

Pojam ludila kroz interpretaciju Michela Foucaulta

Černeha, Ivana

Doctoral thesis / Doktorski rad

2025

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zadar / Sveučilište u Zadru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:852716>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-12**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)

SVEUČILIŠTE U ZADRU
POSLIJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
HUMANISTIČKE ZNANOSTI



Ivana Černeha

**POJAM LUDILA KROZ INTERPRETACIJU
MICHELA FOUCAULTA**

Doktorski rad

Zadar, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZADRU
POSLJEDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
HUMANISTIČKE ZNANOSTI

Ivana Černeha

**POJAM LUDILA KROZ INTERPRETACIJU
MICHELA FOUCAULTA**

Doktorski rad

Mentor

Dr. sc. Ivan Koprek

Komentorica

Dr. sc. Iris Tićac

Zadar, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZADRU

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

I. Autor i studij

Ime i prezime: Ivana Černeha

Naziv studijskog programa: Poslijediplomski studij humanističke znanosti

Mentor/mentorica: dr. sc. Ivan Koprek

Komentor/komentorica: dr. sc. Iris Tićac

Datum obrane: 9.1.2025.

Znanstveno područje i polje u kojem je postignut doktorat znanosti: humanističke znanosti, filozofija

II. Doktorski rad

Naslov: Pojam ludila kroz interpretaciju Michela Foucaulta

UDK oznaka: 1Foucault:616.89

Broj stranica: 150

Broj slika/grafičkih prikaza/tablica: 0/0/8

Broj bilježaka: 148

Broj korištenih bibliografskih jedinica i izvora: 233

Broj priloga: 8

Jezik rada: hrvatski jezik

III. Stručna povjerenstva

Stručno povjerenstvo za ocjenu doktorskog rada:

1. dr. sc. Jure Zovko, prof. emeritus, predsjednik
2. doc. dr. sc. Ines Skelac, članica
3. dr.sc. Ante Periša, član

Stručno povjerenstvo za obranu doktorskog rada:

1. dr. sc. Jure Zovko, prof. emeritus, predsjednik
2. doc. dr. sc. Ines Skelac, članica
3. izv. prof. dr. sc. Josip Ćirić, član

UNIVERSITY OF ZADAR
BASIC DOCUMENTATION CARD

I. Author and study

Name and surname: Ivana Černeha

Name of the study programme: postgraduate doctoral study in Humanities

Mentor dr. sc. Ivan Koprek

Co-mentor: dr. sc. Iris Tićac

Date of the defence: 9.1.2025.

Scientific area and field in which the PhD is obtained: Humanities, Philosophy

II. Doctoral dissertation

Title: The concept of madness through Michel Foucault's interpretation

UDC mark: 1Foucault:616.89

Number of pages: 150

Number of pictures/graphical representations/tables:0/0/8

Number of notes:148

Number of used bibliographic units and sources: 233

Number of appendices: 8

Language of the doctoral dissertation:

III. Expert committees

Expert committee for the evaluation of the doctoral dissertation:

1. Emeritus Professor Jure Zovko, PhD, chair
2. Assistant Professor Ines Skelac, PhD, member
3. Associate Professor Ante Periša, PhD, member

Expert committee for the defence of the doctoral dissertation:

1. Emeritus Professor Jure Zovko, PhD, chair
2. Assistant Professor Ines Skelac, PhD, member
3. Associate Professor Josip Ćirić, PhD, member



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, Ivana Černeha, ovime izjavljujem da je moj doktorski rad pod naslovom Pojam ludila kroz interpretaciju Michela Foucaulta rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, 14. veljače 2023.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Polazište za naslovnu temu	4
1.2. Formuliranje ciljeva i strukture rada	7
2. Foucault i ludilo.....	12
2.1. Uvod.....	12
2.2. Nasljeđe Foucaultove mudrosti	13
2.3. Dodir s psihijatrijom	15
2.4. Razmatranje foucaultovskog diskursa.....	17
2.5. Studija o ludilu	20
2.6. Rad, pogled, nadzor i osuda	25
2.7. Terapijske teme	27
2.8. Pojam strogosti.....	29
2.9. Suzbijanje ludila	30
2.10. Promjenjivo ludilo	32
2.11. Zaključna razmatranja	36
3. Povijesna ilustracija složenosti pojma ludila	37
3.1. Uvod.....	37
3.2. O ludilu od početka	38
3.3. Srednjovjekovno i novovjekovno ludilo	45
3.4. Prosvjetiteljstvo, romantizam i reforma	47
3.5. Nova psihijatrija	49
3.6. Razvoj Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje.....	52
3.7. Zaključna razmatranja	59
4. Suvremena psihijatrija	61
4.1. Uvod.....	61
4.2. Osnovni pojmovi iz psihijatrijskog rječnika	62
4.3. Etiološka razmatranja duševnih poremećaja	65
4.4. Recentni pregled kategorija duševnih poremećaja	67
4.5. Prikazi slučajeva iz psihijatrijske prakse	73
4.6. Izazovi psihijatrije	75
4.7. Kulturološki relativizam	77
4.8. Zaključna razmatranja	81
5. O nekim raspravama iz filozofije psihijatrije	83

5.1.	Uvod.....	83
5.2.	Razmatranja koncepata zdravlja i bolesti	85
5.3.	Relativizam u psihijatriji	90
5.3.1.	Slučaj lažnih pacijenata	90
5.3.2.	Kulturološki kontekst	91
5.3.3.	Nevaljane, ali korisne dijagnoze	92
5.3.4.	Multidijagnoza ili dijagnoza većeg broja poremećaja	92
5.4.	Antipsihijatrija.....	93
5.5.	Normalnost?.....	100
5.6.	Zaključna razmatranja	102
6.	Povratak foucaultovskom skepticizmu.....	103
6.1.	Uvod.....	103
6.2.	Povijest depresije	104
6.3.	Depresija ili tuga?	107
6.4.	Medikalizacija	113
6.5.	Zaključno razmatranje	116
7.	Zaključak	117
8.	Popis tablica	123
9.	Popis korištenih izvora i literature	124
10.	Sažetak	147
11.	Abstract.....	148
12.	Popis priloga	149
13.	Životopis	150

1. Uvod

Ovaj se rad putem foucaultovskog razumijevanja ludila, kao fenomena koji nastaje i oblikuje se u suodnosu s društveno-vremenskim okvirom, bavi analizom povijesne interpretacije ludila, suvremene psihijatrijske prakse, prikazom formiranja filozofskih rasprava i razlozima za vjerovanje da je skepticizam u pogledu psihijatrijskih dijagnoza (povremeno) opravdan.¹ Razmatranja u radu pod utjecajem su autora koji fenomen ludila prati, tumači i interpretira od začetaka pa do razdoblja klasicizma kada se ludilo izražava i unificira kao duševna bolest. No, da bi se uočila širina koju tema pretpostavlja, razmatranja se naslanjaju na Foucaultove misli o ludilu, ali zahvaćaju i opsežniji filozofsko-psihijatrijski diskurs suvremene rasprave o etiologiji, dijagnozi i liječenju duševnih poremećaja. Stoga sabrana znanja u ovome radu nadilaze misao autora iz naslova. Time je zadovoljena prvobitna intencija i zahtjev o znanstvenom doprinosu sintezom znanja iz područja filozofije psihijatrije.² Takav sažeti propedeutički prikaz vjerojatno može koristiti ili bi mogao pomoći svakome pojedincu koji želi steći temeljna znanja o filozofiji psihijatrije, o konceptima koji se svakodnevno koriste u susretima s „ludilom“, a pripadaju raspravama koje se vode unutar filozofije o duševnom zdravlju.

¹ O značenju autora u kontekstu filozofije psihijatrije piše profesorica Ljiljana Filipović spominjući da će mnogi Foucaulta opisati kao „duhovnog oca antipsihijatrije“ pritom implicirajući njegovu važnost u antipsihijatrijskom pokretu o kojem će biti više riječi u 5. poglavlju ovoga rada (Filipović: 1990: 23). S druge strane, mnogi će se kritičari osvrnuti na Foucaultovu metodologiju i teze, a neki će ga prozvati „neznalicom o temama“ o kojima piše. Tako će, osim navedene, profesor Krešimir Petković (2018), pišući u svojoj knjizi *Istina kao kušnja*, predstaviti još neke kritike relevantnih autora (Petković, 2018: 434-438). Tijekom godina Foucault je postao kontroverzan mislilac i predstavnik mnogih teorija, ponajviše rodne, no baviti se bioetičkom pozadinom tih Foucaultovih teza prelazi okvire ovoga rada pa onda to ovdje nije slučaj.

² Pretraga sintagme filozofija psihijatrije na Portalu znanstvenih časopisa Republike Hrvatske (Hrcak.srce.hr) krajem 2022. godine daje samo 6 rezultata: Prijic-Samaržija, S., i Miškulin, I. (2015). Epistemička pravednost: epistemologija vrlina i filozofija psihijatrije, *Filozofska istraživanja*, 35(2), str. 307-322.; Tabb, K. (2021). Centrifugal and Centripetal Thinking About the Biopsychosocial Model in Psychiatry, *European Journal of Analytic Philosophy*, 17(2), str. 3-28.; Janeš, L. (2018). Budućnost filozofije psihe u Hrvatskoj, *Filozofska istraživanja*, 38(2), str. 293-314.; Stegenga, J. (2021). Medicalization of Sexual Desire, *European Journal of Analytic Philosophy*, 17(2), str. S5-34.; Tokić, M. (2017). Susret između filozofije i suvremene psihoterapije, *Synthesis philosophica*, 32(2), str. 467-482. i Puljić, Ž. (2022). Rudolf Allers (1883.–1963.): Zaboravljeni znanstvenik, filozof i psiholog 20. stoljeća, *Obnovljeni Život*, 77(4), str. 521-533. Pretraga riječi ludilo daje samo 31 rezultat, od čega su od interesa za ovaj rad značajna (dakle ulaze u polje humanističkih znanosti, a ne, primjerice, prirodoslovlja) tek polovica pronađenih članaka.

Od posebnog interesa, primjerice studentima društveno-humanističkih studija, može biti strukturalna postavka rada, ovisno o metodološkim preferencijama, gdje se drugo i šesto poglavlje odnose na interpretaciju misli autora iz naslova, dok treće i četvrto služe za filozofsko razumijevanje koncepata psihijatrije i kao nacrt najvažnijih rasprava iz toga područja. Rad je prožet psihijatrijskim prikazima, čemu je posvećeno četvrto poglavlje, s ciljem razumijevanja suvremene psihijatrijske prakse. Nastavno na poglavlje koje prikazuje neke od slučajeva duševnih poremećaja i njihova liječenja slijedi poglavlje o izazovima psihijatrije koji se ogledaju u nedostacima mjerljivih pokazatelja poremećaja i dijagnostičkom relativizmu.

U radu nije prisutno opredjeljenje za glavne filozofske kanone, analitički ili kontinentalni, nego se oni nastoje primjereno koristiti. Stoga je mogući fenomenološki, hermeneutički ili analitički način odabran s ciljem izbjegavanja bilo koje vrste pristranosti u raspravi o filozofiji psihijatrije. Čini se kako istu namjeru imaju suvremeni mislioci u raspravi o duševnom zdravlju. Primjerice, u izdanjima *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry Oxford University Press*³ stoji da rasprava o duševnom zdravlju implicira većinu radikalnih neuspjeha u značenju, stoga je međusobno povezivanje angloameričkog i kontinentalnog diskursa opravdano⁴ (Fulford, Thornton i Graham, 2006: 76).⁵

Vrsni poznavalac opusa Michela Foucaulta mogao bi zamjeriti neravnomjernu podjelu poglavlja koja se izravno dotiču foucaultovske misli pa upitati: „Gdje je autor iz naslova? Gdje se nalazi Foucault?“ Stoga je unaprijed potrebno navesti nekoliko pojašnjenja. Ovaj rad implicitno propituje autorove teze koje, doduše, ni sam autor ne iznosi uvijek usustavljeno, nego su fragmentirano prisutne ili preoblikovane u raznim njegovim psihijatrijskim, epistemološkim i političkim diskursima. Misli se na autorove teze o ludilu i odnosi se na uvjete u kojima nastaje psihijatrijsko znanje, načine na koje se putem jezika simulira i točke u kojoj se takvo znanje zaustavlja. U doba o kojemu Foucault piše „siromaštvo, lijenost, poroci, ludilo miješani su u iracionalnost, u istu krivicu; luđaci su bili zahvaćeni velikim zatvaranjem bijednih i nezaposlenih, ali su svi, u blizini prijestupa, unaprijeđeni do suštine pada“ (Foucault,

³ Priručnici su, kako to sami urednici navode, pisani za filozofe. *Oxford Textbook of Psychiatry* služi za proaktivno čitanje raznih tema iz filozofije psihijatrije, a *The Oxford Handbook of philosophy and psychiatry* usmjeren je na praksu. Materijali su dostupni: www.oup.co.uk/companion/fulford (posjećeno 12. 12. 2022.).

⁴ Prema prihvaćenim tumačenjima angloamerička filozofija nastoji prikazati eksplicitno pojašnjenje koncepata i struktura razmišljanja, dok je kontinentalna implicitna jer teži boljem razumijevanju.

⁵ Odabir i obrada ove teme (i kao usporedna analiza ludila na razmeđu filozofije, etike, medicine i povijesti) pridonosi istraživačkim naporima filozofa da na temeljima objedinjenih spoznaja iz medicine i povijesti daju svoj obol u vidu praktičnih rezultata proizašlih iz teorijskih znanja psihijatrije.

1980:231). Foucault će tvrditi da je nejasna, izmiješana, nelogična i često okrutna psihijatrijska praksa utemeljena na lažnoj medicini koja nastaje u procesu preuzimanja uloge pravde. Praksa je to koja sudi odmah i koristi vlastita oruđa kažnjavanja (Foucault, 1980:238).

U radu se iznosi suvremena rasprava o specifičnostima te problematike u psihijatriji. Općenito govoreći, može se reći da se specifičnosti ogledaju u često nepouzdanim rezultatima psihijatrijskih istraživanja, etimologiji, dijagnozi ili načinima liječenja poremećaja. Uz nabrojane dvojbe, relativnost psihijatrije može se ogledati i u medikalizaciji čovjekove svakodnevnice u kojoj čovjek postepeno gubi dostojanstvo. Čini se i dalje je potrebno filozofski njegovati iskrnu foucaultovskog skepticizma. Takav način propitivanja treba razumjeti slično konceptu hiperaktivnog pesimizma⁶, terminu koji u foucaultovskom diskursu znači djelovanje koje krasi upornost unatoč nepoznatom ishodu. Tako će i prvi filozof psihijatrije, Karl Jaspers, kazati: „Sve ono razasuto ne želi ostaviti tek tako. Uz beskonačnost psihopatoloških postavaka, uz terminološku raznolikost jezika kojim – nerijetko bez uzajamne razumijevanja – znanstvenici govore, sve je hitniji zahtjev da pokažemo što mi to, zapravo, u cjelini znamo“ (Jaspers, 2015: 710).

Foucault će vrlo jasno podsjetiti na prožimajuću neugodnost procesa bavljenja ludilom u kojoj se „da bi se njome prošlo, valja odreći udobnosti konačnih istina i nikada se ne prepustiti vodstvu onoga što možda znamo o ludilu“ (Foucault, 1980: 9). Citat je to koji može poslužiti kao prvi korak u procesu istraživanja ludila.⁷

⁶ Termin foucaultovski skepticizam koristi se u filozofskom značenju za naglašavanje potrebne sumnje, dvojbe ili potresenosti za teme koje obuhvaćaju filozofiju psihijatrije, a mogu dovesti do nekih novih spoznaja ili utvrditi stare. Slično opisuje profesor Krešimir Petković (2018) koji u djelu *Istina kao kušnja* u kontekstu rasprave o političkoj znanosti navodi sintagmu hiperaktivni pesimizam koja se odnosi na Foucaultovo aktivističko djelovanje (Petković, 2018).

⁷ U ovom je pristupu prisutna kontinuirana filozofska potreba za općenitim stalnim propitivanjem uvriježenih istina o čovjeku i svijetu, a potom i specifičnih znanja o ludilu. Slično spominje Cooper (1980): „Svatko tko radi na polju psihijatrije i tko odbija da njegova kritička samosvijest bude zatupljena ili da je požderu institucionalizirajući procesi obaveznog obrazovanja i svakodnevne indoktrinacije u sveučilišnim ili psihijatrijskim bolnicama, suočava se s brojnim uznemirujućim pitanjima. Na tom se polju, naročito među ljudima koji se nalaze u izuzetnim okolnostima, može doživjeti zenovski „doživljaj sumnje“: zašto sam ja ovdje, tko me tu stavio ili zašto sam sebe ovdje stavio (i koja je razlika između tih pitanja), tko me za to plaća, što ću učiniti, zašto učiniti išta, zašto učiniti ništa, što je išta, a što ništa, što je život i smrt, zdrav duh i ludost?“ (Cooper, 1980:7)

1.1. Polazište za naslovnu temu

Pojam ludila odnosi se na sva ona stanja za koja ponekad nije jasno pripadaju li filozofskom, antropološkom, medicinskom, književnom ili prirodoslovnom području istraživanja. Iako izrazi ludilo, luđak, poludjeti, ludost nose u sebi pejorativno značenje pa imaju negativnu konotaciju, pojam ludilo koristit će se tijekom cijelog rada do trenutka rađanja psihijatrije kao znanosti, a tada će se spomenuti pojam zamijeniti sintagmom duševni poremećaj. Valja također reći da se u ovom radu koristi izraz duševni poremećaj umjesto mentalni, psihijatrijski ili psihički poremećaj iako se spomenuti izrazi mogu koristiti kao sinonimi u dijelovima rada koji se oslanjaju na psihijatrijska znanja. Taj je naziv prisutan u nazivlju *Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje* jer ga tako prevode stručnjaci s Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Psihijatrijske bolnice Vrapče u Zagrebu.⁸

Mnogi će suvremeni autori ludilo procijeniti još uvijek uznemirujućom temom čije nas tajne i danas zbunjuju. Neovisno o vremenu i kulturi ludilo, čini se, „prkosi našem osjećaju za same granice toga što znači biti čovjekom“ (Scull, 2015: 13). Teško je jasno razlučiti povijest ludila od povijesti psihijatrije jer se te dvije promjenjive povijesti preklapaju, što je vidljivo i u ovome radu. Riječ psihijatrija koristi se od 19. stoljeća. Tijekom toga vremena francuski jezikoslovci (i liječnici) koristili su riječ *aliénisme* pa se stoga liječnici koji su se bavili psihijatrijom mogu nazvati arhaičnim izrazima iz vremena londonskih umobolnica psihijatrima, *alijenistima* ili izrazom *mad-doctors* (Scull, 2015: 15). Foucault već u predgovoru studije o ludilu piše o problematičnom formiranju jezika psihijatrije, a budući da psihijatrija tijekom povijesti preuzima ulogu procjenitelja, moglo bi se reći da se ludilo formira, ili barem utvrđuje svoj opseg, upravo i samo kroz psihijatriju.⁹ Ludilo, primijetit će Foucault, nastaje kao „uzrok, uzor ili granica društvenog srozavanja“ pa tako tijekom klasicizma u Europi naglo raste broj

⁸ Pogledati, primjerice, posljednja dva izdanja priručnika u hrvatskome prijevodu: Folnegović-Šmalc, V. (ed.) (1996) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje, DSM-IV, Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa*. Jastrebarsko, Naklada Slap; Jukić, V. i Arbanas, G. (ur.) (2014) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, DSM-5*. Jastrebarsko, Naklada Slap.

⁹ Sociolog Andrew Scull u svojoj globalno poznatoj knjizi u kojoj piše o povijesti ludila naslovljenoj *Ludilo u civilizaciji: Kulturna povijest umobolnosti od Biblije do Freuda, od ludnice do moderne medicine* (2015) tvrdi da je promatranje ludila kao društvenog konstrukta „romantičarska besmislica“, „beskorisna tautologija“ te ludilo definira kao „krupni i trajni poremećaj uma, intelekta i osjećaja – fenomen koji se može naći u svim poznatim društvima i koje postavlja duboke izazove, kako praktične, tako i simbolične vrste, pred društveno tkivo i pred sam pojam stabilnog i društvenog poretka“ (Scull, 2015:14).

luđaka¹⁰, a psihijatrija u svojoj interpretaciji korjenito preinačuje jezik slijedom razmjene koja se odvija između ludila i razuma (Foucault, 1980: 222, 12). Ludilo za Foucaulta predstavlja niz iracionalnosti, poput nemoralnih, životinjskih, ništavnih i drugih obilježja, a pod vječnim je nadzorom razuma koji će osuditi luđaka koji postaje „životinja čudnovatih mehanizama, bestijalnost u kojoj je čovjek još odavno poništen“ i „kojim u potpunosti vladaju nagoni grabeži i ubijanja“ (Foucault, 1980:79,168). Uputu ruskog književnika Fjodora Mihajloviča Dostojevskog koji simbolički upozorava da vlastiti razum ne treba tražiti zatvaranjem susjeda u ludnicu, Foucault će spomenuti već u predgovoru svoje studije u kojoj vrijeme „velikog zatvaranja“ u 17. stoljeću opisuje kao vrijeme koje se odlikuje izjednačavanjem „neimaštine, besposličarenja, poroka i ludila s bezumljem“, kada se stvaraju nove psihijatrijske prakse „zgnusnute u svojoj tajnovitosti, nejasne čak i onima koji su se njima bavili“ (Foucault, 1980:9). Tako, tvrdi Foucault, nastaje zasebna grana medicine – psihijatrija ili medicina duha (Foucault, 1980:246). Foucault će vrijeme humanističke psihijatrije azila ili protopsihijatrije potaknute djelovanjem Philippea Pinela negativno procijeniti jer se upravo tada rađa autoritet koji djeluje poput „apstraktne i bezlične sile“ stvorene u svijetu azila, metodi liječenja i iskustvu ludila (Foucault, 1980: 216,223). Znanstveni pozitivizam, kojem se priklanja moderna psihijatrija potaknuta francuskim idealima kraja 18. stoljeća, između ostalog omogućuje psihijatriji „da izdvoji ludilo“ dok ga pritom zapravo, prema Foucaultu, zaista ne poznaje, nego ga pokušava ukrotiti u lažnoj objektivnosti igre moći između luđaka i liječnika – osobe čija se moć prerusila u znanje i u njemu pronašla svoje opravdanje (Foucault, 1980:243).

Slične će prigovore, uobličene u problemske rasprave, istaknuti suvremena rasprava unutar filozofije psihijatrije, čime se nadovezuje na antičku debatu o problemu definicije zdravlja i bolesti, ali je ujedno sužava na analizu mogućnosti konceptualizacije duševnog poremećaja. Na takvim će se raspravama graditi prijeporne teme o pouzdanosti kliničke prakse unatoč željenim vjerovanjima, primarno psihijatara, da je ova grana medicine dovoljno uznapredovala te da može filozofski i djelatno odgovoriti kritikama. Danas važeća perspektiva biologijske psihijatrije koja dominira nad psihosocijalnom okreće se prema farmakološkim intervencijama u razne probleme ljudskog življenja. Sažimanjem ljudske sveobuhvatnosti putem redukcionističkih težnji, za koje možemo reći da započinju još u 17. stoljeću novim

¹⁰ Više o kritici osnovnih postavki ovakva povijesnog tumačenja u: Midelfort, H. E. (2012) *Madness and civilization in early modern Europe: A Reappraisal of Michel Foucault* u: Malament, B. (Ur.) *After the reformation* (str. 247 -267). Philadelphia: Pennsylvania University Press.

idejama o konceptu živčanog sustava, psihijatrija bi trebala postati neuroznanost – znanost o mozgu. Filozofi psihijatrije, općenito govoreći, upozorit će da se determinističkim i uskim pokazalo nastojanje da se putem neuroznanstvenih spoznaja podupre definicija duševne poremećenosti, a moralno i antropološki upitnim jer se čovjekova sveobuhvatnost uokviruje u farmakološki obrazac liječenja. Filozofi će često stoga isticati da takva praksa zanemaruje različite aspekte i bogatstvo iskustava pojedinca. Spoznaja da je depresija neadekvatna neurotransmisija monoamina korisna je jednako kao i spoznaja da u našem automobilu nema goriva, no ona ne govori zašto je automobilu potrebno gorivo i što motor radi s njime.¹¹

Polazište za istraživanje može se sažeti u nekoliko pretpostavki istraženih u naznačenim poglavljima rada, no one se također implicitno propituju u cijelom radu.

Prema Foucaultu:

- i. skup devijantnih ponašanja i raznih stanja pojedinaca (neimaština, besposličarenje, poročno ponašanje i ludilo) u povijesnome europskom razvoju često je nazivano ludilom (2. i 3. poglavlje)
- ii. u europskoj se povijesti istovremeno odvija marginalizacija osoba s duševnim poremećajima i drugih osoba s ekonomskim problemima (2. i 3. poglavlje)
- iii. začetak psihijatrije kao medicinske grane ne nalazi opravdanje u biomedicinskim terapeutikama stvarno oboljelih, nego u društveno-političkim argumentima (2. i 3. poglavlje)
- iv. promjenjivi fenomen ludila uspostavom psihijatrije postaje psihički poremećaj (3. poglavlje).

Općenito:

- i. duševni se poremećaji ne mogu klasificirati kao ostale bolesti čiji se uzroci mogu činjenično dokazati jer su one kombinacija više faktora (3. i 4. poglavlje)

¹¹ Opisani primjer je preuzet iz: Gold, I. (2009) Reduction in psychiatry, *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(8), str. 506–512. Gold koristi riječ plin koju autorica mijenja u pojam gorivo (Gold, 2009: 511).

