

Dušan Kecmanović

**RAZLIČIT ODNOS LJUDI PREMA PSIHIJATRIMA
I OSTALIM LJEKARIMA****ATTITUDES TOWARD PSYCHIATRISTS
AND OTHER PHYSICIANS****Sažetak**

Ljudi se različito odnose prema psihijatrima i ostalim ljekarima. Oni smatraju da su psihijatri manje efikasni od ostalih ljekara; oni zaziru od psihijatara i ne poštuju ih kao ostale ljekare. Autor daje odgovor na pitanje o porijeklu rečene razlike. Po njegovom mišljenju, ima osnova vjerovanju da su psihijatri manje efikasni od ostalih ljekara, kao i vjerovanju da psihijatri zavređuju manje poštovanja od ostalih ljekara, te konačno njihovom izbjegavanju psihijatara. Ljudi zaziru od psihijatara zato što misle da psihijatri mogu lako da utvrde koliko su pametni i duševno zdravi, a iluzije u pogledu vlastite pameti i duševnog zdravlja su one iluzije kojih se ljudi najteže odriču. Međutim, najvažniji razlog srazmjerno manjeg poštovanja psihijatara jeste to što ljudi posve osnovano vjeruju da psihijatri čuvaju društveni red, a ostali ljekari njihovu biološku egzistenciju. U mjeri u kojoj više vrednuju vlastito biološko preživljavanje, i u tom smislu preživljavanje vrste, nego vlastito socijalno biće, ljudi više cijene psihijatre nego ostale ljekare.

Ključne riječi: stavovi, psihijatri, ljekari

Summary

People do not relate in the same way to psychiatrists and other physicians. They consider psychiatrists to be less efficient than other physicians; they dislike psychiatrists, and they do not respect them as much as other physicians.

The author provides response to the question, where does such difference in people's attitudes toward psychiatrists and other physicians come from. In his view, belief in less efficiency of psychiatrists as compared with other physicians is well founded. So is dislike of psychiatrists and low respect of them. People dislike psychiatrists because they believe psychiatrists to be able to easily detect their secrets, the state of their mind, how sound and sensible they are. They prefer to stick to their illusions about themselves rather than to get cognizant of who they are. However, the most important reason for people's comparatively low esteem of psychiatrists is that they rightly perceive psychiatrists as protectors of social order and other physicians as guardians of their biological existence. In so far as people put higher value on their biological survival, and for that matter, on the survival of the species, than on their social being they hold other physicians in higher regard than psychiatrists.

Key words: *attitudes, psychiatrists, physicians*

Psihijatrija je u mnogo čemu drugačija od ostalih medicinskih disciplina. Onoliko koliko se razlikuje duševno poremećen od fizički oboljelog čovjeka¹. I više od toga.

U ovom tekstu osvjetliću tu razliku iz jednog posebnog ugla, iz ugla različitog odnosa ljudi prema psihijatrima i ostalim ljekarima.

¹ Pojmovi 'psihički poremećaj' i 'organska bolest' odražavaju kartezijansku dihotomiju koja se zadržala u medicini, posebno u medicinskim terminima. Razlika između psihičkih poremećaja i organskih bolesti ogleda se prvenstveno u tome što se prvi izražavaju mahom psihičkim simptomima, a drugi fizičkim znacima.

Najprije da kažem u čemu se ogleda različit odnos ljudi prema psihijatrima i ostalim ljekarima. Na to me, uostalom, obavezuje naslov ovog teksta, koji je formulisan u obliku tvrdnje. Treba, dakle, da obrazložim tu tvrdnju.

Psihijatri su stručno manje efikasni od ostalih ljekara

Ljudi, bez obzira na dob, pol, zanimanje, socijalno-ekonomsku klasu, nacionalnost i rasu, smatraju da su psihijatri manje efikasni od ostalih ljekara. (Od svih ostalih ljekara valjalo bi vjerovatno izuzeti dermatologe - specijaliste za kožne bolesti, onkologe - specijaliste za maligna oboljenja, i reumatologe, čija efikasnost, posebno ona terapijska, zaostaje za efikasnošću ostalih ljekara, što opšte prakse, što specijalista.) I zato što smatraju da su manje efikasni, manje ih cijene. Manje ih cijene upravo kao ljekare. Istina, vjerujem da ste čuli da za psihijatere kažu da su jedini ili jedini pravi intelektualci među svim ostalim ljekarima. (Biće otuda što se bave pretežno duhovno-duševnim stranama čovjeka kome je potrebna psihijatrijska pomoć, a ostali ljekari samo ili prevashodno fizičkim stranama onoga ko im se obrati za pomoć.) Kada vam, međutim, treba ljekarska pomoć, vaš izbor ljekara, uključujući i psihijatra, ne određuje to da li je ovaj ili onaj ljekar veći ili manji intelektualac, nego, kao uostalom i onda kada vam treba bilo koji drugi stručnjak, to da li je on u svom poslu efikasniji od nekog drugog ili drugih ljekara. Efikasniji znači sposobniji da brže otkrije od čega bolujete, i da vas brže i potpunije izliječi. To pak koliko je određeni ljekar intelektualac nije u najvećem broju slučajeva ono što ga čini boljim dijagnostičarom i terapeutom. I ova posljednja tvrdnja odnosi se na sve ljekare, pa time i na psihijatere. Uostalom, zar niste takođe čuli kako ljudi hvale nekog ljekara kao vrhunskog intelektualca (često pogrešno izjednačavajući njegov intelektualizam sa njegovom reputacijom vrsnog naučnika), i pritom dodaju da taj i taj ljekar jeste izvanredan intelektualac, ali da on nije onaj ljekar kome biste vi trebalo da se obratite kada vam treba ljekarska pomoć.

Vratimo se sada na raniju tvrdnju da ljudi manje cijene psihijatere od ostalih ljekara zato što su psihijatri manje efikasni u poslu koji obavljaju. Koliko je osnovana ova tvrdnja ili ovo

vjerovanje? Ima li istine u kazivanjima da psihijatri mahom ili samo pričaju, a da ostali ljekari nešto rade? (Ili i nešto rade.) Želi se reći da rade nešto konkretno. U cilju isticanja razlike između navodnog psihijatrijskog 'pričam ti priču' i konkretnog posla koji obavljaju ostali ljekari obično se psihijatrima suprotstavljaju hirurgi, koji malo pričaju, a više rade, i to što rade - rade krajnje efikasno.

Valja se najprije zapitati da li su ostali ljekari u dijagnostičkom smislu efikasniji od psihijatara? Da li, znači, oni brže i tačnije postavljaju dijagnozu bolesti odnosno poremećaja? Na ovo pitanje može se odgovoriti na sljedeći način: ostali ljekari su dijagnostički efikasniji od psihijatara, prvo, u mjeri u kojoj se dijagnoza fizičkog oboljenja postavlja pretežno na osnovu vidljivih, fizičkih znakova (promjena boje i topline kože, porast tjelesne temperature, kašalj, promjena boje ispljuvka, učestalo mokrenje, promjena boje mokraće itd.), a manje na osnovu subjektivnih tegoba, i drugo, u mjeri u kojoj su fizička oboljenja praćena promjenama različitih fizičkih struktura i funkcija, koje se, te promjene, mogu dokazati brojnim dopunskim pretragama (pregled krvi, korištenje imidžing tehnika, skopije, biopsije itd.). Brojni su izvori srazmjerno manje dijagnostičke efikasnosti psihijatara. Pomenuću samo tri razloga zašto su psihijatri u odnosu na ostale ljekare srazmjerno manje dijagnostički efikasni. Ponoviću zapravo razloge srazmjerno veće dijagnostičke efikasnosti ostalih ljekara, ovoga puta formulisane kao razloge manje dijagnostičke efikasnosti psihijatara. Psihijatri se u dijagnostičkom postupku oslanjaju pretežno ili isključivo na ono što im bolesnik kazuje i na ono kako se ponaša. Zato su daleko veća neslaganja među psihijatrima nego među ostalim ljekarima u odnosu na to da li konkretni bolesnik ispoljava određeni simptom odnosno znak. Nije psihijatrima lako da se slože oko toga da li je neko (i do koje mjere), na primjer, depresivan, da li je povučen, da li je napet, da li je sumnjičav, da li je suviše ili premalo aktivan. Sa druge strane, kada je nečiji ispljuvak ili stolica sukrvičava, kada ima izraslinu na dojci ili na nozi, kada mu je povišena tjelesna temperatura, kada je izgubio tjelesnu težinu – sve su te promjene dostupne čulima. Pošto se lako uočavaju i jednostavno mjere, visok je stepen saglasnosti ljekara u pogledu postojanja tih i takvih promjena. Drugo, psihijatri dijagnozu maltene nijednog psihičkog poremećaja

ne mogu da postave na osnovu laboratorijskih nalaza. Ostali pak ljekari sve češće dijagnostikuju bolesti oslanjajući se pretežno, a nekada i isključivo, na laboratorijske nalaze. Konačno, kao izraz rečenih razlika u procesu dijagnostikovanja, s jedne strane, fizičkih oboljenja, a sa druge psihičkih poremećaja, validnost dijagnoze organskih oboljenja je znatno veća od validnosti dijagnoze psihičkih poremećaja, što takođe psihijatre čini dijagnostički manje efikasnim od većine ostalih ljekara.

