

Петар Опалић

НЕФОРМАЛНА И ФОРМАЛНА ДРУШТВЕНА КОНТРОЛА ДУШЕВНО ПОРЕМЕЋЕНИХ ОСОБА

Изложени су најпре облици индиректне контроле душевно поремећених особа кроз ставове о нормалном и патолошком, као и у превенцији и лечењу психичких поремећаја.

Затим је анализирана контрола душевно поремећених особа путем правних норми, као и проблем неурачунљивости у правном, психијатријском и етичком погледу.

Посебно су анализиране законске одредбе које регулишу присилну хоспитализацију.

У закључку је указано на низ нерешених друштвених, стручних, нормативних и политичких дилема везаних за друштвену контролу и правну регулативу друштвене контроле психички поремећених лица.

Кључне речи: Друштвена контрола душевно оболелих лица. – Неурачунљивост. – Право. – Психијатрија.

УВОД

Друштвеном контролом душевних болесника социолози се баве већ више од сто година (Ross, 1901, према Horwitz, 1982). У начелу, непосредној друштвеној контроли подвргавају се само они чланови друштва који крше друштвене норме, дакле, девијанти у најширем смислу речи. Социјална контрола се у том смислу успоставља или неформалним путем (образовањем, ставом јавног мњења или социјализацијом у најширем смислу), или формалним механизмима (законским прописима, односно писаним нормама), односно преко друштвених институција (полиција, судство, здравство). Друштвена

контрола подразумева иначе да се против означених девијантних појава предузимају или негативне мере, тј. санкције, или позитивне мере, који се пак односе на подршку разним облицима конформације девијаната друштвеним нормама.

Интензивно бављење овом темом датира од 50-тих година 20. века, када се у САД брачни пар Каминг (Camming, Camming, 1957) бавио истраживањима ставова према психички оболелим особама, преко чувених студија Holinsheda и Redliha (1958), те Gofmana (1973), и Silversteina (1968), све до новијих радова у којима се темељно истражују друштвени и други аспекти присилне хоспитализације (Bruns, 1993). Историјски гледано, најдрастичнији вид контроле душевних болесника биле су мере нациста за време њихове владавине у Немачкој од 1933. до 1945, када су ликвидирали око 100.000 људи и присилно стерилисали више стотина хиљада душевно оболелих лица, ментално ретардираних и епилептичара. Присилна стерилизација душевно заосталих, истини за вољу, рађена је и у другим земљама. У Француској је тако донедавно стерилизовано 30.000 душевно оболелих жена и неколико хиљада мушкараца, а слично се дешавало у 19. веку и у САД, као и у скандинавским земљама и Канади (Giami, 1998). Стерилизација је вршена с намером да друштво биолошки контролише неприхватљиве последице кршења норми сексуалног понашања ментално ретардираних особа (као што је јавно мастурбирање, војеризам итд.), али неретко и из еугеничких побуда, тј. са циљем спречавања рађања душевно хендикепираних у ширем смислу, што је, нема сумње, чињено са мотивом расистичке природе.

Питање друштвене контроле психички поремећених лица, по неким ауторима, ствар је испитивања друштвених услова добијања и одржавања етикете душевног болесника, чак и прихватање третмана у виду психотерапије (Horwitz, 1982).

Наше мишљење је да друштвена контрола душевних болесника има два кључна аспекта. Први је неформалан, и тиче се ставова према душевним поремећајима, едукацији и уопште неписаним нормама понашања. Други је формалан, тј. правни или позитивним законима регулисан, а тиче се нормативне регулативе третмана душевних болесника, укључујући и питање законског дефинисања неурачунљивости. Неформална контрола душевних болесника незаобилазна је тема психијатријске социологије, јер обухвата анализу ставова према душевним болесницима и излагање социогенезе душевних поремећаја, а донекле и социологије психијатријске теорије и праксе, без којих је незамислив садржај ове посебне социологије.

