

Ima li poremećaja u našem shvatanju mentalnog poremećaja?

Vladimir DŽinović
Udruženje konstruktivista Srbije

U kriznoj situaciji iz koje se tek izvlačimo raste potreba za psihološkom podrškom i intervencijom koja bi pomogla ljudima da prevladaju anksioznost, strah za zdravlje, osećaj usamljenosti ili gubitka, pretnju da će im se urušiti način života koji su brižljivo gradili i koji su povezali sa sopstvenim doživljajem sebe. Usledio je očekivani odgovor: psihoterapijska udruženja i nevladine organizacije su ponudile besplatnu psihološku pomoć građanima, Filozofski fakultet u Beogradu je inicirao pružanje psihološke podrške studentima. Međutim, ono na šta želim da ukažem u ovom tekstu jeste da je ovaj iznenadni ugrožavajući događaj osvetlio slabosti društvene brige o mentalnom zdravlju. Premda postoji konsenzus o važnosti mentalnog zdravlja, ovih dana su više nego ikada vidljive posledice sada već višedecenijskog zanemarivanja sistema javnog unapređivanja i upravljanja ovim resursom. Najjednostavnije rečeno, ukoliko se suočavate sa psihičkim problemima ili sa okolnostima koje prevazilaze vaše kapacitete za prevladavanje izazova, na raspolaganju vam je privatna psihoterapijska praksa, programi podržani od strane nevladinih organizacija ili psihijatrijska zdravstvena zaštita. Možda zvuči kao da je pred vama mnoštvo mogućnosti, ali na privatnu psihoterapiju možete računati ukoliko imate odgovarajuću finansijsku potporu, programi koje nude nevladine organizacije su retki, privremeni i uglavnom dostupni samo u velikim gradskim središtima, dok bi se usluga psihijatrijskog sistema uglavnom svela na patologizaciju, objektivizaciju i biologizaciju vaših ličnih doživljaja, uz neminovno prepisivanje farmakoterapije kao univerzalnog odgovora na životne probleme. Više je nego jasno da nam nedostaje obuhvatan i snažan društveni odgovor na izazove zaštite mentalnog zdravlja, koji bi išao dalje od zadovoljavanja potreba više srednje klase, ekonomskih interesa farmaceutske kompanije i političkih ciljeva preveniranja društvene opasnosti od mentalne bolesti. Nedovoljan je, međutim, legitimitet argumenata koji govore u prilog jedne drugačije društvene agende posvećene brizi o mentalnom zdravlju. Posledice su konkretne i veoma štetne: u strategiji upravljanja krizom izazvanom epidemijom COVID 19 ne vodi se računa o tome da komunikacija sa građanima doprinosi (a ne odmaže) očuvanju psihičkog blagostanja građana, ne predlažu se krizni planovi smanjivanja posledica dugotrajne

socijalne izolacije na mentalno zdravlje, nema organizovane psihološke podrške obolelima i njihovim porodicama. Kako smo došli do ove?

Dve knjige koje su se pojavile u skorašnje vreme, "Naša psihijatrijska budućnost" Nikolasa Rouza i "Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness" Ane Harington, predstavljaju inspiraciju za ovu kratku studiju, jer na upečatljiv način govore upravo o tome kako smo se našli u situaciji da nam nedostaje organizovan društveni odgovor na izazove mentalnog zdravlja u savremenom trenutku. Knjiga Nikolasa Rouza (Nikolas Rose) bavi se, kako sam autor karakteriše, krizom savremene psihijatrije, u koju je dospela neuspehom neuronauke i dominantnog pristupa lečenju psihičkih poremećaja psihofarmacima da obezbede ono što su obećali – društvo koje je savladalo i eliminisalo psihopatologiju. Ova informativna i inspirativna analiza podstakla me je da postavim pitanje da li način na koji se društveno tretiraju mentalni poremećaji pokazuje znake poremećaja. Ima li disfunkcionalnosti u našim nastojanjima da pomognemo pojedincima i zajednicama koje se suočavaju sa psihičkom disfunkcionalnošću?

Odgovor na postavljeno pitanje svakako zavisi od toga kako definišemo mentalni poremećaj. Nedvosmisleno preovlađujući model u razumevanju mentalnog poremećaja je neurobiološki, što jednostavno rečeno znači da se na raznolike psihopatološke manifestacije gleda kao na poremećaje mozga. Šta god da su uzroci mentalnih abnormalnosti, one su zasnovane na greškama u molekularnim mehanizmima izgrađivanja proteina zasnovanim na DNK, usled kojih dolazi do poremećaja bilo u sistemima odgovarajućih neurotransmitera, bilo u funkciji moždanih kola odgovornih za mišljenje, emocije i ponašanje. Međutim, problem je da shvatimo kako se ovakav model održava toliko dugo vremena uprkos višestrukim neuspesima da dobije potvrdu u istraživanjima, kliničkoj praksi i statistici mentalnih poremećaja.

