
Josip HRGOVIĆ

MENTALNO ZDRAVLJE U
ZDRAVOME DRUŠTVU:
OSNOVNE
PRETPOSTAVKE
SOCIOLOGIJE
MENTALNOG
ZDRAVLJA

Jedan od pokazatelja slobodnoga društva mogla bi biti i učestalost bavljenja sociologijom mentalnoga zdravlja (SMZ), mjerena brojem istraživanja i objavljenih radova (Busfield, 2000.). Stoga se čini opravdanim u multidisciplinarnom zborniku dati nepristran prostor i danas jedinom intelektualnom bloku koji stoji neposredno nasuprot vladajućem individualističkom biomedicinskom modelu o općem pitanju međudjelovanja mozga, uma, pojedinca i društva, a koji se, konkretno, bavi očuvanjem mentalnoga zdravlja. Ne ulazeći u raspravu o znanstvenoj opravdanosti modela SMZ, zamjetan utjecaj implikacija, prije svega na politiku javnoga zdravstva, na nacionalnim razinama i na međunarodnoj razini koje SMZ odašilje više od stoljeća zaslužuje pozornost. Ili, upravo s obzirom na pitanje o znanstvenoj opravdanosti područja, potencijalna sociološka analiza uzroka zadivljujućih utjecaja SMZ u praksi, primjerice, deinstitucionalizacija psihijatrijskih institucija (WHR 2001.), pokazala bi se izvanredno zanimljivom. Međutim, takva analiza nadilazi opseg ovoga prikaza.

Britanski luksuzni preoceanski brod *Titanic* udario je 14. travnja 1912., na svome putu iz Engleske prema SAD-u, u santu leda u blizini obale Newfoundlanda. Poginulo je 1502 putnika i članova posade, dok je 705 spašeno. Na *Titanicu* je nedostajalo čamaca za spašavanje, pa je prednost dana ženama i djeci. Međutim, naknadna analiza pokazala je da stopa smrtnosti žena nije bila slučajna, već usko povezana s društvenim statusom. Među putnicama *Titanica* samo je 3 posto žena prvoga razreda izgubilo život, 16 posto drugoga i čak 45 posto trećega (Carroll i Smith, 1997.). Za istraživače s područja SMZ povezanost društvenoga statusa i preživljavanja ne vrijedi isključivo za *Titanic*, nego se takva povezanost može pronaći za većinu pokazatelja zdravstvenoga stanja u doslovno svakom dosad istraživanom društvu (Yu i Williams, 1999.). Sociolozi su odavno pokazali da je jedan od najčvršćih obrazaca društvene disperzije mentalnih bolesti obrnuto proporcionalna veza socioekonomskoga statusa i mentalnih bolesti.

SMZ KAO ALTERNATIVA BIOPSIHIJATRIJI

Sve struje unutar SMZ dijele jedinstveno polazište prema kojemu je individualno iskustvo psihopatologije bitno utjelovljeno u društvenom kontekstu (Aneshensel i Phelan, 1999.). Alternativni položaj SMZ, po svojem razvoju i suvremenom položaju na područjima istraživanja mentalnoga zdravlja, najrazumljiviji je po svojoj suprotnosti vladajućem biomedicinskom modelu. Po analogiji s *Titanicom*, prema biomedicinskom modelu glavni uzrok uočene stope mortaliteta putnika bile bi individualne varijacije u sposobnosti dostizanja čamaca za spašavanje. Naprotiv, prema socijalnom modelu SMZ, glavni je uzrok društveni odabir povlaštenoga prvog putničkog razreda na razini društvenih slojeva. Biomedicinski model razumijeva mentalni poremećaj kao osobinu pojedinca, što je u skladu sa suvremenom psihijatrijom koja individualizira patologiju. Time se uvelike zanemaruje važnost socijalne organizacije i procesa. Unutar tog okvira poremećaj je abnormalan i njegovo izvorište leži u abnormalnim iskustvima ili osobinama.

