionalno-vaspitačku pretpostavku?

Takvi običaji u nas su još živi.

»Najlakše, ali i nejneodgovornije je svako ponašanje koje narušava postojeći red stvari proglašiti aberantnim ili čak patološkim. Najneodgovornije, jer – postupajući tako – propuštamo da identifikujemo stepen (ne)saobraženosti između stanja, odnosa u društvu i mogućnosti izražavanja i zadovoljavanja ljudskih potreba – najkraće, između društvenog i individualnog. A takvi se propusti često osvete.«

– Koliko mi je poznato, odnos prema duševno oboljelom je više-manje jednak u zapadno-evropskom i sjeverno-američkom kulturno-civilizacijskom krugu, a to je stav izolacije, odbacivanja, isključivanja, žigosanja oboljelog, s tim što se od jedne do druge krajine zaodržava u više-manje prepoznatljive eufemizme, jer je, na površini, uglavnom raširena svijest o tome da ovakav odnos prema duševno oboljelom nije baš mnogo kultivan i human – jednostavno, odudara od deklaracija o slobodi i pravima čovjeka, od duha demokratije koji je opšte mjesto svih oglasa i proglaša u rečenom krugu života.

Kao psihijatar, često sam u stavu okoline prema duševno oboljelom prepoznavao najvećeg krvica za zlu sudbinu duševno poremećenih ljudi. Korijeni ovog i ovakvog stava su višezačni. U zapadno-evropskom i sjeverno-američkom civilizacijsko-kulturnom krugu mislim da je najdjelotvorniji izvor (pra-izvor) obojnjenosti prema duševnom bolesniku strah od iracionalnog, kao nečega što se ne može kontrolisati, što je nerazumno i nerazumljivo. U krajnjoj liniji, to je strah od nas samih, od goleme nagonsko-afektivne sfere našeg bića. Strah koji osjećamo od duševno oboljelih, između ostalog, mjera je veličine izgubljene komunikacije s ovim tako važnim djelom našeg jedinstvenog bića, zatrösti puteva koji vode prema neosviješćenim djelovima čovjeka.

Da li ima racionalno-vitalističke osnove stav po kojem je nepoželjno imati rodbinske veze s porodicom u kojoj ima jedan ili više duševnih bolesnika? Ima. Pri tom mislim na to da je većina funkcionalnih psihoza (shizofrenika, maničko-depresivna psihoza, i drugo) i naslijedno određena. Na primjer, rizik obolijevanja od shizofrenije iznosi 1%, a među krvnim srodnicima je 5–15 puta veći. Kod jednojajnih blizanaca (koji imaju identičnu gensku osnovu konkordantnosti), obolijevanje od shizofrenije je 3–6 puta veća nego u dvojajnih blizanaca, čija je genetska osnova slična (različita) kao u brata i sestre. Ima još dokaza o nasljednoj uslovjenosti shizofrenije, ali ovi su najočitiji. Može li se, dakle, »potpuno« zamjeriti roditelju ako se protivi (prikriveno ili otvoreno) da mu dijete sklopi brak s nekim ko boluje od shizofrenije, ili neko u njegovoj porodici boluje od ovog oboljenja?

U zatvorenom duhu palanke, ako nisi prikidan obrascu koji je dominantan, onda si neprihvatljiv ili »lud«. Biti drugačiji, nije samo nepristojno, nego je i nemoguće i opasno, jer sledi osveta u ime obrasca. A osveta je počesto surova. Šta biste rekli o nasi-lju tradicionalnog kriterijuma u odnosu na svaki poremećaj?

– Nije posrijedi tradicionalni, nego jedini znani oblik odnosa prema onima koji štре u ma kom smislu i iz ma kojeg razloga. Naravno, razlike u tom univerzalnom obliku odgovora nisu male, a određene su – na to se često zaboravlja – i stepenom društvene moći onog ili onih koji nisu saobraženi dominantnom obrascu. Možete vi biti i duševno poremećeni, ali ako istovremeno imate društvenu moć, ostaćete van domaća osvete onih koji bi da sve dovedu na nivo poznatog, opštег, zatečenog, zatvorenog, ničnjeg. Nesreća je u tome što su poremećeni – mislim prije svega na duševno poremećene – najčešće vječiti usamljenici, ljudi koji, zbog prirode poremećaja nikad nisu uspjeli ni da se povežu ni da se na društveno suvisli način organizovano bore za »mjesto pod suncem«. U toj i takvoj njihovoj slabosti dopunski je razlog zašto se žuč i jed, nezadovoljstvo i agresivnost onih neporemećenih tako uporno i nezadrživo izliva upravo na poremećene. Nema veće nesreće nego kad se udruži duševno oboljenje i bijeda, a takvih je neupredivo najveći broj među našim pacijentima.

● Kako ostvariti kritičku poziciju i »oprez« i prema onima koji hoće da vam pomognu da se izbavite iz bolesti?