Rađanje psihijatrije: krepelijanski pristup

Danas preovlađujući model psihijatrije, oslonjen na pretpostavku o biološkoj zasnovanosti mentalnih poremećaja, istraživačkim podacima i preciznoj dijagnostici, vodi poreklo od Emila Krepelina i njegovih saradnika, koji su u svom Odeljenju za psihijatriju u Minheni sistematski

gradili neuroanatomski i neuropatološki pristup mentalnim poremećajima. Krepelin je taj koji devedesetih godina XIX veka uvodi u široku upotrebu termin *dementia praecox*, koji se odnosi na hronično stanje obeleženo poremećajem opažanja i mišljenja, sa tendencijom stalnog pogoršanja (Harrington, 2019). Naziv, koji stoji iza najranijeg opisa kliničke slike koja će kasnije biti prepoznata kao shizofrenija, ukazuje na tada preovlađujući psihijatrijski diskurs o poreklu mentalnih poremećaja. Naime, među ovim ranim neurolozima i psihijatrima preovladavalo je uverenje da su simptomi mentalnih poremećaja raznovrsne manifestacije progresivnog oboljenja mozga ili pak urođenih malformacija koje su posledica degenerativnih tendencija u ljudskoj vrsti. Međutim, pre Krepelina uobičajeni metod analize bio je autopsijski pregled mozga pacijenata, kojim je trebalo pronaći očekivane patološke promene nervnog tkiva u vidu propadanja ili lezija. Mozak dolazi u središte pažnje kao pravi sadržavalac ludila, mozgovi se seciraju u teatarskoj atmosferi pred studentima univerziteta, prave se tzv. banke mozgova. U ovakvoj praksi koja je obeležila drugu polovinu XIX veka možemo videti začetak ideje o mozgu „izolovanom“ od šireg konteksta organizma i još šireg konteksta društva u kome se taj utelovljeni pojedinac ostvaruje kao učesnik. Ubrzo postaje jasno da: “Uprkos dugim, napornim satima koje su anatomisti proveli posmatrajući isečke mozga kroz mikroskope i tragajući za obrascima abnormalnosti, nikakvi konzistentni markeri za određene poremećaje nisu pronađeni”, kako konstatuje Ana Harrington (Harrington, 2019, p. 18).

Pod uticajem ovih razočaravajućih neuspeha svojih savremenih kolega neuroanatomista, Krepelin ističe važnost kliničkih opservacija i kliničke slike, kako bi psihijatrija najpre identifikovala specifična oboljenja. Premda i sam zagovornik neurodegenerativnog modela mentalnih poremećaja, Krepelin kritikuje pristup zasnovan na analizi mozgova preminulih i okreće se živim pacijentima da bi prikupljao obimne istraživačke podatke o toku bolesti, učestalosti simptoma, promenama kliničke slike i smrtnosti od mentalnih poremećaja. Ipak, pošto konstatuje da nije bilo moguće jasno razlikovati psihoze na osnovu poređenja simptoma, Krepelin na kraju predlaže jedan jedini kriterijum za koji je on uočio da obezbeđuje konzistentnu diferencijaciju, a to je prognoza: postoji psihotični poremećaj sa lošom prognozom (*dementia praecox*) koja podrazumeva nezaustavljivo pogoršavanje bolesti i drugi (manično-depresivna psihoza) čiji tok podrazumeva stabilizaciju ili poboljšanje kliničke slike.

Ovakav Krepelinov dijagnostički i istraživački napor nije ostao bez uticaja u savremenoj psihijatriji, iako se suočavao sa brojnim kritikama.

Od anatomizma ka mentalizmu u objašnjenju psihičkih poremećaja

Delimično pod uticajem neuspeha ranih anatomista, u međuvremenu se razvija kliničko-anatomski model, koji podrazumeva da se najpre utvrdi jasan zajednički obrazac simptoma kod većeg broja pacijenata, a zatim se nakon njihove smrti upoređuje taj obrazac sa potencijalnim sličnostima u neuroanatomskim abnormalnostima, čiji je istaknuti predstavnik Žan-Marten Šarko. U nastojanju da primeni ovaj metod na proučavanje histerija, Šarko se susreće sa istim problemom kao i njegove kolege anatomisti. Jednostavno rečeno, analiza mozгова pacijenata koji su imali simptome histerije nije utvrdila bilo koji konzistentni obrazac patoloških promena na nervnom tkivu, a u brojnim slučajevima nisu ni uočene patološke promene. U međuvremenu, očekujući da mikroskopi sa većom optičkom moći ipak otkriju skrivene ali postojane profile oštećenja nervnog tkiva, Šarko se dublje interesuje za simptomatologiju histerija i počinje da primenjuje hipnotički metod u proučavanju njenih oblika ispoljavanja. Premda u početku interpretira hipnozu u skladu sa teorijom o anatomsko-fiziološkom poreklu histerije, Šarko odustaje od takve interpretacije i zaključuje da histerija može biti izazvana emocionalnom traumom, a ne samo oštećenjem mozga.

Da je ovakav Šarkoov "zaokret" bio deo šireg trenda u kome anatomska objašnjenja ustupaju mesto mentalističkim, pokazuje pojava nove generacije neuropsihijatrijskih stručnjaka, predvođenih Žaneom, Frojdom i Brojerom. Istraživanjima i kliničkom praksom ovih izuzetnih ljudi nastaje, postupno, jedan od najuticajnijih teorijskih i terapijskih modela u istoriji bavljenja mentalnim poremećajima, čije su ključne odlike psihodinamsko objašnjenje porekla mentalnih poremećaja i terapijski metod zasnovan na biografskoj analizi i introspektivnom ispitivanju traumatičnih iskustava pacijenata. Iskustva masovne pojave "šoka od granate" u Prvom svetskom ratu, koji se manifestovao kao sindrom vrlo sličan histeriji i uzrokovan intenzivnim iskustvima straha, krivice i bespomoćnosti, a bez fizičkih oštećenja, učvrstio je pristup utemeljen na tretmanu sećanja sa kojima ljudi nisu mogli da žive u miru. Stvorena je