A da li su psihijatri kao terapeuti manje efikasni od ostalih ljekara? I na ovo pitanje moglo bi se odgovoriti pozitivno.

Pogledajmo medikamente koji stoje na raspolaganju psihijatrija i ostalim ljekarima. Kao primjer za poređenje uzeo sam medikamente zato što su oni danas, opravdano ili neopravdano, najčešće korišteni terapijski instrumenti i u psihijatriji i u ostalim medicinskom disciplinama. (Ne može se porediti efikasnost psihoterapijskih metoda u psihijatriji - psihološkoj medicini - i organskoj medicini zato što se ove metode srazmjerno rijetko i u ograničenom obimu koriste u organskoj medicini.)

Primjera radi, psihijatri nemaju tako moćno terapijsko sredstvo kao što su antibiotici. Psihotropni lijekovi, na primjer antidepresivi, antipsihotici, anksiolitici, po efikasnosti zaostaju za antibioticima.

Uzmimo antidepresive, medikamente namijenjene smanjenju depresije, odnosno podizanju raspoloženja ljudi koji su depresivni. Prije svega, kada je riječ o antidepresivima, ne postoji tako nešto kao antibiogram. U takozvanoj organskoj medicini, prije nego što ljekar propiše antibiotik pacijentu, iz organizma pacijenta koji boluje od neke infekcije odnosno upale uzme se mali uzorak bakterija i one se zasiju na nekoliko podloga koje pogoduju njihovom rastu. Na svaku od tih podloga stavi se različit antibiotik, i na osnovu toga koliko je koji antibiotik suzbio širenje bakterija može se zaključiti koji je antibiotik najefikasniji u suzbijanju bakterijske upale (infekcije) konkretnog pacijenta. Taj antibiotik se tada propiše pacijentu.

A na osnovu čega psihijatar vrši izbor antidepresiva koji će prepisati pacijentu? Na tržištu ima desetine različitih antidepresiva. Svi se oni, po mehanizmu djelovanja, mogu svrstati u nekoliko grupa. Ni na osnovu kliničke slike ni na osnovu bilo kojeg drugog pokazatelja ne može se pouzdano zaključiti da li će kod konkretnog

pacijenta jedan antidepresiv biti efikasniji od drugog. Drugim riječima, psihijatri, u svakom konkretnom slučaju, propisuju lijek depresivnom pacijentu prvenstveno na osnovu pristupačnosti određenog antidepresiva, jačine njegovog reklamiranja, većeg ličnog poznavanja neželjenih efekata i kontraindikacija određenog antidepresiva, na osnovu toga koliko ga već dugo prepisuju, dalje, vrste antidepresiva koji je (ako je) pacijent ranije koristio, i toga kako je na njega, odnosno njih, reagovao, te na osnovu onoga što zovu 'unutrašnje osjećanje', 'intuicija'. U suštini, izbor antidepresivnog medikamenta vrši se po principu *trial and error* (pokušaj i pogreška). Ovaj terapijski princip – treba li reći – nije odlika efikasne terapije. Istini za volju, ljekari na sličan način često primjenjuju i antibiotike, s tim što nakon nekoliko dana pacijentovog kontinuiranog uzimanja određenog antibiotika zaključuju da li se taj antibiotik pokazao djelotvoran. Kod antidepresiva taj 'probni period' traje duže. Danas se smatra da pacijent treba da uzima određeni antidepresiv najmanje mjesec dana da bi se zaključilo o njegovoj (ne)djelotvornosti. Koristi se i kombinacija više različitih antidepresivnih medikamentata, od kojih svaki pretežno djeluje na neki od neurotransmiterskih sistema (noradrenergički, serotonergički i dopaminergički). Ma koliko može da bude efikasna u pojedinim slučajevima, ova vrsta antidepresivne polimedikamentne terapije nosi veći rizik pojave neželjenih efekata nego antidepresivna monomedikamentna terapija. Osim toga, ako se kombinovana antidepresivna medikamentna terapija pokaže uspješnom, ne zna se zahvaljujući kojem medikamentu je postignut željeni efekat.

Istina je da mnogi ljekari propisuju antibiotik a da prethodno nisu napravili antibiogram. Takva praksa nije u skladu sa važećim stručnim principima izbora odgovarajućeg antibiotika. Psihijatri pak ne mogu antidepresive primjenjivati drugačije, jer naprosto nema drugog, manjeg nesavršenog načina u izboru pr(a)vog i najefikasnijeg antidepresiva.

Ako tome dodam da su antidepresivni medikamenti efikasni kod najviše dvije trećine onih bolesnika koji boluju od takozvane prave, teške, biološke, endogene, melanholične depresije, a kod onih koji boluju od takozvane reaktivne depresije još u manjem broju slučajeva ili nikako, čitaocu neće biti teško zaključiti da

antidepresivni medikamenti po efikasnosti zaostaju za antibioticima, koje sam samo uzeo kao primjer efikasnosti jednog lijeka u organskoj medicini.

Ili, uzмимо drugi primjer, primjer antipsihotika. Antipsihotici, sredstva protiv psihotičnog poremećaja (shizofrenije, paranoje, manije koja ima psihotične razmjere itd.) ne liječe psihozu. To čak ne tvrde ni proizvođači pojedinih antipsihotika i njihovi trgovački predstavnici koji psihijatre obasipaju uvjerenjima da njihovom proizvodu nema ravna. Antipsihotici smiruju, ublažavaju simptome psihotičnog poremećaja, i ako se uzimaju u dužem periodu vremena čine rjeđim i (ili) manje izraženim nove epizode istog poremećaja.

Konačno, ni anksiolitici, medikamenti za ublažavanje povećane napetosti, ne liječe. Oni ublažavaju napetost, koja je simptom velikog broja psihičkih poremećaja, ali ne liječe te iste poremećaje u okviru kojih se javlja povećana anksioznost.

Nastavljajući razmatranje tvrdnje da su psihijatri manje efikasni od velike većine ostalih ljekara, istakao bih da u psihijatriji ne postoje iole tako efikasna sredstva protiv pojave određenih psihičkih poremećaja kao što su efikasne pojedine vakcine protiv pojave različitih zaraznih bolesti. Lijekovi koji se daju u cilju prevencije novih epizoda bipolarnog poremećaja ne mogu se po efikasnosti mjeriti sa vakcinama koje se daju kao predohrana pojave pojedinih zaraznih bolesti. Konačno, medikamenti koji se daju da bi se prevenirale nove epizode bipolarnog poremećaja, ili, ako se jave, da bi se ublažio njihov intenzitet, nisu preventivni na način na koji su to vakcine. Oni sprečavaju ili ublažavaju nove epizode bipolarnog poremećaja, a ne sam poremećaj kao takav, pojavu (prvu epizodu) tog poremećaja.