Nasuprot individualističkom biomedicinskom modelu, socijalna perspektiva SMZ upućuje na temeljnu činjenicu da se disperzija mentalnih poremećaja ne zbiva u društvu ravnomjerno, nego se u većoj mjeri koncentririra u određenim društvenim slojevima. Iz temeljne činjenice istraživači SMZ izvode temeljnu ideju da razlike među društvenim slojevima, prije svega u socioekonomskom statusu, rodu, etničkoj pripadnosti i dobi, odgovaraju razlikama u stupnjevima izloženosti društvenim opterećenjima koji uzrokuju poremećaj. Važno je naglasiti da ta ideja ne osporava etiološki značaj bioloških činitelja, već ih ostavlja za objašnjenje individualnih razlika. Za istraživača SMZ pojava abnormalnosti normalan je nusproizvod ustaljenoga funkcioniranja društva. Društvena uređenja i procesi koji služe interesima određenih društvenih segmenata štete drugim društvenim segmentima. Izvor sustavnih razlika u disperziji poremećaja po društvenim slojevima ne leži u nastranom ili slučajnom, nego u ponavljanju i obnavljanju uobičajenih društvenih činitelja.

Osnovna pretpostavka biomedicinskoga modela jest da je mentalni poremećaj bolest ili entitet nalik bolesti s fiziološkom, genetskom ili kemijskom osnovom koja se može liječiti medicinskim sredstvima (Cockerham, 1996.; Kirk i Kutchins, 1992.). Na poremećene misli, emocije i djelovanja gleda se kao na znakove i simbole patologije. Označavanje takvih stanja „znakovima i simbolima“ osnova je medicinskoga modela i ujedno osnova njegove

kritike. Unutar te perspektive prikladni su načini liječenja medicinski zahvati, prije svega psihofarmakologija. Nasuprot tome, SMZ tvrdi da većina mentalnih, emocionalnih i biheviornalnih poremećaja nema vidljivih abnormalnosti u mozgu u anatomskej strukturi, kemijskom ustroju ili funkcioniranju (Klerman, 1989.). Ta je teza vodila neke od kritičara biomedicinskoga modela k dvojbi mogu li se navedena stanja opravdano nazivati bolestima.

Biopsihijatrija se suprotstavlja tvrdnjom da je medicinski model valjan, jer simptomi nestaju pošto im se suprotstave spojevi koji mijenjaju kemijski sadržaj mozga čak i u slučajevima u kojima nema informacija o uzročnicima simptoma. Uspjeh psihofarmakološkoga pristupa zaista je impresivan, u prvom redu u ozbiljnim stanjima, poput shizofrenije, bipolarnoga poremećaja i teške depresije. Međutim, fiziološki korelati nisu dokaz da je podrijetlo stanja samo fiziološko (Cockerham, 1996.); lijekovi pružaju privremen nadzor nad simptomima, ali ne liječe bolest koja uzrokuje simptome.

STRUKTURA SMZ

Manji dio sociologa entuzijastično podržava biomedicinski model, posebno epidemiološkim istraživanjima određenih dijagnostičkih entiteta, kako ih definira američka i ostale zapadne psihijatrijske udruge. Međutim, većina sociologa ne priznaje temeljnu premisu modela da se „ono što je loše“ može legitimno smatrati bolešću ili da je uopće „nešto loše“. Treća skupina sociologa proučava poremećaje i simptome, ali ne prihvaća olako pretpostavke medicinskog modela i njegove implikacije. Skupina sociologa kojoj je blisko takvo mišljenje ne dvoji da neobična ponašanja – pod kojima se misli na djelovanja ljudi koja su rijetka, kulturalno devijantna i neobjašnjiva, a koja su se javljala u svim kulturama i povijesnim razdobljima – postoje, već tvrdi da se mogu razumjeti na drugi način (Eaton, 1986.).