ИНДИРЕКТНА ИЛИ НЕФОРМАЛНА КОНТРОЛА ДУШЕВНО ПОРЕМЕЋЕНИХ ОСОБА

Експлицитна контрола душевних поремећаја или лудила, у лаичком смислу почиње од епохе просветитељства, тачније од рационализма с краја 18. века, када се снажно и на различите начине супротставило лудилу као не-разуму, као антитези идеалу који је заговарало просветитељство, које је фаворизовало предвидљивост, мерљивост и објективност људског понашања. Раздвајање душевних болесника од осталих маргиналних личности у затвору (криминалаца, проститутки, бескућника, скитница и сл.) није значило, како истиче Д. Кецмановић у својој најновијој књизи „Индивидуални или друштвени поремећај“ (2002) ослобођење душевних болесника. Био је то заправо почетак „затварања“ и лудила у луднице, касније назване психијатријске болнице или азиларне установе у најширем смислу. Лудило се ослободило нежељеног загрљаја беде, неморала, нерада и злочина, али је подјармљено и изоловано од свеколиког разумног у друштву. Над њим је извршена тотална дерационализација, и то не само у когнитивном и друштвеном погледу, него и у вредносном. Истина, психијатар већ као почетник врло брзо научи да је луд човек болестан само одређено време и у ограниченој сфери психичког живота, али то сазнање је ретко прихваћено у широкој друштвеној јавности. Овом процесу супротставили су се антипсихијатри, па кад нису успели да реформишу друштво, које је по њима и створило лудило као медицинску категорију, као друштвени мит (Sasz, 1980), или као свеопшту метафору зла укључујући и лудницу као њен институционални израз (Gofman, 1973), онда су прогласили лудило револуционарним, не само за индивидуу и породицу (енглески антипсихијатри) (Laing, 1977), него и за друштво у целини (тзв. социјалистички колектив психијатријских пацијената из Хајделберга и неки италијански антипсихијатри) (Bazalja, 1978).

Душевно поремећена особа не понаша се на кооперативан начин кад је реч о уважавању важећих социјалних норми, па се друштво одувек осећало позваним да му наметне спољну вољу, тј. правила међусобног комуницирања. Заправо, и душевно оболели друштву нуди своју реалност као општеважећу, с ону страну општеприхваћених категорија социјалне корисности, друштвеног прописа, општег добра, једном речју, и с ону страну семантичког оквира комуницирања. Зато је одговор друштва на овакво стање ствари у општењу са душевним болесником вишеструк и захвата различите сегменте и аспекте друштвеног живота душевног болесника. А. Hollingshead и F. Redlich у спису „Социјална класа и ментална болест“ (1958), а нешто касније Srole L. и др. у, такође често цитира-

ном делу „Душевно здравље у метрополи“ (1962), социолошким теренским налазима аргументовано су указали на индиректну контролу душевно поремећених лица од стране друштва путем игнорисања, а потом и сегрегације, њиховим социјалним померањем у ниже друштвене слојеве, тј. у централне градске четврти мегалополиса.

Ф. Вазалја (1978) мисли да је у друштвеној контроли лудила суштинска казна друштва за другачије понашање и мишљење. У благом виду она се манифестује као неформални презир, подсмех, невербални гест омаловажавања, који има поруку да је неко „откачен“, затим се појачава као више или мање извршен притисак на „упадљивог човека“ да се лечи, све до коришћења физичке принуде при хоспитализацији и смештања пацијената у психијатријске болнице.

Контрола душевних болесника зависи и од њиховог социјалног статуса. Сумирајући резултате истраживања о третману ментално оболелих у САД, Cockerham (2000) тврди да се најстрожа социјална контрола, заправо најгрубљи третман душевних болесника односи на пацијенте који потичу из нижих друштвених слојева, нарочито ако су у питању црнци или врло сиромашни имигранти. Нешто боље пролазе пацијенти из нижег економског слоја домицилног становништва, а најбољи третман имају староседеоци добре платежне моћи. Ови последњи се лече дискретно, психотерапијом, у кућним условима или у установама са високим комфором. Мање је изражена строгост друштвене контроле и онда када терапеут и пацијент потичу из истог друштвеног слоја, односно из истоветног културног круга, јер у том случају постоје социјалне претпоставке да се између њих развија емпатија, поверење и добра сарадња.

Психотерапија је, нема сумње, нека врста друштвене контроле душевно поремећених особа, мада далеко дискретнија и суптилнија од других видова контроле, с обзиром на то да психотерапеути у извесном смислу преносе спољни притисак друштва на појединца да се прилагоди постојећем друштвеном поретку, нарочито социјалној расподели моћи. Психоанализа је на свој начин утрла пут схватању, тачније психолошки оправдала став да је насиље, тј. агресија, природни пут успостављања друштвеног реда, будући да је осим сексуалног, ставила у први план објашњења људске природе и порекла психичких симптома, агресивни нагон. По психоаналитичком схватању, у сваком човеку „чучи“ потуљена спремност за агресивно, па и деструктивно реаговање (Танатос нагон или нагон смрти). Најзад, и медијализација у психијатрији се сматра, у антипсихијатријским ставовима посебно, начином биолошке или тзв. унутрашње контроле душевних болесника. Реч је о перфидном или тзв. невидљивом унутрашњем везивању болесника.