Da zaključim. Na osnovu poređenja efikasnosti medikamenata u psihijatriji i ostaloj (organskoj) medicini ima osnova raširenom vjerovanju da, kad se porede sa velikom većinom ostalih ljekara, efikasnost u poslu nije jača strana psihijatara. A pošto, to je opšte mjesto, stručnjake u bilo kojoj oblasti cijenimo prvenstveno po tome koliko su efikasni u svom poslu nije čudo da ljudi manje cijene psihijatre nego većinu ostalih ljekara, bilo da je riječ o ljekarima opšte prakse ili specijalistima.

Ljudi zaziru od psihijatarata

Osim što psihijatru manje cijene zbog njihove srazmjerno male ili manje efikasnosti, ljudi više zaziru od psihijatarata nego od većine ostalih ljekara. (Onkolozi se izuzimaju.) Takav stav prema psihijatrima ogleda se, na primjer, u tome što ljudi ne vole da idu psihijatru. Istini za volju, niko ne voli da ide ljekaru. (O posjetama zubaru da i ne govorim.)

(Čitalac može primijetiti da odbojnost prema psihijatrima nije univerzalna, i da u prilog osnovanosti svoje opaske navede primjer industrijski visoko razvijenih zemalja Zapada, prije svega Sjedinjenih Američkih Država, gdje, kako se, pola u šali, kaže, maltene svako ima svog psihijatra. Ja bih odgovorio da se opaska da srazmjerno veliki broj ljudi posjećuje psihijatru odnosi prvenstveno na pripadnike vrlo imućnih slojeva prvenstveno Istočne i Zapadne obale Sjedinjenih Američkih Država. Pošto su psihoterapijske usluge koje pružaju psihijatri u rečenim sredinama veoma skupe, imati svog psihijatra predstavlja statusni simbol više nego bilo šta drugo. Drugačije rečeno, kad vrlo bogati idu psihijatru zbog najmanje psihičke tegobe, oni to čine ne zato što vjeruju ili sumnjaju da s njima psihički nešto nije u redu, nego zato da bi pokazali da sebi mogu priuštiti ono što daleko najveći broj 'običnog svijeta' ne može, a i zato da se ne bi razlikovali od isto tako imućnih, na koje budno motre kako se ponašaju, šta rade, šta kupuju, kako se i gdje odmaraju i zabavljaju.)

Više je razloga zašto ljudi zaziru ili, tačnije, posebno zaziru od psihijatarata? Navešću pet moguća razloga.

Prvo, ljudi vjeruju da psihijatar može lako i brzo zaviriti u njihovu dušu. Može, samo što ih pogleda, otkriti sve ono što ljudi brižljivo čuvaju samo za sebe i u sebi, daleko od pogleda drugih ljudi, skriveno u dubini duše. To su njihovi strahovi, njihove osujećenosti, njihove čudne sklonosti, neodlučnosti, njihova nesnalaženja, njihove male i velike istine, male i velike laži. Čak i onda kad im je potrebna psihijatrijska pomoć, kad imaju realne psihičke smetnje, ljudi se dvoume. Da li je bolje da se ne obraćamo psihijatru – pitaju se oni – i tako ne rizikujemo da psihijatar za tren oka otkrije ono što godinama skrivamo u sebi (a to je, blago rečeno, naš manje lijep

dio), ili je bolje da se ipak prepustimo 'na milost i nemilost' psihijatru u nadi da će nas osloboditi psihičkih smetnji, bez obzira na to što će oslobađajući nas psihičkih tegoba otkriti dosta od onog što smatramo da je nelijepo u nama. Zazor od psihijatra, pomiješan sa strahom i od psihijatra i od sebe neželjenog, sebe manje lijepog, često nadjača realnu potrebu za psihijatrom, za pomoći koju psihijatar može da pruži.

Drugo, ljudi vjeruju da psihijatri mogu maltene čim ih pogledaju ocijeniti kako su stali sa pameću. Kratko rečeno, koliko su pametni, u smislu inteligencije. Još je veliki francuski filozof René Descartes rekao da je Bog bio najpravedniji kada je raspoređivao pamet među ljudima. Veličina Božje pravednosti očituje se u tome što nijedan čovjek nije spreman da kaže da je manje pametan od nekog drugog čovjeka. Ljudi se ne libe da priznaju (a i što bi tajili nešto što je očigledno) da imaju klempave uši, da su niskog rasta, ili da imaju suviše spuštenu, da oprostite, stražnjicu, te da su time i utoliko u minusu u odnosu na one sa uz glavu prileglim ušima, dugim nogama i dobrostojećim stražnjicama. No, kada je njihova pamet u pitanju, ljudi nikom živom ne daju ispred sebe.

Poteškoća je, međutim, u tome što ljudi, ma koliko da se prave pametni, negdje duboko u sebi nisu najsigurniji u vlastitu pamet. (U Bosni kažu: baška stanje, baška izvještaj.) Jeste da misle da su pametni da pametniji ne mogu biti, i da se takvim predstavljaju, ali ne jednom se u njima oglasi sumnja da možda i ne bi bilo loše da su barem malo pametniji. Ili žal što u nekoj prilici nisu bili pametniji pa rekli ili uradili to i to, ili želja da budu pametniji sljedeći put kada im pamet(i) ustreba. Taj crv sumnje, ta pukotina između 'pametan sam kao i svi drugi' i 'ne bi mi škodilo da sam malo pametniji', jedan je od razloga zašto ljudi nerado idu psihijatru. Vjeruje se da će psihijatar, ako mu se obrate, što kroz razgovor, što korištenjem različitih testova, otkriti veličinu pomenutog rascjepa, objelodaniti veličinu svjesno izabrane zablude ljudi o tome koliko su bistri, pronicljivi, riječju – pametni. Stoga je, rezonuju ljudi, pametnije držati se podalje od psihijatra. A najmanje je pametno pružiti mu priliku da ocjenjuje koliko smo pametni, što je, kako se vjeruje, sastavni dio psihijatrijskog pregleda.

Treće, svi su ljudi, s dobrim razlogom, najviše ponosni na to što su pri čistoj pameti, ili, kako kažu, što imaju zdrav razum. Oni prihvataju da se mogu razboljeti od ove ili one bolesti, ali ostrašćeno odbijaju samu mogućnost da pameću poremete, da 'siđu s uma'. To mu dođe kao nešto najgore što može da im se desi. (Nije slučajno rečeno da Bog, kada hoće nekog da kazni, prvo mu pamet oduzme.)

Dovoljno je da vam neko kaže da odete psihijatru, da se konsultujete s psihijatrom, pa da vas obuzme strah da možda i nemate posve 'zdravu pamet', da možda i niste sasvim pri 'čistoj pameti'. Suviše neprijatna mogućnost. Strašna mogućnost, zapravo. Otud su očekivane i razumljive riječi koje tako često čujemo od onih kojima se kaže da treba da se obrate psihijatru: 'Nisam ja lud, neću da idem psihijatru', 'Ti si lud. Tebi treba psihijatar.'

Četvrto, ako zdravlje i bolest zamislimo kao dvije krajnje tačke jedne linije, većina ljudi se, po tome koliko su zdravi odnosno bolesni, nalazi u sredini, u srednjim dijelovima te zamišljene linije. Oni nisu ni potpuno zdravi, ni potpuno bolesni. Prirodno je da oni koji nisu 'ni potpuno zdravi, ni potpuno bolesni' žele da budu zdraviji. To je, uostalom, i smisao svih zdravstveno-prosvjetiteljskih akcija: učiniti ljude još zdravijim. Poruka ove vrste akcija je nedvosmislena: nikada (ili izuzetno rijetko) ne možete biti toliko zdravi koliko bi zdravi trebalo da budete, to jest koliko bi, po važećim zdravstvenim standardima, bilo dobro da budete zdravi. Epidemiološki gledajući, kada je riječ o fizičkom zdravlju, ta stanja 'između zdravlja i bolesti' najčešće se odnose na povišene vrijednosti šećera i masti u krvi, na povišen krvni pritisak, na granične ili 'blago patološke' vrijednosti funkcionalnih testova pojedinih organa ili organskih sistema, na gojaznost, na povremene išijadične tegobe i bolove u zglobovima, praćene nedovoljnom pokretljivošću. Mada svako od ovih stanja ima odgovarajuću dijagnozu, ljudi koji se po stanju fizičkog zdravlja nalaze u rečenom smislu 'između zdravih i bolesnih' ne smatraju da su bolesni. A ni ljekari ih najčešće ne smatraju bolesnim (u užem smislu riječi). Ljekari u njima gledaju one koji će najvjerovatnije postati bolesni ako se ne poduzme sve što treba da ne dođe do daljeg narušavanja njihovog zdravlja.