prva “velika sila”, koja će obeležiti psihijatriju, ali i psihologiju, u prvoj polovini XX veka i legitimizovati sve potonje psihoterapijske pristupe koji imaju zajedničko da simptome poremećaja posmatraju kao znake odgovarajuće psihičke dinamike, a ne kao manifestacije anatomskih ili fizioloških defekata. O uticaju psihodinamskog pristupa na psihijatriju govori to što su prva i druga verzija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne bolesti (DSM I i DSM II), zvaničnog dijagnostičkog sredstva Američkog psihijatrijskog udruženja, bile zasnovane na modelu psihičkog poremećaja kao specifičnog reagovanja pojedinaca sa odgovarajućom biološkom konstitucijom na loša iskustva. Simptomi su posmatrani kao simbolički izrazi nastojanja pojedinaca da se prilagode traumatičnim iskustvima, pa je trebalo protumačiti njihova značenja.

Međutim, počev od 1960-tih jača “pokret” biološke psihijatrije koji ističe da su decenije dominacije psihodinamskih, i uopšte psiholoških, “teoretiziranja” dovele do stagnacije psihijatrije kao medicinske grane, kao i da su tek u drugoj polovini XX veka pristupi zasnovani na biološkom modelu bolesti “ponovo procvetali, osiguravajući nanovo psihijatriji mesto kao medicinskoj disciplini” (Trimble and George, 2010, p. 3). Kako konstatuje Rouz (Rose, 2019), ovakvim pristupom se ponovo oživljava i održava psihijatrijska argumentacija iz XIX veka, uprkos tome što su i ova nova traganja za moždanom osnovom mentalnih poremećaja bila skoro u potpunosti uzaludna.

Neurotransmitterska teorija i nastanak psihofarmaceutike

Ovaj novi prevrat u psihijatrijskoj praksi izgleda da najpre započinje ustanovljenjem gledišta po kome su mentalni poremećaji posledica poremećaja u sintezi, oslobađanju ili apsorpciji naročitih supstanci odgovornih za funkcionisanje nervnog sistema, koje su nazvane neurotransmiteri. Početkom šezdesetih godina se verovalo da je moguće povezati svaku veliku psihijatrijsku kategoriju sa jednim neurotransmitterskim sistemom, na primer, depresiju sa sniženim nivoom serotonina i norepinefrina, a shizofreniju sa povišenim nivoom dopamina. Otkriće prvih psihoaktivnih supstanci za koje se ispostavilo da dovode do redukcije simptoma tako što utiču na podsticanje ili blokiranje aktivnosti odgovarajućeg neurotransmitera, učvrstilo

je legitimitet neurotransmitterske teorije. Mentalni poremećaji su postali rezultat hemijskog disbalansa, umesto da se posmatraju kao posledica nesvesnih konflikata u ličnosti pojedinaca. Jednom kada su mentalni poremećaji konstituisani kao rezultat hemijskog disbalansa u mozgu, privilegovana je farmakoterapija kao jedini naučno prihvatljiv način njihovog otklanjanja, što je farmakološkoj industriji obezbedilo izuzetnu moć i finansijsku korist. Ipak, medeni mesec u odnosu između psihijatrijskih poremećaja i psihofarmaka ubrzo se završio kada je postalo evidentno da ove supstance proizvode brojne štetne sporedne efekte, kao što su ukočenost, usporenost pokreta, dobijanje na težini, tremor kod antipsihotika, odnosno, kardiovaskularni problemi i neurološki poremećaji u slučaju antidepresiva (Harrington, 2019; Rouz, 2019). Možda još značajniji problem sa kojim se susrela teorija o hemijskom disbalansu jeste da su istraživanja o efikasnosti psihofarmaka dovela do nekonzistentnih i kontradiktornih nalaza. Štaviše, jedna skorašnja metaanaliza, koja je uzela u obzir brojna klinička ispitivanja efikasnosti antidepresiva, uključujući i podatke neobjavljenih ispitivanja, utvrdila je da nema dokaza da su ovi psihofarmaci efikasniji od placebo (Kirsch, 2009). Konačno, neverovatno zvuči da je ključna pretpostavka o uzrokovanosti mentalnih poremećaja disbalansom neurotransmitera zasnovana na laboratorijskim analizama ekstrahovanih preparata i eksperimentima sa životinjama, a da nikada nije proveravana kod osoba sa odgovarajućom dijagnozom. To dalje znači da do sada nije utvrđeno da postoji poremećena neurotransmitterska funkcija kod osoba sa dijagnozom pre nego što su lečene psihofarmacima! Takva situacija ukazuje na još dublji problem u vezi sa neurotransmitterskom teorijom, koji se tiče greške u zaključivanju u samom središtu ove teorije. Naime, to što određene psihoaktivne hemijske supstance utiču na opažanje, mišljenje, emocije i akciju preko izmena u neurotransmitterskim sistemima ne znači da je opravdano zaključiti da su simptomi mentalnih poremećaja uzrokovani istim biohemijskim mehanizmima (Rose, 2019). Jednostavno rečeno, lekovi mogu imati "nezavisnu" putanju delovanja, koja ne može ponuditi objašnjenje etiologije mentalnih poremećaja, baš kao što mehanizam delovanja analgetika ne govori o izvoru osećaja bola.