Друштво врши индиректну контролу над душевно оболелим лицима и на теже препознатљиве начине. Ради се о примарној превенцији душевних болести, тако што различите установе (нпр. домови здравља) пре појаве симптома поремећаја предузимају мере са циљем да душевна обољења или остану друштвено невидљива, тј. замаскирана (успева се нарочито у вишим друштвеним слојевима), или да се она уопште као непожељан вид понашања не појаве. То се односи на социјални рад и породични третман различите врсте, у којима се посредством социјалног сетинга лечења, или преко феномена групног притиска остварује конформација општим друштвеним правилима понашања, а не само ублажавање и решавање тзв. животних проблема људи. Овај вид индиректне друштвене контроле још је препознатљивији у социотерапији, лечењу психичких сметњи у великим групама (већим од 25 чланова), као што су терапијска заједница, клубови хронично оболелих психијатријских пацијената, као и другим мерама тзв. терцијарне превенције психичких поремећаја.

Контрола душевних поремећаја одвија се и путем обавезног праћења менталног здравља становништва (тзв. follow-up пројекти) обављањем контролних прегледа лица суспектних да имају психичке проблеме, чија је сврха, с једне стране стручно терапијска, а с друге, друштвено рестриктивна. Друштво се, наиме, унапред брани од непредвидивог и неурачунљивог понашања потенцијално душевно оболелог, *de jure* предупређењем таквог понашања појединца, а *de facto* штити сопствени интегритет и функционисање неких својих сегмената (Bowerrs, 1998).

И у ставовима према душевним болесницима релативно лако се препознаје индиректна и невидљива контрола психички оболелих. Тако се израз „лудило“ неретко користи као вербална „батина“ у међусобним јавним и приватним обрачунима, и сасвим анонимних и јавних личности. Оно има своју тужну, несвесно колективну предисторију у прогањању душевних болесница као вештица у средњем веку и затварању политичких дисидената у психијатријске установе у тоталитарним режимима, са тобожњим објашњењем да су душевно поремећени. Не само што су политички дисиденти затварани, они су понели и етикету опасности по цело друштво. Зато не чуди што психијатрију и данас, тридесет година после антипсихијатријског таласа, прате критике које иду дотле да доводе у питање целокупан смисао њеног рада, што није случај ни са једном другом медицинском дисциплином. У том смислу, владајућа друштвена елита (политичка, али и информативно медијска, чак и културна) прећутно препушта психијатрима да у њено име и даље, не само помажу, него и контролишу душевне болеснике (ако су ови уз све то њихови јавни опоненти или конкуренти, онда нарочито). Потом, с времена на

време лицемерно јавно нападају, не само азиларну психијатрију него и неке искрене посвећенике у заштити менталног здравља, а о изругавању душевних болесника и плашењу народа њиховом непредвидивом агресивношћу и бизарношћу понашања, да не говоримо.

КОНТРОЛА ДУШЕВНО ПОРЕМЕЋЕНИХ ОСОБА ПУТЕМ ПРАВНИХ НОРМИ

Контрола душевних болесника очигледнија је у прописима који регулишу низ релација друштва према душевно оболелим. Једно од најважнијих јесте питање тзв. опште опасности од стране душевно оболелог, као и регулисање прекршајних или евентуалних криминалних радњи душевно поремећених особа. Интересовање за овај легални аспект контроле душевних болесника екстремно је порасло у последњих 15 година и оправдано се, како каже Legemate (1998), доводи у везу са поштовањем људских права као аспектом светског политичког тренда глобализације.

Иначе, концепт дефинисања друштвене опасности ментално оболелог тиче се три њене основне димензије: 1. опасности по себе (самоповређивања, самоубилачких идеја и покушаја), 2. опасности душевно оболелог човека по друге људе (хомицидних идеја, претњи и покушаја те врсте) и 3. опасности по имовину. Наведене опасности различито се дефинишу у кривичним законима појединих земаља, у којима се прецизирају и услови под којим се врши присилно спровођење, односно затварање душевно оболелог, у случају да постоје основане сумње да су нешто починили. При томе се обично инсистира на објективним доказима и њиховој евидентности, ређе на формулацији „с ону страну здравог разума“ (како стоји, рецимо, у закону неких америчких савезних држава).