Drugačije stvari stoje sa psihičkim stanjima koja su negdje između normalnog i patološkog, a koja se izražavaju na primjer u tome što čovjek nije zadovoljan samim sobom, što smatra da 'nema sreće u životu', što voli da povremeno popije 'koju čašu više', što tu i tamo ne spava dobro, što bi volio da je više slobodan u komunikaciji sa nepoznatim ljudima, da ima više radne energije i seksualne moći, što strepi od pretpostavljenog na radnom mjestu, što se brzo i lako 'nervira', itd. Ako se neko zbog rečenih i njima sličnih smetnji obrati psihijatru, psihijatar će gotovo po pravilu dijagnostikovati njegove psihičke tegobe. I kao što ljekar savjetuje čovjeku čije je fizičko stanje negdje na pola puta između zdravlja i bolesti da promijeni stil života i način ishrane, da (više) vježba, i da eventualno počne uzimati odgovarajući lijek, tako psihijatar onoga ko je psihički ni zdrav ni bolestan počinje tretirati odgovarajućom psihoterapijskom metodom, i (ili) traži da počne da uzima neke psihotropne lijekove.

Naizgled nema razlike u ishodu obraćanja za pomoć onih koji bi da budu zdraviji u fizičkom i onih koji bi da budu zdraviji u psihičkom pogledu. Razlika je ipak značajna. Jedno je imati dijagnozu kao što je na primjer *hyperlipidemia* (povišene vrijednosti masti u krvi), a drugo dobiti dijagnozu nekog psihičkog poremećaja, biti, znači, dijagnostikovani kao psihički poremećen. Razlika je u stigmati koja je vezana za bilo koji psihički poremećaj, odnosno za onoga ko ima dijagnozu nekog psihičkog poremećaja. Razlika je značajna u očima onih koji imaju dijagnozu povišenih masti u krvi i onih koji imaju dijagnozu psihičkog poremećaja. Razlika je posebno velika u očima okoline, koja drugačije gleda na onoga ko ima povišene masti u krvi (da ostanem kod ovog primjera) i onoga ko ima neki (dijagnostikovani) psihički poremećaj. Na prvog se ne gleda kao na pravog bolesnika, a drugi se smatra psihički poremećenim. Da nije psihički poremećen, ne bi išao kod psihijatra, ne bi psihijatar dijagnostikovao njegov poremećaj, i ne bi uzimao 'psihijatrijske' lijekove. Stigma duševnog poremećaja je ta koja diskvalifikuje onoga ko ima dijagnozu nekog duševnog poremećaja. A da bi čovjek izbjegao da bude dijagnostikovani kao duševno poremećen najbolje je da izbjegava psihijatre, jer oni su jedini kvalifikovani da nekome postave dijagnozu psihičkog poremećaja.

Nije stoga čudno što ljudi koji imaju različite psihičke muke ili, kako se to obično kaže, probleme življenja radije uzimaju sredstva za smirivanje napetosti, dobijena na recept koji im je dao ljekar opšte prakse, nego što su radi da se sami ili po savjetu ljekara opšte prakse obrate psihijatru.

Smatram potrebnim da na ovom mjestu iznesem iskustva stečena na osnovu pokušaja da se predrasude prema duševno poremećenim ljudima, tačnije onima koji su dijagnostikovani kao duševno poremećeni, umanje ili uklone tvrdnjom da je 'duševna bolest kao svaka druga bolest'. Kad se kaže da je 'duševna bolest kao svaka druga bolest', time se želi reći da su duševne bolesti ustvari bolesti mozga, bolesti poremećene moždane strukture i moždanih funkcija, na isti način kao što su 'sve ostale bolesti' uzrokovane poremećenom strukturom ili funkcijom odgovarajućeg organa ili sistema organa – upala pluća upalom plućnog parenhima, šećerna bolest nedovoljnim lučenjem inzulina od strane gušterače, ateroskleroza gomilanjem ateroma na unutrašnjoj strani krvnih sudova sa njihovim posljedičnim sužavanjem, itd.

Pozivajući se na rezultate brojnih istraživanja u kojima je ispitivano da li tvrdnja da je 'duševna bolest kao svaka druga bolest' umanjuje predrasude prema onima koji su duševno bolesni, John Read sa Oklandskog univerziteta, u Novom Zelandu, utvrdio je, u radu objavljenom u *Acta Psychiatrica Scandinavica* (2006), da ovakva vrsta pokušaja smanjivanja predrasude prema duševnim bolesnicima ishodi pretežno negativnim posljedicama. Prvo, ako se tvrdi da je uzrok duševne bolesti u nečijem mozgu, u biologiji njegovog mozga, to znači da duševno oboljeli ne može voljno da utiče na svoje ponašanje. Pošto je u vlasti onoga što se zbiva u njegovom mozgu, čovjek ne može samog sebe da kontroliše. Utoliko je njegovo ponašanje nepredvidljivo. A svako ponašanje koje se ne da predvidjeti je opasno ponašanje. Podsjećam, jedan od razloga bojazni od duševnog bolesnika jeste upravo to što se vjeruje da se njegovo ponašanje ne da predvidjeti, što se od duševnog bolesnika, kako se obično kaže, možete svemu nadati. Pokušaj umanjivanja predrasude prema duševnom bolesniku tvrdnjama da je 'duševna bolest kao svaka druga bolest' umjesto da smanjuje povećava predrasudu prema duševno poremećenim

ljudima time što ojačava vjerovanje da su duševni bolesnici nepredvidivi, da nisu u stanju kontrolisati vlastito ponašanje. Drugo, tvrdnjom da je 'duševna bolest kao svaka druga bolest' duševnoj bolesti se daje karakter posebne kategorije. Dijagnoze fizičkih bolesti su kategorijalne prirode. Ili neko ima upalu pluća ili je nema. Ili neko ima šećernu bolest ili je nema. Ili ima ili nema gljivično oboljenje usne šupljine. Prema tome, kada se kaže da je 'duševna bolest kao svaka druga bolest', time se tvrdi da se može ili imati ili nemati duševnu bolest. Isključuju se međustanja, to jest stanja ni duševnog zdravlja ni duševne bolesti. Do koje mjere je opravdano pravljenje oštre razlike između psihičkog zdravlja i psihičke poremećenosti? Psihički zdravi ljudi dijele veliki broj psihičkih tegoba ili simptoma sa psihički poremećenim ljudima. I psihički neporemećeni ljudi su ne jednom u životu depresivni, pretjerano napeti, sumnjičavi bez vidljivog razloga, razdražljivi preko svake mjere, spremni da optuže one koji nisu krivi, da kukumavče kada kuknjavi nema mjesta i kada se njome ništa ne može postići itd. Hoću da kažem da prirodi i psihičkog zdravlja i psihičkog poremećaja više odgovara ako ih prikazemo dimenzionalno nego kategorijalno. Svako psihičko stanje ima više dimenzija, i niti je psihički zdrav čovjek zdrav u svim dimenzijama svoje egzistencije, svog psihičkog života, niti je psihički poremećen čovjek poremećen u svim dimenzijama svog psihičkog bića. Približiti ljudima to da psihički zdravi i psihički poremećeni imaju mnogo zajedničkog mnogo je sigurniji put da se umanju predrasuda prema duševno poremećenim ljudima nego da se tvrdi da je 'duševna bolest kao svaka druga bolest', što će reći da su duševno bolesni bolesni u mozgu. To što su bolesni u mozgu bitno razlikuje duševno bolesne od onih koji nisu bolesni u mozgu, i koji su stoga psihički zdravi. Uspostavlja se jaz između 'nas' i 'njih'. Duševno poremećeni ljudi se udaljavaju, svrstavaju među one koji su 'nešto drugo'. Ovakvo striktno odvajanje psihički zdravih i psihički poremećenih je u osnovni svake predrasude prema ovim posljednjim. Konačno, tvrdnja da su duševno bolesni bolesni u mozgu djeluje pasivizirajuće na duševno poremećene ljude. Ako je porijeklo nečije bolesti u biološkoj abnormalnosti, onda on sam ne može ništa učiniti da bi abnormalnost smanjio ili uklonio.