Povratak modelu medicinske dijagnostike

Promena psihijatrijske paradigme bila je, počev od 1970-tih, u znaku strožeg zasnivanja psihijatrije na dijagnostičkim kategorijama i nastojanjima da se dijagnoze potvrde laboratorijskim studijama. To što se laboratorijski nalazi nisu pokazali kao diskriminativni i pouzdani testovi mentalnih poremećaja nije obeshrabilo ove nastavljače krepelijanske tradicije, jer su očekivali da će "svaki klinički sindrom naposljetku biti proveren njegovim odvajanjem od drugih poremećaja... i daljom diferencijacijom u budućim laboratorijskim testovima (Feighner et al, 1972, p. 57). Sve je ovo vodilo stvaranju nove verzije dijagnostičkog priručnika DSM-III, u kome je oformljena nova matrica psihijatrijske dijagnoze: svaki sindrom će biti jasno odvojen od drugih uobičajenim kliničkim tokom, utvrđenom genetskom dispozicijom i postojanjem biološkog supstrata u vidu odgovarajuće lezije (koja ukoliko nije utvrđena zasigurno postoji, ali je još uvek nevidljiva za postojeće dijagnostičke tehnike), do koje dolazi delovanjem genetskih, razvojnih, psiholoških i socio-demografskih faktora. Međutim, iskustva sa DSM-III i DSM-IV pokazala su da se pristup koji zagovara precizno razgraničavanje psihijatrijskih poremećaja suočio sa preplitanjem psihijatrijskih kategorija, jer simptomi ne mogu biti precizno vezani samo za jedan poremećaj, kao i sa nejasnoćama u njihovom pripisivanju. Klasifikatorni problemi nisu isključivo karakteristični za psihijatrijske fenomene, budući da se svaki naučni poduhvat koji nastoji da izvede empirijsku klasifikaciju suočava sa izazovnim kriterijumima isključivosti i pouzdanosti (Geertz, 1973). Posledica je da se ono što je trebalo da bude precizno detektovanje pojedinaca koji pripadaju kliničkoj populaciji pretvorilo u masovno proizvođenje dijagnoza.

Teorija o genetskim markerima

1980-tih i 1990-tih se pažnja usmerava na biomarkere u vidu gena i proteina, u potrazi za objektivnim medicinskim testovima za dijagnostikovanje psihičkih poremećaja. Zasnivano na ranijem radu genetičara Kalmana o genetskim dispozicijama za razvoj shizofrenije,

sedamdesetih godina se formira uverenje da shizofrenija predstavlja porodicu bolesti zasnovanu na jednom genu koji ima najveći uticaj. Još krajem XX veka činilo se da teorija o mutaciji jednog određenog gena (ili malog broja gena) nudi rešenje: na primer, u studiji tima genetičara i psihijatara o porodici čijim brojnim članovima je dijagnostikovana katatona shizofrenija pokazalo se da je za sve njih zajednička mutacija jednog gena, što je za posledicu imalo promene u odgovarajućem proteinu odgovornom za rad kanala jona u moždanom tkivu (Meyer et al, 2001). Međutim, ubrzo su se pojavile druge studije koje su dovele u pitanje ovaj nalaz, jer nisu pokazale takvu povezanost (Devaney et al, 2002; Kaganovich et al, 2004).

Nedostatak uverljivih nalaza o tome da se mogu identifikovati jedan ili više gena odgovornih za pojavu mentalnih poremećaja, doveo je do nove hipoteze i novog pravca istraživanja. Pažnja je sada usmerena na celogenomske asocijacijske studije, što znači da se umesto za mutacijom na jednom određenom genu traga za polimorfizmima nukleotida u celokupnom genomu. Pretpostavka je da je moguće uočiti razliku u učestalosti polimorfizama pojedinačnog nukleotida osoba sa dijagnozom mentalnog poremećaja u poređenju sa osobama iz nekliničke populacije. Ponovo, rezultati ovakvih studija bili su razočaravajući (Rose, 2019). Iako navodno utvrđuju lokuse sa celogenomskim značajem, pomenuta istraživanja suočavaju se sa nizom problema: prvo, brojni identifikovani lokusi povezani su sa sintezom proteina koji se tiču varijacija u osnovnom neurofiziološkom funkcionisanju, a koje učestvuju u svim tipovima individualnih razlika; drugo, neke studije shizofrenije ukazuju da ovaj poremećaj nije povezan sa uobičajenim varijacijama, već sa retkim, čak onim koje mogu biti karakteristika jedne porodice; treće, lokusi identifikovani u celogenomskim analizama objašnjavaju relativno mali procenat varijanse koja se odnosi na nasledne faktore; četvrto, zabeležena su značajna preklapanja između kliničke i kontrolne grupe za brojne lokuse; konačno, peto, problem sa pomenutim studijama je što polaze od dijagnostičkih kategorija kao nezavisnih, dok postoje nalazi koji ukazuju da brojne kategorije poremećaja dele iste genske lokuse, pa su prema tome, na genetskom nivou, nediskriminativne.