Државе са демократским политичким системом правно дефинишу питања везана за проблеме са душевним болесницима и реализују их на три начина. То су: 1. законско дефинисање болесника као опасног по себе, по друге људе или по имовину (па се сила у том смислу примењује у име заштите грађанских права других), 2. законско прописивање процедуре и временског трајања поступка присилног смештаја и лечења душевно оболелих у затвореним стационарним одељењима и 3. прецизно нормативно одређење присиле као мере интервенције над оболелим. Што се тиче првог аспекта овог проблема, истраживања су показала да давање неких дијагноза душевно поремећеним особама као што је сексуално узнемиравање или зависност од дроге, знатно повећава вероватноћу да неко буде судски гоњен и кажњаван. Зато се све чешће чују мишљења (Graf,

Eichorn, 2003), да се психијатријски пацијенти претерано криминализују, нарочито они који се лече под дијагнозама „поремећај личности“ и „зависност од супстанце“. С тим у вези, критичари нормативног решавања овог проблема предлажу да се уместо казне обавезног психијатријског лечења у затвореним установама, спроводи интензивна брига о овим људима у ванболничким условима (тзв. „outpatient commitment program“) (Hiday et al., 2002).

Психијатри су склони да прогласе душевно оболелог опасним и кад он то у бити није, тврди познати амерички социолог Coskerham (2000), позивајући се на више извора. Наиме, концепт опасности за друге се тешко дефинише, зато што укључује и психичку опасност (на пример, психичко злостављање). Тако, рецимо, нови Закон о породици у Србији, који је ступио на снагу 2005, даје могућност да се без додатног проверавања ангажује полиција у заштити жена које тврде да су физички или психички злостављане, што раније није био случај.

Душевни болесник у већини држава САД има право на адвоката, затим право да ћути, право на кауцију, на судски процес, право на одштету од суда и сл. У Србији је у последње две године уведена институција тзв. „адвоката пацијента“, правника којег поставља директор психијатријске установе (дакле, Министарство здравља), који би требало да решава спорове пацијената са лекарима и медицинским особљем, али се чини да је та особа подалеко од стварног адвоката психијатријског болесника, зато што је у нерешивој институционалној колизији, јер треба да се ангажује против оних од којих је зависан у институционалном и психолошком смислу, а на страни оних који су, насупрот томе, потпуно зависни од њега.

У свом уџбенику из судске психијатрије Б. Крстић (1980) набраја све области овог проблема које регулише закон у Србији. То је обавезно психијатријско лечење и чување у здравственој установи психички оболелих, укључујући и затварање двоструког типа, тачније мере обавезног лечења на психијатријском одељењу у затвору, затим обавезан психијатријски третман на слободи, као и присилно лечење алкохоличара и наркомана. Позивајући се на најновије законске прописе у овој проблематици, А. Јовановић (2004) овој тематици додаје још три области. То је законска регулација улоге душевне болести унутар брачних и породичних релација, затим проблем лишавања пословне способности и дефинисање урачунљивости душевно оболелог, који су у Србији регулисани посебним законским актима. Српски закон искључује могућност заснивања брачне заједнице акутно оболелог од душевне болести, а душевну болест током брачне заједнице означава као могући разлог за развод брака. Поменути аутор сматра ово законско решење анахроним. По нашем

мишљењу, оправдано из неколико разлога. Наиме, и душевни болесник има право на брачну и родитељску срећу, а губитак наведених права свака особа доживљава као егзистенцијални слом и/или потврду грађанске дискриминације. Поменуте мере, макар према важећим прописима у Србији, могу да буду осим ограниченог, и неограниченог временског трајања. Обавезно психијатријско лечење и чување предвиђено је за лица која изврше тешка кривична дела (убиство, на пример), а боловали су од трајног или привременог душевног обољења. Другим речима, починилац кривичног дела је у датом моменту био према налазима судских вештака делимично или потпуно неурачунљив.