Onda mu ne ostaje ništa drugo nego da uzima medikamente i da vjeruje psihijatru da će on koliko-toliko korigovati njegovu biološku abnormalnost. Ne treba isticati da takav stav prema vlastitim psihičkim smetnjama, takvo pasiviziranje čovjeka koji ima psihičke smetnje, umanjuje njegove izgleda da se tih smetnji oslobodi ili ih barem umanji.

Peto, za ljude je svijet duše i duha mnogo veća zagonetka nego fizički svijet. Svijet duše i duha je istovremeno i ovostran i onostran. Nešto što je i dio njih samih i što ih nadilazi. Čiju posebnost više slute nego što mogu da je odmjere. U odnosu na njihovo razumijevanje materijalnog svijeta, ljudi malo ili nikako poimaju svijet duše i duha. A ljudi, ma koliko da ih se ubjeđuje da je 'duševna bolest kao i svaka druga bolest', osjećaju da to baš nije tako, da je kod duševno poremećenih ljudi poremećena njihova duša i njihov duh. Do ovog posljednjeg zaključka obično dolaze na osnovu toga što se psihičke bolesti izražavaju prvenstveno mentalnim, psihičkim simptomima.

Kad im se objasni, ljudima nije teško da shvate zašto i kako nastaju određene fizičke bolesti, upala pluća, šećerna bolest, ili arterioskleroza, na primjer. Izuzetno je, međutim, teško ljudima približiti kako nastaju pojedini psihički poremećaji. Naravno, oni psihički poremećaji za koje se zna ili barem pretpostavlja kako nastaju. Ma koliko pojednostavljeno, objašnjenje im djeluje neuvjerljivo, teško razumljivo, suviše apstraktno, nategnuto.

A ono što ne razumiju, ljudi, kao po pravilu, omalovažavaju, pa i preziru. (Rijetko se prema onome što ne razumiju, i što misle da teško mogu shvatiti, odnose s poštovanjem, ili čak divljenjem.) Karakteristično je, pritom, da se odnos ljudi prema psihičkom poremećaju i psihički poremećenim prenosi na njihov odnos prema psihijatrima, onima koji se staraju o psihički poremećenim, koji se njima bave.

Svih ovih pet razloga su, čini mi se, dovoljni da ljudi zaziru od psihijata, da ih ne vole. Ti razlozi ne postoje kad su posrijedi ostali ljekari, ili barem njihov daleko najveći broj.

Ima, konačno, još jedan posredan dokaz koliko ljudi zaziru od psihijata, koliko veliki strah imaju od psihijata. Poznato je da postoji bezbroj viceva o psihijatrima. I to nesrazmjerno više nego o ostalim ljekarima. Vicevi o ostalim ljekarima gotovo da i

ne postoje. Vrijedno je upitati se: otkuda to da su od svih ljekara jedino psihijatri predmet viceva, i to viceva u kojim se psihijatri, kao po pravilu, prikazuju blesavim, smušenim, reklo bi se više poremećenim od njihovih pacijenata?

Psihijatri su omiljen predmet viceva zato što kad nekog u vicu, ili vicem, ismijavamo mi time kontrolišemo naš strah od onoga koga ismijavamo. Izvor straha držimo pod kontrolom. Umanjujemo mu vrijednost, obezvređujemo ga. Sebi i drugima govorimo da nemamo razloga da se nekog bojimo, jer, eto, vic kazuje da je taj koga se bojimo zapravo posve bezvezan, smušen, sluđen, da govori bedastoće, i da je stoga vrijedan jedino našeg (pod)smijeha.

Psihijatre manje poštuju od ostalih ljekara

To što ljudi smatraju da su psihijatri u poslu nedovoljno efikasni i što od njih zaziru bio bi dovoljan razlog da ih poštuju manje od ostalih ljekara. Međutim, to nisu najveći razlozi, u odnosu na ostale ljekare, srazmjerno niskog poštovanja psihijatara. Ima jedan jači, možda i najjači razlog srazmjerno niskog poštovanja ljekara. Taj razlog krije se u specifičnosti medicinskog pristupa, medicinskog načina razmišljanja i djelovanja. Pošto smatram da se najveći dio odgovora na pitanje o razlozima srazmjerno malog poštovanja psihijatara nalazi u medicinskom modelu, moram najprije objasniti šta je to medicinski model, u čemu se sastoji, koje su mu posebnosti.

Šta je, dakle, to što čini specifičnost medicinskog pristupa? Šta medicinski model razlikuje od ostalih stvarnih i mogućih pristupa bolesnim ljudima? Specifičnost medicinskog modela najbolje se može sagledati iz funkcija koje obavlja medicinski pristup ili medicinski model.

Prva funkcija medicinskog obrasca jeste proširivanje znanja o bolestima, njihovom sprečavanju, dijagnostikovanju i liječenju. Potom, sortiranje postojećih i novih spoznaja, njihovo čuvanje i, najzad, prenošenje tog znanja na nove naraštaje zdravstvenih radnika.

Druga funkcija medicinskog obrasca sastoji se u određivanju socijalne uloge bolesnika. Ovo je posebno važna funkcija medicinskog obrasca. Naime, jedino su ljekari stručno osposobljeni i društveno

opunomoćeni da nekome odrede, propišu (socijalnu) ulogu bolesnika. Ne može obučar, ili inženjer, ili književnik da vam kaže da ste bolesni. Zapravo, može, ali vas to ni na šta ne obavezuje. Kada vam, međutim, ljekar, nakon što izvrši odgovarajuće preglede, kaže da bolujete od te i te bolesti, onda vi morate preuzeti socijalnu ulogu bolesnika. To se, naime, od vas očekuje. Socijalna uloga bolesnika pak obavezuje na sasvim određeno ponašanje.

Talcott Parsons (1961), poznati američki sociolog, prije skoro pola vijeka opisao je četiri osnovna aspekta socijalne uloge bolesnika.

Prvi aspekt. Sve dok je bolestan, bolestan čovjek obavlja samo i isključivo socijalnu ulogu bolesnika. Oslobođen je svih ostalih socijalnih obaveza koje podrazumijevaju neke druge socijalne uloge. Onaj ko se razboli prestaje da radi. Od njega se ne očekuje ništa drugo nego da se liječi. Na to ga obavezuje njegova nova socijalna uloga – socijalna uloga bolesnika.

Drugi aspekt. Od bolesnika se ne može očekivati da sam sebi pomogne, da učini da mu bude bolje po njegovog vlastitoj želji i odluci. Jedna od osnovnih karakteristika njegove nove uloge, uloge bolesnika, jeste da je on nesposoban da se sam o sebi brine, odnosno, drugačije rečeno, da drugi moraju da brinu o njemu. Bilo da je riječ o ljekarima, ostalim zdravstvenim radnicima, ili rodbini, poznanicima, prijateljima.

Treći aspekt. Bolesno stanje je biološki nepovoljno. A ako je nešto biološki nepovoljno onda se, u najvećem broju slučajeva, smatra i društveno nepoželjnim. Pošto je njegovo bolesno stanje društveno nepoželjno, bolesnik je obavezan da želi da mu bude bolje. To se od njega očekuje. Ne smije da mu bude svejedno to što je bolestan. To mu dođe kao moralna obaveza. Mi smo dužni društvu. Dužni smo da pomognemo njegovom opstanku i unapređenju. Bolesni, tu obavezu ne možemo izvršavati, ili je izvršavamo samo polovično.

Četvrti aspekt. Onaj ko je bolestan, što će reći onaj ko obavlja socijalnu ulogu bolesnika, obavezan je da traži kompetentnu (stručnu) pomoć. A to praktički znači da je obavezan tražiti pomoć ljekara. Bolesnik takođe može tražiti pomoć i onih koji nisu zvanični ljekari (takozvani alternativci), ali, pored njih, za pomoć se mora obratiti i oficijelnim ljekarima, znači onima koji su u datom društvu

nosioći Eskulapovg autoriteta. I ne samo da je obavezan da im se obrati za pomoć nego je i obavezan da slijedi, da poštuje njihove savjete i preporuke.