- ii. suvremena istraživanja ne pokazuju značajan napredak u etiologiji duševnih poremećaja (4. i 5. poglavlje)
- iii. dijagnosticiranje osobe kao osobe s duševnim poremećajem temeljno počiva na deskriptivnoj postavci (3., 4. i 5. poglavlje)
- iv. nejasna je granica između duševnog poremećaja i problema življenja (5. i 6. poglavlje)
- v. dijagnosticiranje osobe kao osobe s duševnim poremećajem ima dalekosežne posljedice, ne samo za pojedinca, nego i za razvoj današnjega društva (5. i 6. poglavlje).

1.2. Formuliranje ciljeva i strukture rada

S obzirom na navedene pretpostavke glavni je cilj rada ukazati na promjenjivu prirodu fenomena ludila analizom njegovih povijesnih zapisa, a potom oprimjeriti recentnu raspravu o duševnom poremećaju. Širi cilj rada jest filozofski istražiti te prosuditi povijesnu i suvremenu psihijatrijsku praksu¹², a pojmove bolesti i zdravlja, odnosno duševnog poremećaja, promatrati kao kategorije s praktičnim posljedicama koje se ogledaju u medikalizaciji života uopće.

Cilj drugog, biografskog poglavlja naslovljenog *Foucault i ludilo* je ukratko predstaviti život i djelo poznatog mislioca Michaela Foucaulta koji je prije gotovo 60 godina svojom studijom o ludilu započeo razvoj antipsihijatrijskog pokreta. Ovdje se prikazuje sažeti opis Foucaultova života uz naglasak na trenutke njegova zanimanja za psihijatriju, a završava jednom od mogućih interpretacija njegove studije o ludilu. Iako je studija koja je nastajala na švedskom sveučilištu originalnog naziva *Folie et déraison* prvobitno bila odbačena i proglašena proizvoljnom, samokritični je i uporni Foucault uspio dovesti svoju doktorsku disertaciju do kraja. Pisati o Foucaultu zapravo znači pokušavati utvrditi misli koje izmiču usustavljanju. Autorovu opusu može se pripisati nezgrapni stil pisanja, kao i mijenjanje iznesenih vlastitih teorija ali i specifična originalnost novih i evoluiranih ideja koje izlaže. Izazov koji se otvara svakom Foucaultovu interpretu sastoji se i u dokazivanju njegovih čestih kitnjastih fraza i zaključaka. Stoga se studiji pristupa tako da se analiziraju oni dijelovi koji su značajni za temu rada. Pritom pretpostavka da autor osjeća potrebu za pronalaženjem nulte točke nastanka koju psihijatrija tijekom stoljeća zaboravlja, djelomično potiče i pisanje ovoga rada. Vrijeme kada je autor kao mlad bio smješten u psihijatrijsku bolnicu u Parizu vjerojatno je utjecalo, pored

¹² U ovome radu izostavljeno je navođenje kompleksne pravno-etičke rasprave koja se odnosi na pitanje prisilne hospitalizacije osoba s duševnim poremećajima.

drugih ključnih momenata tijekom njegova odrastanja i školovanja, na potrebu da se bavi ovom teškom i kompliciranom temom.

Cilj trećeg poglavlja naslovljenog *Povijesna ilustracija složenosti pojma ludila* je prikazati povijest fenomena ludila od predantičkog vremena do danas, kada ludilo konačno prelazi u medicinsko razmatranje i postaje kliničko ludilo, odnosno duševni poremećaj. Značajni dio poglavlja posvećen je psihijatrijskom organonu *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje* koji u svojem posljednjem izdanju klasificira više od pet stotina dijagnoza. Ova klasifikacija po prvi put sistematizira kriterijska pravila za poremećaj koja uključuju simptomatologiju. Klasifikacija je nastala temeljem medicinskih istraživanja i znanstvene statistike javnog zdravstva diljem svijeta. Prvo izdanje načinom opisivanja poremećaja i nejasnom granicom između tjelesnih i duševnih poremećaja doživjelo je neuspjeh te potaknulo nezadovoljstvo kliničara. U ovom se poglavlju čitatelju može učiniti da je ono previše okrenuto povijesnim činjenicama o klasifikaciji poremećaja. No, takva je analiza razvoja psihijatrijske misli u ovome radu korištena jer je u konačnici pridonijela zaključku o naglom porastu broja dijagnoza (u početnom izdanju priručnika ima 128, a u posljednjem 541). Osim toga, analiza je pokazala da postoji neslaganje između samih autora *Priručnika* te na taj način još jače istaknula imperativ da suvremena psihijatrija mora biti kulturološki osjetljiva pri procjeni i dijagnozi poremećenog ponašanja.

Četvrto poglavlje naslovljeno *Suvremena psihijatrija* nastoji predstaviti medicinsku psihijatrijsku terminologiju. Uloga poglavlja je predstaviti psihijatrijsku praksu te istaknuti izazove relativnosti i redukcionizma s kojima se psihijatrija danas susreće. Tako će kritičari psihijatrije pretjerani redukcionizam koji pretpostavlja zamjenu psihijatrijskih termina onima neurobiološkima usporediti s jednako neuspješnim pokušajem da se čovjek kao sveobuhvatno biće uokviruje u farmakološki obrazac suvremene medicine. Usprkos napretku znanstvenih metoda i dalje je ispitivanje mogućih kombinacija korelacija genetskih i okolišnih čimbenika u domeni duševnih poremećaja u svojim počecima, a u kliničkoj praksi nedostaju potvrdni markeri za postavljanje psihijatrijske dijagnoze. U poglavlju su medicinskim rječnikom pojašnjeni pojmovi što se odnose na dijagnoze i simptome, ponuđena je etiološka osnova za kategorizaciju poremećaja, trenutačno važeći pregled kategorizacije duševnih poremećaja te su izdvojeni neki slučajevi iz suvremene psihijatrijske prakse. Svaki klinički psihijatar nužno je vrhunski promatrač i organizator podataka pa posjedujući te vještine, koje su ponekad zasjenjene tehnološkim dostignućima medicine, uživa najveću važnost u psihijatrijskom

procesu (Clare, 1976). Znanstveni postupci liječnika predani su objektivnosti i temeljitosti, stoga kliničko prosuđivanje zasigurno pridonosi izvjesnosti u neizvjesnosti izvođenja kliničke medicine (Montgomery, 2006). Suprotno od općeprihvaćene percepcije psihijataru kao marginalnih ljudi medicinske profesije, psihijatri danas dokazuju pouzdanom kliničku praksu koja se sastoji od mnogih sofisticiranih oblika kliničkog prosuđivanja, ovladanih tehnika intervjuiranja, uzimanja anamneze i oblikovanja presudbe (Fava i Rafanelli, 2019). Takvim se pristupom duševnu bolest, koja je kao pojava svojstvena ljudima u svim vremenskim razdobljima, može profilirati kroz dijagnostiku i liječenje (Roth i Kroll, 1986).

Recentni pregled kategorija duševnih poremećaja objedinjuje 22 kategorije, odnosno pronalazi ukupno 541 dijagnozu. Mnoga su stanja klasificirana u priručniku podložna daljnjim istraživanjima, što može ukazati da je ukupni broj dijagnoza promjenjiv. Problem koji suvremena psihijatrija ipak ne uspijeva opravdati, unatoč razvijenim sofisticiranim načinima procjene, jest činjenica da se psihijatrija u postavljanju dijagnoze ipak služi vlastitom interpretacijskom praksom. Psihijatrija tako, unatoč nastojanju da se putem neurobiološke struje približi medicini, većinski počiva na deskriptivnoj psihopatologiji.

Cilj petog poglavlja je predstaviti recentnu raspravu iz područja filozofije psihijatrije, stoga je poglavlje naslovljeno *O nekim raspravama iz filozofije psihijatrije*. Poglavlje započinje pokušajem davanja odgovora na pitanje „Što je zdravlje ili bolest?“¹³ te se nastavlja raspravom o mogućnostima precizne konceptualizacije duševnog poremećaja. Pojmovi zdravlja i bolesti teški su za jasnu i preciznu filozofsku definiciju. Razlozi mogu ležati u činjenici što sadrže i vrijednosne sudove. Rasprava o točnoj konceptualizaciji pojmova češće zanima filozofe od liječnika, no čini se da je istraživanje koncepata zdravlja i bolesti, posebice u psihijatriji, veoma važno. Ukoliko se dogodi pogrešna procjena, ona će implicirati i pogrešne medicinske intervencije. Zdravlje je, reći će Robert Hare (1986) u svojoj poznatoj raspravi, evaluacijski pojam (Hare, 1986). Za razliku od Hareove postavke mnogi će filozofi psihijatrije tvrditi, a među prvima će to biti Christopher Boorse (1976), da pojam zdravlja ne smije uključivati

¹³ Šire uzevši, takva i slična razmatranja važna su jer zahvaćaju i druge, za čovjeka važne fenomene poput boli. Profesor Ivan Koprek navodi: „Čini se da je čovjeku u sadašnjem društvenom kontekstu cilj (kao i u prijašnjim vremenima) živjeti bez boli. Mit o načelnim mogućnostima svladavanja boli u današnjem je društvenom kontekstu doveo do precjenjivanja zdravlja“ (Koprek, 2014: 74). Također, kritiku kulta zdravlja iznosi profesorica Iris Tićac (2017) koja ističe kritiku usmjerenu na pretjeranu brigu o zdravlju naslanjajući se na misao Hans–Georga Gadamera te Klause Dörnera. Više u: Koprek, I. (2014). Bol - izazov i poticaj. Filozofijsko–teološki esej o boli, *Obnovljeni Život*, 69(1), str. 71–80. Preuzeto s: <https://hrcak.srce.hr/117819> (pristupljeno 18. 1. 2023.), Tićac, I. (2017). Kritika „kulta zdravlja“ iz hermeneutičko–etičkog motrišta, *Obnovljeni Život*, 72(4), str. 429–441.

vrijednosna značenja (Boorse, 1976.) Koncepti bolesti i zdravlja promjenjivi su koncepti koji ovise i o dostupnim o znanstvenim metodama. Nije neizgledno da se koncepti zdravlja i bolesti neće mijenjati te reducirati ovisno o tehnološkim dostignućima u medicini. Sličnih povijesnih primjera ima mnogo, od kojih je zasigurno najpoznatiji primjer homoseksualnosti (manje je poznat primjer osteoporoze).

Ovo je poglavlje značajno posvećeno i mislima antipsihijatarata koji preuzimaju ulogu najupornijih kritičara psihijatrije. Antipsihijatrijski pokret zajednički je naziv za skupinu autora koji dijele slična uvjerenja o psihijatriji koja nadzire kontekstualizirane fenomene, a ne činjenice o duševnim poremećajima. Foucaultov prikaz psihijatrije, koji kasnije preuzimaju antipsihijatri u svojim djelovanjima, okreće se ukidanju psihijatrije kao kontrole društva. Stavovi antipsihijatarata naslanjati će se na mnoge Foucaultove teze, a dijelit će opći stav o odbacivanju medicinskog modela duševnog poremećaja i naglašavati potrebu za humanizacijom psihijatrije. Neki će, poput Thomasa Szasza, duševni poremećaj proglasiti mitom (Szasz, 1961). Poglavlje se zaključuje idejom jatrogeneze, pretečom koncepta medikalizacije, koju iznosi Ivan Illich u svom djelu *Nemesis Medicae* sedamdesetih godina 20. stoljeća (Illich, 1975). Ova ideja služi kao uvod u pretposljednje poglavlje rada koje se vraća foucaultovskom skepticizmu.

Šesto poglavlje, *Povratak foucaultovskom skepticizmu*, okrenuto je problemu medikalizacije i propitivanju teze kako je današnjica bezuvjetno podložna imperativu zdravlja. U ovom se poglavlju predstavlja jedan od najčešćih medikaliziranih fenomena 21. stoljeća – depresija. Izučavanje povijesti psihijatrijske misli donosi zaključak da se fenomen poremećenosti često mijenja. Namjera ovoga poglavlja je istražiti problematiku medikalizacije suvremenog života pokušajem raspletanja dvojbe o tome kada se neko stanje može smatrati tugom, a kada kliničkom depresijom. Uvođenjem medikalizacije kao farmaceutikalizacije zbilje ostavlja se otvorenom kompleksna rasprava o tome za koje će se pojave tvrditi da zahtijevaju psihijatrijsku intervenciju. Pritom i dalje ostaje teško pouzdano utvrditi kada se treba oslanjati na vlastite resurse u suočavanju sa životnim problemima, a kada na autoritete psihijatrije. No, zamjetno je da suvremeni čovjek otuđivanjem od vlastite ranjivosti patologizira i vrlo lako prihvaća stanje bolesti.

Zaključak je strukturiran na način da iznosi zaključke cjelokupnog rada, navodi jesu li i u kojoj mjeri postignuti postavljeni ciljevi te pojašnjava koliko je potvrđena zadana hipoteza. Konačno, u zaključku se ističu glavne spoznaje rada i otvorena pitanja koja ukazuju u kojem bi

se smjeru dalje trebalo istraživati u polju filozofije psihijatrije.¹⁴ Sadržaj rada ponegdje prate tablični prikazi. Svi prijevodi u radu su autoričini.¹⁵

¹⁴ Zaključak sažima misli navedene u poglavljima i ostavlja otvorenim Jaspersovo pitanje može li se medicinska znanost približiti istini. Na ovo su pitanje nastojali odgovoriti mnogobrojni filozofi psihijatrije. Može se reći kako su najuporniji bili kritičari psihijatrije, tzv. antipsihijatrijski pokret, koji su tvrdili da to nije moguće.

¹⁵ Izdanje knjige koje se najčešće koristi u radu je iz 1980. godine naslovljeno *Historija ludila u doba klasicizma* izdavača Nolit Beograd, navedeno u popisu literature. Spomenuta knjiga do sada nije prevedena na hrvatski jezik.

2. Foucault i ludilo

2.1. Uvod

Namjera prvog dijela poglavlja naslovljenog *Nasljedje Foucaultove mudrosti* je sažeto predstaviti osnovne biografske podatke iz života Michaela Foucaulta čije je djelovanje od rane mladosti prožeto suočavanjem s psihijatrijskom djelatnošću.¹⁶ Drugi dio poglavlja posvećen je njegovoj studiji o ludilu naslovljenoj *Povijest ludila u doba klasicizma* koju, kao doktorsku disertaciju, brani 1961. u Parizu.

Predstaviti biografske trenutke iz Foucaultova života i ponuditi interpretaciju njegovih metoda istraživanja i pisanja otežano je iz nekoliko razloga:

- i. Foucault je autor čiji je stil i jezik često nezgrapnan, a njegova je teorija nesustavna s čestim nadogradnjama ili izmjenama postojećih koncepata (što i sam autor otvoreno priznaje osvrćući se na svoja napisana djela)
- ii. pisati o životu i djelu autora koji vlastito autorstvo negira pitanjem „Kakve veze ima tko govori?“ (Foucault, 1998: 222) predstavlja izazov svakome izučavatelju opusa ovoga mislioca¹⁷
- iii. od autorove je smrti (1984. godine) proteklo nedovoljno vremena za procjenu i interpretaciju iznesenih sadržaja koji potpadaju pod psihijatrijske, ali i druge, primjerice političke diskurse.

¹⁶ Foucault je već u mladosti boravio u sobi školske bolnice Sveta Ana gdje je bio smješten nakon pokušaja samoubojstva, kako to anegdotski pretpostavljaju njegovi biografi (Eribon, 2014: 44-45).

¹⁷ Tekst *Što je autor?* nastao je temeljem predavanja koje je Foucault održao na Societe Française de philosophie 22. 2. 1969. godine. Predavanje pomalo izmijenjenog sadržaja na istu temu održao je i u SAD-u 1970. godine. Tekst predstavlja temeljno djelo koje uvelike utječe na postmodernističko poimanje odnosa u književnosti i drugim umjetnostima. U eseju problematizira teškoće koje proizlaze iz osobnih imena autora, uvodi kategoriju funkcije autora i tumači nastanak diskursa kao znanosti. Prema tome, smrću autora tekst, oslobođen oznaka i smještanja u vremensko-sadržajni okvir, može postati novo polje tumačenja. Stoga, slično kao kod Ronalda Barthesa (1915. - 1980.), čitatelj lišen konteksta može reinterpretirati sadržaj nekog teksta. O tome piše: „Svi diskursi, bez obzira na njihov status, oblik, vrijednost i bez obzira na tretman kojem će biti podvrgnuti, tada bi se razvili u anonimnosti mrmrljanja. Ne bismo više slušali pitanja koja su se tako dugo ponavljala: Tko je zapravo govorio? Je li to doista on, a ne netko drugi? S kojom autentičnošću ili originalnošću? I koji je dio svoje najveće prodaje izrazio u svom govoru? Umjesto toga, postojala bi druga pitanja, poput ovih: Koji su načini postojanja ovog diskursa? Gdje je korišten, kako može cirkulirati i tko ga može sebi prisvojiti? Koja su to mjesta u njemu gdje ima mjesta za moguće predmete? Tko može preuzeti te različite funkcije subjekta? I iza svih tih pitanja jedva da bismo čuli išta osim komešanja ravnodušnosti: Kakve veze ima tko govori?“ (Foucault, 1998: 222).

Međutim, ipak treba reći da opisi autorova života pomažu razumijevanju ne samo njegova interesa za temu ludila, već i ludila samog, koje originalno istražuje priznajući pritom neobjektivnost vlastite metode koja potječe od toga jer „do 19. stoljeća, da ne kažem do danas, nije postojalo objektivno znanje o ludilu, već samo formulacija, u okviru znanstvene analogije, pojedinih iskustava (moralnih, društvenih itd.) nerazumnog“ (Eribon, 1991: 84).

2.2. Nasljeđe Foucaultove mudrosti¹⁸

„Tko je Foucault?“ Prve se biografije „najinovativnijeg, najzagonetnijeg i najizazovnijeg mislioca našeg vremena“ (Prado, 2009: 3) i „majstora izlaganja pojave radikalno novih predmeta - ludila, bolesti, čak i ljudskog pojedinca“ (Nehamas, 1998: 170) pojavljuju ubrzo nakon njegove smrti 1984. godine. Nestabilnoj točki u opisivanju njegova života pridonosi „mnogostruko komplicirana Foucaultova osobnost“, što potvrđuje i njegov bliski prijatelj, francuski povjesničar Georges Dumézil (1898. – 1986.) nazivajući ga čovjekom „koji nosi i mijenja maske“ (Eribon, 1991: x-xi). Foucault je, prema riječima njegova biografa Didiera Eribona, često isticao krilaticu francuskog pjesnika Renea Chara: „Razvijajte svoju opravdanu čudnovatost“ (Eribon, 2014: 9). Svoja je, kako svjedoče zapisi vremena, do posljednjeg mjesta ispunjena predavanja započinjao „glasnim i učinkovitim glasom“ nadalje „žustro i dinamično poput nekoga tko uranja u vodu“ (Ewald i Fontana u: Foucault, 2006: x). Gotovo trinaest godina, od 1970. do 1984., proveo je predajući na katedri Collège de France posebno nazvanoj prema njegovoj uputi *Katedra povijesti sustava misli*. Za sobom je ostavio bogat opus objavljenih djela, sudjelovao je u brojnim radijskim emisijama i gostovao na sveučilištima diljem svijeta. Možemo pretpostaviti da, unatoč njegovoj želji da svaki čitatelj dosezanjem kontakta bez označavanja pristupi i njegovu tekstu, Foucault za života te posebno nakon smrti postiže veliku popularnost u intelektualnim krugovima diljem svijeta.

Paul Michel rođen je 15. listopada 1926. godine u mjestu Poitiers 300 km udaljenom od Pariza kao drugo od troje djece u veoma uglednoj i tradicionalnoj obitelji Foucault. Njegova majka također potječe iz školovane obitelji. Majčin brat doktorirao je i predavao filozofiju u Parizu i bio je autor mnogih uvaženih radova (1907.) U zrelijoj će dobi (1975.) Foucault

¹⁸ Zapis s razglednice na kojoj Foucault opisuje izrazom *ostavština mudrosti* svoj rodni grad Poitiers (Eribon, 2014: 20).

priznati: odrastanje u intelektualnoj, izrazito kompetitivnoj sredini koja je od njega očekivala da postane liječnik poput njegova oca, stvarala mu je izrazit pritisak. Michelovo školovanje kreće vrlo rano: u dobi od samo četiri godine pohađa predavanja svoje dvije godine starije sestre. Srednju školu Lycée Henri-IV upisuje 1936., a po završetku školovanja 1940. godine, iako dobar učenik, ne uspijeva položiti završne ispite.¹⁹ Smatrajući da se našao u nepravednoj poziciji, Foucaultova majka potom ga upisuje na Collège Saint-Stanislas gdje njegovim mentorom postaje mladi filozof Louis Girard koji ga poučava osnovama kantovske filozofije. Foucault će, učeći filozofiju, biti upoznat s razvojem filozofske misli do 18. stoljeća, mislima Descartesa, Pascala, Leibniza, Kanta, Spinoze ili Rousseaua. U lipnju 1943. godine Foucault stječe svjedodžbu te želi upisati studij filozofije na prestižnom Ecole Normale Supérieure (Macey, 2004). Prema svjedočenju njegova učitelja Doma Pierotta (Eribon, 1991: 9) tijekom školovanja u Saint-Stanislasu učenik Foucault radoznao je poput Descartesa i sklon razumijevanju velikih sustava znanja. Nakon stjecanja uvjeta za upis na studij, a po završetku obrazovanja na Saint-Stanislasu, Foucault iskazuje želju za upisom na prestižnu Ecole Normale Supérieure u Parizu istovremeno odbijajući očev zahtjev da postane liječnik. Pripreme za studij uključivale su dvije godine predanog rada u ratom zahvaćenoj Francuskoj, stoga se vratio u rodni Poitiers te pohađao gimnaziju (fran. Lycee). U lipnju 1945. samo je dvoje učenika iz Poitiersa ostvarilo uvjete za upis na Ecole Normale Supérieur. Njegov će autobiograf istaknuti: „Paul-Michel je radio kao pas, ali to nije bilo dovoljno“ (Eribon, 1991: 13). Foucault se potom seli u Pariz. Ondje pohađa Lycée Henri-IV te u jesen 1945. godine susreće, kako sam navodi, glasnika Hegela i filozofije same, Jeana Hyppolita, koji na njega ostavlja izniman utjecaj svojim predavanjima o hegelijanskoj fenomenologiji uma.²⁰ Do kraja studijske godine Foucault ostvaruje najbolje rezultate te dobiva pohvale svojih profesora. Za mladog Foucaulta uslijedio je usmeni ispit na Ecole Normalne Superiore. Sada, budući da je postao učenik te prestižne i vrlo zahtjevne škole, za njega počinje život koji će vrlo teško podnositi (Eribon 2014: 43).

¹⁹ Tom se biografskom trenutku pridaje određena važnost jer ga se može interpretirati kao prvi u nizu neuspjeha koje će Foucault proživjeti u svom školovanju. Drugi važan trenutak može biti kritika njegove studije o ludilu koju dobiva od profesora Stirna Lindrotha koji je smatrao da rad nije povoljan za stjecanje doktorata 1957. godine. Stoga mu Foucault upućuje pismo u kojemu pojašnjava kako će napisati korekcije studije. (Eribon, 1991: 84)

²⁰ Jean Hyppolite (1907. – 1968.), francuski mislilac, suvremenik Jean-Paula Sartrea i Mauricea Merleau-Pontya, prvi prevodi na francuski jezik djela G. F. Hegela i utječe na mnoge mislioce. Osim Foucaulta treba spomenuti i Deleuzea, Althussera i Derridaa. Hyppoliteovo najznačajnije djelo je *Genesis and Structure of Hegel's Phenomenology of Spirit* (1947). Više o djelu u: Hyppolite, J. (1974) *Genesis and Structure of Hegel's Phenomenology of Spirit*. (S. Cherniak i J. Heckman. prev.). Northwestern University Press.

Dolazak na ovo prestižno sveučilište nosio je težak teret prilagodbe za inače neprilagođenog i usamljenog Foucaulta. Svjedočanstva studenata toga vremena pokazuju kako je Foucault, svjestan svojega genija, često iskazivao diskriminatorna ponašanja prema svojim kolegama, a nerijetko i agresivna. Iz tog razloga ne čudi što je ubrzo postao omraženi lik koji je „cijelog života bio sasvim blizu ludila“ (Eribon, 2014: 44). Tjeskoban i depresivan, nakon što pokušao samoubojstvo, Foucault je smješten u Hospital Sainte-Anne gdje je o njemu brinuo psihijatar Delay, njegov budući kolega i prijatelj. Boravak u sobi bolnice osigurao mu je prostor gdje je u miru i tišini mogao predano raditi na svojim radovima, a na to se mjesto vraćao u nekoliko navrata, pogotovo kada se spremao za državni ispit (franc. *agregation*) koji 1950. godine ne polaže, premda polaže pisani dio ispita naziva „Je li čovjek dio prirode?“ argumentirajući djelo Augusta Comtea. Konačno, usprkos otežanim okolnostima, uz diplomu iz filozofije (1948.) Pariškog sveučilišta, godinu dana kasnije stekao je i diplomu Instituta za psihologiju, a 1952. godine i diplomu iz patološke psihologije (Eribon, 2014: 65-66). Ovaj put, polaganjem pisanog dijela ispita naslovljenog *Dijalog između Bergsona i Spinoze*, stječe uvjet za pristupanje usmenom dijelu ispita pred povjerenstvom koje sačinjavaju Georges Davy, Jean Hyppolite i Georges Canguilhem (Eribon, 1991: 15-40). Foucault po primitku diplome stječe osobno iskustvo kao psiholog u Hospital Sainte-Anne i ono vjerojatno utječe na stvaranje povijesne kritike i analize povijesti ludila.²¹

2.3. Dodir s psihijatrijom

Foucault je nezadovoljan radom u bolnici zbog nejasne uloge koju preuzima. Ne može se svrstati ni u kategoriju pacijenata ni u kategoriju djelatnika pa vjerojatno i iz tog razloga donosi odluku o zadržavanju određene nepristranosti u pristupu duševnim bolesnicima (Eribon, 2014: 72-73).²² Od 1951. do 1955. godine predaje psihologiju na Ecole Normale Supérieure na

²¹ Bolnica se nalazi blizu zatvora La Sante što će, pretpostavlja se, utjecati na razvoj njegovih ideja o psihijatrijskoj bolnici kao zatvoru, a njih će artikulirati u djelu *Nadzor i kazna*.