Ugrubo, SMZ se može podijeliti na tri područja zanimanja: društveno konstruirana priroda mentalnih bolesti, društveni uzroci i društvene posljedice mentalnih bolesti (Horwitz, 1999.). Sam pojam mentalne bolesti od izvanredne je važnosti za SMZ, jer postoje značajne sociokulturalne varijacije u načinima na koje se mentalne bolesti manifestiraju i razumijevaju među društvima i u različitim društvenim skupinama istoga društva. Osnovna sociološka alternativa medicinskom modelu oblikovana je 1960-ih i 1970-ih kao dio antipsihijatrijske kritike, koja

prikazuje mentalnu bolest kao društveno neprihvatljivo ponašanje koje su drugi uspješno označili kao devijantno. Glavni predstavnici toga stava jesu Szasza (1970., 1974.), koji tvrdi da su mentalni poremećaji „mitovi” koji se upotrebljavaju za nadzor društveno neprihvatljivoga ponašanja, Scheff (1966.), koji tvrdi da se mentalna bolest najvećim dijelom pridaje društveno neprihvatljivim osobama, i Laing (1967.) koji naglašava da su to smisleni odgovori na besmislen svijet, odgovori koji služe odvajanju pojedinca od nemogućih okolnosti.

Ti pogledi dijele ideju da ne postoji ništa bitno loše u ponašanjima koja se konvencionalno definiraju kao mentalne bolesti. Prema autorima, uzroci takvih „mentalnih bolesti” jesu društveni, politički i ekonomski, a ne medicinski. Zanimljiva je teorija o povijesnom prijelazu prema medikalizaciji devijacije (Conrad i Schneider, 1980.). Pojedinac se više ne smatra „lošim”, nego „bolesnim”. Na taj način medicinski model odvrća pozornost s društvenih izvora devijacije i usredotočuje se na procese unutar pojedinaca. Pritom se iluzorno održava moralna neutralnost medicine, čime se prikriva njezina funkcija društvenoga nadzora, funkcija koja dolazi do izražaja kada je ispunjavaju država i crkva. Krajnja je posljedica da se devijacija sklanja od očiju javnosti, jer se jedino medicinski stručnjaci smatraju sposobnima za davanje mišljenja o bolesti.

Tri su osnovne teze koje ističe suvremena škola društvene konstrukcije. Prvo, „ludilo” se javlja na mnoge načine: poremećaji emocija (neumoljiva žalost, nagla euforija, paralizirajuća anksioznost, vratoloman zanos), razoreno mišljenje (iracionalne, nametljive, zbrkane misli, halucinacije, paranoidne ideje) i nastrano ponašanje (besmisleno djelovanje, nepovezan govor, nepopustljiva ukočenost). Ta stanja, koja udružena čine kategoriju ljudskog iskustva što se naziva mentalnom bolešću, imaju malo zajedničkoga jedno s drugim. Tako npr. shizofrenija nikako ne nalikuje na tešku depresiju, osim što je ekstremna, neugodna i društveno neprihvatljiva. To navodi autore na zaključak da je pojam mentalne bolesti previše bezobličan da bi bio koristan, osim kao način govora o konglomeratu tema kojima se bavi psihijatrija.

Drugo, „pridavanje ludila” poremećenim mislima, emocijama i ponašanjima nije sastavni dio stanja, već ovisi o kontekstu unutar kojega se stanje javlja. Drugim riječima, pojam se ne pridaje stanju ako postoje druga razumna objašnjenja stanja. Na ekstremne se emocije ne gleda kao na indikatore mentalne bolesti kada su prikladne situaciji, primjerice, tuga roditelja nad djetetovom smrću. Dakle, identifikacija stanja kao poremećenoga nije apsolutna,

nego relativna s obzirom na okolnosti. Treće, „pridavanje ludila“ ne ovisi samo o okolnostima već i o osobinama pojedinaca. Mnogo je veći prag tolerancije devijacija kod popularnih glazbenika nego među uredskim činovnicima. Crta koja dijeli ekscentričnost i „ludilo“, dakle, nije ustaljena, nego se pomiče s obzirom na izvanorganske kriterije. Prema društvenim konstrukcionistima, te teze upućuju na društveno konstruiranu prirodu mentalnih bolesti. One ne postoje materijalno, nego su apstrakcije koje se pridaju na temelju subjektivnih i, ponekad, arbitrarnih standarda. S druge strane, ti se standardi mogu pronaći jedino u društvima s pogledom na svijet koji uključuje pojam mentalne bolesti.