Da bih čitaocu bolje predočio koliko je u svakom društvu važna socijalna uloga bolesnika, iznijecu posljedice neprihvatanja te i takve uloge, njenog kasnog preuzimanja ili ranog napuštanja.

Ako bolesnik odbija da prihvati socijalnu ulogu bolesnika, ako je kasno preuzima ili prerano napušta, ako pomoć traži isključivo od onih koji praktikuju takozvanu alternativnu medicinu (travara, na primjer), on ugrožava vlastiti život. (U slučaju zaraznih bolesnika, i život ostalih ljudi.) Primjera radi, ako neko ima upalu pluća, pa, uprkos savjetima ljekara da se odmara kod kuće ili, u težim slučajevima, da izvjesno vrijeme ostane u bolnici, nastavi da radi, zapinjući svom preostalom snagom da bude efikasan onoliko koliko je bio prije nego što se razbolio, on ugrožava vlastiti život. Isto tako, ako odbije da uzme antibiotike, ili ako ih ne uzima dovoljno dugo, ili ako se prerano vrati na posao, bolesnik rizikuje da se upala pluća produži, da se razviju komplikacije, pa čak i da izgubi život.

Dalje, nepreuzimanje socijalne uloge bolesnika, njeno kasno preuzimanje, prerano napuštanje, ili samo i isključivo uzimanje takozvanih alternativnih lijekova nosi opasnost izazivanja trajnih posljedica u vidu razvijanja nekog hroničnog oboljenja, defekta ili invaliditeta, koji će čovjeka učiniti manje radno i socijalno sposobnim, a od društva iziskivati dodatna sredstva za njegovo liječenje, dugotrajnu njegu, invalidninu itd.

Iz ovog što sam rekao o posljedicama odbijanja da se preuzme socijalna uloga bolesnika, o posljedicama njenog kasnog preuzimanja ili preranog napuštanja, jasno je koliko je, i u individualnom i u društvenom pogledu, važna socijalna uloga bolesnika, i koliko je važno da bolesnik potpuno i na vrijeme izvršava sve ono na što ga obavezuje ova socijalna uloga.

Pošto, kako sam istakao, jedino ljekar može da nekom odredi socijalnu ulogu bolesnika, valja se upitati kako to ljekar postiže, kakvim je on to sposobnostima obdaren da ima pravo i moć da nekome odredi socijalnu ulogu bolesnika, da ga obaveže na njeno izvršavanje. Odgovor leži u specifičnostima Eskulapovog autoriteta, čiji je nosilac jedino ljekar (vidjeti: Siegler and Osmond, 1974).

Šta je to Eskulapov autoritet? O čemu se ovdje zapravo radi? Eskulapov autoritet označava ugled i moć koju nosilac Eskulapovog autoriteta ima u očima ljudi i, šire, u očima cijele društvene zajednice.

Autoritet nosilaca Eskulapovog autoriteta je po mnogo čemu jedinstven. Ljekar može da ulazi tamo gdje je svima ili većini zabranjen pristup. On se upućuje u brižno čuvane tajne porodičnog života. Pred njim se obznanjuje fizička, a često i moralno-psihička intima. Ljekaru se posvećuje posebna pažnja i briga. On je potreban i svojim i neprijateljima. Bez njega se naprosto ne može. Ni u miru ni u ratu. Ni za dobrih, a pogotovo za ružnih vremena.

Eskulapov autoritet je stabilan i trajan. On ne zavisi od društveno-političkih okolnosti. On, u izmijenjenim socijalno-političkim okolnostima, ne može biti opasan za njegovog nosioca, kao što to može biti autoritet nekog moćnika: političara, bogataša, lokalnog harambaše. Da bi se stekao Eskulapov autoritet, ne treba neka posebna lična nadarenost, sklonost, dar.

Tri su aspekta Eskulapovog autoriteta: *mudrosni, moralni i harizmatski*.

Nosilac Eskulapovog autoriteta duguje *mudrosni* autoritet činjenici da je više nego ostali dio populacije upućen u znanje i umijeće liječenja.

Moralni aspekt Eskulapovog autoriteta proizilazi iz onog što se naziva etos ljekarske profesije, odnosno iz karaktera etičkog okvira esnafa onih koji su stručno osposobljeni i društveno zaduženi da brinu o bolesnim, povrijeđenim i nakaznim. Osnovni moralni principi ljekarske profesije sažeti su u Hipokratovoj zakletvi, koja kazuje da ljekari sve što rade treba da rade za dobro bolesnika bez obzira na njegov socijalni status, politička ubjeđenja, religiju, vjeru i boju kože. Posebnost moralnog aspekta Eskulapovog autoriteta ogleda se u tome što se u aktivnostima ljekara objedinjuje ono što je individualno poželjno sa onim što je društveno poželjno.

Konačno, *harizmatski* dio Eskulapovog autoriteta počiva na bliskosti vidarenja i religije, ili, tačnije, na tome što se život i smrt usko prožimaju. Opšte je poznato da je ljudski život najveća vrijednost. Ono do čega nam je najviše stalo jeste naše vlastito zdravlje, odnosno život i zdravlje naših najbližih. Pošto ljekari brinu

za naš život i život naših najbližih, prirodno je da imamo potrebu da ljekare obdarimo natprirodnom moći, da vjerujemo da imaju natprirodnu moć. Jer, što su moćniji, bolje će nas liječiti i od smrti spašavati. Ako ljekari imaju natprirodnu moć, kao što želimo da imaju, ta moć će se najviše i najprije ispoljiti u tome kako nas i koliko čuvaju od nemani bolesti, a kad se razbolimo pomažu da bolest preživimo.

Podsjetio bih da je harizmatska dimenzija Eskulapovog autoriteta imala i još ima svoje materijalno otjelotvorenje u takozvanim arhajskim društvenim zajednicama, u liku osobe koja je istovremeno i dušebrižnik i tjelobrižnik, i sveštenik i ljekar.

Istakao sam da medicinski pristup ima tri osnovne funkcije. Do sada sam analizirao prve dvije: sticanje i proširivanje znanja o bolestima i njihovom liječenju, te čuvanje i prenošenje tog znanja, i određivanje i obezbjeđivanje socijalne uloge bolesnika. Obje ove funkcije medicinskog modela služe trećoj funkciji medicinskog modela, a to je – pomaganje održavanju ljudske vrste. Ako se primjenjuje pravilno, ili, kako se to stručno kaže, *lege artis*, medicinski model pomaže održanju vrste, ljudske vrste.

Izuzmu li se nesretni slučajevi, smrt u ljudski život ulazi najčešće na vrata bolesti. Fizička bolest je u daleko najvećem broju slučajeva predvorje smrti. Time što preveniraju bolest, što nastoje da skrate njeno trajanje i spriječe razvoj štetnih posljedica, odnosno najteži ishod svake bolesti – smrt, ljekari su u službi čuvanja ljudskog roda i produženja ljudske vrste. Zamislite koliki bi broj ljudi prerano umro da nema medicine, odnosno zdravstvene zaštite. Kakve bi posljedice na ljudski rod imale pandemije, koje su stalna prijetnja čovječanstvu, da zdravstvena služba ne ulaže napore da do epidemija zaraznih bolesti ne dođe, a ako do njih dođe da se koliko je moguće više smanji broj zaraženih, a da od ukupnog broja zaraženih fatalno završi što manji broj ljudi. Ako tome dodam da u svakoj sredini postoji vrlo jasan odnos između stepena razvijenosti zdravstvene službe i stepena smrtnosti novorođene djece (što je zdravstvena služba manje razvijena, veći je stepen smrtnosti novorođene djece), jasno je koliko medicina odnosno zdravstvena služba pomaže očuvanju ljudskog roda, to jest produženju ljudske vrste.

Da li je – upitajmo se – i psihička bolest predvorje smrti. Životni vijek psihički poremećenih ljudi je, u prosjeku, nešto kraći od životnog vijeka ljudi koji nisu psihički poremećeni (veći broj uspješnih samoubistava, i još neki razlozi). Pa ipak, ukupno gledajući, za fizičke bolesti se daleko više nego za psihičke može reći da su predvorje smrti. Smrt ulazi mnogo češće na vrata fizičke nego psihičke bolesti.