²² U ovom razdoblju Foucault objavljuje nekoliko značajnih tekstova: godine 1954. objavljuje *Maladie mentale et personnalité* i uvodnik *Le rêve et l'existence Binswanger* dok prijevod Weizsäckerova *Gestaltkreis* naslovljenog *Cycle de la structure* i članak o povijesti psihologije izlazi 1957. (Eribon, 1991: 62). Foucault prijateljuje sa švicarskim psihijatrom Ludwigom Biswangerom (1850. – 1910.), fenomenologom koji se naslanja na psihoanalizu i koji je kolega Sigmunda Freuda. Na temelju psihoanalize stvara novu terapijsku metodu, tzv. analizu opstanka. Foucault će se odvojiti od takvog tumačenja, ali će mu Biswangerove analize pomoći u otkrivanju duboke stvarnosti ludila (Eribon, 2014: 71).

poziv Louisa Althussera, a od 1952. do 1955. njegova predavanja u Lillu inspirirana su izučavanjem Nietzschea. U proljeće 1956. odlazi na Sveučilište u Upsalu gdje upoznaje Georgesu Dumezila s čijim se radom već upoznao te čiji lik i djelo kasnije veoma cijeni i ističe. Na švedskom sveučilištu, u velikoj sveučilišnoj knjižnici koja u fundusu povijesti medicine sadrži 21 000 dokumenata, započinje i dovršava svoju disertaciju o ludilu koju naslovljava *Folie et déraison* (Eribon, 1991: 83). Na Dumezilov prijedlog odlučuje rad braniti u Francuskoj, čemu prethodi savjetovanje s profesorom Stirnom Lindrothom koji je smatrao da rad nije povoljan za stjecanje doktorata. Foucault potom piše samokritični odgovor profesoru Lindrothu (1957):

„Vaše je pismo vrlo koristan korektiv u osvještavanju o nedostacima moga rada te sam Vam uvelike zahvalan na njemu. Odmah bih Vam trebao reći da je moja prva pogreška što Vas nisam dovoljno upozorio kako ovaj rad nije dio knjige, nego se radi samo o grubom pregledu, nacrtu koji sam u budućnosti planirao razraditi. Svjesno priznajem da je stil pisanja nepodnošljiv (jedan od nedostataka je izostanak prirodne jasnoće). Naravno, namjeravam se riješiti svih zamršenih izraza koji su mi promaknuli. Unatoč manjkavostima, dostavio sam Vam ovaj pokušaj kako bih dobio Vaše iznimno cijenjeno mišljenje o kvaliteti informacija i glavnih ideja. Jasno je da je ovo posljednje prouzrokovalo poteškoće. Stoga sam i u tom segmentu pogriješio što nisam definirao svrhu svog projekta koja nije bila napisati povijest razvoja psihijatrijske znanosti nego povijest društvenog, moralnog i imaginarnog konteksta u kojem se razvila. Naime, čini mi se da do 19. stoljeća, da ne kažem do danas, nije postojalo objektivno znanje o ludilu, već samo formulacija, u okviru znanstvene analogije, pojedinih iskustava (moralnih, društvenih itd.) nerazumnog. Odatle ova izričito neobjektivna, neznanstvena i nepovijesna metoda bavljenja ovim pitanjem. No, možda je ovaj pothvat apsurdan i unaprijed osuđen na propast. Konačno, moja treća velika pogreška bila je što su prve stranice pripremljene za bavljenje medicinskim teorijama iako je područje 'institucija' nejasno te bi pridonijelo boljem razumijevanju drugih područja. Budući da pristajete da to učinim, pokazat ću Vam što sam napravio tijekom odmora po pitanju institucija... To je područje koje je mnogo lakše definirati i koje omogućava društvene uvjete za nastanak psihijatrije“ (Eribon, 1991: 84).

Samokritični Foucault, kao što pokazuje njegovo pismo, priznaje da je njegov stil nepodnošljiv, a svjestan vlastite mane o nedovoljnoj jasnoći, obećaje pojednostaviti izraze.

Dana 20. svibnja 1961. Foucault je s najvišim počastima obranio svoju disertaciju u Clermont-Ferrandu braneći dvije teme, kako je to nalagao francuski sustav obrazovanja, naslovljene *Kant: antropologija* te *Ludilo i bezumlje: povijest ludila u doba klasicizma*. Foucault potom dobiva poziv za Sorbonu, ali ga ne prihvaća jer odlučuje nastaviti raditi u Clermont-Ferrandu zajedno sa svojim asistentom Danielom Defertom. Godine 1966. odlazi na sveučilište u Tunis. No, ubrzo nakon smrti profesora Hyppolita vraća se u Pariz gdje dobiva mjesto profesora povijesti sustava misli na Collège de France i ondje ostaje do svoje smrti. Tijekom akademskog života Foucault putuje u Montreal, New York, Kaliforniju, Brazil i Japan, gdje održava svoja predavanja. Dana 28. ožujka 1984. održao je poznato predavanje na Collège de France o hrabrosti istine, no već je tada bilo vidljivo da ga je bolest previše iscrpila (Macey, 2004). Foucault umire 25. lipnja 1984.

2.4. Razmatranje foucaultovskog diskursa

Foucaultov intelektualni sadržaj teško je smjestiti u neku od disciplina društvenih znanosti s obzirom na njegove promjenjive metode istraživanja. Tome pridonosi i specifičnost retorike kojom se autor služi. Stoga namjera u radu nije precizno predstaviti autorove složene konstrukcije, nego informirati čitatelja o postojećim konceptima otvorenima za daljnje istraživanje. Foucault se u literaturi često određuje kao poststrukturalist i predvodnik struje koja šezdesetih godina na francuskom govornom području preinačuje razumijevanje moći i vlasti. Za Foucaulta se može reći kako smatra da moć i vlast discipliniraju (Koprek, 1994: 72). No, mnogi će autori također istaknuti da Foucault ne pripada ni jednoj školi, već da stvara svoju, posve novu metodu istraživanja iako će za života na takve će komentare Foucault osobno reagirati.²³ Jezik koji Foucault koristi, a sadrži nove pojmove ili one koje autor tumači na različit

²³ Foucault iskazuje mišljenje o novoj metodi istraživanja: „Kao prvo, uopće nisam siguran jesam li izumio novu metodu kao što ste ljubazno ustvrdili; ono što ja radim nije toliko različito od nastojanja mnogih drugih suvremenika, američkih, engleskih, francuskih, njemačkih. Ja ne potvrđujem originalnost. Istina je, međutim, da sam se posebno bavio fenomenima prošlosti, sustavom isključivanja i zatvaranja ludih u europskoj civilizaciji od 16. do 19. stoljeća, uspostavom medicinske znanosti i praksom na početku devetnaestog stoljeća te organizacijom znanosti o čovjeku u osamnaestom i devetnaestom stoljeću. Ali, zanimalo su me stvari, duboko su me interesirale jer sam u njima vidio načine razmišljanja i ponašanja koji još uvijek žive u nama. Pokušavam prikazati, na temelju njihova povijesnog utemeljenja i oblikovanja, one sustave koji su i danas naši, a unutar kojih smo zarobljeni. Riječ

način od uobičajenih značenja, određuje i njegov stil istraživanja za koji se može reći da je „na pola puta između povijesti i filozofije s jedne strane te epistemologije humanističkih znanosti i genealogija glavnih društvenih, političkih i ekonomskih institucija modernosti s druge strane“ (Leoni, 2013: 85). Budući da Foucault često preinačuje vlastite interpretacije, u istraživanju autorovih ključnih tema i metoda uputno je koristiti se sadržajnim prikazima. Jedan od takvih prikaza pruža profesor Barry Smart čije su podjele tema i metoda korištene u nastavku.

Tablica 1. Teme u Foucaultovu opusu

<i>O zatočeništvu i ludilu, razumu i azilu</i>
<i>Rađanje klinike</i>
<i>Arheologija ljudskih znanosti</i>
<i>Teorija diskursa</i>
<i>Od arheologije do genealogije</i>

Izvor: izradila autorica prema Smart, 2002.

Smart navodi kako Foucault u cjelini *O zatočeništvu i ludilu, razumu i azilu* piše studiju o ludilu u kojoj ne nastoji uspostaviti temeljnu znanost psihopatologije, nego se bavi uvjetima nastanka ludila tijekom 17. stoljeća, razlikama između razuma i nerazuma, razuma i ludila te ispituje uvjete i mogućnosti za nastanak i razvoj psihijatrije i psihologije. Foucault ističe važnost razgraničavanja razuma od nerazuma te zapaža povijesnu konstituciju utišavanja ludila putem monologa razuma; prema tome, razum i ludilo zasebna su iskustva (Smart, 2002: 9-17). O tome piše u predgovoru svoje studije te navodi da je potrebno otkriti trenutak urote, nultu točku psihijatrije i usustaviti arheologiju šutnje (Foucault, 1980: Predgovor). *Rađanje klinike* tekst je o medicinskom diskursu koji oblikuje humanističke znanosti. *Arheologija ljudskih znanosti* istražuje formiranje praksa koje su uvjetovale nastanak psihologije ili psihijatrije. Humanističke znanosti za autora predstavljaju sve one pozitivne konfiguracije znanja koje

je, u osnovi, o predstavljanju kritike našeg vremena temeljenog na retrospektivi.“ (Lotringer, 1989: 68) Iz citata se može iščitati njegova potreba da se postavi izvan početka u potrazi za razumijevanjem fenomena uopće, pa tako i fenomena ludila.

katkad mogu imati neželjene društvene učinke. Stoga znanosti treba analizirati kroz postojeće episteme (Smart, 2002: 23-29). *Teorija diskursa* arheološka je analiza uvjeta i mogućnosti humanističkih znanosti koje bi trebale otkriti zakonitosti i načine organizacije misli koje leže ispod određenih formacija znanja. Prema tome, pravila koja su izmicala svijesti znanstvenika postaju temeljna za konstituiranje znanstvenog znanja i diskursa (Smart, 2002: 29-33). *Od arheologije do genealogije* tematska je cjelina prisutna u djelima *Ludilo i civilizacija* te *Rođenje klinike*. Foucault sada adresira posebne povijesne odnose između oblika znanja i oblika moći koji se odnose na tijelo. Ovdje je riječ o analizi načina objektivizacije ili odnosa između moći i znanja putem kojih se ljudska bića pretvaraju u subjekte. Foucault tematizira povezanost između pojedinih tehnologija moći i pojave ljudskih znanosti (Smart, 2002: 33-39). Foucaultove osnovne metode istraživanja diskursa su arheološka (ili arheologija) i genealoška (ili genealogija).

Tablica 2. Metode istraživanja

<i>arheologija</i>	način povijesne analize sustava mišljenja ili diskursa
<i>genealogija</i>	predstavlja analizu povijesnog podrijetla u kojem se odbacuje kontinuitet kao i stabilni oblici koji su bili obilježje tradicionalne povijesti

Izvor: izradila autorica prema Smart, 2002.

Arheologija predstavlja način povijesne analize sustava mišljenja ili diskursa. Nastoji opisati arhiv, ono o čemu se govori u diskursu ili sustavu oblikovanja i transformacije znanja te uključuje odnose izgovorenog u prošlosti kao važećeg ili nevažećeg. Arhiv tako predstavlja skup pravila koja definiraju granice i oblike izražajnosti, očuvanja, pamćenja, reaktivacije i prisvajanja (Smart, 2002: 40).²⁴ Foucault priznaje da sam pojam arheologije u početku koristi „naslijepo“, no pojašnjava ga kao oblik analize koji nije blizak prepričavanju povijesti niti je

²⁴Smart (2002) također pokazuje da je neupitan Nietzscheov utjecaj na Foucaulta gdje se opaža genealogija koja stoji u suprotnosti ne samo potrazi za podrijetlom i idejom bezvremenskih i univerzalnih istina, nego i koncepciji nemilosrdnog napretka čovječanstva. Prema takvom tumačenju genealogija otkriva vječnu igru dominacija i domenu nasilja, podčinjavanja i borbe (Smart, 2002: 53).

epistemologija, već se radi o unutarnjoj analizi struktura znanosti (Lotringer, 1989: 57).²⁵ Genealogija je metoda koja će zamijeniti arheologiju, a riječ je o analizi povijesnog podrijetla u kojoj se odbacuje kontinuitet kao vrsta stabilnosti oblika tradicionalne povijesti. Ovakva analiza podrijetla i nastajanja razlikuje se od tradicionalne povijesti jer se kritički postavlja u suodnos prema njoj. Dok je tradicionalna povijest imala tendenciju napuštati događaje ili ih podređivati izvanpovijesnim strukturama i procesima, genealoška analiza nastojala se usredotočiti na njihovu singularnost kako bi se ponovo otkrilo mnoštvo čimbenika koji konstituiraju neki događaj. Metoda je razvijena kao nastojanje odmicanja fokusa s povijesno usustavljenog globalnog mišljenja koje izravno utječe kako na same mislioce, tako i njihove funkcije u društvu (Smart, 2002: 47-53). Za Foucaulta je genealogija antiznanost koja se reflektira u borbi protiv učinka moći prihvaćenog znanstvenog diskursa, a kao metoda ne pokušava instalirati znanje unutar moćne domene znanosti, nego emancipirati povijesno znanje od oblika podložnosti, odnosno suprotstaviti se učincima teorijskog ili formalnog diskursa. Drugim riječima, genealogija pokušava razumjeti uzrok promjene, a arheologija kritiku sadašnjosti uz pretpostavku povijesnog relativizma i apriorne objektivnosti (Couzens Hoy, 2009: 11). Obje opisane metode autorovo su važno nasljeđe koje upotpunjuje i usporedo koristi u mnogim svojim radovima.

2.5. Studija o ludilu

U nastavku će se pokušati iznijeti jedna od mogućih interpretacija Foucaultove studije o ludilu²⁶. Prikazu se pristupa uzimajući u obzir da nekim dijelovima studije nije bio zadovoljan ni sam autor naglašavajući takvo mišljenje u svom pismu upućenom profesoru Lindrothu 1957.

²⁵ Pomalo nejasnu metodu arheologije kao metodu istraživanja prvi put opisuje 1969 godine: „Malo mi smeta riječ arheologija jer vraća dvije teme koje nisu baš moje. Ponajprije temu početka, što *arché* na grčkom označava. Ipak, pokušavam ne proučavati početak u smislu praizvora polazeći od temelja od kojeg bi ostalo bilo moguće. Ne tragam za prvim svečanim trenutkom nakon kojega cijela zapadnjačka matematika postaje, primjerice, moguća. Ne vraćam se Euklidu ili Pitagori. Uvijek tragam za relativnim početcima, više za institucionalizacijama ili transformacijama nego za osnivanjima ili temeljima. A onda me jednako muči ideja iskapanja. Ono što ja tražim nisu veze koje su tajne, skrivene, tiše ili dublje od svijesti ljudi. Pokušavam, naprotiv, definirati odnose na samoj površini diskursa. Pokušavam učiniti vidljivim ono što je nevidljivo samo zato što je previše na površini stvari“ (Lotringer, 1989: 57).

²⁶ Izdanju studije o ludilu iz 1965. godine prethodi izdanje tiskano u Francuskoj 1961. godine pod naslovom *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*. Zanimljivo je da je studija o ludilu u svome drugom izdanju od prvobitnih 1000 izvora u fusnotama zadržala samo njih 149; izostavljeni su svi sekundarni izvori, njih preko dvije stotine (Gordon, 1990).

godine gdje piše da je studija „prepuna kitnjastih fraza“ (Eribon, 1991: 84). Pored toga, u literaturi su prisutne mnoge uvažene kritike Foucaultove studije koje osporavaju autorovo, kako to naglašava Milderford (2021), proizvoljno smještanje nastanka ludila u 17. stoljeće (Milderford, 2021). Upitna je i istinitost studije u dijelu gdje navodi niz povijesnih pregleda europskih bolnica i prihvatilišta te prikazuje ukupan broj luđaka ili ukupan broja zatvaranih pariških luđaka toga doba (Scull, 2015). No, mnogi će znanstvenici, unatoč kritikama, dosljedno ukazivati na važnost ovoga rada.²⁷ Psihijatrija 19. stoljeća koja kao ciljeve postavlja osobnu sigurnost luđaka, podvrgavanje prisilnom liječenju, nametanje novih intelektualnih i moralnih navika (Foucault, 1990: 55), refleksija je arhiva psihijatrije u nastajanju. Svoju će studiju o ludilu, kao istraživačkom procesu dinamike razvoja svijesti o ludilu, Foucault nadopuniti novim spoznajama u svojim predavanjima na Collège de France.

Foucault, dakle, nastoji otkriti zapaženu urotu o ludilu. Iz teksta predgovora *Povijesti ludila* mogu se izdvojiti sljedeće namjere:

1. otkriti trenutak urote:

„Trebao načiniti povijest tog drugog oblika ludila – tog drugog oblika preko kojeg se ljudi, potezom neupitnog razuma kojim zatvaraju svog susjeda, obraćaju i prepoznaju kroz bespoštedan jezik ne-ludila; otkriti trenutak te urote prije no što se konačno učvrstila u vladavinu istine, prije no što ju je oživio polet pobune“ (Foucault, 1980: Predgovor).

2. otkriti nultu točku psihijatrije:

„Pokušati u povijesti ponovo pronaći onu nultu točku povijesti ludila, kada je ono neraspoznatljiv doživljaj, doživljaj još daleko od same podjele. Opisati, od početka njegova skretanja, taj drugi oblik koji zamahom i s jedne i s druge strane za sobom ostavlja, od sada otuđene, gluhe za svaku promjenu i kao mrtve jedno za drugo, Razum i Ludilo“ (Foucault, 1980: Predgovor).

²⁷ Robert Mandrou tako tvrdi da je autorovo djelo od središnje važnosti za naše razumijevanje klasičnog razdoblja. Michael MacDonald utvrđuje da „svatko tko piše o povijesti ludila u ranoj modernoj Europi mora putovati na tragu širenja poznate knjige Michela Foucaulta *Ludilo i civilizacija*“. Jan Goldstein ukazuje da „svojim empirijskim sadržajem i svojim snažnim teorijskim perspektivama djela Michela Foucaulta zauzimaju posebno i središnje mjesto u historiografiji psihijatrije“ (kao što je navedeno u: Gutting, 2005: 49-50).

3. otkriti arheologiju šutnje:

„Usred nepomućenog svijeta duševne bolesti moderan čovjek više ne komunicira s luđakom: tu je, s jedne strane, čovjek razuma koji ludilu šalje liječnika odobravajući tako odnos samo preko apstraktne ukupnosti bolesti; tu je, s druge strane, čovjek ludila koji komunicira s onim drugim samo putem jednog isto tako apstraktnog razuma, a to je red, fizička i moralna prinuda, bezimeni pritisak grupe, zahtjev za podčinjavanjem. Običnog jezika tu nema; ili, bolje rečeno, nema ga više; uspostavljanje ludila kao duševne bolesti krajem osamnaestog stoljeća ističe činjenicu da je razgovor prekinut, otkriva razdvajanje kao nešto već postignuto i baca u zaborav sve one nesavršene riječi, riječi bez utvrđene sintakse, pomalo mucave, kojima se odvijala razmjena između ludila i razuma. Jezik psihijatrije, koji je monolog razuma o ludilu, mogao se uspostaviti samo na takvoj šutnji. Nisam želio stvoriti povijest toga jezika; prije arheologiju te šutnje“ (Foucault, 1980: Predgovor).

Foucault će također odrediti cilj svoje studije: „Napisati povijest društvenog, moralnog i imaginarnog konteksta u kojem se razvija psihijatrija“ (Eribon, 1991: 84). Drugim riječima, cilj je iznijeti protuargumente (ne) ludilu kao istini uvriježenoj u povijesti. Autor će to ostvariti arheološkim preispitivanjem ludila u europskoj povijesti, suodnosom racionalnog i iracionalnog te propitivanjem društvene kontrole koja se u ludilu ocrtava. Služeći se svojim specifičnim metodama, genealoškom i arheološkom, Foucault će u studiji ukazati na mnoge slabosti u razvoju psihijatrije.²⁸ Foucault će (ne)ludilo ili razum poimati u modernom shvaćanju racionalnog, odnosno uma i razboritosti, a neracionalno će podrazumijevati kao neku vrstu deficita u obrazloženju ili razlogu. Uporabu riječi ludilo treba razumjeti kroz prizmu zapadne kulture: ludilo je ono što se široko razumije kao vrsta nefunkcioniranja ili „stanja slomljenosti“ duševne ili tjelesne sposobnosti (Venable, 2022: 93). Podijelit će studiju na osam cjelina: „Stultifera Navis (Brod luđaka)“, „Veliko zatvaranje“, „Bezumnici“, „Lica ludila“, „Liječnici i bolesnici“, „Veliki strah“, „Novo razdvajanje“ i „Nastanak azila“.

²⁸ Navedene opće teze o kontroli društva, normiranju ili nadziranju preuzet će upravo antipsihijatrijski pokret koji će dvostruku ulogu psihijatrije kao nadzirateljice nastavljati osporavati nekim radikalnim pristupima poput neliječenja poremećaja ili potpunog osporavanja postojanja poremećaja.