Nova nada: neuronauka

Novo polje putem koga biološka psihijatrija, počev od osemdesetih godina, nastoji da ostvari preovlađujući uticaj jeste neuronauka, koja uzroke mentalnih poremećaja vidi u strukturalnim i funkcionalnim promenama mozga. Već pominjani Majk Trimbl piše *Biološku psihijatriju*, zahtevajući da se ukine razlika između neurologije i psihijatrije. Njegovo uticajno delo podstaklo je razvoj novih tehnika strukturalnog i funkcionalnog snimanja mozga, čija upotreba je probudila nadu da će psihičke poremećaje biti moguće videti u tkivima i moždanim kolima. Ipak, kao i u slučaju genetskih studija, rezultati primene strukturalne i funkcionalne magnetne rezonance pokazuju se kao krajnje nedosledni. Na primer, dok pojedine studije ukazuju na smanjenje sive mase u hipokampusu kod velike depresije, značajan broj drugih istraživanja nije pronašao takve promene. Dalje, zapaženo je smanjenje sive mase u više moždanih regija kod osoba sa dijagnozom shizofrenije, ali se studije razilaze u pogledu toga kom uzroku pripisuju ovu promenu, dok značajan broj njih uzrok pripisuje dugotrajnoj upotrebi lekova.

Ukoliko je strukturalno snimanje mozga donelo dvosmislene rezultate, možda proučavanja zasnovana na primeni funkcionalne magnetne rezonance mogu obezbediti čvrste dokaze u prilog neuronaučne teorije. Nedavna meta-analiza 537 studija o aktivaciji mozga koje su se odnosile na shizofreniju, bipolarni poremećaj, veliku depresiju, anksiozne poremećaje i opsesivno-kompulsivne poremećaje pokazala je da postoje abnormalnosti u nervnim kolima koje odlikavaju opšte uslove za pojavu i održavanje simptoma, ali da su te abnormalnosti nediskriminativne u pogledu dijagnostičkih kategorija (Sprooten et al, 2017). Drugim rečima, uočavaju se razlike između obolelih i kontrolne grupe, ali se te razlike javljaju u istim regijama mozga bez obzira na dijagnozu. Štaviše, pojedini autori zapažaju da gotovo sve moždane regije u kojima je uočena izmenjena aktivacija pripadaju limbičkom sistemu, koji je povezan sa emocioanalnim reakcijama, što stvara sumnju da su dobijeni nalazi zapravo posledica same eksperimentalne situacije, koja ne zadovoljava kriterijum ekološke validnosti. Moguće je da se pojedinci kojima je utvrđena neka dijagnoza jednostavno osećaju anksioznije i uznemirenije, u odnosu na one bez dijagnoze, u situaciji kada ih nepoznate osobe u belim mantilima izlažu aparatima i kroz razglas im nalažu izvršavanje određenih zadataka.

U prvoj deceniji našeg veka Tomas Insel, uticajni neuronaučnik i nekadašnji direktor američkog Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje, kritikuje preovlađujući dijagnostički

sistem (zasnovan na DSM-V) zato što je svrstao neurobiološki različite simptome u iste kategorije, a veštački razdvojio simptome koji imaju istu neurološku osnovu i preuzima inicijativu da se u istraživanjima mentalnih poremećaja razvije klasifikacija na osnovu analize moždanih kola. Međutim, desetak godina kasnije konstatuje da precizna nauka o mentalnim poremećajima mora odbaciti ideju biomarkera povezanih sa mozgom bilo koje vrste, u korist širokog dijagnostičkog i terapijskog pristupa koji se kreće od razumevanja molekularnih mehanizma do društvenih faktora (Insel, 2014). Insel, konačno, preuzima odgovornost za to što višegodišnja intenzivna i eminentna naučna istraživanja u oblasti neuronauke, koja su uz to koštala basnoslovnih dvadeset milijardi dolara, nisu rezultirala smanjenjem troškova hospitalizacije, niti redukcijom patnje miliona onih koji se suočavaju sa psihičkim problemima.

Šta je poremećeno u našem shvatanju mentalnog poremećaja i za što se održava

Reklo bi se da smo daleko odmakli u razumevanju etiologije i tretmana mentalnih poremećaja, a opet deluje kao da smo, manje-više, na istom mestu na kome je bio i Krepelin pre više od veka. I dalje zagovaramo uopštenu i nejasnu teoriju da "tamo negde", u mozgu, postoje tragovi mentalne bolesti, koje treba otkriti, uprkos višestrukim neuspešnim nastojanjima da ih pronađemo. Osvrnimo se sada na jednu drugačiju definiciju poremećaja. Psihologija ličnih konstrukata definiše poremećaj kao nečiju ličnu konstrukciju koju osoba uporno, uvek iznova koristi i pored dosledne invalidacije sa kojom se ta konstrukcija suočava (Kelly, 1955). Čini se da je ova definicija vrlo primenljiva na šira naučna i društvena nastojanja da se psihopatologija konstruiše pomoću biomedicinskog sistema značenja, koja se sada već predvidljivo završavaju u ćorsokaku odsustva pouzdanih biomarkera ili nediskriminativnosti na nivou tipova poremećaja. Možemo li upotrebiti ovu analogiju sa poremećajem na individualnom nivou da bismo konstatovali da je nešto duboko disfunkcionalno u sistemu društvenih i naučnih znanja o mentalnim poremećajima? Sličnu analogiju smo već koristili da bismo uporedili ciklus iskustva (Kelly, 1977) sa revolucionarnim modelom razvoja naučnog znanja (Kun, 1974), kojima je zajedničko to da promenu preovlađujućih struktura znanja posmatraju kao proces u kome stare teorije (lične ili naučne) dolaze u krizu održivosti pod uticajem novih iskustvenih događaja,