Iako se izvor sociološkoga zanimanja za mentalno zdravlje može pratiti do Durkheimova veličanstvenoga rada na problematici samoubojstva, na suvremena su istraživanja neposredno utjecala rana istraživanja mentalnoga zdravlja u zajednicama koja su se provodila u desetljećima nakon Drugoga svjetskoga rata (Horwitz, 1999.). Ta su istraživanja upozorila na određene ključne pravilnosti u raspršenju poremećaja, posebno na obrnuto proporcionalnu povezanost sa socioekonomskim statusom. Uz otkrivanje društvenih slojeva s velikim rizikom od mentalnih poremećaja, sociolozi su pokušavali objasniti te razlike. Osnovni aspekt sociološkoga bavljenja mentalnim bolestima jest veza između uzroka i položaja u društvu. Čak i kad se neki etiološki činitelji javljaju nasumice, npr. nepredvidljive prirodne katastrofe koje uzrokuju posttraumatski stresni poremećaj, raspršenje toga poremećaja nije ravnomjerno u različitim društvenim slojevima. Ključna je osobina socioloških istraživanja, dakle, naglašavanje socioekonomski nezavidna stanja i nejednake raspodjele materijalnih i psihosocijalnih resursa koji bi u suprotnom ublažili štetu od izloženosti društvenim opterećenjima (Aneshensel, 1992.; Pearlin, 1989.). Unutar takve perspektive patologija nije dokaz za nekakav slom u društvenom sustavu, već nesretan, ali neizbježan, ishod društva koje funkcionira uobičajeno (Aneshensel, 1992.). Uređenja koja su funkcionalna za društvo u cjelini stvaraju uvjete koji su disfunkcionalni za određene pojedince. Primjerice, nevoljna nezaposlenost potencijalni je uzrok emocionalnog opterećenja. Iako gubitak posla nije za većinu pojedinaca uobičajeno iskustvo, nezaposlenost je uobičajena osobina svih suvremenih ekonomija.

Ukratko, sociološko istraživanje društvenih uzroka mentalnih bolesti prihvaća strukturalni pristup: za izvorima poremećaja traga se u osnovnim društvenim uređenjima koji čine društvo. Unutar toga okvira glavni je cilj

objasniti zbog čega je poremećaj uobičajeniji u određenim društvenim segmentima. Pritom se naglašavaju etiološki činitelji koji su posljedica nečijeg položaja u društvu, tj. rizik koji proizlazi iz sustava društvene stratifikacije i nejednakosti. Visoke razine poremećaja u određenim skupinama posljedica su krajnje izloženosti tih skupina društvenim opterećenjima ili ograničena pristupa ublažavajućim psihosocijalnim resursima. Pojava mentalne bolesti pokreće niz društvenih procesa koji imaju važne posljedice za osobe s poremećajem, njihovu obitelj i društvo u cjelini. U sklopu analize takvih procesa pojavnost nečega što se naziva mentalnom bolešću uzima se zdravo za gotovo, a istraživanje se usredotočuje na društvene posljedice. Dok se istraživanje društvenih uzroka obavlja unutar strukturalnoga analitičkog okvira, istraživanjem društvenih posljedica dominira okvir simboličkog interakcionizma.

Tim pristupom dominiraju istraživanja jedne od najozbiljnijih društvenih posljedica – označavanje osobe kao mentalno bolesne, pogotovo snažan utjecaj stigme na psihijatrijske bolesnike. Jedan od aspekta toga rada usmjerava pozornost na načine kako ljudi dolaze do točke u kojoj promatraju sebe da su u „nevolji“. Primjerice, zapaženo je da depresivni ljudi u početku za svoj emocionalni poremećaj okrivljuju vanjske činitelje, a tek kada vanjski činitelji nestanu, a poremećaj se nastavi, pomiču perspektivu prema sebi samima i okrivljuju sebe (Karp, 1996.). Unutar takva okvira pojedinac preuzima perspektivu drugih i počinje se promatrati kao mentalno bolestan. Međutim, mnogi ljudi ne smatraju sebe mentalno bolesnima, u kojem slučaju službeno označavanje potječe od medicinskih stručnjaka, čemu se osobe najčešće protive. U razvoju te perspektive odlučujući je utjecaj imao rad T. J. Scheffa (1966.), pogotovo njegova tvrdnja da je najvažniji uzrok početka karijere mentalno bolesne osobe označavanje te osobe. Unutar te teze javlja se čvrst obrazac sekundarne devijacije, jer se osobama označenima kao mentalno bolesnima bavi kao mentalno bolesnima što učvršćuje društvene stereotipove mentalno bolesnih – u prvom redu mogu se kažnjavati ako se pokušaju vratiti svojim uobičajenim ulogama, a nagrađivati ako potvrđuju ulogu mentalnoga bolesnika. Socijalni atributi važni su ne stoga što pridonose djelovanju primarne devijacije, već stoga što konstruiraju razloge zbog kojih drugi označavaju pojedince mentalno bolesnima.