Prvo poglavlje studije simboličnog naziva „Brod luđaka“ zahvaća razdoblja i oblike strogog zatvaranja i isključenja. Foucault opisuje nastanak nečovječnih prostora u Europi koji su udaljeni od gradova ili se nalaze rubno i pri ulazima. Od 14. do 17. stoljeća, nakon nestanka gube, radi funkcioniranja gradova takvi su prostori prenamijenjeni u bolnice i ustanove. Opise ludila autor prikazuje renesansnim slikarstvom gdje ludilo pokazuje ljudsku animalnost te kvarnu i nemoralnu prirodu. Foucault, navodeći slikare poput Hieronymusa Boscha ili Matthiasa Grünewalda koji slikaju mračno ludilo, pokazuje da srednjovjekovlje u odnosu na renesansu ludilo postavlja hijerarhijski dok u renesansi ono zauzima prvo mjesto grijeha. Književnost i filozofija poznaju ludilo u narodnim svetkovinama pa tako Brantov *Narrenschiiff* ističe priču o brodovima luđaka koji napuštajući europske gradove odmiču u nepoznato. Autor potom uvodi ludilo kao dio moralnog svijeta gdje je zamjetna promjena paradigme koja povremeno poprima oblik moralne satire. Ludilo pritom više nije neobičnost svijeta, nego jedan dobro znan i dostupan prizor koji se razlikuje od ustaljenog prikaza mračnog ludila što izvire iz podzemlja. Pravac moralne satire ludila Foucault određuje kroz nekoliko odrednica. Prvo, ludilo uslijed romanesknoga poistovjećivanja postoji do 18. stoljeća, a prisutno je u djelima Miguela de Cervantesa. O tome Foucault piše kako se u njemu „otkriva istinski nemir zbog odnosa između izmišljenog i stvarnog, ali i zbog mutne veze između fantastičnog izmišljanja i opsjene bunila“ (Foucault, 1980: 40). Ludilo koje dovodi u pitanje norme jednog razdoblja te izaziva pomutnju ipak i usprkos tome opstaje kao dio ljudske mašte. O tome piše: „Ludilo u kojem su u pitanje dovedene vrijednosti drugog jednog doba, druge jedne umjetnosti, morala, ali u kojem se isto tako, pobrkani i uskomešani, čudnovato pomućeni jedni drugima, u zajedničkoj varci održavaju i svi oblici, čak i oni najudaljeniji, čovjekove mašte“ (Foucault, 1980: 40). Potom ističe ludilo tašte uobraženosti čija je objava prvi i posljednji element svake kritike. Ludilo tašte uobraženosti prisutno je u djelima Erazma Roterdamskog. Luđak je okrenut sebi samome putem zamišljenog odobravanja kojim si pridaje sve odlike: „Ali luđak se ne poistovjećuje s nekim uzorom iz književnosti; on se poistovjećuje sa samim sobom i to putem zamišljenog odobravanja koje mu omogućuje da pridaje sebi sve odlike, sve vrline ili moći kojih je lišen. On je nasljednik stare Filautije Erazmove [...] Objaviti ga, to je prvi i posljednji element svake moralne kritike“ (Foucault, 1980:40-41). Nadalje, ludilo pravedne kazne istinoljubivo je ludilo često prisutno u Shakespeareovim djelima i nastaje kao otkrivenje istine: „Ono nemirima duha kažnjava nemire srca. Ali ono ima i druge moći: kazna koju dosuđuje umnožava se sama od sebe u onoj mjeri u kojoj, kažnjavajući se, razotkriva istinu. Pravda ovog

ludila jest to da je istinoljubivo“ (Foucault, 1980: 41). Posljednje ludilo koje Foucault spominje je ono očajničke strasti. Pojavnost ovog ludila može se pratiti u prikazima gorkog i blagog ludila u Shakespeareovu *Kralju Learu*. O tome autor piše: „Ljubav koja se izjalovila u svojoj prekomjernosti, prije svega ljubav koju je prevarila neizbježnost smrti, nema drugog izlaza do ludila. Dokle je god postojao predmet, luda je ljubav bila više ljubav nego ludilo; prepuštena sebi, ona se produžuje u prazninu sumanutosti. Kazna za strast odviše predane svojstvenoj silovitosti? Nesumnjivo; ali, to je kažnjavanje, a isto tako i ublaženje; ono nad nenadoknadivim odsustvom razlijeva sažaljenje zamišljenih prisutnosti; u paradoksu bezazlene igre ili u junaštvu bezumnih proganjanja ono iznova nalazi lik koji zacjeljuje. Ako i vodi smrti, to je smrt u kojoj oni koji se vole nikada više neće biti rastavljeni“ (Foucault, 1980: 41-42). U djelima svih spomenutih autora ludilo uvijek zauzima iznimno važno mjesto. Foucault će istaknuti da se ludilo ne privodi istini ni razumu, ono se nalazi u rascjepu i smrti. Potom će uslijediti promjena u percepciji ludila jer će upravo doba klasicizma, 17. i 18. stoljeće, stvoriti novi odnos prema ludilu kakav poznajemo i danas. U tome se razdoblju zbiva korjenita izmjena jezika ludila razmjenom između ludila i razuma te se stvara pojam duševne bolesti. Tada se stvara specifični pogled na iracionalno kao odvojeno od svega što društvo smatra racionalnim, ukorijenjeno u tamnoj strani čovjekova postojanja gdje zapada u nemoral, devijantnost i siromaštvo dok konačno ne postane duševna bolest. Upravo je teza o promjenjivoj svijesti o ludilu tijekom opisanih stoljeća polazište za tvrdnju da je ludilo fenomen nastao u društvu i vremenu koje ga trenutno zahvaća. Zamjetno nametanje imperativa rada u europskoj ekonomskoj krizi 17. i 18. stoljeća nije „izraz dobre volje prema bolesti“, nego „stvar pozicije“ i „osuda besposlice“, kako autor zaključuje (Foucault, 1980: 58). Foucaultova teza o novome iskustvu ludila, utemeljena na referentnom okviru između 1657., otvaranjem *Općeg prihvatilišta* u Parizu, i 1794. godine, oslobođenjem luđaka odlukom francuskog liječnika Philippea Pinela, ističe iskustvo koje ludilo zatvara u duševnu bolest dok ga slijepo guši u apsolutizmu (Foucault, 1980: Predgovor). Prema takvom tumačenju kontekst prikrivanja ekonomske bijede i zatvaranja drugačijeg, poremećenog ili ludog, proizvodi institucionalnu tvorevinu 17. stoljeća – psihijatriju i bolnicu (Foucault, 1980: 72). O tom ključnom trenutku Foucault piše u svom poznatom citatu:

„U povijesti ludila dva događaja neobičnom jasnoćom obilježavaju tu izmjenu: 1657. stvaranje glavnog prihvatilišta (*L'Hospital General*) i veliko zatvaranje siromašnih te 1794. oslobađanje okovanih u Bicêtreu. Između tih dvaju osobitih i simetričnih

dogadaja nešto se zbiva. Nešto čija je dvosmislenost ostavila povjesničare medicine u nedoumici: po jednim to je slijepo gušenje u apsolutističkom poretku, a po drugima nauka i čovjekoljublje postupno otkrivaju ludilo u njegovoj pozitivnoj istini. Zapravo, ispod povratnih značenja stvara se jedan sklop koji ne razrješuje tu dvosmislenost, ali odlučuje o njoj. Upravo taj sklop i govori o prelasku sa srednjovjekovnog i humanističkog iskustva ludila na iskustvo koje imamo mi i koje ludilo zatvara u duševnu bolest. Od srednjeg vijeka pa sve do renesanse čovjekova rasprava s bezumljem bila je dramatična rasprava koja ga je sučeljavala sa slijepim silama svijeta. Doživljaj ludila tada je bio pomračen u predstavama u kojima su posrijedi bili Pad i Izvršenje, Zvijer, Preobražaj i sve čudesne tajne Znanja. U naše doba doživljaj ludila umuknuo je u spokoju znanja koje ga, previše ga poznajući, zaboravlja“ (Foucault, 1980: 12).

Psijatrija prema takvom tumačenju nastaje i kao metoda prikrivanja ekonomske bijede, ali i kao isključenje drugačijeg, kao kazna. Foucault će, pišući o promjeni svijesti o ludilu, ukazati na postupni tijek razvoja ludila koje se javlja na različite načine kao iracionalno, čovjeku strano, nemoralno, tragično ili komično. Konačno, zaustavljajući se u otuđenju i prekidu dijaloga, ono postaje duševna bolest. Velikom zatvaranju luđaka prethodi završetak epidemije gube, kada se nekoliko stoljeća nakon nestanka te okrutne bolesti prazni prostori prenamjenjuju u prostore za luđake gdje će biti isključeni i nadzirani. Na istim tim prostorima naći će se društveno nepodobni, no i određeni broj stvarnih luđaka, siromaha, skitnica, kažnjenika, onih pomućena uma, razvratnika, očeva raspikuća, onih koji blude, bogohulnika i drugih pojedinaca koji silaze s uma (Foucault, 1980: 74), a koji će biti zatvarani s ciljem isključenja iz društva.

2.6. Rad, pogled, nadzor i osuda

Razdoblje zatvaranja obilježeno je temeljnom promjenom svijesti o ludilu koje sada postaje ekonomski problem. U drugom poglavlju naziva *Veliko zatvaranje* opisuje se nasilna institucionalizacija koja potpuno negira ljudskost u svim oblicima i strogo odvajava racionalnost od iracionalnosti. Društvo u cjelini odbacuje sve vrste društvene nekorisnosti, a ludilo je odraz siromaštva te postaje dovoljan razlog za utamničenje. Foucault u studiji upućuje na problem društvenog nadzora i nejasne granice između nadzora i medicine. Oslobođenjem luđaka 1794. godine stvaraju se azili u kojima je luđak zatvoren i utamničen vlastitom krivicom, a sam luđak

tako postaje predmet kažnjavanja. Luđak se, prisiljen priznati svoj status objekta i stjecanjem svjesnosti o svojoj krivici, treba preodgojiti u slobodan i odgovoran subjekt. Privođenje razumu odvija se tijekom procesa u kojem se luđak, objektivizirajući se za drugoga, upitno vraća svojoj slobodi. Smjernice tog procesa Foucault će odrediti kao rad, pogled, nadzor i osudu. Radom se bolesnik odvajava od vlastite slobode i uključuje u poredak odgovornosti. Pogledom postaje stranac putem objektivizacije kojom se događa neka vrsta predstave u kojoj pojedinci, lijepo odjeveni, pokazuju naučene manire jedni pred drugima. Konačno, nadzor i osudu provodi nadzornik, nositelj razuma, koji samo pogledom i govorom uspostavlja neograničeni autoritet. Podijeljene i razdvojene pojave racionalnog i iracionalnog rezultiraju evolucijom prve psihijatrije koja nastaje kao posljedica mehanizama društvene kontrole. U ovom je razdoblju opravdana potreba vlastodržaca da nekorisne slojeve društva uputi na rad koji će služiti blagostanju čitave zajednice. Razdoblje započinje 1656. godine otvaranjem Općeg prihvatilišta u Parizu. O tom događaju Foucault piše: "Prije nego što je poprimilo medicinski smisao koji mu mi pridajemo ili koji barem volimo pretpostavljati da ima, zatvaranje nije iziskivalo brigu za ozdravljenje nego nešto sasvim drugo. Ono što ga je učinilo nužnim jest imperativ rada. Naše bi čovjekoljublje rado vidjelo znakove dobre volje prema bolesti ondje gdje se ukazuje samo osuda besposlice" (Foucault, 1980: 58). Prema Foucaultu ludilo se u ovom razdoblju opaža kao siromaštvo, nesposobnost za rad, nemogućnost integriranja s grupom pa se ono stapa s problemima grada (Foucault, 1980: 73). Psihijatrija, prema tome, ovakvim opisom pripada redu promatranja i razvrstavanja, a putem nadzora, vezivanja i zatvaranja ne pretpostavlja medicinsku skrb ni dijalog bolesnika i liječnika. Do vremena Philippea Pinela luđaci su svi oni „[...] sudski osuđenici, mladići koji su remetili mir svoje porodice ili tratili njezina imanja, nitkovi i umobolni“ (Foucault, 1980: 56). Foucault stvara predodžbu procesa nadziranja opisima luđaka koji se nadgledaju poput pobjesnelih životinja. Foucault piše i o višegodišnjem vezivanju luđaka za zidove. Takvu sliku podupire povijesnim slučajem preuređenja *Bedlama* gdje je pronađen čovjek koji je dvanaest godina živio u tammici podvrgnut strogoj stezi (Foucault, 1980: 80-81). U takvim se prostorima nameće nepomućena savjest razuma koja nadzire ludilo kao neku razonodu koju dobro podnosi. Razum u svojoj sigurnosti podržava odnos prema luđacima koji su izjednačeni sa životinjskim čudovištima. Luđačka animalnost, zatvaranje u kaveze u vlastitoj predstavi posljedica je vlastite izopačenosti. Prema tome, „ludilo postaje stvar za gledanje: ne više čudovišta u dnu sebe sama, već životinje čudnovatih mehanizama, bestijalnosti u kojoj je čovjek još odavno poništen“ (Foucault, 1980: 79). Azili,

utočišta iz 15. stoljeća, preteče duševnih bolnica, postoje iz razloga moralnog i društvenog ujednačavanja neposlušnosti i otpora prema radu, kao i raznim vrstama krađe:

„Azil iz razdoblja pozitivizma čiji se začetak pripisuje Pinelu nije slobodno područje promatranja, postavljanja dijagnoze i liječenja; to je sudski prostor u kojem se ljude optužuje, sudi im se i osuđuje ih se i odakle se oslobađaju tek prenošenjem tog procesa duboko u sebe, odnosno pokajanjem. U azilu će ludilo biti kažnjeno, čak i ako je izvan azila nevino. Još dugo će ono ostati, bar do naših dana, utamničeno u svijetu morala“ (Foucault, 1980: 241).

O azilima Foucault piše kao „religioznim područjima bez religije, prostorima čistog morala i etičkog izjednačavanja“ (Foucault, 1980: 229). Pinelov je azil učvršćen šutnjom, promatranjem bolesnika i vječnim suđenjem. To je zasebni „sudski mikrokozmos“ u kojemu se ludilo „poziva da samo sebi sudi“ (Foucault, 1980: 237). Foucaultovi citati pokazuju da, unatoč Pinelovu oslobađanju luđaka, mjesto smještanja luđaka ostaje zatvoreno u svijetu moralnog suđenja iznad medicine.²⁹

2.7. Terapijske teme

U petom poglavlju studije naslovljenom *Liječnici i bolesnici* Foucault prikazuje liječenje ludila koje se odvija nakon uspostave moralnog opažanja, a opisuje ga kao vrijeme moralne terapeutike tijela. Tijelo luđaka „smatrano je vidljivim i opipljivim tijelom njegove bolesti“, a odavde potječu i liječenja tijela čiji je sveukupan smisao preuzet od moralnog

²⁹ O tome govori i sljedeći citat: „Azil o kojem Pinel sanja i koji je u Bicêtreu djelomično, a u La Salpêtrièreu svakako i ostvaren, jest sudski mikrokozmos. Da bi bila djelotvorna, ta pravda po izgledu mora biti zastrašujuća; u duhu umobolnog mora biti prisutna cijela zamišljena oprema sudaca i zastupnika kako bi on doista shvatio kakvom je svijetu suđenja sada prepušten“ (Foucault, 1980: 237). Dakle, azili postoje iz razloga moralnog i društvenog ujednačavanja, a neposlušnost, otpor prema radu i krađa najveći su prijestupi protiv građanskog društva. Autorova kritika upućena je mjestima prisilnog boravka jer tvrdi da se „moral prepustio upravljanju kao trgovina ili privreda“ (Foucault, 1980: 70). Vrlina je, prema tome, stvar države, ali nagrada zatvoreniku nije nagrada sama u obliku slobode, nego lišenje kazne. Autor, zaključujući drugo poglavlje pod nazivom *Veliko zatvaranje*, piše kako je zatvaranje institucionalna tvorevina koja podrazumijeva zatvaranje nekorisnih zbog ekonomskog ali i moralnog prosperiteta države.

opažanja i moralne terapeutike tijela (Foucault, 1980: 135). Foucault opisuje četiri metode liječenja luđaka: očvršnuće, očišćenje, potapanje u vodu i reguliranje kretanja.

Prva se metoda naziva očvršnuće odnosi na liječenje slabosti kao sastavne odrednice ludila. Prema takvom tumačenju, zanemarujući žestinu ludila, ludilo sadrži i bitno pomanjkanje otpornosti (Foucault, 1980: 135-136). Kao cilj postavlja se pronalaženje lijekova kojima se potiče ravnoteža sokova i omogućuje zaustavljanje mogućih, kako to Foucault naziva, kemijskih ključanja koja griju i mute luđaka (Foucault, 1980: 136). Najčešći opisani oblik liječenja očvršnućem je putem tekućeg željeza. U ovoj vrsti liječenja „snaga prelazi dodirom, izvan svake razmjene materija i svakog prenošenja pokreta“ (Foucault, 1980: 138). U takvom liječenju glavna je metoda uporaba željeza, materijala koji je istovremeno čvrst i savitljiv, a i najotporniji je materijal u rukama čovjeka koji ga zna kovati prema svojoj potrebi (Foucault, 1980: 137). Nadalje, potreba za očišćenjem kao terapijskom metodom proizlazi iz nekoliko sastavnica ludila: zapuštenosti, utrobe, naviranja grešnih misli, previranja para, žestine te kvarenja tekućina i sokova. U očišćenju se „teži nekoj vrsti sveukupnog očišćenja: najjednostavnijem, ali i najmanje mogućem liječenju. Ono bi se sastojalo u tome da se otežala zgusnuta krv jednog melankolika, krv sva zagušena ljutim tekućinama, zamijeni svijetlom i laganom krvi čiji bi novi protok raznio bunilo“ (Foucault, 1980: 138). Primjer zamjene ljudske krvi krvlju teleta prihvaćena je kao metoda liječenja jer postiže izvrstan rezultat. U spomenuto m primjeru Foucault navodi da je taj bolesnik ozdravio od namjerne zaraze svrabom i korištenja gorkih tekućina radi izlječenja. Nadalje, metoda potapanja u vodu od kraja 18. stoljeća podrazumijeva obred čišćenja i preporoda koji putem fizioloških potapanja „preinačuje bitne odlike tekućina i čvrstih materija“ (Foucault, 1980: 142). Posljednja, terapijska metoda reguliranja kretanja potaknuta je idejama staroga vijeka gdje se trčanje i hodanje vide kao načini poboljšavanja očvršnuća tijela ili načini boljeg raspoređivanja tekućina u cijelom tijelu. Slično se misli o jahanju i putovanju. Iz opisa ovih četiriju metoda vidljivo je da metode liječenja nisu okrenute psihološkom nego fizičkom liječenju. Lijekovi 18. stoljeća, fizički lijekovi, ne liječe ludilo u potpunosti, a terapijske metode i dalje ne priznaju važnost psihološkog liječenja. Foucault ističe da se u spomenutom vremenu ne može odrediti jasno razlikovanje između moralnih i fizičkih lijekova, što danas postoji. O tome piše: „Najstrože uzeto, u razdoblju klasicizma nije moguće uzeti kao valjanu razliku, ili bar razliku bremenitu značenjem, onu, za nas odmah raspoznatljivu, razliku između fizičkih lijekova i psiholoških ili moralnih lijekova. Razlika će, u svoj svojoj dubini, početi postojati tek onoga dana kada strah više ne bude korišten

kao način zaustavljanja pokreta nego kao kazna; kada radost više ne bude označavala organsko širenje nego nagradu; kada bijes bude još samo odgovor na smišljeno poniženje; riječju, kada devetnaesto stoljeće, izumivši glasovite moralne metode, uvede ludilo i njegovo iscjeljenje u područje krivnje. Razlikovanje između fizičkog i moralnog postalo je praktičan pojam u medicini duha tek u trenutku kada se problematika ludila premjestila k ispitivanju odgovornog subjekta. Čisto moralni prostor, koji je tada omeđen, daje točne mjere te psihološke unutrašnjosti u kojoj moderni čovjek traži istovremeno i svoju dubinu i svoju istinu. Fizička terapija u prvoj polovini devetnaestog stoljeća teži da postane liječenje na temelju jednog bezazlenog determinizma, a moralni tretman – liječenje slobode. Psihologija, kao sredstvo iscjeljenja, od sada se oblikuje oko kazne. I prije nego što pokuša ublažiti ona će, sa strogošću moralne neizbježnosti, nametnuti patnju“ (Foucault, 1980: 157-158). Uskoro će uslijediti novo razdoblje psihijatrije ili kraj razdoblja „u kojem razliku između lijekova i moralnog liječenja medicinska misao još nije prihvatila kao očiglednost“, a liječenje „će se sastojati od djelomičnih razaranja koja ga sačinjavaju, niza u kojem psihološki pristup i fizička intervencija staju jedno uz drugo, nadovezuju se jedno na drugo, ali se nikada ne prožimaju“ (Foucault, 1980: 154).

2.8. Pojam strogosti

Strogost u pristupu ludilu kao princip prisutan je još od pojave prvog zatvaranja. U vremenu klasicizma pod strogošću se misli na izazivanje snažnog straha koji će u luđaka uzrokovati izlječenje. Prema tome, manijaci i mahnuti, oni koji imaju nalete bijesa koji se mogu izravnati, trebaju biti u strahu jer je to jedna od onih strasti koje je „u luđaka najpreporučljivije izazivati“ (Foucault, 1980: 156). Strah, prema tadašnjim psihijatrijskim vjerovanjima, uzrokuje zaustavljanje funkcioniranja živčanog sustava jer strah skamenjuje. Foucault za podupiranje ove teze o nužnoj strogosti kao primjer navodi citat iz 1834. godine s praktičnom uputom kako postupati s bolesnicima: „Nemojte tješiti jer od toga nema koristi; ne pribjegavajte dokazivanjima jer ona nisu uvjerljiva; ne budite tužni s melankolicima jer će vaša tuga pothranjivati njihovu; nemojte pred njima izgledati razdragani, to će ih povrijediti. Mnogo hladnokrvnosti, a kada je nužno, i strogosti. Neka im vaš razum bude pravilo ponašanja. U njima treperi jedna jedina nit boli; imajte toliko hrabrosti da dirnete u nju“ (Foucault, 1980: 158). Psihijatrija 19. stoljeća, uspostavljena kao moralni tretman, utemeljena je na strogosti pa

se čak njezina nasljednica u tretmanu liječenja, odnosno psihoanaliza, kao sredstvo iscjeljenja oblikuje oko kazne, reći će Foucault. Autor će tvrditi da psihologija nameće patnju jednako kao što to čini i psihijatrija (Foucault, 1980: 157-158). U toj izmjeni strogosti u liječenju se povremeno događa i valjano psihološko i filozofsko liječenje koje nastupa kada su jezik, iskaz istine ili moralnost u neposrednom dodiru s tijelom.³⁰ No, opisivano razdoblje u studiji, razdoblje klasicizma, ne razlikuje moralno, medicinsko ili psihološko liječenje. Terapijski postupci sličniji su kažnjavanju nego liječenju. Moralna metoda okrenuta liječenju grešne čovjekove slobode uvodi ludilo u krivnju, a razlike među moralnim, psihološkim i fizičkim liječenjem tek su neznatne.

2.9. Suzbijanje ludila

Metode suzbijanja i liječenja ludila su buđenje ludila u ništavnost te zabluda ludila koje popušta pred autoritarnim pritiskom i pedagogijom razuma. Ove se metode, opisuje Foucault, svode na tri oblika: buđenje, kazališno prikazivanje i povratak neposrednom (Foucault, 1980: 160-172). Buđenjem se mogu prizvati razumu oni koji su ga izgubili uslijed pogrešnih načela filozofije morala pod uvjetom da hoće s drugima ispitati što je istinski valjano i koja dobra treba pretpostaviti drugima. Tako je liječnik više moralizator nego razbuđivač jer je tada bila uvriježena istina da se putem čiste savjesti prevenira stanje ludila.

U razdoblju klasicizma buđenje gubi smisao i preuzima ulogu podsjećanja na valjano i zakonito (Foucault, 1980: 162). Ova tehnika sadrži strpljivi razum, a nastupa onda kada „liječnik iznova stvara trenutak Cogita u odnosu na vrijeme snivanja, iluziju, ludilo. Sasvim vanjski Cogito, stran samom mišljenju, i koji mu se može nametnuti samo u obliku provale“³¹, onda kada se budi mudročću „sporije, ali i sigurnije u istinu s kojom se suočava je buđenje koje dolazi iz same mudrosti i njezina upornog, imperativnog odmicanja kroz predjele ludila“ (Foucault, 1980: 160-161).

³⁰ Autor će tvrditi: „Trebalo biti filozof pa izliječiti bolesti duše. Jer, budući da izvor tih bolesti nije ništa drugo do žarka želja da se dobije izvjesna stvar koju bolesnik smatra nekim dobrom, u zadatak liječnika spada i to da mu čvrstim razlozima dokaže da je ono što s toliko žara želi — prividno dobro, ali u stvarnosti istinsko zlo te da ga tako odvraća od njegove zablude.“ (Foucault, 1980: 159)

³¹ Primjer djevojke koja se probudila glasi: „Budući da je bunilo san osoba koje su budne, onda one što su u bunilu valja otrgnuti iz tog lažnog sna, prizvati ih iz njihovog sanjalačkog bdijenja, predanog slikama, u istinski budno stanje. Prihvata se kao činjenica da je prasak puške ispaljene sasvim blizu jedne djevojke izliječio tu djevojku od grčenja koja su je napadala posle neke goleme žalosti.“ (Foucault, 1980: 160)

Kada se poštuje neka vrsta mudre rutine, „bunilo će umanjiti mudrost sasvim sređenog života pa stoga nema potrebe nametati im drugu istinu do istine njihovog svakidašnjeg života koji treba nastaviti s istim poslovima, primjerice obradom zemljišta (Foucault, 1980: 160-161). Kazališno prikazivanje sasvim je suprotno buđenju. Prva faza procesa liječenja ovom tehnikom započinje „pripojenjem nestvarnih slika opažajnoj istini“ bez da se međusobno osporavaju (Foucault, 1980: 163). Ovdje treba obratiti pažnju na služenje delikatnim govorom – onim kojim se koristi luđak i koji za njega odražava smisao. Kako bi se tehnika potpuno provodila s ciljem preobraćenja luđaka, autor uvodi pojam lukavstva. Povratak neposrednom ili svođenje na prirodu i od prirode odvija se putem oprimjerenja neposrednog kroz prirodu koja onda ima moć suzbijanja ludila jer potpuno oslobađa čovjeka od njegove slobode i društvenih prinuda (Foucault, 1980: 169). Foucault opisuje tehniku na sljedeći način:

„Budući da je ludilo iluzija, onda se iscjeljenje ludila, ako je točno da se može izvesti kazalištem, može isto tako i još neposrednije obaviti putem suzbijanja kazališta. Povjeriti ludilo i njegov ništavan svijet izravno punoći prirode koja ne dovodi u zabludu zato što njezina neposrednost ne poznaje ne-biće, znači predati ludilo i njegovoj vlastitoj istini (budući da je ludilo kao bolest na kraju samo jedno biće prirode) i, u isti mah, njegovoj najbližoj proturječnosti (jer je bunilo kao privid bez sadržaja potpuna suprotnost onome često tajnom i nevidljivom bogatstvu prirode).“ (Foucault, 1980: 166-167).

Ovdje autor daje primjer starog belgijskog sela Geel poznatog kao zajednica u kojoj su osobe s duševnim poremećajima dobrodošle živjeti (Foucault, 1980: 170-171). Za ovu tehniku navodi da je:

„terapeutika *par excellence* jer je tu riječ o oštrom odbacivanju terapeutike; tehnika liječi u onoj mjeri u kojoj zaboravlja na svako liječenje. Upravo u nedjelatnosti čovjeka u odnosu na sebe samog, u šutnji koju nameće svom umijeću i svojim tvorevinama, priroda razvija jednu djelatnost koja stoji točno nasuprot odricanju. Jer, pogleda li se izbliza, ta čovjekova nedjelatnost jest istinska djelatnost; kada se čovjek prepusti lijeku, on izmiče zakonu rada što mu ga nameće priroda sama; on uranja u umjetan i protuprirodan svijet u kojemu je njegovo ludilo samo jedan vid očitovanja; baš zanemarujući tu bolest i iznova prihvaćajući mjesto u djelatnosti prirodnih bića čovjek,

u prividnoj nedjelatnosti koja je, u biti, samo marljiva vjernost, uspijeva ozdraviti“ (Foucault, 1980: 167).

Druga polovica 18. stoljeća ludilo liječi opisanim tehnikama iscjeljenja: buđenjem, kazališnim prikazivanjem te povratkom neposrednome, no uskoro svijest o ludilu preuzimaju reformatori i uskoro će ludilo „nužno slijediti neizmjenjive zakone morala“ (Foucault, 1980: 172). Na koncu autor zaključuje kako u razdoblju klasicizma ne treba ni tražiti razlikovanje fizičkih terapeutika od psiholoških načina liječenja jer psihologijska znanost još ne postoji, a propisivanje lijekova koji služe pročišćenju duše i tijela ili kazališna metoda imaginacije spadaju u iste fizičke intervencije koje služe umirivanju živčanih sokova (Foucault, 1980: 172).