Неурачунљивост као судско-психијатријска категорија односи се на лица која нису могла, како се каже у Кривичном закону Србије, у време извршења кривичног дела да схвате значај свога дела нити да управљају властитим поступцима услед душевне болести, привремене душевне поремећености, заосталог душевног развоја или теже душевне поремећености, при чему није битно основно порекло психичких сметњи (Стојановић, 2006). Први део разлога неурачунљивости (психичка поремећеност) психијатријског је карактера, док је други (душевна заосталост) психолошке и чак биолошке природе, тј. везан је за нека наследна обољења. Статус неурачунљивости утврђује се одговарајућим судским поступком, који подразумева утврђивање неспособности схватања последица властитог чина. Ова неспособност укључује когнитивну немогућност схватања значаја инкриминисаног дела, за коју је неопходно преиспитивање психичких функција памћења, учења и опажања, као и неспособност управљања властитим поступцима, која је опет везана за ометеност у доношењу одлука и извођењу вољних радњи. Ова последња одредба тиче се пре немогућности контроле емоција, тј. указује на агресивност и импулсивност различитог порекла, и не мора бити везана за први део одређења неурачунљивости, тј. за неспособност схватања значаја властитих поступака (Игњатовић, 2005).

Излажући немачке законе о овој проблематици (а српски су прављени по узору на немачке, односно аустроугарске законе), Hartwich (1982) прецизира да се неурачунљивост односи на четири категорије психичког стања, које делимично или у потпуности екскулпирају одговорности починиоца кривичног дела. То су: 1. болесни душевни поремећаји (схизофреније, манично-депресивне психозе, органске психозе); 2. тешки поремећаји свести у које спада и афективно сужење свести. Дијагноза афективног сужења свести мора иначе, по немачким законима, да испуни следеће критеријуме: а) прекид континуитета смисаоног деловања, б) почињено дело је

страно личности починиоца, в) евидентна је амнезија за учињено дело и г) постоји емоционална погођеност починиоца делом када изађе из стања сужења свести. Затим следе још следеће две категорије психичког стања, које могу да буду довољан разлог за проглашење некога неурачунљивим: 3. висок степен слабоумности (олигофреније и деменције) и 4. тзв. друге тешке психичке алтерације (тешке неурозе, психопатије и несоцијализоване перверзије).

Треба истаћи да се неурачунљивост са психијатријског становишта може констатовати само ако су испуњени следећи критеријуми везани за психички статус: 1. постојање поремећеног психичког стања (претходно поменуто обољења), 2. одсуство слободне воље при одлучивању у време извршавања кривичног или прекршајног дела (најчешће због утицаја болесно измењених психичких функција) и 3. болесно психичко стање мора да буде трајно. Изузетак од овог последњег критеријума су неки тешки краткотрајни душевни поремећаји, као што су делирантна стања, губитак свести из разних разлога, епилептична и хистерична сумрачна стања. Све ове дијагнозе служе, наравно, и као правна основа за одбрану лица у судском процесу осуђених за кривична дела.

И у америчком закону се примењују прописи који се односе на „ментално обољење“ или на „ментални дефект“, који према закону познатом под именом „The Insanity Defense Reform Act“ из 1984, прецизира правно дејство наведених дијагноза у сврху одбране, само ако је она важила, тј. постојала у време извршења кривичног дела и ако јасно служи у сврху правне одбране, а не због гоњења (Cockernham, 2000).

У круг ових питања, односно у сферу правне регулације третмана психички оболелих спада и проблем лишавања пословне способности психички измењених, који је у Србији регулисан Законом о браку и породичним односима. Ова регулација односи се на пунолетно лице коме се одузимају права да самовласно брани своје интересе и интересе других, јер није способно за нормално расуђивање због душевне болести, душевне заосталости или неког другог узрока. Таквом лицу додељује се старалац и оно може бити, по српском закону, смештено у психијатријску установу ради испитивања, најдуже три месеца.

ЗАКОНСКА РЕГУЛАЦИЈА ПОСТУПКА ПРИСИЛНОГ ЛЕЧЕЊА

Готово је немогуће замислити психијатрију као струку, признали то психијатри или не, без присилног азилирања. Оно може да следи после криминалног чина или тежег прекршаја психијатријског

пацијента, или, што није реткост, потпуно независно од претходног. Тек у другом случају реч је о присилној хоспитализацији у ужем смислу речи, будући да се свако лице, у свим земљама, основано осумњичено за злочин или тешки прекршај хапси, независно од његовог здравственог стања. Због тога готово да нема друштва које овај проблем није регулисало и нормативно.