nakon čega sledi njihova zamena novim teorijama. Poremećaj predstavlja, zapravo, opis strategije ponašanja u kojoj pojedinac zadržava davno prevaziđenu strukturu konstrukata, jer je to jedino preostalo "utvrđenje" smisla u njenom/njegovom životu, po vrlo visokoj ceni izraženoj u ozbiljnoj ličnoj, društvenoj i profesionalnoj deterioraciji. Kada više nismo sposobni da fino podešavamo i menjamo svoje lične teorije, tako da mogu da prate životne promene kojih postajemo svesni kroz iskustvo, "opredeljujemo se" za disfunkcionalnu strategiju nametanja svetu onoga čime jedino raspolažemo i iznuđivanja od sveta da nam se prilagodi – po cenu da postanemo brutalno uporni, krajnje isključivi, pretnja za druge, tragično konfuzni ili karikaturalno dosledni. Ukoliko prihvatimo pretpostavku da se aktuelno stanje dominantne paradigme o mentalnim poremećajima može nazvati poremećajem samim po sebi, nameće se pitanje šta je to što biologistički orijentisana psihijatrija i teorija psihopatologije ne mogu da prihvate i da na osnovu toga unesu nužnu rekonstrukciju u sopstveni sistem mišljenja.

Analogija sa individualnim poremećajem pokazuje se kao prikladna i zato što, počev još od šezdesetih godina XX veka, postoji izvesna "svest" u okviru same psihijatrije o neodrživosti dominantnog pristupa u psihijatrijskom tretmanu mentalnih poremećaja, baš kao što je osoba koja na disfunkcionalan način rabi svoje konstrukte "svesna toga na nekom nivou". Tomas Szasz (Szasz, 1961) kritikuje ideju mentalne bolesti, jer ističe da nema hemijskih ili bioloških verifikacija, niti nalaza biopsije ili autopsije koji bi potvrdili psihijatrijske dijagnostičke kategorije, za razliku od drugih vrsta medicinskih poremećaja i bolesti. Suočeni sa ovim ozbiljnim ograničenjem, psihijatri stvaraju mit o ludilu zamenjujući model patoloških promena u tkivima modelom funkcionalnog poremećaja, čime su omogućili proizvođenje fantomske bolesti. Premda lišena mogućnosti empirijske provere, mentalna bolest kao pseudomedicinska kategorija postaje princip na osnovu koga se nesmetano može vršiti obuhvatna patologizacija svakodnevnog života. Na taj način, upotreba metafore mentalnih poremećaja služi interesima političke kontrole nad pojedincima, koja se oslanja ne na brutalnu silu, već na naučni autoritet psihijatrije. Szasz ističe da bi umesto o mentalnoj bolesti trebalo da govorimo o formama upotrebe znakova i poštovanju pravila igre kao metaforama pomoću kojih opisujemo životne probleme sa kojima se susreću pojedinci. Naime, psihijatri u svojoj praksi komuniciraju sa pacijentima jezički i neverbalnim znacima i bave se analizom komunikacionih aktivnosti

pacijenata, dok ove metode koje više imaju zajedničkog sa semantikom i pravilima socijalnog ponašanja predstavljaju u javnosti kao metode medicinskog tretmana. Pošto ispituju semantičke i komunikacione „strategije“ svojih pacijenata, psihijatri oponašaju kolege lekare i prepisuju farmakoterapiju za suštinski semantičke i etičke dileme u koje pojedinci budu upleteni. Posebno problematična posledica medikalizacije psihičkih problema jeste to što se ovaj poduhvat zasniva na determinističkim objašnjenjima ljudskog ponašanja, prema kojima su abnormalna ponašanja nužne posledice mentalnog oboljenja, ili pak nagona i ranih životnih iskustava, kao njihovih antecedensa. Ljudska aktivnost upotrebe znakova, međutim, podrazumeva drugačiji odnos između psihosocijalnih okolnosti i aktera, takav da bi trebalo da bude interpretiran u terminima koji se odnose na intenciju i upravljanje socijalnom interakcijom: izbor, poštovanje socijalnih pravila, odgovornost i slično.

Još jedan značajan glas u okviru psihijatrije, koji je sugerisao da je nešto ozbiljno problematično u dominantnom psihijatrijskom modelu jeste glas Franka Bazalje. Bazalja (1981a) ludilo posmatra kao jedan od načina društvenog izražavanja siromaštva, gladi, ugnjetavanja, nasilja i opresije, od strane onih nemaju drugog glasa, koje niko ne sluša i ne daje im pravo na reč. „Nezadrživoj patnji“ onih koji trpe posledice ekonomski izazvanih nejednakosti i dehumanizacije društva nameće se značenje bolesti, čime se nečiji borbeni poriv za promenom patologizuje i udaljava od stvarnih ekonomskih i političkih izvora problema. Prema tome, psihijatrija predstavlja društvenu funkciju jedne vlasti koja, pozivajući se na kriterijum racionalnosti, isključuje pojedince i sprovodi nad njima svojevrsno nasilje, kako bi ublažila socijalne tenzije i umanjila otpor dominantnim diskursima. Postojanje institucionalizovane psihijatrijske prakse je, dakle, omogućilo „raskrinkavanje“ mehanizama koji se nalaze izvan bolesti i koji su odgovorni za njeno proizvođenje. Prema tvrdnjama Bazalje (1981b), negacija takvog psihijatrijskog sistema omogućuje „izazivanje krize“ u spoljašnjim, društvenim mehanizmima proizvođenja ludila. Upravo je ovom izuzetnom čoveku uspelo da sprovede u delo takvu negaciju i preokret u italijanskom sistemu psihijatrijskih ustanova, što će predstavljati vrhunac antipsihijatrijskog pokreta ili bolje rečeno pokreta demokratske psihijatrije, kako su ga nazvali njegovi nosioci. Zakonom iz 1968. godine centri za mentalnu higijenu postaju osnovne jedinice organizacije psihijatrijske službe u Italiji. Tradicionalne