2.10. Promjenjivo ludilo

Foucault je različite svijesti o ludilu iznio kao kritičku, praktičnu, izjavnu i analitičku, a svaka je isprepletena s drugom, neovisno o razdoblju u kojemu se javlja, renesansi, klasicizmu ili modernom dobu. Povezane i isprepletene svijesti povremeno dominiraju jedna nad drugom.

Tablica 3. Milje ludila³²

karakteristike miljea	renesansa 16. stoljeće	klasicizam 17. i 18. stoljeće	moderno doba 19. i 20. stoljeće
svijest o ludilu	kritična dijalektička	kritična dijalektička praktična prožimajuća analitička	analitička
percepcija racionalnog	svijetla (kao opozicija tamnom) sveta	moralna određena pozitivna istina	normalna objektivna znanstvena

³² Tablica pokazuje slijed razvoja ludila u Foucaultovoj studiji kako to predstavlja profesorica Hannah Venable (Venable, 2021: 95). Autorica ističe da ovaj tablični prikaz nije iscrpan opis Foucaultova miljea ludila, nego tek pregled radi prikaza njegove cjelokupne postavke.

	realna		
percepcija iracionalnog	mračna tragična iluzorna, ali nužna	animalna besmrtna ništavna	otuđena prognana utihnuta
odnos racionalnog i iracionalnog	dinamičan kontinuiran	razdvojen podijeljen	prioritet racionalnog
umjetnici koji prikazuju iracionalnost	Bosch Grunewald Brueghel	Racine de La Tour	Diderot, Sade, Goya, Nerval, Holderlin, Nietzsche, van Gogh, Roussel, Artaud
povijesni događaj	hrpa budala	veliko zatvaranje	velika reforma
figure	ljudsko čudovište	nepopravljiva individualnost	onanist i nenormalna individua

Izvor: preuzela i prevela autorica prema Venable, 2022: 95

Iracionalnost u renesansi bit će suprotna racionalnom, a najbolje se može razumjeti simbolom broda luđaka.³³ To je prikaz u kojemu kritička svijest ludilo osuđuje, ali ga i osporava dijalektičkoj svijesti.³⁴ Klasicistička svijest o ludilu, kritična, dijalektička, drastično prožimajuća i analitička, rezultira time da se luđaci fizički odvajaju od društva. Moderna svijest iracionalno sagledava kao otuđeno, prognano i utihnuto (Venable, 2022: 119-145). Kritička svijest renesanse osuđuje ludilo i razlikuje ga od svega što je razumno, uređeno ili mudro u moralnom smislu. Premda iracionalna svijest o ludilu nastaje tek početkom srednjega vijeka, kada čovjek u izvjesnom smislu ostvaruje odnos prema ludilu i mahnitosti, taj se trajni i čvrsti

³³ Razmatranju se može dodati i citat: „Zato što ta barka simbolizira istinski nespokoj koji se krajem srednjega vijeka iznenada pojavio na obzoru europske kulture. Ludilo i luđak postaju, u svojoj dvosmislenosti, glavne ličnosti: prijetnja i poruga, hirovito bezumlje svijeta i sitno ismijavanje ljudi“ (Foucault, 1980:24). Osim broda luđaka, Foucault proširuje ovakvo razumijevanje ludila i u predavanjima na Collège de France. Više u: Foucault, M. (1990) *Predavanja*, Novi Sad, Bratstvo jedinstvo.

³⁴ Tako će Foucault pisati: „Renesansa je slobodno dopuštala da na punu svjetlost dana izbiju oblici bezumlja; javna slava je zlu davala moć primjera i iskupljenja.“ (Foucault; 1980: 75)

odnos prema ludilu, kao nepoželjnom atributu u odnosu na autoritet racionalnosti, zadržava i tijekom 21. stoljeća (Venable, 2022: 94). Putem simbolike broda luđaka Foucault ilustrira besmisleno putovanje luđaka koji, isključeni iz svojih zajednica, putuju bespućima u nepovrat. Riječ je, prema autoru, o povijesnoj praksi zapadne Europe gdje „ludilo ukrcava sve ljude, bez razlike, na svoj bezumni brod i zavjetuje ih pozivu jedne zajedničke odiseje [...]“ (Foucault, 1980: 25). Luđaci tako postaju „prijetnja i poruga, hirovito bezumlje svijeta i sitno ismijavanje ljudi“ (Foucault, 1980: 24). Sedamnaesto stoljeće donosi svijest dijalektike i kritike o ludilu: „Taj svijet s početka sedamnaestog stoljeća čudnovato je srdačan prema ludilu. Ono je tu, u srcu stvari i ljudi, podrugljivi znak koji miješa oznake istinskog i prividnog jedva se sjećajući velikih tragičnih prijetnji – život više pomućen negoli nespokojan, podrugljivo komešanje u društvu, nepostojanost razuma. Ali, upravo se rađaju novi zahtjevi: Stotine i stotine puta dohvatio sam svjetiljku tražeći u pola bijela dana...“³⁵ (Foucault, 1980: 48 -49). Foucault iskazuje početak odnosa između psihijatra i pacijenta:

„Polako, i na način još uvijek veoma nepovezan, osamnaesto stoljeće stvara oko svoje svijesti o ludilu i njegovom prethodnom rastu novi poredak pojmova. U predjelu bezumlja, gdje ga je smjestilo sedamnaesto stoljeće, ludilo je skrivalo mutan moralni smisao i podrijetlo; njegova ga je tajna vezivala uz grijeh, a animalnost za koju se smatralo da iz njega vreba nije ga, začudo, učinila bezazlenijim. U drugoj polovini osamnaestog stoljeća ludilo se više neće vidjeti u onome što čovjeka približava nekadašnjem padu ili neodređenoj prisutnoj animalnosti; naprotiv, ono se postavlja na one udaljenosti koje čovjek zauzima u odnosu na sebe samog, na svoj svijet, na sve ono što mu se nudi u neposrednosti prirode; ludilo postaje moguće u toj sredini u kojoj se kvare čovjekovi odnosi s osjetilnim, s vremenom, s bližnjim; ono je moguće uslijed svega onoga što je, u životu i razvoju čovjekovom, prekid s neposrednim. Ono više ne spada u poredak prirode ni pada, nego u jedan novi poredak u kojem se počinje naslućivati povijest i u kojem se, u mutnom početnom srodstvu, oblikuje „otuđenost“ liječnika i „otuđenost“ filozofa — dviju figura s kojima se čovjekova istina svakako mijenja, ali između kojih se u devetnaestom stoljeću, ubrzo nakon Hegela, izgubio svaki trag sličnosti“ (Foucault, 1980: 194).

³⁵ Foucault se ovdje vjerojatno referira na antičkog filozofa Diogena iz Sinope koji pripada ciničkoj školi i djeluje u 4. st. pr. Kr. Foucault se temama cinika vraća i na predavanjima na Collège de France.

Navedene svijesti o ludilu prožimaju mnoga autorova djela. Može se reći da Foucault odnos prema ludilu i brkanje koje se događa tijekom razvoja jezika psihijatrije nastoji opisati od početka njegova skretanja. 17. stoljeće mijenja svijest o ludilu koje postaje odbačeno monopolom razuma, ali istovremeno utamničeno i zatvoreno. Do sada iznesene interpretacije studije koja istražuje nultu točku izvorišta za opravdanje uporabe jezika ludila dovode do nekoliko mogućih zaključaka³⁶:

- u klasicizmu se ludilo monologom razuma analitički opisuje, zatvara ili baca u tamnicu, neovisno o svojoj pripadnosti (bezumnici, pomračeni duhom ili stvarni luđaci)
- marginalizacija se odvija zatvaranjem ili prisilnim sudjelovanjem u liječenju nove psihijatrije koja započinje revolucijom Philippea Pinela i moralnom metodom liječenja
- psihijatrijska praksa je nužna moralna taktika nastala krajem osamnaestog stoljeća, a očuvana je u obredima života u azilu i prekrivena mitovima pozitivizma; ozdravljenja od ludila bez osnove i za koja valja priznati da nisu lažna postat će istinska ozdravljenja od lažnih bolesti
- ludilo nije bilo ono za što se vjerovalo da je niti je ono za što se izdavallo; ono je bilo beskrajno manje od sebe sama – zbroj uvjerenosti i laži
- medicinska misao konačno je izvela izjednačenje ludila, lažnog ludila i simulacije ludila
- osnaženo je izjednačenje ludila s ludilom, odnosno medicinskog i kritičkog poimanja ludila
- duševni je bolesnik potpuno otuđen u stvarnosti psihijatra i psihijatrije 19. stoljeća koja počiva na psihoanalizi i tek razlaže neke oblike ludila, ali najviši oblik njoj je nepoznat.

Klasicizam ludilo definira autoritetom razuma. Marginalizacija luđaka, bilo zatvaranjem, bilo prisilnim sudjelovanjem u liječenju nove psihijatrije, odvija se tijekom i uslijed revolucije Philippea Pinela. Psihijatrijska praksa 18. stoljeća, koja djeluje u azilu, zapravo je moralna odluka gdje je teško razlučiti i zaključiti o stvarnom ozdravljenju od lažnih bolesti. Ludilo se u cijelom razdoblju pojavljuje u raznim licima dok onaj završni oblik ostaje nepoznat. Slično se

³⁶ Ova zapažanja autorice rada (odnose se na čitavo djelo) tek su jedan od mogućih načina tumačenja studije o ludilu i ne zahvaćaju sve elemente Foucaultove teorije.

nastavlja i razdoblju psihoanalize, kako to Foucault reinterpreтира, kad duševni bolesnici postaju otuđeni objekti u stvarnosti psihijatra.

2.11. Zaključna razmatranja

Trideset osam godina od autorove smrti prerano je za argumentiranje o sveobuhvatnom značenju, točnosti ili utjecaju njegove misli na budućnost, ali se može tvrditi da su sva Foucaultova djela specifična po tome što pozivaju na aktivno preispitivanje. Originalnošću u izlaganju filozofsko-povijesnih ideja, Foucault ostavlja trag u domenama filozofske težnje za dinamikom prožetim mogućnostima pronalaska objektivnog statusa psihijatrijskog (spoznavalačkog, produktivnog) procesualiziranja fenomena ludila. Suverenost njegove misli i nakon njegove smrti pronalazi se u raznim primjerima društvenih borbi protiv raznih oblika osporavanja, zatvaranja ili ušutkavanja. Takva se potreba pokazuje i u suvremenom društvu, a najizrazitija je borba upravo protiv raznih oblika podčinjavanja subjektivnosti (Kalanj, 1993). Foucaultov opus ponekad ne obogaćuje novim spoznajama nego osvještava potrebu da je ono za što volimo reći da znamo zapravo promjenjive i nestalne prirode (Downing, 2008: vii- vi). Govoreći o njegovu životu, profesor Gary Gutting navodi kako je nerijetko prikazan kao društveni kritičar i filozof, ali naglašava važnost onog zajedničkog u čitavom njegovu opusu, a to je povijesnost (Gutting, 2005). Upravo njegovanjem te sumnjičavosti prema pojmu napretka Foucault je, istražujući pravila koja se u osnovi nalaze u mnogim znanostima, dokazao da su ta pravila često doživljavala radikalne promjene koje se ne mogu objasniti pozivanjima na univerzalni znanstveni napredak ni inovacijama velikih pojedinaca (Nehamas, 1998: 170). Antipsihijatrija (o kojoj će više riječi biti u šestom poglavlju rada) nastojat će osloboditi poimanje ludila i bolesti klasične psihijatrije opovrgavanjem dijagnostike i simptomatologije u kojoj izostaje klasifikatorska važnost, a temelji se na odluci i naredbi (Foucault, 1990: 57). Foucault je autor kojega koji se ne uspijeva svrstati ni u jednu određenu društvenu znanost. Njegovi koncepti o povijesti ludila, arheološka metoda, genealogija, moć, znanje i subjektivnost i dalje su predmet rasprava na mnogim svjetskim sveučilištima.

3. Povijesna ilustracija složenosti pojma ludila

3.1. Uvod

U prethodnom poglavlju sažeto je prikazan Foucaultov diskurs o ludilu – fenomenu opterećenom vrijednostima koji nastaje u upitnim okolnostima istovremeno s formiranjem prvih psihijatrijskih institucija (Foucault, 1980). U tom vremenu formira se izmišljeni jezik psihijatrije za koji će Foucault utvrditi brojne manjkavosti, nedostatak znanstvene utemeljenosti, a koji prelazi u znanstveni jezik tek slučajno ili neopravdano kao nametnuti monolog razuma. U predgovoru studije o ludilu Foucault piše o formiranju toga jezika psihijatrije i konačnom rođenju kliničkog ludila kao duševnog poremećaja koje u 18. stoljeću „baca u zaborav sve one nesavršene riječi, riječi bez utvrđene sintakse, pomalo mucave, kojima se odvijala razmjena između ludila i razuma“ (Foucault, 1980: Predgovor). Autor ovim citatom najavljuje čime će baviti njegova studija o ludilu – lociranjem jezika ludila u europskoj povijesti. Slično se postupa i u ovom poglavlju. Ono se bavi opisima ludila kao fenomena prateći njegovu pojavu od predcivilizacijskog doba do danas, kada se javlja pojam duševni poremećaj. Pojam ludila sagledava se u širem smislu kao opis stanja koje uključuje neku vrstu neobičnosti u ponašanju, a slično se tumače i zapisi, primjerice ludosti, poremećenosti, neuobičajenosti ili nenormalnosti. Slijedeći Foucaulta (1980, 1990) pretpostavlja se da je ludilo fenomen ovisan o interpretacijama društva kojemu pripada. Stoga je namjera ovoga poglavlja predstaviti i objasniti percepciju toga fenomena zapaženog u područjima književnosti³⁷, filozofije, umjetnosti³⁸ i znanosti. Pritom valja naglasiti da je prikaz uopćen jer zahvaća široki period od predantike do suvremenoga doba. Poznato je da je ludilo tema književnika, slikara,

³⁷ Mnogi su pisci u svojim djelima opisivali ludilo. Primjeri su sljedeći: Kesey, K. (2005) prijevod Šćurić, Lj. *Let preko kukavičjeg gnjezda*. Zagreb: Mozaik knjiga; Shakespeare, W., prijevod Torbarina, J. (1996) *Hamlet*. Zagreb: Sysprint; Cervantes, M., prijevod Velikanović, I. (2002) *Bistri vitez Don Quijote od Manche*. Zagreb: Zagrebačka stvarnost; Moliere, prijevod Ivšić, R., Škiljan, M. (1999) *Škrtac, Umišljeni bolesnik*. Zagreb: Školska knjiga; Poe, E. A., prijevod Paljetak, L. (2003) *Crni mačak*. Zagreb: ABC naklada i Coelho, P., prijevod Lanović, N. (2000) *Veronika je odlučila umrijeti*. Zagreb: VBZ.

³⁸ O neodvojivosti ludila kao društvenog konstrukta i umjetnosti piše profesor Goran Sunajko. U članku prikazuje djela umjetnika koji su i sami patili od duševne smetnje koja ih je više poticala na umjetničko stvaralaštvo. Sunajko navodi Michelangela, Leonarda da Vinci, Beethovena, Paganinija, Cellinija, Boscha, El Greca, La Toura, Goyu, Schumana, Berliozu, Lisztu, van Gogha, Baudelaira, Puškina, Andersena, Gogolja, Gončarova, Ljermontova, Turgenjeva, Goncourta, Muncha, Gauguina, Zolu, Rimbauda, Dalija, Picassa, Wolfa, Hemingwaya, Poea i Kafku (Sunajko, 2019: 127). Više u: Sunajko, G. (2019). Tko je tu lud? 'Ludilo' kao pretpostavka umjetničkog djela, *Filozofska istraživanja*, 39(1), str. 119-134.

liječnika, psihologa i psihijataru, stoga se u raznovrsnim prikazima pojavljuje na različite načine – kao iskustvo, mistična pojava, uzvišeno božansko stanje, neizlječiva fizička bolest, romantična ljudska nužnost, ponašanje koje ometa funkcioniranje u društvu, tamna strana čovjekove egzistencije, igra, zabava, podsjetnik na grešnost ili pogreška u moralnom funkcioniranju. Svako je istraživanje ludila široko i pomalo eklektično pa neprestano iznova otvara dijalog za kontinuiranu analizu. Takva bi preopširna analiza pretpostavljala i temeljito istraživanje racionalnosti koja stoji u suodnosu s ludilom. Takav pothvat za sada nadilazi mogućnosti ovoga rada pa će se iz tog razloga istraživanje zadržati na lociranju tekstova o ludilu i zapažanjima istaknutih mislilaca koji su pridonijeli dinamici rasprave o ludilu.

Pregled započinje antičkim razdobljem u kojem se najprije predstavljaju opisi stanja koja bi se danas zvala poremećajima. Potom, slijedeći povijesna razdoblja, poglavlje se zaključuje erom *Dijagnostičkog i statističkog priručnika* (1952) u kojem su naznačene najznačajnije promjene u klasifikaciji duševnih poremećaja. Pretpostavlja se da će povijesni prikazi ukazati na nestalnu prirodu opisa stanja kojima se tema bavi, odnosno poremećenih stanja, pa se onda ostavlja otvorenim pitanje: znači li to da će ludilo današnjice svoje lice pokazati u nekim za prošlost nepoznatim oblicima?

3.2. O ludilu od početka

Fenomen ludila svojstven je čovjeku od davnih vremena, o čemu svjedoče i mnogobrojni arheološki nalazi diljem svijeta. Arheolozi su u brojnim kulturama pronašli ljudske kosture i lubanje u kojima su izbušene rupe. Prvo takvo značajnije otkriće je peruanska lubanja pronađena na starom groblju plemena Inka na kojoj je izbušena rupa malo veća od jednog centimetra. Taj je postupak poznat kao trepanacija ili namjerna kirurška operacija nakon koje osoba može preživjeti, no mogućnosti za to su izrazito niske (Groos, 2009: 3). Ovaj zahvat može se smatrati jednim od prvih pokušaja liječenja stanja koje nalikuje ludilu jer takvi otvori na lubanji vjerojatno služe bijegu zlih demona iz glave opsjednutog. Slične zabilješke pojave misticizma u povijesti interpretiraju se i predajama o postojanju vukodlaka, ljudi koji se pretvaraju u čudovišna bića noću. U zapisima iz starog Babilona koji potječu iz 1792. pr. Kr., iz vremena kralja Hamurabija, znanstvenici pronalaze riječi koje opisuju neka stanja slična današnjim duševnim poremećajima. Primjerice, termin „ašuštu“ shvaća se kao apatija, a „hipp libbi“ doslovno kao „lom mozga“ ili živčani slom. Drugi babilonski opisi mogu se razumjeti

kao ponašanja nalik današnjem stanju psihoze, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, fobije, psihopatskog poremećaja ili depresije (Reynolds and Wilson, 2013). U staroj Indiji također su poznata stanja slična opisima shizofrenije – „vatonomad“, manije – „pittonomad“ te depresije – „kaphonomad“ i „tridoshonmad“ (Abhyankar, 2015).

Prema uobičajenom povijesnom shvaćanju period stare Grčke smatra se početkom sistematiziranog raspravljanja o duševnim stanjima, promišljanja o ljudskoj psihi ili harmoniji duše. Medicina u antičkoj Grčkoj udaljava se od vjerovanja da su bolesti uzrokovane djelovanjem nekih natprirodnih sila, čime se odbacuje dominantni vjerski pristup objašnjavanju zdravstvenih stanja. Umjesto toga uvodi temelje za racionalno promišljanje o uzrocima i liječenju bolesti oslanjajući se na filozofski pristup

Grčka medicina pristupa bolesti racionalno, iskustveno je opaža i promišlja.³⁹ Bolest je tako pojava uzrokovana vanjskim utjecajima koja ima svoj tijek razvoja dok je za ozdravljenje potrebno provesti mnoge radnje koje uključuju konkretna pravila radi promijene načina življenja.⁴⁰ Grci smatraju da sve ono što nije razumna potraga za vrijednim životom i zalazi u obilje strasti, može biti razorno za čovjeka. To potvrđuju i glavne filozofske škole, platonistička, pitagorejska i stoička, kada naglašavaju nužnost čovjekova odupiranja iracionalnom, a što se događa samo u paradigmi odgovornog življenja. Duševno se zdravlje zadržava kod vrlih, dobrih pojedinaca lišnih razarajuće strasti. Biti slobodan od strasti („apatheia“) sastavni je dio eudaimonskog života.⁴¹ U ovom razdoblju postupno se rasvjetljava definicija ludila, bolesti, poremećaja, racionalnog i iracionalnog. Racionalnost je u antici razumljiva paradigmom obrazovanog muškarca koji poštuje društvene ideale. Galen razgraničuje ludilo od morala stvarajući tako temelje za ono što će se kasnije nazvati biološka psihijatrija. Antički mislioci su „izvukli ludilo iz nebesa i humanizirali ga“ (Porter, 2002: 36).⁴² U daljnjem tekstu će se razmatrati pojam ludila u nekih antičkih mislilaca – liječnika.⁴³

³⁹ Više u: Maieron, M. A. (2017). The meaning of Madness in ancient Greek culture from Homer to Hippocrates and Plato. *Medicina Historica*, 1(2), str. 65–76.

⁴⁰ Više u uvodu zbirke Hipokratovih spisa koju je preveo povjesničar W. H. Jones (Hippocrates, 1957: xii-xiv).

⁴¹ Pigliuci, M. (2022). Stoicism. U Internet Encyclopedia of Philosophy. <https://iep.utm.edu/stoicism/#H4>.

(pristupljeno: 21. 1. 2022.)

⁴² No, valja reći da neki suvremeni autori smatraju da ipak ne postoji zajednička terminologija ludila u antici (Thumiger, 2013).

⁴³ Popis ne crpi sve zapise ludila u antičkih filozofa. Za više vidjeti primjerice: Harris, W. V. (2013) *Mental Disorders in the Classical World*, Leiden, Brill.

Tablica 4. Antički zapisi o ludilu

Platon (427. – 347. pr. Kr.) Aristotel (384. – 322. pr. Kr.)	<i>Država</i> <i>Zakoni</i> <i>Nikomahova etika</i>
Hipokrat (460. – 370. pr. Kr.)	<i>Corpus Hipocraticum</i> <i>Zapisi o histeriji</i>
Galen (129. – 216. n. Kr.)	22 sveska
Soran iz Efesa (2. st. n. Kr.)	<i>Ludilo ili manija</i>

Izvor: tablicu izradila autorica rada

Platonova koncepcija duševnog poremećaja u djelu *Država* predstavlja prvi povijesni zapis u kojem se ludilo sagledava kao bolest mozga ili patologija uma uz naznaku prvog terapijskog pristupa za osobe pogođene takvim stanjima. Platon, osim u djelu *Država* i u *Zakonima*, piše o ludom čovjeku kojega treba lišiti slobode, za što će biti odgovorna njegova obitelj.⁴⁴ Platon, općenito govoreći, smatra da je nemoral za dušu ono što je bolest za tijelo. Njegov će učenik Aristotel u *Nikomahovoj etici* ludilo opisati kao suprotnost velikodušnosti, a ono nastupa kada se netko bez zasluga smatra takvim (Aristotel, 1988: 72) ili u situaciji nekorištenja znanja koje posjedujemo. Filozof će ponuditi primjer usnula, poludjela ili pijana čovjeka koji je previše obuzet čuvstvima koja izazivaju ludilo (Aristotel, 1988: 40).⁴⁵

Sustavno liječenje raznih stanja bolesti, pa tako i ludila, može se pratiti od vremena poznatog grčkog liječnika, oca medicine Hipokrata (460. – 377. pr. Kr.) s otoka Kosa koji djeluje u 4. stoljeću pr. Kr. Najpoznatija je njegova teorija humoralnih tekućina koja će se kao temeljna medicinska teorija zadržati do 17. stoljeća. Zbirka *Corpus Hipocraticum* pisana je na

⁴⁴ Više o tome može se naći u djelima: Platon (2009) *Država* (Kuzmić, M, prev.) Naklada Jurčić, Platon (1971) *Zakoni*. Beogradski izdavačko-grafički zavod.

⁴⁵ Foucault će se pišući o licima ludila, maniji i melankoliji, referirati na Aristotela za kojeg ukazuje da je s pravom primijetio da će melankolici imati više duha od ostalih (Foucault, 1980: 95). Takvo će vjerovanje potvrditi i suvremena znanost implicirajući da su melankolični ljudi znatno pronicljiviji, ali i predisponirani za samokritičnost.

jonskom dijalektu i sadrži više od šezdeset djela. Pretpostavlja se da su djela *Corpussa* nastala u Hipokratovoj medicinskoj školi ili da su bila dijelom medicinske knjižnice. O Hipokratovoj važnosti saznajemo i iz Platonovih i Aristotelovih djela. Platon spominje Hipokrata u *Protagori* i *Fedru*, a Aristotel ga naziva ga velikim u *Politici*.⁴⁶ Prema Hipokratovu tumačenju, humoralna fiziologija ili neravnoteža tjelesnih tekućina uzrokuje nastanak bolesti.