За случај реализације присилног хоспитализовања без кривичног дела, у САД је својевремено прописивана следећа, прилично сложена процедура: 1. пријава коју попуњавају три грађанина, 2. процена разлога за пријављивање од стране психијатра запосленог у болници, 3. преиспитивање пријаве од стране два независна стручњака од којих један мора да буде психијатар-судски вештак, 4. разговор представника суда са адвокатом који заступа пацијента, 5. доношење судски валидне одлуке о присилној хоспитализацији (Scheff, 1964).

У Италији је законским актима улога индивидуалних грађана у доношењу овакве одлуке још наглашенија.

У Србији још није донет целовит закон о душевним болесницима, који ће ове проблеме регулисати, вероватно према стандардима сличних закона земаља ЕУ. У ЕУ, заправо у пракси, важи слична процедура, при чему суд доноси одлуку о азиловању, најчешће *post festum*, тј. већ након што је пацијент присилно хоспитализован уз интервенцију полиције, када се прикупе потписи три психијатра на путу за болничко лечење у којем се назначавача и алтернативна могућност примене силе.

Занимљиво је да се судски психијатар А. Јовановић (2004) залаже чак за већа овлашћења ординирајућег психијатра у том правцу, рачунајући на његове добре намере (*bona fide*). Ми уважавамо овај аргумент, али и даље преферирамо тимско одобрење присилне хоспитализације, управо ради превенције не само субјективних грешака из добре намере, него због неутрализације могућих спољних социјалних притисака на стручњаке у прилог присилног лечења одређеног пацијента. Тим стручњака не само да је објективнији у процени потребе примене силе, него и ефикасније одолева парастручним друштвеним притисцима (утицају пре свега друштвено моћних појединаца и организација).

Присилна хоспитализација регулисана је у Србији заправо Законом о ванпарничном поступку. Закон прописује да је, након што је неко против своје воље упућен на психијатријско лечење, здравствена установа дужна да у року од три дана пријави азилирање суду на чијем подручју се психијатријска установа налази. Пријава се сачињава путем изјаве овлашћеног лица установе, а у присуству два

пословно способна и писмена сведока, који нису запослени у дотичној установи нити су родбина, односно брачни друг присилно хоспитализованог. Суд је обавезан у року од месец дана да донесе одлуку да ли присилно азилирано лице сме да се задржи, неодређено колико, али најдуже годину дана на лечењу у здравственој установи или на две године (Јовановић, 2004).

У Аустрији је 1991. донет закон по коме се најкасније четири дана после присилне хоспитализације мора прибавити сагласност надлежног судије. Занимљиво је да су овај пропис психијатри доживели најпре као бирократско оптерећење, тако да је број присилних пријема две године после његовог доношења био опао, а онда се број принудно хоспитализованих вратио на ниво пре ступања на снагу поменутог закона (Haberfellner, Rittmannsberger, 1996).

Италија има најстроже законске прописе по којима психички оболео човек може да буде присилно лечен. Слично је и у В. Британији, по чијим прописима такође квалификација „опасан по друге и себе“ није довољна за присилну хоспитализацију оног коме се она стручно припише.

УМЕСТО ЗАКЉУЧКА

Закључујући тему о друштвеној контроли психички оболелих, треба истаћи да је психијатрија добила „тапију“ друштва да именује субјективна стања, тј. да им додели и такву конотацију која укључује потребу за непосредном друштвеном контролом, не само надзором над спољним понашањем, него и над интимним животом људи који се дијагностикују као психички поремећени или опајају као опасни по себе или околину. Фуко је у овоме видео неку врсту друштвене перверзије, а Bruns (1993) патологизацију целокупног људског живота. То што је друштво законски дефинисало детаље тог поступка, нормативне формулације и лица овлашћена за њихово спровођење (судски вештаци у Србији дужни су да стекну опште стручно образовање и да полагају заклетву држави), само прецизира, али никако не укида мање очигледне видове друштвене контроле душевно оболелих, поготово оне у које лако пројигира своју насилност из других сфера друштвеног живота.

Када је о социјалној контроли душевних поремећаја реч, независно од тога како се објашњава мотивација друштва да је предузме, потребно је водити рачуна о следећим аспектима:

– Најпре, она се одвија посредством знања, и то оног општег културно-цивилизацијског, по коме лудило негира саму рационалну

бит друштва и здраворазумски схваћених односа у њему. Овакав став преноси се свесно преко појединих тековина културе, и несвесно, преко над-ја појединца, тј. путем рано стечених ставова према душевним болесницима, односно преко идентификације деце са својим родитељима још у предшколско доба.