psihijatrijske bolnice i azili su postepeno ukinuti do početka osamdesetih godina. U novim institucijama otvorenog tipa usluge medikoterapije, individualne i grupne psihoterapije pružaju psihijatri, psiholozi, socijalni radnici, medicinski tehničari i dobrovoljci. Primenjuju se načela terapijske zajednice u kojoj se neguju vrednosti slobode izbora, prava na igru i zabavu, prava da se izrazi osećaj prikraćenosti ili potreba, nepatologizujući jezik.

Rekonstrukcija je moguća i već definisana

Da bi ovi alternativni glasovi mogli da se čuju, izgleda da je potrebna "mutacija načina razmišljanja o mentalnim poremećajima", kako je to upečatljivo opisao Rouz. Značilo bi to spremnost da se prizna paraliza naših napora da razumemo mentalne poremećaje i delujemo u pravcu njihove prevencije, do koje je dovela ideja o tome da rešenje treba tražiti u mozgu. Umesto da dalje pribegavamo istoj bezuspešnoj strategiji, za početak bi imalo smisla uzeti u obzir argumente koji govore o tome da tretiranjem mentalnih problema kao neurobioloških poremećaja prebacujemo odgovornost sa društvenih, ekonomskih i političkih činilaca, kao što su konkurencija, individualistička kultura, kompetitivnost, siromaštvo, nezaposlenost, društvena nesigurnost i socio-ekonomske nejednakosti, na pojedince i njihov mozak. Mozak, naravno, jeste bitan, ali na jedan nediskriminativan način, kao mreža nervnih ćelija i nervnih produžetaka koja sa ograničenim brojem mogućnosti strukturacije i organizacije nervne aktivnosti proizvodi neuporedivo raznovrsniju fenomenologiju psihičkog života. Mozak je bitan u smislu u kome je telo generalno bitno da bi se konstituisalo postojanje nas kao bića sa psihičkim životom, premda ono što nas čini psihološkim individuama potiče iz socijalne i semantičke interakcije, a ne samo iz tela. Možemo razmotriti i oštrije kritike biologističkog pristupa, one koje ističu da insistiranje na stavu da je mentalni poremećaj stvar neurobiološke disfunkcije kod pojedinaca pogoduje finansijskim interesima multinacionalnih farmaceutskih kompanija, jer stvara ogromno tržište za njihove proizvode. Povratni uticaj farmaceutskog kapitala i njegovih političkih lobija na istraživanja je veoma jasan, budući da se ogromna finansijska sredstva i najtalentovaniji istraživači usmeravaju ka istraživanjima u oblastima bihevioralne neuronauke, umesto ka proučavanju društvenih mehanizama proizvodnja

psihičkih poremećaja i ka razvoju naučno zasnovanih društvenih praksi prevencije mentalnog zdravlja. Najjednostavnije rečeno, razvijena svest o društvenoj brizi za mentalno zdravlje i institucionalni sistem zbrinjavanja osoba sa psihičkim problemima, koji bi bio po ugledu na Bazaljin model, ugrozili bi profit farmaceutskih kompanija, a time i politički profit predstavnika vlasti (Moynihan and Cassels, 2005).

Koja alternativa se nazire nakon najnovije krize biološke paradigme u psihijatriji i psihologiji? Komisija Svetske psihijatrijske asocijacije konstatuje da neuspeh neuronačnih istraživanja dovodi do sve jasnijeg prepoznavanja važnosti demografskih, ekonomskih, socijalnih i kulturnih faktora rizika za razvoj psihičkih poremećaja, kao i neophodnosti da se ostvari šira saradnja psihijatara sa stručnjacima iz različitih društvenih disciplina, ali i sa korisnicima usluga kao ekspertima za sopstveno iskustvo mentalnih problema (Bhugra et al, 2017). Britansko psihološko društvo izlazi sa tvrdnjom o potrebi da se konvencionalni psihijatrijski dijagnostički sistem zameni sistematičnim razumevanjem obrazaca putem kojih institucionalizovani mehanizmi moći predstavljaju pretnju pojedincima, zatim toga kako pojedinci osmišljavaju i kako reaguju na tu pretnju, kao i kojim ličnim snagama raspolažu u prevladavanju pretnje (Johnston et al, 2018). Rouz (Rose, 2019) rezimira principe alternativnog psihijatrijskog i psihološkog pristupa mentalnim poremećajima, koji je u potpunosti podudaran sa konstruktivističkom paradigmom o prirodi i tretmanu psihičkih problema: a) polazi se od specifične životne istorije kako je vidi pojedinac; b) traga se za objašnjenjem koje daje smisao ličnim teškoćama u pogledu trenutnih životnih iskustva u vezi sa interpersonalnim odnosima, profesijom, poslom, stambenom i finansijskom situacijom; c) aktuelni psihički problemi se smeštaju u okvir negativnih društvenih uslova, poput nezaposlenosti, siromaštva, diskriminacije, rasizma, nasilja, ekonomske nestabilnosti i slično; d) oslanja se na shvatanja da lična značenja i očekivanja predstavljaju procese koji se odvijaju i na molekularnom nivou i da se stoga raznovrsni telesni simptomi mogu razumeti kao manifestacije ili posledice semantičke aktivnosti; d) uvažavaju se neposredna iskustva onih koji su bili suočeni sa psihičkim problemima i njihove ocene efikasnosti različitih mehanizama društvene podrške, ovi pojedinci se kao svojevrzni "eksperti-laici" uključuju u pružanje pomoći osobama sa mentalnim smetnjama; e) polazi se od toga da osobe žive u određenom ekološkom okruženju koje čine