Tablica 5. Teorija humoralnih tekućina prema Hipokratu

raspoloženje	element	sezona	tijelo	temperament
krv	zrak	proljeće	krv	sangvinik
crna žuč	zemlja	ljetno	slezena	kolerik
žuta žuč	vatra	jesen	jetra	melankolik
flegma	voda	zima	mozak	flegmatik

Izvor: preuzela i prevela autorica prema Bourin, 2020: 011

Bolesti su stoga poremećaji nastali neravnotežom u sastavnim dijelovima tijela povezanih s klimatskim i atmosferskim uvjetima⁴⁷ (Jones, 1923: xv-xvii). Svaka narušena ravnoteža u tjelesnim tekućinama manifestirat će se kao neka bolest – to može biti manija ili melankolija. Melankolija će nastati skupljanjem crne žuči u jetri koja se podiže do glave, a sama bolest može biti potaknuta odlaskom na putovanje koje intenzivira osjećaje usamljenosti ili straha (Porter, 2002: 43). Manija je bolest koju prati vedrina i uzbuđenje, dok je melankolija (opasnija i teža) bolest koja podrazumijeva, između ostalog, potištenost, sumnju ili halucinaciju. Hipokrat opisuje i tzv. „žensko ludilo“ koje nastaje pomicanjem maternice iz prirodnog položaja. Takav se opis pod nazivom „histerija“ zadržao do psihijatrijske prakse 80-ih godina kada se kao koncept histerične neuroze briše iz klasifikacije duševnih poremećaja (Tasca i sur., 2012).

⁴⁶ Iz uvoda zbirke Hipokratovih spisa koji je napisao povjesničar W. H. Jones (Hippocrates, 1957) Izdanja Hipokratovih spisa objavljena su kod istog izdavača 1923., 1939., 1948. i 1957. godine.

⁴⁷ Iz uvoda zbirke Hipokratovih spisa koji je napisao povjesničar W. H. Jones (Hippocrates, 1923: xv-xvii).

Opis histerije u Hipokratovu tekstu koji su kasnije povjesničari nazvali *O svetoj bolesti* smatra se prvim naturalističkim pojašnjenjem duševnog poremećaja što nastaje zbog fizičkog uzroka u mozgu. Hipokrat piše: "Trebalo bi biti općepoznato da je izvor našeg zadovoljstva, veselja, smijeha i zabave, kao i naše tuge, boli, tjeskobe i suza, ništa drugo nego mozak. To je poseban organ koji nam omogućuje da mislimo, vidimo i čujemo te razlikujemo ružno i lijepo, loše i dobro, ugodno i neugodno. Mozak je također sjedište ludila i delirija, strahova koji nas često napadaju noću, ali ponekad čak i danju; to je mjesto gdje leži uzrok nesanice i mjesečarenja, misli koje noću dolaze, zaboravljene dužnosti i ekscentričnosti" (Groos, 2009: 26). Ovaj poznati citat, prema tumačenju znanstvenika, predstavlja prvi i značajan povijesni zapis koji ljudski mozak smatra odgovornim za misli, kogniciju i percepciju. Takva će se medicinska paradigma zadržati do Galena (129. – 213. n. Kr.), Hipokratova nasljednika, koji će 400 godina kasnije smatrati da je središnji organ osjeta, kretanja i razmišljanja srce, a ne mozak. Galen, Hipokratov nasljednik, pridonosi razvoju mnogih područja ljudske anatomije i fiziologije, čemu svjedoče njegovi tekstovi koji su 1820. godine spojeni i prevedeni na latinski jezik u 22 sveska (Groos, 2009: 32, 37-38). Cjelokupna medicina u Galenovo doba počiva na shvaćanju da su stanja poput manije, melankolije, epilepsije i frenitisa uzrokovana humoralnim disbalansom. Važno je primijetiti da duševni poremećaji kao posebne vrste bolesti ne zaokupljaju interes tadašnjih liječnika, a duševna poremećenost za Galena predstavlja samo privremeni simptom temeljen na humoralnom ili strukturnom oštećenju mozga (Dols, 1992: 17).

Uz Hipokrata i Galena, Soran iz Efeza, o kojemu se malo toga zna osim da je živio potkraj 1. ili početkom 2. st. pr. Kr., donosi novu teoriju koja, iako počiva na Hipokratovim temeljima, napušta teoriju humoralnih tekućina.⁴⁸ Soranova metodička škola medicine oslanja se na promatranje bolesti i nastojanje da se pronađu zajednički uzroci. Soran u tekstu naslovljenom *Madness or Insanity (Greek Mania)* opisuje maniju kao stanje kojemu prethode određeni karakteristični simptomi.⁴⁹ Pišući svoju kratku metodičku studiju o ludilu, Soran se poziva na antičke filozofe koji, prema autoru, poznaju dvije vrste ludila. Jedno je ludilo

⁴⁸ Pretpostavlja se da se Soran školovao u Aleksandriji, a potom djelovao u Rimu za vrijeme Trajana i Hadrijana. Poznat je po tome što uviđa važnost činjenične medicine, razmatra i zagovara ono što je u najboljem interesu za pacijenta (Dunn, 1995).

⁴⁹ Izvorni tekst nalazi se u knjizi koja je i u nastavku rada pretežit izvor informacija: *From Madness to Mental Health* (2010) urednika Grega Eghigiana te sabire najvažnije tekstove o ludilu od antike do modernoga doba. Više u: Eghigian, G. (Ur.) (2010) *From Madness to Mental Health Psychiatric Disorder and Its Treatment in Western Civilization*. New Brunswick, New Jersey and London: Rutgers University Press.

potaknuto fizičkim uzrokom, a drugo je ludilo božanske inspiracije, odnosno Platonovo ludilo o kojemu piše u *Fedru*. Ova druga vrsta ludila, dotad poznata kao manija, zapravo je proročko nadahnuće jer dolazi uslijed božanske inspiracije. Soran potom nastavlja s pojašnjenjem stoičkog ludila od kojeg jedno nastaje uslijed nepromišljenosti i manjka mudrosti, a drugo zbog fizičkog uzroka i u njemu se potpuno gubi razum. Soran, spominjući Empedokla, pokazuje da dvije vrste spomenutog ludila mogu biti posljedice bolesti ili neraspoloženja. O stanju velike duševne boli ili maniji Soran piše:

„Grci to zovu manija jer proizvodi velike duševne boli (grč. *ania*); ili pak zato što postoji pretjerano opuštanje duše ili uma, a grčka riječ za „opušten“ ili „labav“ je *manos*; ili zato što bolest onečišćuje pacijenta, a grčka riječ za „oskvrnuti“ je *lymaenin*; ili zato što pacijenta tjera da želi biti sam i u samoći, a grčka riječ za „biti lišen“ i „tražiti samoću“ je *monusthae*; ili zato što bolest čvrsto drži tijelo i nije ju lako otresti, a grčka riječ za „upornost“ je *monia*; ili zato što bolesnika čini tvrdim i izdržljivim (grč. *hypomeneticos*)“ (Eghigian, 2010: 40).

Nastavlja definicijom manije:

„Manija je oštećenje razuma; kronična je i bez vrućice i u tom pogledu može se razlikovati od frenitisa. Jer, manija nije akutna bolest, niti se opaža da se javlja s vrućicom; ili, ako je vrućica prisutna u slučaju manije, slučaj se može razlikovati od frenitisa s obzirom na vrijeme jer u maniji ludilo prethodi svakoj nadolazećoj vrućici i pacijent nema slab puls. Kod frenitisa, međutim, groznica uvijek prethodi ludilu, a pacijent ima slab puls. Manija se češće javlja kod muškaraca mlađe i srednje dobi, rjeđe kod starijih muškaraca, a najrjeđe kod djece i žena. Ponekad se javlja iznenada, ponekad postupno hvata maha. Ponekad su njezini uzroci skriveni, a ponekad vidljivi, kao što je izloženost jakoj vrućini, jakoj hladnoći, probavne smetnje, često i nekontrolirano pijanstvo (grč. *craepale*), neprestana nesаница, prekomjerna ljubav, ljutnja, žalost, tjeskoba ili pak praznovjerni strah, šok ili udarac, intenzivno naprezanje osjetila i uma u učenju, poslu ili drugim ambicioznim aktivnostima, uzimanje droga, osobito onih namijenjenih pobuđivanju ljubavi (grč. *philtropota*), uklanjanju dugotrajnih hemoroida ili varikoziteta i, konačno, suzbijanju menstruacije kod žena.“ (Eghigian, 2010: 41).

Manija, prema tome, može imati simptome koji nalikuju epilepsiji i apopleksiji. Duboki san znak je epilepsije, a kratki manije. Manija koja obuzima um manifestira se promjenjivim osjećajima i prate je neobični simptomi. To može biti strah od bezopasnih stvari kao što je pad u jarak. Soran nastavlja navoditi znakove manije poput psihičke tjeskobe, prevrtanja u snu, neumjerenosti u apetitu, čestog treptanja, lupanja srca i druge. Manija je stoga osjećaj koji se može opisati kao osjećaj težine u glavi, bolova u kralježnici i lopaticama ili usporenosti. Manija prema ovakvom tumačenju pripada fizičkoj bolesti. U studiji Soren zaključuje da je manija ozbiljna bolest koja se može prepoznati na temelju simptoma koji prethode gubitku razuma i da je bolest uzrokovana fizički i duševno.⁵⁰

Razumijevanje ludila u srednjemu vijeku, razdoblju koje slijedi, povremeno se udaljuje od antičkog pa više nije tumačeno kao fizička bolest, nego postaje bolest duše. Slijedi kratko predstavljanje teksta Rufusa iz Efeza, antičkog liječnika, koji u svome tekstu *Tri slučaja melankolije od Rufusa iz Efeza* prvi melankoliju smješta u mozak (Eghigian, 2010). Antički liječnik Rufus iz Efeza, u literaturi malo poznat, sistematično piše o uzrocima i liječenju melankolije u trima slučajevima:

1. „Poznao sam još jednog čovjeka i imao je bolove između rebara svake godine u proljeće, bez vrućice ili upale, ali s peckanjem i bockanjem. Toplina se nije pojavila u pogođenom dijelu. Za ovo stanje je svojevremeno morao pustiti krv svake godine i uzeti purgativ. Bolovao je od te bolesti između jesenskog ekvinocija i vrhunca topline u proljeće“ (Eghigian, 2010: 47).

2. „Znam još jednog čovjeka kod kojeg je melankolija počela zbog osjećaja žarenja. Bio je čovjek dokolice. Tjeskoba i tuga od kojih je patio nisu bile velike jer je s njima bilo pomiješano malo radosti“ (Eghigian, 2010: 48).

3. „Drugi muškarac koji je imao 21 godinu spašen je od utapanja. On je patio od melankolije zbog straha izazvanog utapanjem“ (Eghigian, 2010: 49).

Za svaki navedeni slučaj bolesti Rufus navodi simptome i načine liječenja. Simptomi prvog slučaja su opisani kao današnja psihoza - muškarac je vidio fantome, osjećao tugu i strah od smrti, stoga mu Rufus propisuje liječenje koje uključuje zabavu i užitak. Melankolija je u

⁵⁰ O tome piše: „Tako griješe oni koji zamišljaju da je bolest uglavnom duševna, a tek sekundarno tjelesna. Jer ni jedan filozof nikada nije iznio uspješno liječenje ove bolesti; štoviše, prije nego što utječe na um, samo tijelo pokazuje vidljive simptome. Time zaključuje metodičko razmatranje o prepoznavanju ili dijagnozi bolesti.“ (Eghigian, 2010: 43)

drugom slučaju potaknuta prečestim interesom za matematičku znanost, a simptomi, vrlo slični prvom slučaju, uključivali su pričinjavanje zlih fantoma. Ovaj slučaj, zbog lošeg liječenja, dovodi muškarca do ludila i smrti zbog odbijanja hrane i pića. Treći slučaj uključuje liječenje emeticima, ali i zabavom pa brzo dolazi do ozdravljenja (Eghigian, 2010: 47-52).

Rufus iz Efeza u svom tekstu *Tri slučaja melankolije* pionirski „smješta melankoliju u mozak, čime doprinosi ranom razumijevanju duševnih poremećaja kao fizičkih stanja, a čime je postavio određene temelje za kasniji razvoj psihijatrije.

3.3. Srednjovjekovno i novovjekovno ludilo

U ovom razdoblju postoji nekoliko temeljnih djela u kojima se mogu pronaći opisi ludila u simboličnom i medicinskom kontekstu.⁵¹ Prvo je poznato satirično djelo iz 1511. godine naslovljeno *Pohvala ludosti* Erazma Roterdamskog te djelo Roberta Burtona (1577. – 1640.) *Anatomija melankolije* iz 1621. godine. Humanist i teolog Erazmo Roterdamski (1466. – 1536.) u satiričnom djelu *Pohvala ludosti* opisuje ludilo kao pokretačku snagu koja može pridonijeti sretnom i bezbrižnom životu. Ludost je, prema Roterdamskom, poželjna oslobađajuća pojava koja uveseljava ljude više negoli ozbiljni i razumni razgovori: „Dvije smetnje, uglavnom, ne dopuštaju čovjeku da dođe do spoznaje: stid, kojim se zasljepljuje duh, i strah, koji u svemu vidi opasnost i obeshrabruje čovjeka u njegovoj djelatnosti. Ludost sjajno oslobađa od svih tih teškoća“ (Roterdamski, 1979: 65). Roterdamski u djelu kritizira uzvišenu mudrost, filozofe s dugim bradama i ogrtačima koji teže onom najvišem obliku mudrosti pa često prelaze u uobraženost. Roterdamski piše: „Kad bi se ljudi, ukratko, uzdržavali od svake veze s mudročću i stalno sa mnom provodili vrijeme, ne bi uopće znali ni za kakvu brigu i sretno bi uživali u trajnoj mladosti. Zar ne vidite one bijednike što su se zadubili u studije filozofije ili u druga teška i ozbiljna pitanja kako većinom ostare prije nego što su i okusili mladost jer im stalne brige i oštri duševni naponi postupno iscrpljuju duh i sišu životne sokove!“ (Roterdamski, 1979: 48). Stotinu godina kasnije ludilo opisuje engleski filozof, teolog i pisac Robert Burton u

⁵¹ Srednjovjekovno ludilo često se opisuje kao stanje opsjednutosti vragom ili vještijim poslom, o čemu govori tekst *Malleus Maleficarum* iz 1486. godine. Dostupan u: Macky, C. (2009) *The hammer of witches. A complete translation of the Malleus Maleficarum*. Cambridge University. Thomas Szasz (1920. – 2012.) će tvrditi da je srednjovjekovno ludilo nastalo usporedno s pokretom inkvizicije gdje je poimanje duševne bolesti vrlo blisko poimanju vještica (Szasz, 1982).

utjecajnom djelu od 1500 stranica naslovljeno *Anatomija melankolije* (1621).⁵² Burton ostaje pri Hipokratovim i Galenovim temeljima u kojima je bolest uzrokovana neravnotežom humoralnih tekućina, ali i precizno definira što je melankolija navodeći simptome i znakove melankolije u tijelu. Simptomi melankolije, kako ih redom navodi Burton, su: strah, sumnja i ljubomora, nestalnost, smijeh i osamljenost. Svaki od simptoma Burton zasebno opisuje. O strahu Burton piše: „Neki se boje se da će im nebo pasti na glavu: neki su prokleti ili će biti. Muči ih grižnja savjesti, remete Božju milost, misle da će sigurno otići u pakao, da će ih đavao imati i prave veliku jadikovku“ (Eghigian, 2010: 69). Simptomi sumnje i ljubomore mogu se uočiti onda kada osoba ne razumije humor. Nestalnost opisuje kao kolebljivost, neodlučnost i nesposobnost za razmišljanje. Simptom smijeha će se uočiti kada su osobe „duhovite preko svake mjere, ponekad se veselo smiju, izvanredno vesele, a onda opet plaču bez uzroka“ (Eghigian, 2010: 70). Osamljenost je vidljiv simptom koji je znakovit kada se osoba povlači iz društvenih interakcija poput, primjerice, Diogena iz bačve (Eghigian, 2010: 72). Iako teško čitljivo djelo, pisano zamršenim jezikom i kritizirano kao nemedicinsko, ostavilo je izvanredan utjecaj na postupno formiranje psihijatrijske znanosti, a može se reći da se smatra i prvom psihijatrijskom enciklopedijom.

Nadalje, svaki je prikaz europske povijesti ludila obilježen razdobljem percepcije ludila kao siromaštva. Otvaranjem prve ustanove za duševne bolesti 1656. godine u Parizu po naredbi kralja Luja XIII. imperativ postaje sprečavanje prosjačenja i besposličarenja kao izvora svih nereda. Ludilo je u to vrijeme jednako društvenoj devijantnosti (Foucault, 1980: 58-59). U sljedećih se stotinu godina otvaraju još neke bolnice u zemljama poput Njemačke ili Engleske, a 1752. ili 1773. godine otvorena je prva bolnica za duševne bolesnike u Americi. Prema Foucaultovoj studiji o ludilu u Francuskoj se 1606. godine naređuje da se „... pariški prosjaci bičuju na javnom mjestu, da im se na rame udari žig, glava obrije te da se tako protjeraju iz grada; da bi se spriječio njihov povratak, na gradskim vratima, jednom uredbom iz 1607., postavljeni su streljački odredi koji su trebali zabraniti ulazak svim siromasima“ (Foucault, 1980: 59). S obzirom na to da se ludilo u ovom razdoblju izjednačuje sa siromaštvom i nezaposlenošću, kažnjavanje i zatvaranje provodi se nad svima onima koji žive nedolično ili se predaju skitnji. Zatvaranje podrazumijeva vrlo nehumane metode vezivanja lancima i slično

⁵² Burtonovo shvaćanje melankolije prisutno je i u šestom poglavlju ovoga rada u kontekstu fenomenologije depresije. Novu perspektivu u čitanju djela kroz religijski, medicinski i književno-retorički aspekt nudi autorica Marry Anne Lunde (2010). Više u: Lund, M. A. (2010) *Melancholy, Medicine and Religion in Early Modern England: Reading The Anatomy of Melancholy*, Cambridge, Cambridge University Press.

(Foucault, 1980: 218, 233, 237). U ovom se razdoblju postupno oblikuje medicinski koncept ludila koji se povremeno preklapa sa srednjovjekovnim idejama o ludilu kao mračnoj i tragičnoj sili što pogađa bolesnika. Kako napretkom znanosti dolazi do značajnih dostignuća u području somatike, tako se medicina razvija u novome pravcu tzv. mehanicističke medicine koja pojave duševne ili fiziološke prirode promatra u cjelini mehanike. Općenito govoreći, postavljanje uzroka ludila u neravnotežu tjelesnih tekućina prelazi u mehanicističke termine: tijelo je postalo koncept stroja koji se sastoji od povezanih neurona, mozga i udova pa je ludilo vrsta oštećenja u tijelu.

Ove nove ideje medicinske fizike potaknute galenovskim i dekartovskim idejama pridonijele su razvoju neurologije, koncepta koji se veže uz londonskog liječnika Thomasa Willisa (1621. – 1675). Njegovo djelo *Cerebri anatome* (1664) označava prijelaz u novo razumijevanje funkcija mozga i temeljno je djelo kliničke i komparativne anatomije živčanog sustava (Arráez-Aybar i sur., 2015).⁵³

3.4. Prosvjetiteljstvo, romantizam i reforma

Usporedno s uspostavom i sve većim brojem prostora za zatvaranje društveno devijantnih pojedinaca diljem Europe, započinje i proces humanizacije. Godine 1795. Philippe Pinel (1745. – 1822.), francuski liječnik⁵⁴ i otac moderne psihijatrije, javno skida okove ludoj ženi u francuskoj bolnici La Bicêtre izgovarajući poznatu rečenicu: „Građanine, uvjeren sam da su ovi umobolnici ovako nepristupačni samo zato što su lišeni vjetra i slobode“ (Foucault, 1980: 215). Pinel nekoliko godina radi u bolnici, potom postaje ravnatelj francuskog azila Salpêtrière gdje provodi tzv. „moralno liječenje“. Ovakav tretman oboljelih pretpostavlja

⁵³ Teorijom o životinjskim duhovima suprotstavlja se suvremeniku Renéu Descartesu. Slična promišljanja o ludilu nastavljaju i neki Willisovi suvremenici. Richard Mead tvrdi da je kod luđaka poremećen senzorno-motorni stroj. Herman Boerhaave ludilo opisuje kao tjelesni poremećaj, a Albrecht von Haller tvrdi da ludilo ima fizički uzrok pa ističe primjer melankolije kao raspršivanja dijelova krvi. Prelazak na empirijsko tumačenje ludila pripisuje se filozofu Johnu Lockeu koji u *Eseju o ljudskom razumu* iz 1690. piše o ludilu kao pogrešnoj asocijaciji u procesima kojima su osjetilni podaci transformirani u ideje. Uskoro će ovo novo otkriće pridonijeti sve većoj medikalizaciji ludila, što će pokazati rad Williama Cullena, prijatelja Davida Humea, koji ludilo pripisuje pretjeranoj iritaciji živaca i smišlja pojam neuroze. Thomas Arnold određuje taksonomiju ludila razlikujući idealno ludilo kao halucinaciju od zamišljenog ludila kao deluziju (Porter, 2002: 124-128).

⁵⁴ Francuski liječnici preferirali su naziv alijenisti nad pojmom psihijatri koji u to vrijeme nije ni postojao kao izraz. Više o francuskim alijenistima u: Sueur, L. (1996) French psychiatrists on the causes of madness, 1800-1870: an ambiguous attitude before an epistemological obstacle, *History of Psychiatry*, str. 267-275.

humaniji pristup svakom pacijentu, stoga je Pinel, osim što je poznati reformator, u povijesti ostaje upamćen kao veliki humanist i borac za prava osoba s duševnim poremećajima. O vlastitom iskustvu dolaska u bolnicu Pinel piše: „Kad sam stupio na dužnost u toj bolnici, sve mi je izgledalo kao kaos i zbrka. Neki od mojih nesretnih pacijenata radili su pod užasima krajnje turobne i malodušne melankolije. Drugi su bili bijesni i pod utjecajem neprestanog delirija. Činilo se da neki imaju ispravan sud o većini predmeta, ali su povremeno bili uznemireni nasilnim podvalama manijakalnog bijesa, dok su oni iz druge klase potonuli u stanje glupog idiotizma i imbecilnosti. Simptomi tako različiti, a svi obuhvaćeni općim naslovom ludila zahtijevali su, s moje strane, mnogo proučavanja i diskriminacije. Kako bih osigurao red u osnivanju te ostvario uspjeh ordinacije, odlučio sam tako usvojiti niz mjera, kako u disciplini, tako i u liječenju, kako su moji pacijenti zahtijevali, a moje ograničene mogućnosti dopuštale.“ (Eghigian, 2010: 95). Godine 1798. Pinel objavljuje *Filozofski opis bolesti* te duševne bolesti dijeli na melankoliju, maniju, delirij, demenciju i idiotiju, a 1809. godine piše metodološki usustavljeno djelo *Medicinsko-filozofska rasprava o duševnoj alijenaciji* u kojoj definira duševnu bolest kao neizlječivu pojavu zbog prepreka sazdanih u strukturi mozga ili lubanje, nasljedne predispozicije, duboko ukorijenjene bolesti ili nevoljnosti u liječenju bolesti.

Pinel je prvi liječnik koji nakon Hipokrata i Galena daje jasnije kliničke opise poremećaja. Svjestan ograničenja znanstvene metode ukazuje da postoje ograničenja u razumijevanju, kako ih naziva, potpuno ili relativno neizlječivih slučajeva. Tek će znanost budućnosti, svjestan je Pinel, pokazati neke nove metode liječenja.⁵⁵ Uzrok ludila opisuje kao „ljudske strasti uzburkane ili ogorčene intenzivnim ozlojeđenostima“ (Pinel, 1947: Predgovor). U tekstu *A Treatise on Insanity* (1801) opisuje periodično ludilo, neovisno o utjecaju godišnjih doba, kao karakter osoba čije su ideje jasne i povezane, ali su pod vlašću neobuzdanog bijesa i ne mogu potisnuti zvjerski impuls (Eghigian, 2010: 97).

Pinelovim djelima započinje moderna psihijatrija u kojoj se ludilo, ludost, manija, melankolija, ekscentričnost te gubitak svrstavaju pod zajednički termin duševnog poremećaja.

U godinama koje slijede Njemačka, primjerice, počinje stvarati sustav pomoći onima oštećena uma (1805.). Američki psihijatar Benjamin Rush (1746. – 1813.) piše nekoliko djela iz polja psihijatrije od kojih se najviše ističe prvi američki udžbenik psihijatrije *Medicinska istraživanja i razmatranja bolesti duha* prvi put objavljen 1812. godine.

⁵⁵ Više u: Pinel, P. (1947). Medical philosophical treatise on mental alienation, *Occupational Therapy and Rehabilitation*, 26(2), str. 63–68.