Sociolozi su uvelike pridonijeli rasvjetljavanju alternativnih, najčešće zanemarivanih, aspekata mentalnih bolesti. Neki od doprinosa dopunjuju otkrića biomedicinskoga modela, a neki mu se suprotstavljaju. Bilo kako bilo, u

društvima u kojima je bavljenje SMZ relativno rašireno vide se praktični utjecaji na centre političke moći, prije svega u centrima javnoga zdravstva. Jer krajnja meta najvećega dijela kritike sociologa mentalnoga zdravlja nisu liječnici, ni znanstvenici s područja biomedicinskih znanosti, nego politički aktivne osobe koje imaju odgovornost da svojim odlukama pridonese pravednijem, a tako i, prema otkrićima SMZ, mentalno zdravijem društvu.

Josip Hrgović
**Mentalno zdravlje u
zdravome društvu:
Osnovne pretpostavke
sociologije mentalnog
zdravlja**

LITERATURA

- Aneshensel, C. S. & Phelan, J. C. (1999.), The Sociology of Mental Health: Surveying the Field. In: Aneshensel, C. S., Phelan, J.C. (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 3-17), New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Aneshensel, C. S. (1992.), Social stress: Theory and research. In: Blake, J. (Ed.), *Annual review of sociology*, 18: 18-38.
- Busfield, J. (2000.), Introduction: Rethinking the sociology of mental health, *Sociology of Mental Health and Illness*, 22(5): 543-559.
- Caroll, D. & Smith, G. D. (1997.), Health and socioeconomic position: A commentary, *Journal of Health Psychology*, 2: 275-282.
- Cockerham, W. C. (1996.), *Sociology of mental disorder*, Upper Saddle River, New York, Prentice Hall.
- Conrad, P. & Schneider, J. W. (1980.), *Deviance and medicalization: From badness to sickness*, St. Louis, Mosby.
- Eaton, W. W. (1986.), *The sociology of mental disorders*, New York, Praeger.
- Horwitz, A. V. (1999.), The Sociological Study of Mental Illness: A Critique and Synthesis of Four Perspectives. In: Aneshensel, C. S., Phelan, J.C. (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 151-166), New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow, Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Karp, D. A. (1996.), *Speaking of sadness: Depression, disconnection, and the meanings of illness*, Oxford, Oxford University Press.
- Kirk, S. A., Kutchins, H. (1992.), *The selling of DSM: The rhetoric of science in psychiatry*, New York, Aldine de Gruyter.
- Klerman, G. L. (1989.), Psychiatric diagnostic categories: Issues of validity and measurement, *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 26-32.
- Pearlin, L. I. (1989.), The sociological study of stress, *Journal of Health and Social Behavior*, 30: 241-256.
- Scheff, T. J. (1966.), *Being mentally ill: A sociological theory*, Chicago, Aldine.

Szasz, T. (1974.), *The myth of mental illness*, New York, Harper&Row.

The World Health Report 2001, <http://www.who.int/wbr/2001>

Yu, Y. & Williams, D.R. (1999.), Socioeconomic Status and Mental Health. In: Aneshensel, C. S., Phelan, J.C. (Eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health* (pp. 151-166), New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow, Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Josip Hrgović
**Mentalno zdravlje u
zdravome društvu:
Osnovne pretpostavke
sociologije mentalnog
zdravlja**