– Социјална контрола душевних болесника врши се најчешће путем стручног, тј. психијатријског, психопатолошког или психотерапијског знања. Наведена стручна знања се пак позивају на терапијска и хумана оправдања о потреби контроле оних психијатријских пацијената који субјективно пате и траже помоћ стручњака, а при том представљају потенцијалну опасност за себе или за друге.

– Посредством институција психијатријског карактера у којима раде људи са друштвено верификованим атестом да дијагностикују, лече и ограничавају одређена друштвена, професионална, па и политичка права душевно оболелима. При том се заборавља да они истовремено и додељују привилегије лицима са психичким сметњама (боловање, инвалидске пензије и слична права из социјалног и здравственог осигурања), што је такође, по некима, вид перфидније контроле душевних болесника.

– Драстичан вид социјалне контроле одвија се као полуприсилни или присилни смештај душевно поремећених у психијатријске институције. Овај начин социјалне контроле душевних болесника истина, у целом свету је законски регулисан. Присилну хоспитализацију уз асистенцију полиције могуће је урадити тек уз претходну или накнадну сагласност стручњака и одговарајућег суда, коме се „случај“ пријављује по закону. Остају, међутим, бројна питања која овај поступак покреће за собом.

– Путем физичког везивања (фиксирања пацијената каишевима за кревет, или у раније време везивање у тзв. лудачке кошуље које су се копчале на леђима), а у новије доба „везивање“ хемијским „фиксирањем“, помоћу великих доза неуролептика, односно антипсихотика различите врсте, одржава се континуитет друштвене контроле душевно оболелих.

– Најдрастичније видове социјалне контроле душевно оболелих налазимо у мерама обавезног лечења у психијатријским болницама у затворима (мера обавезног лечења у затвореним условима, како се то каже правним језиком), где се пацијенти надзиру двоструко, и као криминалци и као душевни болесници – затвором у затвору.

– Праћењем пацијената у социотерапијским облицима лечења или просто редовним психијатријским контролама, или посредством префињених психотерапијских поступака, одржаваће се друштвена хипокризија, у којој је видљиви циљ третмана смањење личне пат-

ње, а скривени контрола социјалне прилагођености клијента, тј. пацијента друштву. Треба подсетити да је адаптација као терапијски циљ експлицитно истакнута и у психоанализи и у бихејвиоризму, данас у свету најприсутнијим и најразвијенијим психотерапијским модалитетима.

– Најмање испитиван, а вероватно социолошки најинтересантнији вид контроле душевно поремећених у ширем смислу речи, јесте контрола друштвено неприхватљивих црта личности насилног карактера одређених друштвених заједница. У том послу директно су учествовали и социолози. Наиме, Т. Parsons (Gerhardt, 1991) је сачинио тзв. програм денацификације Немачке, чији је циљ био ублажавање или отклањање параноидних црта карактера Немаца, које су покренуле САД на једној политичкој конференцији после Другог св. рата под насловом „Немачка после рата“. Овај скуп иницирао је низ друштвених акција, пре свега у сфери образовања, али и у другим областима друштвеног живота Немачке. Те акције су садржавале конгломерат двеју врста мера, очигледно у психолошком смислу по познатом начелу „штапа и шаргарепе“. Најпре је реч о репресивним мерама, као што је забрана активности организација са нацистичким идеолошким предзнаком, потом о „чишћењу“ образовних програма од нацистичких садржаја, али и школа од фашистички оријентисаних учитеља. Затим следе мере предузимања пермисивних, односно акција награђивања свих облика демократског понашања људи и јачања демократских институција друштва уопште. Остаје отворено питање, колико се овде радило само о превенцији одређених психопатолошких црта становника једне земље (агресивности, параноидности или нарцисоидног понашања), а колико о општој манипулацији друштвом са одређеним демократским или неким другим политичким циљевима, заогрнутим у рухо идеологије. Другим речима, колико је контрола насиља у једној земљи била израз демонстрације силе (блиске насиљу) друге, свакако снажније земље.

– Остаје да се и у Србији донесу нови закони који ће кориговати лоша искуства из претходне психијатријске праксе, тачније који ће омогућити психички оболелим особама право да одбију сваку врсту наметнутог третмана у складу са људским правима, не само у политичком, него и уопште хуманом смислу. Овај процес већ је започео у законодавству европских земаља (Холандије, Енглеске, Француске, Аустрије, Грчке и других) прецизирањем правних и медицинских претпоставки у процедури решавања овог осетљивог проблема, па нашем законодавству и посленицима у заштити менталног здравља остаје да га креативно прилагоде стању психијатријске службе у Србији.