Ocem moderne psihijatrije smatra se William Griesinger (1817. – 1868.) koji je duševnu bolest sagledavao kao spoj fizioloških i psiholoških elemenata te zagovarao liječenje pacijenata u gradovima pored dislociranih azila. Smatrao je da se psihijatrija treba razvijati kao neovisna i znanstvena disciplina. Poznata je njegova teza da je duševna bolest zapravo organska bolest mozga. Drugim riječima, smatrao je da duševnu bolest uzrokuje djelovanje na moždane stanice, odnosno da je duševna bolest proces u kojem se prelazi od normalnog prema patološkom te je istaknuo neslaganje s prenaplašavanjem psihosocijalnih faktora naspram somatskih.⁵⁶ Razdoblje biološke psihijatrije donosi mnoga nova otkrića, primjerice 1841. godine u Engleskoj je osnovana Kraljevsko-medicinska psihološka organizacija koja provodi obrazovanje za buduće psihijatre. U vremenu koje slijedi otkrivena je Alzheimerova bolest, generalna paraliza, i sifilis mozga.⁵⁷

3.5. Nova psihijatrija

Njemački psihijatar, otac deskriptivne kliničke psihijatrije Emil Kraepelin⁵⁸ (1856. – 1926.) čija otkrića danas slove za najznačajnija otkrića psihijatrije, prvi je razlikovao shizofreniju od manično-depresivne psihoze te povezo patogenezu i manifestaciju poremećaja. Shizofrenija je, prema Kraepelinu, bila progresivna neurodegenerativna bolest čija je posljedica nepovratni gubitak kognitivnih funkcija za razliku od manične depresije koja je epizodna i trajno ne uzrokuje gubitak kognitivnih funkcija. Suvremeno razumijevanje ovih poremećaja i dalje se naslanja na Kraepelinov koncept. Godine 1912. Kraepelinov termin *dementia praecox* zamijenjen je pojmom shizofrenija. Kraepelin je smatrao da specifične kombinacije simptoma u odnosu na tijek bolesti olakšavaju identifikaciju bolesti. Posljednje je poznato kao „koncept endogene psihoze“ u koje se danas ubrajaju shizofrenija, manično-depresivna psihoza i paranoja. Kraepelin je djelovao u razdoblju kada se općenito vjerovalo da je opća pareza, o kojoj piše i knjigu, poremećaj koji nastaje kao posljedica sifilitičke infekcije živčanog sustava. Takvo vjerovanje pridonijelo je otkriću dviju važnih spoznaja:

⁵⁶ Više u: Rössler W, Riecher-Rössler A., Meise U. (1994) Wilhelm Griesinger and the concept of community care in 19th-century Germany. *Hosp Community Psychiatry*. 45(8): str. 818-22

⁵⁷ Razvoju psihijatrije pridonose i Carl Wernicke (1848. – 1905.), William Griesinger (1817. – 1868.), Theodor Meynert (1833. – 1892.), Paul Flechsig (1847. – 1929.), Eduard Hitzig (1838. – 1907.), Alois Alzheimer (1864. – 1915.) i Franz Nissl (1860. – 1919.).

⁵⁸ Više o Kraepelinu u: Ebert, A., Bär, K. J. (2010). Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology, *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), str. 191–192.

1. duševni poremećaji, kao i tjelesni, mogu biti posljedica neke vrste fizičke patologije te se stoga izravno uklapaju u tradicionalnu dijagnostičku teoriju

2. opća pareza je dijagnosticirana kao specifičan sindrom temeljem simptoma i razvoja poremećaja.

Unatoč tome što se simptomi mijenjaju i razlikuju, u različitim stadijima bolesti postoji temeljni poremećaj. Stoga Kraepelin zaključuje da postoje simptomi koji služe za prepoznavanje poremećaja (Horwitz i Wakefield, 2007: 76). Kraepelin 1883. objavljuje *Psihijatrijski udžbenik* i nudi nove dijagnostičke postupke koji ostavljaju traga na modernim shvaćanjima bolesti. Godine 1891. preuzima dužnost ravnatelja psihijatrijske klinike na Sveučilištu u Heidelbergu koju potom prenamjenjuje u istraživačku bolnicu za liječenje. Na odjelu za nadzor liječe se osobe institucionalizirane zbog raznih razloga. O tome piše u djelu *About the Surveillance Ward at the Heidelberg Clinic for Lunatics*:

„ ... oni s pravim fizičkim bolestima svih vrsta, naime, oni koje imaju temperaturu. Njima se pridružuju hromi, paralitičari u poodmaklom stadiju, apoplektičari, kao i oni koji ne pomažu i prikovani su za krevet zbog starosti, slabosti ili druge slabosti ili na drugi način postavljaju veće zahtjeve pred osoblje. Ovdje treba ubrojiti i nehigijenske, posebno one koji uglavnom spadaju u drugu kategoriju njege. U svakom slučaju, postoje i neki slaboumni, katatoničari i slični tipovi koji nisu krhki, ali ipak zbog nehigijene zahtijevaju bolju njegu nadzornog odjela. Konačno, fizičko stanje onih koji odbijaju hranu primarni je razlog smještaja na odjel za nadzor. Svi bolesnici koji ne unose dovoljno hrane zbrinuti su u krevetu i pod stalnim su nadzorom. Oni koji odbijaju hranu čine drugu glavnu skupinu štićenika odjela za nadzor – pacijenti koji pate od teških depresivnih stanja. Primarna zadaća odjela za nadzor ovdje je praćenje“ (Eghigian, 2010: 203).

U bolnici se istraživanje i liječenje duševno poremećenih provodi tzv. stalnim nadziranjem, ali i korištenjem raznih vrsti aktivnih lijekova, pogotovo u liječenju žena kojima se daju eksperimentalni, brzo djelujući narkotici poput morfija, opijuma, broma i drugih. Kraepelin je često znao kombinirati više opijata u liječenju zbog čega je njegov rad kritiziran i osporavan. Kritičari njegova rada zamjerit će mu i pretjeranu generalizaciju u pisanju dijagnoza.

Nezaobilazna figura u novom dobu psihijatrije je austrijski psihijatar i otac psihoanalize Sigmund Freud (1856. – 1939.) Zajedno sa svojim kolegom Josefom Breuerom (1842. – 1925.) dolazi do novih otkrića ključnih koncepata o histeriji, pamćenju, traumi i terapijskom razgovoru. Nakon zajedničkog rada dvojice kolega Freud ubrzo nastavlja samostalno osmišljavati psihoanalizu, najpoznatiju terapijsku metodu liječenja duševnih poremećaja (Porter, 2002: 188-194). Freud razvija metodu liječenja nesvjesnog koja se provodi posebnom tehnikom preispitivanja. Preteču ideje o psihoterapiji opisuje u tekstu *The Origin and Development of Psychoanalysis* (Freud, 1925). Na predavanju 1910. godine koje drži na prestižnom sveučilištu Clark u SAD-u, u povijesti poznatom po tome što je 1892. godine ugostilo prvi Međunarodni skup psihologa, pojašnjava povijesni nastanak ideje psihoanalize temeljem slučaja histerične djevojke koju doktor Breuer liječi metodom hipnoterapije koja će kasnije postati važan element psihoanalize. Freud taj slučaj opisuje na sljedeći način:

„Pacijentica dr. Breuera bila je djevojka od dvadeset i jedne godine, visokog stupnja inteligencije. Tijekom svoje dvogodišnje bolesti razvila je niz fizičkih i psihičkih poremećaja koji su zaslužili da ih se ozbiljno shvati. Imala je tešku paralizu obaju desnih ekstremiteta s anestezijom, a na trenutke jednakim zahvatom članova lijeve strane tijela; poremećaj pokreta očiju i znatno oštećenje vida; poteškoće u održavanju položaja glave; intenzivan *tussis nervosa*; mučninu prilikom uzimanja hrane i odjednom nekoliko tjedana gubitka želje za uzimanjem tekućine, usprkos mučnoj žeđi. Njezina je moć govora također bila smanjena, a to je stanje toliko uznapredovalo da nije mogla ni govoriti ni razumjeti svoj materinski jezik; konačno, bila je podložna stanjima „odsutnosti“, zbunjenosti, delirija, promjene cijele svoje osobnosti. Ova će stanja kasnije privući našu pozornost“ (Eghigian, 2010: 208).

Konačno, Freud zaključuje: „Dame i gospodo, ako mi dopustite da generaliziram, što je nužno u tako kratkoj prezentaciji, možemo izraziti naše rezultate do ove točke u formuli: naši histerični pacijenti pate od reminiscencija. Njihovi simptomi su ostaci i simboli sjećanja određenih traumatskih iskustava“ (Eghigian, 2010: 213). Freudova psihoanaliza najpoznatija je terapijska metoda novog doba u psihijatriji. Njegova je ostavština znamenita po tome što stavlja naglasak na psihološkim aspektima čovjeka.

Čitavo razdoblje nove psihijatrije donosi nove psihoanalitičke pokrete po uzoru na Freuda. Primjerice, švicarski psihoanalitičar Karl Gustav Jung (1875. – 1961.) izvjesno vrijeme surađuje s Freudom, no potom se odmiče stvarajući novu perspektivu nesvjesnog kroz analitičku psihologiju. Javljaju se novi terapijski pravci koji donose i različite pristupe u razumijevanju duševnih poremećaja.

3.6. Razvoj Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje

Prva sustavna i opsežna klasifikacija duševnih poremećaja određena je pojavom *Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje* koji je objavilo Američko psihijatrijsko društvo. Danas je Priručnik, uz svjesnost o kulturološkim razlikama, primjenjiv psihijatrijski alat u cijelom svijetu. Ova klasifikacija ističe se sistematizacijom kriterijskih pravila za poremećaje koji predstavljaju opise i obilježja mogućih simptoma, a nastala je temeljem medicinskih istraživanja ili znanstvene statistike javnog zdravstva diljem svijeta. Povijest *Dijagnostičkog i statističkog priručnika* određena je promjenjivim i različitim kriterijima za dijagnostiku nekog poremećaja pa je iz tog razloga često i predmet kritike opće i stručne javnosti.⁵⁹ Mnogi će kritičari Priručnika prigovoriti domeni neznanstvenosti koja se u priručniku reflektira deskriptivnošću na kojoj počivaju psihijatrijske dijagnoze. Osim toga, opće nezadovoljstvo usmjereno je na problem subjektivnosti ili pristranosti kliničara u različitim kulturološkim sredinama koje psihopatološkima ponekad vide normalne oblike ponašanja. Posljednje izdanje (2013.) na udaru je kritika jer patologizira neka normalna ljudska stanja, a time ranjivije ljude dijagnosticira kao poremećene.

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje u posljednjem, petom izdanju iz 2013. godine objedinjuje nove znanstvene spoznaje iz područja neurologije, genetike

⁵⁹ Do 1880. u Sjedinjenim Američkim Državama postojalo je sedam kategorija duševnog poremećaja: manija, melankolija, monomanija, pareza, demencija, dipsomanija i epilepsija. Američko medicinsko-psihološko udruženje i Nacionalno povjerenstvo za mentalnu higijenu 1917. godine potiče istraživanje statistike o duševnim bolesnicima u bolnicama zbog utvrđivanja kliničke korisnosti, a s ciljem stvaranja nomenklature za dijagnozu teških psihijatrijskih i neuroloških poremećaja koji se javljaju u bolničkim uvjetima. Po završetku 2. svjetskog rata porastom pacijenata s fiziološkim ili akutnim poremećajima ličnosti, potreba za novom psihijatrijskom nomenklaturom još je izraženija.

i bihevioralnih znanosti te precizira specifične dijagnostičke kriterije za svaki duševni poremećaj. Sadrži kategorijsku klasifikaciju koja dijeli duševne poremećaje u tipove temeljem sklopova kriterija s definirajućim obilježjima i usklađen je s *Međunarodnom klasifikacijom bolesti i srodnih zdravstvenih problema* koja sadrži sustav šifriranja i drugih povezanih kliničkih i znanstvenih tekstova i instrumenata. Broj dijagnoza u priručniku peterostruko se povećao od 1952. godine te je od početnih 128 dosegnuo 541 dijagnozu.⁶⁰

Tablica 6. Razvoj DSM-a od prvog izdanja 1952. godine

godina izdanja	izdanje	broj dijagnoza	broj stranica
1952.	DSM - I	128	132
1968.	DSM - II	193	119
1980.	DSM - III	228	494
1987.	DSM – III- R	253	567
1994.	DSM - IV	383	886
2000.	DSM – IV - TR	383	943
2013.	DSM - V	541	947

Izvor: preuzela i prevela autorica prema Blashfield i sur., 2014: 32

Najčešće klase poremećaja u priručniku tijekom njegova razvoja od prvog do posljednjeg izdanja su psihoze, anksioznosti, depresivne neuroze, posttraumatski stresni poremećaj, poremećaji osobnosti, poremećaji ovisnosti o drogama, ponašanja povezana sa spolom i seksualnošću te razna stanja među djecom i adolescentima. Bez značajnijih promjena u dijagnostičkim obilježjima su poremećaji psihoze, dok je depresija ili tjeskoba zbog promjena

⁶⁰ Ovo izdanje klasificira 22 stanja kriterijski određena kao poremećaje (vidi više u 4. poglavlju ovoga rada), a to su neurorazvojni poremećaji, spektar shizofrenije i drugi psihotični poremećaji, bipolarni i srodni poremećaji, depresivni poremećaj, poremećaji anksioznosti, opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji, poremećaji povezani s traumom i stresom, disocijativni poremećaji, somatski simptomi i srodni poremećaji, poremećaji hranjenja i prehrane, eliminacijski poremećaji, poremećaji spavanja i budnosti, seksualne disfunkcije, rodna disforija, disruptivni poremećaji, poremećaji kontrole impulsa i poremećaji ponašanja, poremećaji ovisnosti povezani s ovisnošću, neurokognitivni poremećaji, poremećaji ličnosti, parafilni poremećaji, ostali psihički poremećaji, poremećaji kretanja izazvani lijekovima i drugim štetnim učincima lijekova te ostala stanja koja mogu biti u središtu kliničke pozornosti (American Psychiatric Association, 2013).

u medicinskoj paradigmi ona u čijim dijagnostičkim kriterijima češće dolazi do promjena. Relativno nove klase predstavljaju poremećaji PTSP-a, a samim time što su ekstrinzično potaknuti, to su poremećaji s najmanje stigmatizacije (Horwitz, 2021: 12-13). Psihijatrijske dijagnoze prije 80-ih godina 20. stoljeća deskriptivne su i neodvojive od iskustva bolesnika, stoga su one nužno dio specifičnog konteksta kojemu pripadaju. No, pojavom DSM-III dijagnoze počinju nalikovati onima iz opće medicine, oznanstvenjene su pa se vjeruje da imaju uzrok, prognozu i određeni tijek razvoja bolesti. Priručnik je danas shvaćen kao živi dokument, što znači prilagodljiv budućim otkrićima u neurobiologiji, genetici i epidemiologiji (Američka psihijatrijska udruga, 2013: 15).

Prvi DSM objavljen 1952. godine⁶¹ sadržavao je 128 kategorija s glavnim razlikovanjem prirodnih (organskih) poremećaja mozga od funkcionalnih (psihoze, neuroze i poremećaji karaktera) na 132 stranice. Američka psihijatrijska organizacija nastojala je ovim izdanjem usustaviti kaotičnu klasifikaciju duševnih poremećaja koja se pojavljivala u raznim poljima medicine, a ne samo u psihijatriji. DSM-I proizašao je iz nekoliko važećih priručnika onoga doba. U prvom redu misli se na *Statistički priručnik duševnih poremećaja za korištenje u bolnicama vojne ratne klasifikacije* i *6. izdanje Međunarodne klasifikacije bolesti*.⁶² Psihodinamička dijagnostička obilježja u prvom izdanju proznog su oblika. Primjerice, anksioznost se opisuje kao difuzna i nije ograničena na definitivnu situaciju ili objekte kao u slučaju fobičnih reakcija. Prvo izdanje načinom opisivanja poremećaja te nejasnom granicom između tjelesnih i duševnih poremećaja, a potom i mnogobrojnim opisima, u konačnici

⁶¹ Preteču priručnika sačinjavaju podatci prikupljeni od vojske za vrijeme i krajem II. svjetskog rata. Naime, 93 kategorije od ukupno 128 opisa duševnih poremećaja bile su kratke, relativne i otvorene tumačenju stručnjaka (Blashfield i sur., 2014: 28).

⁶² Glavna podjela odnosi se na poremećaje uzrokovane ili povezane s oštećenjem funkcije moždanog tkiva te poremećaje psihogenog podrijetla s ili bez jasno definiranog fizičkog uzroka ili strukturne promjene u mozgu. Poremećaje funkcije moždanog tkiva karakteriziraju poremećaji orijentacije, pamćenja, oštećenja intelektualnih funkcija, rasuđivanja, labilnosti i plitkosti afekata. U priručniku se oni definiraju kao „sindromi organskog poremećaja mozga koji su osnovno psihičko stanje karakteristično za difuzno oštećenje funkcije moždanog tkiva bilo kojeg uzroka. Oštećenja mogu biti blaga, umjerena ili teška, ali većina osnovnih simptoma bolesti prisutna je u sličnoj mjeri kod bilo kojeg pacijenta“ (American Psychiatric Association, 1952: 14). Poremećaje psihogenog podrijetla „karakterizira različit stupanj dezintegracije osobnosti i neuspjeh u testiranju i pravilnoj procjeni vanjske stvarnosti u različitim sferama. Osim toga, pojedinci s takvim poremećajima ne uspijevaju se učinkovito odnositi prema drugim ljudima ili prema vlastitom poslu“ (American Psychiatric Association, 1952: 24). Osim navedenih glavnih poremećaja u priručniku se navodi definicija poremećaja koji su psihotična reakcija, ali bez jasno definirane strukturne promjene. Ova se dijagnoza, kako je naznačeno, koristi za potrebe statističara pa je tako, primjerice, psihofiziološka kardiovaskularna reakcija definirana kao „vrsta kardiovaskularnih poremećaja, paroksizmalne tahikardije, hipertenzije, vaskularnih grčeva, migrena i tako dalje u kojima su emocionalni faktori uzrok“ (American Psychiatric Association, 1952: 30).

uzrokuje nezadovoljstvo kliničara jer stvara nedosljednosti u dijagnostici.⁶³ Neki će reći da psihoanalitičari toga doba nisu koristili ovaj priručnik, ali i da je jednako prožet kraepelinskim kao i psihoanalitičkim konceptima (Cooper i Blashfield, 2016).

DSM-II objavljen je 1968. godine te broji 193 dijagnoze, a rezultat je nastojanja usklađivanja psihijatrijskih dijagnoza s *Međunarodnom klasifikacijom bolesti*. Priručnik je obilježen pojavom antipsihijatrijskog pokreta koji se okuplja oko glavne Szazove teze da je duševna bolest mit (pogledati 5. poglavlje ovoga rada). Ovo je i vrijeme djelovanja Roberta Spitzera (1932. – 2015.) koji zbog opće zabrinutosti oko nepouzdanosti psihijatrijskih kriterija u suradnji s Eli Robins iz grupe Washington University prevodi Feighnerove istraživačke kriterije u ono što će u budućnosti postati klinički dijagnostički kriteriji DSM-III ili engl. RDOC (Horwitz i Wakefield, 2007: 95-97).⁶⁴

Spitzerovu istraživanju prethodi rad skupine istraživača koji 1975. godine donosi dijagnostičke kriterije za 14 psihijatrijskih bolesti, danas poznatih pod nazivom Feighnerovi kriteriji, opisujući ih kao najučinkovitije, ali i otvorene za daljnja testiranja (Feighner i sur., 1972). Spitzer tijekom svoga djelovanja uvodi mnoge promjene u klasifikaciju poremećaja: dodaje posttraumatski stresni poremećaj uslijed povratka vojnika iz Vijetnamskoga rata (1955.

⁶³ Tome u prilog govori primjer istraživanja Phillipa Asha iz 1949. godine (Cooper i Blashfield, 2016) koje je poslužilo kao poticaj daljnjim istraživanjima objektivnosti i pouzdanosti dijagnoza. Ashevo je istraživanje provedeno na 52 osobe muškoga spola. Ono je ukazalo na velika odstupanja u postavljanju dijagnoze, odnosno pokazalo je da različiti psihijatri postavljaju različite dijagnoze. Rezultati su bili zabrinjavajući. Naime, utvrđeno je samo 20 posto podudarnosti u postavljanju specifične dijagnoze kada su u proces bila uključena tri psihijatra, a 45 posto podudarnosti u procesu postavljanja dijagnoze glavnog poremećaja. Kada su psihijatri radili u parovima, podudaranje se kretalo u rasponu od 31 do 43 posto u postavljanju specifičnih dijagnoza te od 58 do 67 posto kada je riječ o glavnim dijagnostičkim kategorijama (Cooper i Blashfield, 2016). Ashevo je istraživanje u narednom razdoblju potaknulo niz sličnih studija s ciljem istraživanja i rasvjetljivanja pouzdanosti dijagnostičkih obilježja, kriterija i postavljanja dijagnoza. Zanimanje kliničke prakse usmjereno je na psihoanalitički termin neuroze kao stanja unutarnjih sukoba potaknutih procesom rješavanja svjesne i nesvjesne tjeskobe. Glavna karakteristika ovih poremećaja je tjeskobak koja se može izravno osjetiti i izraziti ili koja može biti nesvjesno i automatski kontrolirana korištenjem raznih psiholoških obrambenih mehanizama, kao što su depresija, konverzija ili premještanje (American Psychiatric Association, 1952: 33).

⁶⁴ RDOC je proširio 14 Feighnerovih dijagnoza na 25 specifično definiranih stanja. Spitzer i suradnici izdvajaju pet izvora nepouzdanosti u psihijatrijskoj praksi: varijanca subjekta, prilike, informacija, opažanja i kriteriji (Meier, 1975). Spitzer je zaslužan i za strukturirani klinički intervju za reviziju DSM-III koji je specifičan po tome što ga vodi kliničar u devet modula od kojih sedam predstavlja glavne dijagnostičke klase I. osi. Zbog svoje modularne konstrukcije može se prilagoditi korištenju u studijama u kojima određene dijagnoze nisu od interesa. Koristeći pristup stabla odlučivanja, ovaj intervju vodi kliničara u testiranju dijagnostičkih hipoteza tijekom intervjua na temelju kojega se dobiva zapis prisutnosti ili odsutnosti svakog od razmatranog poremećaja za trenutačnu epizodu (prošli mjesec) i za pojavu tijekom života (Spitzer i sur., 1992).

– 1975.) (Lieberman, 2016) te uklanja homoseksualnost s liste 1973. godine.⁶⁵ Kritike upućene drugom izdanju usmjerene su na pogrešku klasifikacije duševnih poremećaja jer dijeli poremećaje na organske i neorganske isključujući treću opciju koja nije ni jedno od navedenog (Wolman, 1978). Također, Spitzeru će psihijatarska javnost zamjeriti povezanost s Kraepelinovim tumačenjima duševnih poremećaja. No, mnogi autori ističu da je utjecaj Kraepelina na DSM-III manje razumljiv nego što se to obično misli te navode da Spitzer ipak poriče da je Kraepelinov sljedbenik pobijajući glavne teze Kraepelinova pristupa: 1. mora postojati kategorijska patologija koja tvori osnovu različitih sindroma i 2. duševni poremećaji su bolesti mozga. DSM-III se, s druge strane, oslanja na operativne definicije isključivo kroz simptome sindroma (Horwitz i Wakefield, 2007: 77).

Treće izdanje tiskano je 1980. godine u skladu s novim razvojem verzije *Međunarodne klasifikacije bolesti* u devetom izdanju. Ovo izdanje sadrži mjerljive pokazatelje za dijagnozu duševnog poremećaja: eksplicitne dijagnostičke kriterije, višeosni sustav dijagnostičke procjene i pristup koji je nastojao biti neutralan u odnosu na uzroke duševnih poremećaja. Za svaku kategoriju postoji opis tipičnog demografskog profila pacijenata koji pate od ovog poremećaja, opis kategorije, opis kako razlikovati ciljanu kategoriju od bilo koje druge s kojom bi se mogla zamijeniti te kratku raspravu o onome što je bilo poznato o tijeku i nastanku poremećaja, ako je uopće bilo poznato. Sustav DSM-III bio je višeosna opisna prezentacija kategorije duševnog poremećaja (Blashfield i sur., 2014). U ovom izdanju usvojena je temeljna definicija duševnog poremećaja koja počiva na terminima nevolje i oštećenja: „Svaki od duševnih poremećaja konceptualiziran je kao klinički značajan bihevioralni ili psihološki sindrom ili uzorak koji se javlja kod pojedinca i koji je tipično povezan ili s nevoljom (distresom) ili s oštećenjem jednog ili više važnih područja funkcioniranja (invaliditet)“ (Američka psihijatrijska udruga, 1996: 6).

⁶⁵ Pedeset godina svoga života živio je za DSM, kako navodi njegov suradnik Allen Frances (r. 1942.). O tome piše: „Bobovo drugo veliko postignuće bilo je spašavanje psihijatrije iz krize vjerodostojnosti. Dvije široko objavljene studije ranih 70-ih ukazuju da je sasvim jasno da psihijatri ne mogu dogovoriti dijagnozu i držati pacijente u bolnici koji uopće nisu trebali biti ondje. Izgledalo je kao da psihijatri nisu znali što su radili. Bob je slučajno radio na metodama temeljenima na kriterijima za procjenu i razvrstavanje psihijatrijskih simptoma. Američka psihijatrijska udruga okrenula se Bobu i dala mu ovlasti i diskreciju da obavi radikalni zadatak. Može li prilagoditi svoju metodu da postigne pouzdanost — prvobitno namijenjenu za korištenje samo u istraživačkim okruženjima — do potrebe svakodnevnih kliničkih prakse? Time bi se nastojao postići dijagnostički dogovor među kliničarima, poboljšala klinička komunikacija, olakšalo istraživanje i obrazovanje te pružila točnija statistika. Međutim, rizik bi bio stvaranje glomaznog sustava koji nitko ne bi koristio“ (Frances, 2016).