– Mora da je veliki stepen upućenosti na, i zavisnosti vezane za one koji hoće da nam pomognu da se izbavimo iz bolesti, kada se postavlja potreba za uspostavljanjem kritičke pozicije i »opreza« prema »medikusima«. Ili, možda, svaki odnos u kojem jedan čovjek veoma potrebuje drugoga, i utoliko od njega zavisi, nužno uključuje onaj stepen neravnopravnosti koji podrazumijeva potrebu za kritičkom distancicom prema onom koji može ili bi trebalo da nam pomogne.

No, da se vratimo na karakter naše upućenosti na one koji hoće da nam pomognu da se izbavimo iz bolesti, jer od karaktera te upućenosti dobroim dijelom zavisi i mogućnost kritičkog odnosa prema njoj. Autoritet medikusa, ili »EskulapoV autoritet« (kako se drugačije naziva), ima više aspekata, od kojih su najvažniji: mudrošnosi, moralni i harizmatski. Harizmatski autoritet medikusa potiče iz blizine, iz prožetosti života i smrti, odnosno institucije viderenja i institucije religije.

Značajno velikim dijelom, religija živi od čovjekove konačnosti sažete u neizbjegljivosti smrti. Smrt nije samo jedan od konstitutivnih stožera religije; ona je i jedna od osnovnih veličina na kojima počiva zgrada medicinskog pristupa. Onaj ko lječe bolest, odgada smrt, jer smrt najčešće prethodi bolesti. U životu, smrt nam nikad nije bliža i realnija nego onda kada smo bolesni. Stoga je neophodno onoga ko nas spasava i lječi od bolesti, ko se bori protiv »naše« bolesti, i time protiv »naše« smrti, obdariti, pored mudrosti, i harizmatskim autoritetom.

Smrt je pojava koja nas suviše nadilazi, koja je suviše neshvatljiva i onostrana da bi s njom i približno mogao izaći na kraj mudrošnosi autoritet, empirijsko-racionalno znanje i umijeće. Bolesni (kao nekom vrstom smrti u životu – to je zahtjev čovjeka, pojedinca) bi trebalo da se bavi neka nadljudska, dakle božanska, ili božanstvu bliska i slična, sila. Zato je »Eskulapov autoritet« nezamisliv bez harizmatske komponente. Upravo harizmatskoj dimenziji duguje »Eskulapov autoritet« najveći dio nepriskosnovnosti, ubjedljivosti i univerzalnosti. Podsjećam da je harizmatska dimenzija »Eskulapovog autoriteta« vidljivo, materijalno otjelovorenenje imala donedavno, a ponegdje još ima, u liku sveštenika-ljekara, u liku osobe koja je istovremeno i dušebrižnik i tjelobrižnik.

Osim ove individualne uslovjenosti potrebe za nekom vrstom obogotvorenja lika medikusa, ona ima i ništa manje značajnu grupnu, društvenu utemeljenost.

Zdravlje, kao suprotnost bolesti, jeste ono što pomaže održavanju i preživljavanju i pojedinca i ljudske vrste. Zdravlje kao život koji traje neometen i neugrožen bolešću, zdravlje pojedinca i bezbroj jedinki koji čine ljudsku vrstu, uslov je mogućnosti postojanja i pojedinca i vrste. Stoga, zdravlje je i neka vrsta vitalne ili osnovne potrebe.

»Nesreća je u tome što su poremećeni – mislim prije svega na duševno poremećene – najčešće vječiti usamljenici, ljudi koji, zbog prirode poremećaja, nikad nisu uspjeli ni da se povežu ni da se na društveno suvisli način organizovano bore za »mjesto pod suncem«. U toj i takvoj njihovoj slabosti dopunski je razlog zašto se žuč i jed, nezadovoljstvo i agresivnost onih neporemećenih tako uporno i nezadrživo izliva upravo na poremećene. Nema veće nesreće nego kad se udruži duševno oboljenje i bijeda, a takvih je neupredivo najveći broj među našim pacijentima.«

Analizirajući, u knjizi *Naučna teorija kulture*, s antropološko-funkcionalističkog aspekta, osnovne potrebe i kulturne reakcije, Branislav Malinovski među sedam osnovnih potreba ubraja i zdravlje, pri čemu u higijeni (dakle, šire gledajući, u medicini) vidi kulturni odgovor ili kulturnu reakciju na potrebu za zdravljem. Ko čuva zdravlje, ko se brine za više zdravljaja a manje bolesti, taj čuva život, taj je bez dvoumljenja na strani života.

Upravo zbog ovakvog elementarnog ili vitalno imperativnog karaktera potrebe za zdravljem, ova potreba je u svim epohama i društвima cijenjena i poštovana. Drugim riječima, smisao potrebe za zdravljem i cijenu zdravlja valja tražiti u biološkoj svršishodnosti zdravlja. Tu bi trebalo tražiti i jedan od moćnih izvora, u mnogo čemu idolopokloničkog, a to znači i nekritičkog, odnosa prema onima koji hoće da vam pomognu da se »izbavite iz bolesti«.

Mislim da je iluzorno nuditi praktičnu alternativu postojćem, upravo opisanom odnosu prema »Eskulapovom autoritetu«, jer je on ukorijenjen u dubljim antropološkim, upravo antropobiološkim slojevima.