ЛИТЕРАТУРА

- Базаља Ф. (1978): „Круг контроле“, у: Петровић А., Млађеновић Л.: *Мрежа алтернатива*, Светлост, Крагујевац, 129–142.
- Bowers L. (1998): *The Social Nature of Mental Illness*, Routledge, London-New York.
- Bruns G. (1993): *Ordnungsmacht Psychiatrie, Psychiatrische Zwangseinweisung als soziale Kontrolle*, Westdeutscher V., Opladen.
- Cockerham W. (2000): *Sociology of Mental Disorder*, 5-th. ed., Pentice Hall Inc., New Jersey.
- Coming E., Coming J. (1957): *Closed Ranks*, Harvard University Press, Cambridge.
- Gerhardt U. (1991): *Gesellschaft und Gesundheit*, Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Giami A. (1998): „Sterilisation and sexuality in the mentally handycapped“, *European Psychiatry*, 13 (Suppl.) 113–119.
- Goffman E. (1973): *Asyle*, Suhrkamp Taschenbuch V., Frankfurt/M.
- Graf M., Eichorn M. (2003): Werden psychiatrische Patienten zunehmend kriminalisiert, um für sie Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, *Psychiatrische Praxis*, 30, 105–107.
- Haberfellner E. M., Rittmannsberger H. (1996): Unfreiwillige Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus – die Situation in Österreich, *Psychiatrische Praxis*, 23, 139–142.
- Hartwich P. (1982): „Strafrechtliche Verantwortlichkeit in der B. R. Deutschland“, in: Wing J. K.: *Sozialpsychiatrie*, Springer V., Berlin-Heidelberg-New York, 267–269.
- Hiday V. A., Swartz M. S., Swanson J. W., Borum R., Wagner H. H. (2002): „Impact of outpatient commitment program on victimization of people with severe mental illness“, *American Journal of Psychiatry*, 159 (8), 1403–1411.
- Hollinshead A. B., Redlich F. C. (1958): *Social Class and Mental Illness*, J. Wiley and Sons, New York.
- Horwitz A. (1982): *The Social Control of Mental Illness*, Academic Press, New York-London-Toronto-Sydney-San Francisco.
- Игњатовић Ђ.: (2005): *Криминологија*, Службени лист, Београд.
- Јовановић А. (2004): „Правни статус особа са поремећајем душевног здравља у Србији“, *Српски архив за целокупно лекарство*, 132, 11–12, 448–452.
- Кецмановић Д. (2002): *Индивидуални или друштвени поремећај*, Просвета, Ниш.

- Крстић Б. (1980): *Судска психијатрија*, Привредна књига, Горњи Милановац.
- Лаинг Р. (1977): *Подељено ја. Политика доживљаја*, Нолит, Београд.
- Legemaate J. (1998): „Legal protection in psychiatry: Balancing the rights and needs of patients and society“, *European Psychiatry*, 13 (Suppl. 3), 107s–112s.
- Sasz T. (1980): *Ideologija i ludilo*, Naprijed, Zagreb.
- Scheff T. (1964): „The societal reaction to Deviance“, *Social Problems*, 2, 159–73.
- Silverstein H. (1968): *The Social Control of Mental Illness*, T. Crowell Co., New York.
- Srole L, Langner T. S., Michael T. S., Opler M. K., Rennie T. (1962): *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Manhattan Study*, MC Graw-Hill, New York.
- Стојановић З. (2006): *Коментар Кривичног закона Србије*, Службени гласник, Београд.

Petar Opalić

INFORMAL AND FORMAL SOCIAL CONTROL OVER THE MENTALLY ILL

Summary

Forms of indirect social control over the mentally ill are first presented, through the views on normal and pathological, as well as prevention and treatment of psychic disorders.

Subsequently, the author analyzes control over the mentally ill through legislation, as well as the issue of incompetence from the legal, psychiatric and ethical perspective.

Legal provisions regulating involuntary hospitalization are specifically analyzed.

The conclusion points to a series of unsolved social, professional, normative and political dilemmas related to social control and legal provisions regarding the social control over the mentally ill.

Key words: *Social control over the mentally ill. – Incompetence. – Law. – Psychiatry.*