Čitalac se vjerovatno pita kakve veze imaju funkcije medicinskog modela, posebno njegova treća funkcija, sa osnovnom temom ovog rada, a to je – različit odnos ljudi prema psihijatrija i ostalim ljekarima. Sada ću da objasnim zašto se u medicinskom modelu nalazi važan, vrlo važan razlog zašto ljudi u odnosu na najveći broj ostalih ljekara srazmjerno malo poštuju psihijatre.

Vratimo se na to da medicina odnosno zdravstvena služba pomaže održanju i preživljavanju ljudske vrste. I samoodržanje i održanje vrste je, da tako kažem, nagonski regulisano. Niko ne treba da nas uči da, kad smo ugroženi, treba da sami sebe branimo. Ljudi sebe brane spontano, nagonski. Isto važi i za očuvanje i produžavanje vrste. Ljudima niko ne treba da govori da bi bilo dobro da imaju djecu i (ili) da bi bilo dobro da se brinu za svoju djecu. Sve što je vezano za samoodržanje i održanje vrste mnogo je više, ako ne i isključivo, pod uplivom nagonskih imperativa nego socijalno izvedenih potreba. I ne samo to. Samoodržanje i produženje vrste po važnosti koju im ljudi daju (možda upravo zato što su te i takve potrebe nagonski determinisane) stoje na samom vrhu ljudskih potreba. Hoću da kažem da im ljudi pridaju nesravnjivo veliki značaj, da su za njihovo zadovoljenje spremni sve da učine, kratko rečeno, više nego za zadovoljenje nekih drugih potreba. (Izuzeci su vrlo, vrlo rijetki. Na primjer, kad politički zatvorenik, da bi dokazao ispravnost svojih političkih ubjeđenja, stupi u štrajk glađu, koji mu često ugrozi život ili čak fatalno završi.)

Zdravlje, vlastito zdravlje i zdravlje vlastitog potomstva, služi zadovoljavanju imperativa samoodržanja i održanja vrste. U tom smislu zdravlje, dobro zdravlje, što bolje zdravlje, ima nedvosmisleno biološku svrsishodnost. Upravo zbog ove elementarne, vitalne važnosti potrebe za zdravljem, za očuvanjem zdravlja, potreba za zdravljem je u svim vremenima i svim režimima visoko cijenjena

i poštovana. Teško je danas ili u prošlosti naći društvo u kojem se nije cijeno zdravlje (pripadnika tog društva), shvatao prvorazredni značaj zdravlja za opstanak, preživljavanje i prosperitet date zajednice. Time pak što se ljudi brinu za opstanak, preživljavanje i prosperitet vlastite zajednice, oni se brinu za opstanak i preživljavanje cijelog ljudskog roda. Pošto je, kao što smo vidjeli, medicina odnosno zdravstvena zaštita bitan instrument zadovoljavanja potrebe za samoodržanjem i produženjem vrste, prirodno je da ljudi bespogovorno visoko cijene i poštuju ljekare, protagoniste zdravstvene zaštite. Ljekare takozvane organske medicine. A da li se ovo visoko poštovanje odnosi i na psihijatre, koji brinu o psihičkom zdravlju ljudi?

Da bismo se približili odgovoru na ovo pitanje, moramo razmotriti kakvo je biološko i društveno značenje psihičkog poremećaja. Da li se ono, i ako da, u čemu razlikuje od biološkog i društvenog značenja organskog, fizičkog poremećaja.

Odmah da istaknem: psihički poremećaj ne ugrožava biološku, vitalnu osnovu ljudskog organizma, jedinke i vrste. Rekao sam da psihički poremećeni, u prosjeku, žive nešto kraće od psihički zdravih. Međutim, kada se uporedi sa fizičkom, organskom bolešću, psihički poremećaj neuporedivo manje ugrožava biološku osnovu pojedinca i, šire, vrste. Mislim, ukupno gledajući, s jedne strane, sve ili najveći broj organskih bolesti, i svi duševni poremećaji, s druge.

Psihički poremećaj ipak ugrožava pojedinca i zajednicu. Ali na sasvim drugačiji način od fizičke bolesti. Psihički poremećaj ne ugrožava biološku osnovu nego društvenost čovjeka. Pojednostavljajući, moglo bi se reći da psihički poremećaj, mislim prije svega psihotični, narušava odnos između Ja, svjesnog, racionalnog dijela ličnosti, onog, dakle, dijela ličnosti koji zastupa i posreduje stvarnost, i neosvijesćenog, iracionalnog dijela ličnosti. Istovremeno, duševni poremećaj znači narušavanje odnosa između ličnosti i ambijentne stvarnosti (Kecmanović, 1978).

U svakom društvu, u svakoj zajednici komunikacija među ljudima odvija se pomoću određenog kôda, sistema znakova više verbalne nego neverbalne prirode. Taj kôd komunikacije uči se i usvaja u toku života ili, kako se to kaže, socijalizacije u određenoj sredini. On je opšte usvojen i svi ga poštuju. Jednom usvojen, on

se koristi spontano, bez da se o njemu posebno razmišlja kao o kôdu te i te sredine. Tek kada napusti sredina u kojoj je rastao i izrastao, u kojoj je najduže živio, čovjek postaje svjestan svog kôda, odnosno kôda svoje zajednice, i toga koliko se on razlikuje od kôda nove sredine u koju je došao.

Poštovanje propisanog socio-kulturnog kôda jedan je od važnih znakova dobrog, to jest očuvanog odnosa između Ja i društvene stvarnosti. Onaj ko se u saobraćaju sa ostalim ljudima, u ostvarivanju svojih prava, u zadovoljavanju svojih želja i potreba, u žalosti i radosti, služi ustanovljenim kôdom, on se kreće u granicama dogovorene simboličke efikasnosti, taj je 'među nama', on je 'naš', on je 'sa ove', a ne 'sa one strane'.

Rekoh da svi poštuju kôd date sredine. Dodao bih, svi osim devijanata različite vrste, koji čine vrlo mali dio članova jedne sredine. Ne poštuju ga ni psihički poremećeni, koji takođe spadaju u grupu socijalno devijantnih osoba. Psihički poremećena osoba (opet ističem: prvenstveno psihotična) ponašanjem i govorom, realno i (ili) simbolički, ugrožava postojeći komunikacioni kôd date sredine. Zato se ona doživljava kao tuđa, strana, u ponašanju i govoru krajnje neobična, teško shvatljiva, 'sa one strane'. Psihički poremećena osoba prepoznaje se kao otuđena od date sredine po tome šta govori i kako se ponaša, po tome koliko ne poštuje simbole date sredine.

Psihički poremećena osoba je, međutim, otuđena od svake sredine ili u svakoj sredini (Kecmanovic, 1978). Primjera radi, shizofrenik u svakoj sredini govori i ponaša se mimo dominantnog komunikativnog kôda. U bilo kojoj sredini i u bilo kojoj epohi onaj ko boluje od shizofrenije 'iskače' iz date sredine po simptomima koje ispoljava, po tome kako se odnosi prema sebi i drugima, po tome šta čini i šta ne želi da čini, po onome šta mu smeta, o čemu razmišlja, po tome kako se odnosi prema poslovima koje uključuje svakodnevni život. Za nas, u našoj percepciji, psihički poremećena osoba otuđena je prije svega od onoga što je u datoj zajednici dominantan oblik društvenosti, koju čine sistemi simbola i značenja koji su specifični za datu sredinu, pa čak i za datu epohu. Ne bi, stoga, trebalo da čudi što se u sredinama u kojima je dominantan oblik društvenosti religijske prirode psihički poremećena osoba

prepoznaje kao oličenje antireligijskog principa, kao, zavisno od vrste religije, antihrist, đavo, demon, nečastivi, kao neko u koga se uvukao šejtan. Tamo pak gdje dominantan oblik društvenosti karakteriše veličanje slobodne volje, u sredinama u kojima se iznad svega cijeni racionalnost, i vjeruje u mogućnost racionalne spoznaje svijeta, na psihički poremećenu osobu se gleda kao na iracionalnu, osobu koja je lišena slobodne volje, i koja ne može da upravlja postupcima i (ili) shvata njihovo značenje. Danas, kad se na skali društvenih vrijednosti najviše stavlja rad, pragmatična korisnost i upotrebljivost, psihički poremećen čovjek važi za neradnika, za nekog ko ničemu i nikome ne može da koristi, ko je samo i isključivo teret za društvenu zajednicu. (Otuda se danas izračunava koliko, u prosjeku, košta ova ili ona vrsta psihičkog poremećaja.)