zgrade, infrastruktura, zelene površine, saobraćaj, ali i određene društvene vrednosti, rituali i društvena patologija; f) urbana sredina kao složena celina postaje fokus primene nove politike mentalnog zdravlja, tako da se intervencije usmeravaju na urbane resurse koji osnažuju kapacitete za prevladavanje psihičkih opterećenja, kao što su otklanjanje izvora buke i zagađenja, lokalni urbani prostori koji stvaraju osećaj pripadnosti i zajedništva ili lokalno pozicionirane socijalne i zdravstvene usluge.

Napori izuzetnih autora koji su kreirali konstruktivističke, poststrukturalističke i antipsihijatrijske ideje imaju priliku i pojačani društveni legitimitet da oblikuju budućnost brige o mentalnom zdravlju, koja će počivati na nepatologizovanju ljudskih iskustava, angažovanju potencijala kojima osobe raspolažu da na nov način osmisle svoje iskustvo, pravu na izbor da se živi u skladu sa sopstvenim životnim preferencijama, pravu na izbor zdravih životnih stilova, pravu da se bude drugačiji i idiosinkratičan, jačanju zajedništva, pripadnosti i saradnje, dostupnosti psihoterapijske i socijalne pomoći svima i u lokalnom kontekstu ljudskih zajednica, pravu pojedinaca da budu informisani i da odlučuju o sopstvenom lečenju psihofarmacima.

Korišćena literatura:

Bazalja, F. (1981a). Ludilo kroz delirijum. *Vidici*, 5, 205-223.

Bazalja, F. (1981b). Institucije nasilja. *Vidici*, 5, 42-64.

Bhugra, D., Tasman, A., Pathare, S., Priebe, S., Smith, S., Torous, J., Arbuckle, M., Langford, A., Alarcon, R. and Chiu, H. F. K. (2017). The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. *The Lancet Psychiatry*, 4(10), 775-818.

Christopher G. Goetz, Michel Bonduelle, and Toby Gelfand, Charcot: Constructing Neurology (New York: Oxford University Press, 1995).

Devaney, J., Donarum, E., Brown, K., Meyer, J., Stober, G., Lesch, K., Nestadt, G., Stephan, D. and Pulver, A. (2002). No Missense Mutation of WKL1 in a Subgroup of Proband with Schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 7(4), 419-423.

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G. and Munoz, R. (1972). Diagnostic Criteria for Use in Psychiatric Research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57-63.

- Harrington, A. (2019). *Mind Fixers: Psychiatry's Troubled Search for the Biology of Mental Illness*. New York: W. W. Norton & Company.
- Insel, T. R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: Precision Medicine for Psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395-397.
- Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., Longden, E., Pilgrim, D. & Read, J. (2018). *The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis*. Leicester: British Psychological Society.
- Kaganovich, M., Peretz, A., Ritsner, M., Bening Abu-Shach, U., Attali, B. and Navon, R. (2004). Is the WKL1 Gene Associated with Schizophrenia? *American Journal of Medical Genetics*, 125(1), 31-37.
- Kelly, G.A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Kelly, G.A. (1977). The psychology of the unknown. In Bannister, D. (Ed.), *New perspectives in personal construct theory* (pp. 1–19). London: Academic Press.
- Kirsch, I. (2009). *The Emperor's New Derugs: Exploding the Antidepressant Myth*. London: Bodley Head.
- Kun, T. (1974). *Struktura naučnih revolucija*. Beograd: Nolit.
- Meyer, J., Huberth, A., Ortega, G., Syagailo, Y., Jatzke, S., Mossner, R., Strom, T., Ulzheimer-Teuber, I., Stober, G. and Schmitt, A. (2001). A Missense Mutation in a Novel Gene Encoding a Putative Cation Channel is Associated with Catatonic Schizophrenia in a Large Pedigree. *Molecular Psychiatry*, 6(3), 302-306.
- Moynihan, R. and Cassels, A. (2005). *Selling Sickness: How the World's Biggest Pharmaceutical Companies are Turning Us All into Patients*. New York: Nation Books.
- Rouz, N. (2019). *Naša psihijatrijska budućnost: politika mentalnog zdravlja* [Our psychiatric future: the politics of mental health]. Novi Sad: Mediterran Publishing.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Hoeber-Harper.

- Sprooten, E., Rasgon, A., Goodman, M., Carlin, A., Leibu, E., Lee, W. H. and Frangou, S. (2017). Addressing Reverse Inference in Psychiatric Neuroimaging: Meta-Analyses of Task-Related Brain Activation in Common Mental Disorders., *Human Brain Mapping*, 38(4), 1846-1864.
- Trimble, M. R. and George, M. (2010). *Biological Psychiatry, 3th edn*. New York: John Wiley & Sons.