Važno je da još jednom istaknem da se simboli, da se komunikativni kôd jedne sredine uči u ranom djetinjstvu, a potvrđuje tokom daljeg života. Poštovanje datog kôda je instrumentalna potreba svakog društva. Društvo je, znači, itekako zainteresovano da uz pomoć edukativnih, vaspitnih mjera, prvenstveno korištenjem principa kazne i nagrade, svi njegovi članovi što ranije usvoje dominantni društveni kôd i da ga se u socijalnom životu striktno pridržavaju i time što više afirmišu. Poštovanje dominantnog socijalno-kulturnog kôda, bića kulture ili kulturnog bića od strane pripadnika date sredine uslov je njenog urednog funkcionisanja.

Zato je društvu toliko stalo da ljudi 'od kolijevke pa do groba' govorom i ponašanjem, onim čemu streme, i onim čega se gnušaju, ostanu u granicama vladajućeg socijalno-kulturnog kôda. Stalo mu je tim više što u obavezivanju ljudi da poštuju dati kôd ne može da se osloni, kao u slučaju poštovanja potrebe da se brani vlastiti život i da se obezbjeđuje očuvanje vrste, na nagonske sile, na sile nagonske prirode. Ni čovjeka pojedinca ni ljudske grupe – podsjetio bih – nije potrebno ubjeđivati ili prisiljavati da uredno uzimaju hranu, da se klone previsokih temperatura i divljih zvijeri (i divljih ljudi), da rađaju djecu i da se o njima brinu, da, kad ih bolest pritisne, sebi traže lijeka.

Da još jednom ponovim, udovoljavanje instrumentalnim potrebama, a poštovanje sociokulturnog kôda određene sredine

jedna je od instrumentalnih potreba, uči se. Mada čovjek ne bi mogao da bude dio društva, ne bi mogao da bude kulturno, društveno biće – a svaki čovjek je kulturno biće (biće kulture), ili nije čovjek – kad ne bi naučio i koristio sociokulturni kôd date sredine (utoliko je poštovanje takvog kôda uslov opstanka čovjeka kao humanog, kao kulturnog bića), pojedini ljudi i pojedine kategorije ljudi povremeno se oglašuju o dominantni sociokulturni kôd, narušavaju ga, realno i simbolično ga dovode u pitanje. Kad je pak riječ o samoodržanju i održanju vrste, tako nešto se izuzetno rijetko događa. Zato se društvo različito odnosi prema osnovnim, nagonski označenim potrebama (samoodržanje i održanje vrste), i prema izvedenim, instrumentalnim potrebama (poštovanje dominantnog sociokulturnog kôda date sredine).

U prvom slučaju, društvu je stalo da pomogne da se nagonski determinisane potrebe samoodržanja i održanja vrste što potpunije zadovolje, i to čini, između ostalog, razvijanjem zdravstva, ulaganjem u razvoj medicine. U drugom slučaju, društvu je stalo da obezbijedi da svi njegovi članovi blagovremeno usvoje vladajući sociokulturni kôd i da ga što dosljednije poštuju. I to postiže preko institucija nadzora i (pre)vaspitavanja. U prvom slučaju, kod potrebe samoodržanja i održanja vrste, nije potreban nadzor od strane društva, već pomoć društva. (Izuzetak su karantinske mjere i obavezna, zakonom propisana vakcinacija). U drugom slučaju, društvo najrazličitijim mjerama podstiče i pomaže poštovanje vladajućeg sociokulturnog kôda, ali istovremeno stalno nadzire, kontroliše svoje članove, svoje pripadnike, da bi što prije utvrdilo da li je neko, simbolički ili realno, posredno ili neposredno, doveo u pitanje vladajući kôd, oglušio se o njega. Psihijatrija je jedna od institucija koja za potrebe društva obavlja taj posao nadzora i kontrole zato što se, kao što sam istakao, psihički poremećeni ljudi ne voljno već po diktatu svog poremećaja oglašuju o vladajući sociokulturni kôd, faktički ga negiraju. Psihijatri obavlja svoj posao liječenjem, nadzorom i kontrolom, s tim što se i liječenje može shvatiti kao vrsta kontrole, jer je ponovno poštovanje vladajućeg sociokulturnog kôda jedan od osnovnih pokazatelja uspjeha terapije.

Ovom svojom nadzornom ili kontrolnom funkcijom psihijatri se, u očima ljudi, približavaju nosiocima ostalih socijalnih institucija (sud, policija, na primjer) čiji je zadatak takođe da kontrolišu i nadziru građane; rijetko one koji su psihički poremećeni; pretežno, pa i isključivo one koji iz nekih drugih razloga dovode u pitanje vladajući kôd, negiraju ga, ustaju protiv njega. Vladajući socio-kulturni kôd u cjelini, ili samo jedan njegov dio.

Nije, stoga, čudno što ljudi manje poštuju psihijatre nego većinu ostalih ljekara. Psihijatre povezuju sa ostalim čuvarima 'reda i mira', a u većini ostalih ljekara vide one koji im pomažu da odbrane i sačuvaju ono što je za njih (ipak) prioritetno, a to je vlastiti život i život svoje djece, i djece svoje djece, u krajnjoj liniji, održanje ljudske vrste. Ma koliko su *biološko* i *kulturno* usko povezani i uslovljeni, i mada je biološko čovjeka zapravo *kulturno biološko*, čovjek veću važnost pridaje onim potrebama i onim determinantama vlastitog ponašanja, osjećanja i načina mišljenja koje su više biološki nego kulturno obojene. I u skladu s tim više poštuje one koji se brinu za njegovo samoodržanje i održanje vrste nego one koji se brinu da ponašanjem, načinom mišljenja, odnosa prema sebi i drugim ostane u okvirima, u datom društvu dominantnog, sociokulturnog koda.

Eto, u tome leži najveći dio odgovora na pitanje zašto i kako ljudi psihijatre poštuju manje nego većinu ostalih ljekara.

Zaključak

Sažimajući rečeno, ponovio bih ono što sam istakao na samom početku ovog teksta. Različit odnos ljudi prema psihijatrima i većini ostalih ljekara odražava razliku između organske bolesti i psihičkog poremećaja, prije svega njihovo različito biološko i socijalno značenje. Istovremeno, u različitom odnosu ljudi prema psihijatrima i većini ostalih ljekara iskazuju se brojna vjerovanja i predrasude ljudi o psihijatrima, kao i različit odnos ljudi prema njihovim mahom biološkim potrebama i onim potrebama koje se tiču očuvanja u datoj zajednici dominantnog oblika društvenosti. Konačno, iz posebnosti odnosa tematizovanog u naslovu ovog rada mogu se odčitati mnoge predstave koje ljudi gaje o samim

sebi, o tome kakvi jesu i kakvi bi željeli da budu u svojim očima i očima drugih ljudi. Utoliko razmatranje odnosa ljudi prema psihijatrima i većini ostalih ljekara zaslužuje trajnu pažnju socijalnih istraživača.

Literatura

- Kecmanović, Dušan (1978), *Društveni korijeni psihijatrije*. Beograd: Nolit, str. 36-53.

- Parsons, Talcott (1961), 'Illness and the role of the physician: A sociological perspective' in C. Kluckhohn, H.A. Murray and D.M. Schneider (eds.) *Personality in Nature, Society and Culture*. New York: Alfred A. Knopf.

- Read, John et al. (2006), 'Prejudice and schizophrenia: a review of the 'mental illness is like any other' approach'. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114:303-318.

- Siegler, Miriam, Osmond, H. (1974), *Models of Madness, Models of Medicine*. New York: Macmillan, pp. 91-96, 100-119.