Najpoznatija kritika upravo navedene definicije dolazi od filozofa Jeromea Wakefielda (pogledati 5. poglavlje ovoga rada). Wakefield ističe problem oslanjanja na koncept disfunkcije za koji tvrdi da je nedovoljno definiran, odnosno da ne postoji odgovarajuća analiza koncepta disfunkcije. Wakefield predlaže uvođenje novog termina temeljem dvaju kriterija: kriterija štete (stanje treba uzrokovati štetu za pacijenta koja se temelji na vrijednosnom sudu) i kriterija disfunkcije (stanje koje je znanstveno utemeljeno razumijevanjem prirodnih funkcija temeljem evolucijske teorije) (Wakefield, 1992). U slučaju duševnih poremećaja šteta može nastati na nekoliko načina: subjektivnom nevoljom, invaliditetom ili nelagodnom, smanjenjem funkcioniranja u jednoj ili više društveno definiranih uloga ili ometanjem prava drugih. Wakefield tvrdi da je poremećaj štetna disfunkcija, pri čemu je štetno vrijednosni pojam temeljen na društvenim normama, a disfunkcija je znanstveni pojam koji se odnosi na neuspjeh mentalnog mehanizma u obavljanju prirodne funkcije za koju ga je osmislila evolucija. Prema tom gledištu, koncept poremećaja spaja vrijednosne i znanstvene komponente (Wakefield, 1992).⁶⁶

Razvoju DSM-a u četvrtom izdanju pridonijelo je više od tisuću stručnjaka i brojnih profesionalnih organizacija s ciljem uspostave čvrste empirijske osnove za klasifikaciju, što je uključivalo dodavanje, brisanje ili reorganizaciju dijagnostičkih kriterija i opisa poremećaja. DSM-IV u svom izdanju objavljenom 1992. godine usklađen je s *Međunarodnom klasifikacijom bolesti*, navodi Američka psihijatrijska udruga.⁶⁷ DSM-IV donosi 383 kategorije, od čega je 201 kategorija definirana dijagnostičkim kriterijima. Dodani sadržaji odnose se na sedamnaest kategorija koje se trebaju dodatno proučiti, ljestvice defenzivnog funkcioniranja,

⁶⁶ Dakle, svaka će fobija biti poremećaj jer se osobe ne bi trebale bojati stvari koje im ne mogu štetiti. Stoga je pozivanje na prirodno funkcioniranje jedini valjan kriterij za poremećaj. Protuargumentacija Wakefieldovu konceptu štetne disfunkcije može se sažeti na sljedeću misao: isti simptomi u jednom kontekstu mogu biti procijenjeni kao poremećaj, dok u drugome to nisu. Kako će to Wakefieldovi kritičari istaknuti, evolucija nije usmjereni proces pa se time mijenjaju i evolucijske funkcije organizama s obzirom na prilagodbu okolini. Čini se da valjanost ovoga stajališta ovisi o našem znanju što je normalno ili unutarnje funkcioniranje pa ono postavlja isto pitanje na koje pokušava dati odgovor (Davison i Neale, 1999: 9). Osim opisane kritike mnogi će istaknuti, poput Renata Alarcóna, kako su deskriptivni pristupi u ovom izdanju *Priručnika* oslabljeni filozofskim rječnikom, a osnaženi pragmatikom novih i starih izraza (Alarcón, 2009). Alarcón će naglasiti da je *Priručnik* oslabljen etnocentrizmom koji isključuje specifikacije dijagnostičkih postupaka te da nedostaje neurobiološka domena koja treba uključivati simptome povezane s dobi i genetikom. Autor predviđa da će nove nomenklature uključiti značajne promjene u strukturi, dijagnostičkim modalitetima, pristupu kliničkoj evaluaciji, definiciji i opsegu poremećaja te mjerenju ozbiljnosti i razine funkcioniranja (Alarcón, 2009).

⁶⁷ Više o Američkoj psihijatrijskoj udruzi dostupno je na: <https://www.psychiatry.org>. (pristupljeno: 22. 1. 2022.)

ljestvicu globalne procjene relacijskog funkcioniranja te društvenu ljestvicu.⁶⁸ DSM-IV svaki od duševnih poremećaja konceptualizira kao „klinički značajan poremećaj ponašanja, psihološki sindrom ili obrazac koji se javlja kod pojedinca i koji je povezan s prisutnom tjeskobom (npr. bolnim simptomom), invaliditetom (tj. oštećenjem jednog ili više važnih područja funkcioniranja) ili sa značajno povećanim rizikom od smrti, boli, invaliditeta ili značajnog gubitka slobode. Osim toga, ovaj sindrom ili obrazac ne mora biti samo očekivan i kulturno odobren odgovor na određeni događaj, primjerice smrt voljene osobe. Bez obzira na izvorni uzrok, trenutačno se mora razmotriti manifestacija bihevioralne, psihološke ili biološke disfunkcije pojedinca. Ni devijantno ponašanje (npr. političko, vjersko ili seksualno) ni sukobi, prvenstveno između pojedinca i društva, nisu duševni poremećaji osim ako je devijacija ili sukob simptom disfunkcije pojedinca, kao što je prethodno opisano“ (Američka psihijatrijska udruga, 1996: xxi-xxii). Temeljna je ideja da su duševni poremećaji povezani s trenutačnim stresom, invaliditetom ili oštećenjem. Ta se ideja također nalazi u *Međunarodnoj klasifikaciji bolesti*, a predložena izmjena konceptualizacije za peto izdanje ne pokušava je promijeniti (Stein i sur., 2010). Nevolja i oštećenje sačinjavaju osnovne elemente uvjeta koje ljudi donose u psihijatrijski klinički kontekst, a ti uvjeti predstavljaju ključne pokazatelje poremećaja. Prema Boltonu (Bolton 2013: 437) oni služe kao mjerljivi pokazatelji stvarnih poteškoća koje ljudi doživljavaju i često se koriste kao operativni markeri za identifikaciju raznih oblika duševnih poremećaja.

DSM-V (2013) dodaje neke nove duševne poremećaje na listu, a to su poremećaj gomilanja, disruptivni poremećaj regulacije raspoloženja koji je dodan u kategoriju depresivnih poremećaja, predmenstrualni disforični poremećaj, sindrom nemirnih nogu i poremećaj ponašanja u REM fazi spavanja. Neki dijagnostički kriteriji su 2022. godine revidirani, što uključuje promjene u skupovima kriterija za sljedeće dijagnoze: poremećaj iz autističnog spektra, manična epizoda, bipolarni I i bipolarni II poremećaj, ciklotimični poremećaj, veliki depresivni poremećaj, perzistentni depresivni poremećaj, PTSP u djece, izbjegavajuće-restriktivni poremećaj unosa hrane, delirijum, poremećaji izazvani supstancama i lijekovima te sindrom oslabljene psihoze.

⁶⁸ engl. *defensive Functioning Scale, a global assessment of relational functioning scale, and a social and occupational functioning assessment scale*

Kritike petoga izdanja priručnika usmjerene su prema dijagnozama velikog depresivnog poremećaja i dijagnozama uporabe psihoaktivnih tvari.⁶⁹ Svako izdanje priručnika povlači neku vrstu filozofskih problema koji se odnose na propitivanje objektivnosti, pouzdanosti i etičke opravdanosti, stoga su oni kontinuirano predmet rasprava filozofije psihijatrije.

3.7. Zaključna razmatranja

Povijesno praćenje fenomena ludila, što se pokušalo u ovom poglavlju, ozbiljan je zadatak koji zahtijeva istraživanje jezika često nadmašujući sam psihijatrijski rječnik i uključujući filozofska ili književna objašnjenja. Povijesno istraživanje pojave ludila pokazalo je da ludilo kao fenomen rjeđe može biti poželjno stanje kako ga predstavlja primjerice Erazmo Roterdamski. Ludilo je češće opisano kao nepoželjno stanje koje negativno utječe na ljudski organizam, opasno je i uočeno kao devijantnost i opasnost za društvo. Nadalje, moderna psihijatrija nastoji postati pouzdana znanstvena disciplina koja obuhvaća neurologiju i patologiju, a njezin glavni cilj je razumijevanje uzroka i (etiologije) duševnih poremećaja, što je pokazalo praćenje razvoja DSM-a. Vrijeme nove psihijatrije određeno je razvojem psihofarmakologije te istraživanjima temeljenima na genetici i proučavanju mozga. Psihofarmakologija tako započinje sintetiziranjem klorpromazina te nastavlja svoj razvoj primarno liječeći duševne poremećaje psihotropnim lijekovima. Terapija lijekovima omogućila je da se pacijenti više ne liječe u bolnicama nego samostalno izvan ustanova (Braslow i Marder,

⁶⁹ Četvrto izdanje navodi sekciju poremećaja vezanih uz psihoaktivne tvari, a peto izdanje sekciju poremećaja uporabe psihoaktivnih tvari i poremećaja ovisnosti. Napušta se podjela na poremećaje zlouporabe i poremećaje ovisnosti koja se zamjenjuje jedinstvenom kategorijom poremećaja ovisnosti kombinacijom kriterija za prethodne dvije dijagnoze u jednoj cjelini. Nova dijagnoza poremećaja uporabe psihoaktivne tvari u petom izdanju sadrži 11 mogućih simptoma, sedam iz prethodne dijagnoze ovisnosti, tri iz ranije dijagnoze zlouporabe te novi simptom žudnje. Žudnja se definira kao intenzivna želja za drogom koja se vjerojatno pojavljuje u kontekstu gdje se droga prethodno nabavljala i koristila. Istraživanja su pokazala da žudnja uključuje mehanizam klasičnog uvjetovanja i da je povezana s aktiviranjem specifičnih struktura nagrađivanja u mozgu (Američka psihijatrijska udruga, 2013: 481). Socijalno oštećenje druga je skupina kriterija. Poremećaji sada obuhvaćaju deset klasa lijekova: alkohol, kofein, kanabis, halucinogene inhalante, opioide, sedative, hipnotike i anksiolitike, a potom i stimulanse (tvari amfetaminskog tipa, kokain i druge stimulanse) te u konačnici duhan i druge (ili nepoznate) tvari. Svim lijekovima koji se uzimaju u prekomjernim količinama zajedničko je izravno aktiviranje sustava nagrađivanja u mozgu koji je uključen u jačanje ponašanja i proizvodnju sjećanja. Oni proizvode toliko intenzivnu aktivaciju sustava nagrađivanja da normalne aktivnosti mogu biti zanemarene. Jedan od kriterija za poremećaj uporabe psihoaktivnih tvari je taj da pojedinac može nastaviti s njihovom uporabom unatoč tome što uzrokuju društvene ili međuljudske probleme. Ovako iskazanim simptomima proširuje se područje za pripisivanje poremećaja. Primjerice, može se dogoditi da se obiteljska svađa među supružnicima zbog učestale uporabe duhana tretira kao jedan od kriterija za ovisnost, a time i potencijalnu dijagnozu (Horwitz, 2021: 136-139).

2019) pa je iz tog je razloga nova psihijatrija okrenuta deinstitucionaliziranju pacijenata s lakšim duševnim poremećajima.⁷⁰ Usporedno s razvojem novih oblika liječenja javlja se antipsihijatrijski pokret koji će zamjeriti psihijatriji da „nema kognitivno i profesionalno jedinstvo koje uživa opća medicina i ostaje rastrgana između biopsihosocijalnih i medicinskih modela te svog objekta i svojih terapijskih strategija“ (Porter, 2002: 207-217). U pretposljednem poglavlju rada preostaje razriješiti teorijsku ili filozofsku „zbrku“ koja nastaje zbog, općenito govoreći, nemogućnosti pouzdane konceptualne analize psihijatrijskih pojmova. Filozofi koji se bave poremećajima u svojim raspravama pokazuju da za sada ni jedna perspektiva o konceptu bolesti, ni naturalistička, ni normativistička, ne daje cjelovito tumačenje pojmova poremećaja, zdravlja ili bolesti. No, prije nego se pristupi tom zadatku, potrebno je predstaviti i pokušati razumjeti koncepte, prakse i izazove suvremene psihijatrije.

⁷⁰ Pionir takvog načina razmišljanja američki je psihijatar Karl Menninger koji 1956. osniva bolnice u kojima je bolesnik integriran u cjelokupnu zajednicu. Takve su bolnice počivale na skrbničkom liječenju čiji je glavni cilj pružiti intenzivnu potporu pacijentu u slobodnijem okruženju.

4. Suvremena psihijatrija

4.1. Uvod

U prethodnom poglavlju istaknuta je složenost raznih ljudskih stanja za koje se razvojem psihijatrije počinje koristiti pojam duševni poremećaj. Ulaskom u prostor psihijatrijskog diskursa predstaviti će se psihijatrijska praksa koja klasificira, dijagnosticira pa potom i liječi poremećaje. Uvidom u takovu širu psihijatrijsku stvarnost stvaraju se temelji za filozofsko raspravljanje (vidi sljedeće poglavlje ovoga rada).⁷¹ Unatoč napretku znanstvenih metoda, ispitivanje mogućih kombinacija korelacija genetskih i okolišnih čimbenika u domeni duševnih poremećaja u svome je začetku, a tek se u posljednjih dvadesetak godina istraživačke prakse usmjeravaju na proučavanje rizičnih faktora za razvoj bolesti (Uher i Zwicker, 2017: 124). No, u psihijatrijskoj praksi „liječnici i znanstvenici rutinski provjeravaju i oslanjaju se na instrumente ocjenjivanja koji su inherentno dimenzionalni za procjenu ozbiljnosti ili odgovora na liječenje u kliničkim ispitivanjima“ (Helzer i sur., 2008: xxi). U suvremenoj je psihijatriji primarno važeća biološka struja tradicionalnog medicinskog modela koju razvijaju i podupiru suvremena istraživanja u području neuroznanstvene psihijatrije. Ciljevi suvremene neuroznanstvene psihijatrije su razviti pouzdane prediktore razvoja bolesti. Namjera središnjeg dijela ovoga poglavlja je do sada napisano poduprijeti stvarnim prikazima iz psihijatrijske prakse. Najprije se pojašnjava psihijatrijski rječnik (dijagnoza i simptomi), a potom predstavljaju neka etiološka razmatranja duševnih poremećaja. Zatim slijedi opis kategorija poremećaja (DSM-V, 2013), a u posljednjim se dijelima iznose primjeri iz suvremene psihijatrijske prakse. U zaključnom dijelu poglavlja predstaviti će se neki izazovi na koje psihijatrija za sada nije ponudila nedvosmislene odgovore.

⁷¹ Foucault se u svojim predavanjima naslovljenima *Psihijatrijska moć* (1973.–1974.) bavi pitanjima povijesti bolničkih ustanova od 18. stoljeća i medicinsko-pravnim vještačenjem psihijatrijskih pitanja. U *Radanju klinike* (2009) Foucault piše o arheologiji medicinskog opažanja (Foucault, 2009).

4.2. Osnovni pojmovi iz psihijatrijskog rječnika

Osnovna i prihvaćena definicija psihijatrije glasi: grana medicine koja je usmjerena na dijagnozu, liječenje i prevenciju duševnih poremećaja. Stoga će se u nastavku sažeto prikazati pojmovlje što se koristi u psihijatrijskoj praksi: dijagnoza i simptom.

Dijagnoza se široko definira kao stav o specifičnoj bolesti ili poremećaju koji nastaje nakon procjene.⁷² Dijagnoza može biti glavna i višestruka, radna ili nesigurna. U psihijatrijskom dijagnostičiranju napušta se povijesni fokus na donošenje homogenih dijagnoza za duševne poremećaje pa su nove dijagnostičke paradigme multidimenzionalne, kriterijski proširene i heterogene. Dijagnoza se donosi i temelji na nizu testova psihološke ili laboratorijske prirode koji, u dijalogu s pacijentom, pridonose stvaranju prvo radne, a potom i krajnje dijagnoze u kojoj su ispunjeni svi kriteriji za poremećaj ili prepoznavanje bolesti. Postavljanje dijagnoze osnaženo je novim doprinosima i otkrićima neuroznanosti. Prema *Američkoj psihijatrijskoj udruzi* psihijatrijske dijagnoze temelje se na višestrukoj validaciji dijagnostičkih kriterija koji uključuju prethodne validatore (slični genetski markeri, obiteljske osobine, temperament i izloženost okolišu), istodobne validatore (slični neuralni supstrati, biomarkeri, emocionalna i kognitivna obrada te simptomi sličnosti) i prediktivne validatore (APA, 2013: 591). Svaka dijagnoza barem djelomično ispunjava osnovne ciljeve, a to su: deskriptivni (opis simptoma), etiološki (uzrokovanje), terapijski (tretman) i prognostički cilj. No, ne zahtijevaju sva stanja u psihijatriji postavljanje dijagnoze. Tako se hitna stanja (ona koja zahtijevaju pružanje pomoći bez odgađanja), od kojih su najčešća agitiranost, agresivnost, nasilničko ponašanje, suicidalnost te razne intoksikacije i akutne nuspojave primijenjenih lijekova, ne vežu uz dijagnostičku kategoriju, nego su posljedica simptomatologije (Jukić i Ostojić, 2018: 1-2). Najprimjereniji (ili čak idealan) dijagnostički sustav označio bi poremećaje prema etiologiji. No, većina je etioloških razmatranja duševnih poremećaja nepoznata usprkos kontinuiranoj psihijatrijskoj težnji da se dijagnostički sustav temelji na zajedničkim kliničkim značajkama, sličnim okolišnim čimbenicima i odgovorima na liječenje. Postavljanje dijagnoze, poentirat će kliničari, opravdano je samo ako pacijentu donosi korist, a ne štetu (Semple i Smith, 2013: 8). Cilj je svih dijagnoza ponuditi najprikladnije liječenje koje će dovesti do poboljšanja

⁷² Takvu definiciju daje Cambridge Dictionary. <https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/diagnosis>. (pristupljeno: 22. 1. 2022.)

života, primarno njegove kvalitete, i osobnog funkcioniranja.⁷³ Postavljanje dijagnoze „znači razlučiti, saznati u kojoj se mjeri određena bolest, poremećaj ili disfunkcija razlikuje od drugih bolesti, poremećaja ili disfunkcija i što ima zajedničkog sa sličnima. Suvremena psihijatrija u pregled bolesnika uključuje anamnezu, heteroanamnezu (intervju), opis psihičkog statusa, opći medicinski i neurološki pregled te laboratorijske pretrage (Jukić i Ostojić, 2018: 3). Svaki će psihijatrijski kliničar pristupiti obradi mnogostruko složenih podataka ili informacija koje se odnose na čitav niz odrednica kao što su ponašanja, emocionalni korelati, neurobiološki supstrati (genetika) te promišljanje o psihopatološkim okolnostima u pacijentovu životu pa temeljem toga zaključiti o primjerenosti dijagnozi.⁷⁴ U psihijatriji je uvriježena podjela dijagnoze na radnu, glavnu i diferencijalnu. Razlog dolaska osobe ili radna dijagnoza predstavlja temelj za pružanje medicinske pomoći pa je stoga na njoj i daljnji fokus liječenja.⁷⁵

⁷³ Zanimljiva je sugestija za kliničare „Nemojte misliti na zebre“ što je iznosi profesorica Kathryn Montgomery u kontekstu mogućeg predijagosticiranja u općoj medicini. Montgomery piše: „Kada čujete topot kopita, ne mislite na zebre.“ To bi moglo biti glavno pravilo za tumačenje medicine. Kao epidemiološka krilatica medicine podsjeća kliničare da prisutnost znakova i simptoma zajedničkih nizu dijagnoza vjerojatno neće ukazivati na onu rijetku na popisu. Sam po sebi koristan savjet, aforizam o zebri utjelovljuje praktično razmišljanje kojim se koriste liječnici u nikada posve sigurnom zadatku skrbi za bolesne ljude. Poput maksima koje vode liječnika pri uzimanju pacijentove anamneze, obavljanju fizičkog pregleda, naručivanju testova i odabiru terapije, maksima zebra sudjeluje u sustavu uparenih i konkurentnih pravila. Ali, jedinstven je u svojoj usamljenoj kompaktnosti. Utjelovljenje medicinske metode poučavanja i jačanja kliničke prosudbe protutežom „Nemojte misliti o zebra“ samostalna je kontradikcija (Montgomery, 2006: 123).

⁷⁴ Tijekom godina revidiranja izdanja DSM-a razni su kritičari ukazivali na nedostatke suvremenijih izdanja koja su, napuštajući fenomenološki pristup (nesvjesni ili psihodinamski fenomen), inzistirala na preciznijim smjernicama za intervju i opće zaključke. Takvi su koraci koji pridonose valjanosti dijagnostici formulirani tijekom 70-ih godina 20. stoljeća: klinički opis, laboratorijska studija, isključivanje drugih poremećaja, studija praćenja i obiteljska studija (Robins i Guze, 1970).

⁷⁵ Primjerice, ako mlada žena samovoljno dođe na odjel hitne pomoći s pritužbom: „Mislim da ću poludjeti!“ i nastavlja se žaliti na iznenadne znakove koji se pojavljuju nepredvidivo kao epizode lupanja srca, znojenja, drhtanja, nedostatka zraka, bolova u prsima, vrtoglavice i osjećaja kao da će umrijeti, kliničar će postaviti radnu dijagnozu u kojoj će sažeti navedeno subjektivno iskustvo. Prilikom uzimanja dijagnoze kliničar može saznati neke druge važne podatke pa tako u opisanom slučaju saznaje da pacijentica uzima lijekove za hipotireozu. Radna dijagnoza postavlja se kada postoji snažna pretpostavka da će se ispuniti svi kriteriji za neki poremećaj, no u trenutku postavljanja dijagnoze kliničar ne posjeduje sve potrebne informacije. Radna dijagnoza postavlja se u dvama slučajevima: kada osoba na prijemu nije sposobna dati potrebne informacije o anamnezi stanja ili kada diferencijalna dijagnoza ovisi o trajanju bolesti. S obzirom na to da je pacijentica spomenula korištenje lijeka za hipotireozu, u opisanom će slučaju kliničar razmotriti sljedeće radne dijagnoze: panični poremećaj ili prekomjerna upotreba lijeka za štitnjaču. Često je nejasno koju dijagnozu treba smatrati glavnom pa tako u opisanom slučaju glavna dijagnoza može ujedno biti i radna. Diferencijalne dijagnoze su sve one koje imaju slične simptome i znakove određene bolesti, a svrha njihova određivanja je izbjegavanje potencijalne pogreške pri dijagnozi. Diferencijalne dijagnoze u ovom slučaju mogu se odrediti kao panični poremećaj ili anksiozni poremećaj izazvan lijekovima. Trenutačno će jedino dijagnostička pretraga štitnjače dati potreban odgovor za postavljanje dijagnoze, stoga je ovom koraku važno za kliničara točno razumijevanje paničnog poremećaja i svjesnost o tome da uporaba nekih lijekova ili supstanci može izazvati panični napad. U slučaju da se radi o paničnom poremećaju,

Simptomi se od znakova razlikuju po tome što su psihološke prirode i uočiti ih može samo pacijent samostalno. Grana medicine koja se bavi proučavanjem simptoma naziva se simptomatologija. Simptomi se mogu tumačiti na razne načine, no, općenito govoreći, to su subjektivni pokazatelji nekog stanja, poremećaja ili bolesti (obrnuto su znakovi – fizički dokazi za neko stanje). Psihološki simptomi uključuju raspoloženje, misli, percepciju i kognitivnu funkciju. Fizički simptomi uključuju stanja boli, umora, osjećaje straha ili anksioznosti. Grana psihijatrije koja se bavi opisivanjem subjektivnog iskustva stanja i ponašanja pacijenta naziva se deskriptivna psihopatologija i temeljna je odrednica trenutno važećih klasifikacija duševnih poremećaja.⁷⁶ Psihopatologija je temeljna znanost kliničke psihijatrije koja proučava abnormalnosti u duševnom stanju (Sample i Smyth, 2013: 83). Suvremene psihijatrijske dijagnoze određene su sindromski, odnosno ovise o procjeni prisutnosti ili odsutnosti specifičnih simptoma koji, i kada se identificiraju, ipak mogu pogrešno ukazivati na poremećaj. Razlog tome je što se slični simptomi vežu za različite duševne poremećaje. Primjerice, simptomi za delirij su, prema novoj klasifikaciji, poremećaji pažnje (tj. smanjena sposobnost usmjerenja, fokusiranja, održavanja i prebacivanja pažnje) i svijesti (smanjena orijentacija prema okolini), a mogu ga pratiti dodatni poremećaji u spoznaji, npr. nedostatak pamćenja, dezorijentiranost, jezik, vizualna prostorna sposobnost ili percepcija (APA, 2013: 596). Slični

diferencijalna dijagnoza će uključivati sva medicinska stanja koja mogu uzrokovati napadaje panike poput anemije, epilepsije, hipoglikemije, astme, nedostatka vitamina B i mnoga druga. Panični poremećaj definira se kao nagli val intenzivnog straha ili intenzivne nelagode koji doseže vrhunac unutar nekoliko minuta, a za vrijeme njegova trajanja pojavljuju se četiri ili više od sljedećih simptoma: 1. palpitacije, lupanje ili ubrzan rad srca, 2. znojenje, 3. drhtanje, 4. osjećaj nedostatka zraka, 5. osjećaj gušenja, 6. bol ili nelagoda u prsima, 7. mučnina ili bol u trbuhu, 8. osjećaj vrtoglavice, nestabilnosti ili nesvjestice, 9. osjećaj groznice ili topline, 10. ukočenost ili trnci, 11. derealizacija (osjećaj nestvarnosti) ili depersonalizacija (odvojenost od sebe), 12. strah od gubitka kontrole ili „luđenja“ (postajanja ludim) i 13. strah od umiranja (APA, 2013: 208). Ako je u opisanom slučaju mlade žene riječ o paničnom poremećaju, onda se liječi lijekovima za kratkotrajnu ili dugotrajnu kontrolu simptoma. Stanja koja oponašaju panični poremećaj su stanja opijenosti nekim psihoaktivnim drogama, a uzimanje steroida također može uzrokovati panični napadaj. U ovom slučaju samo prikupljanje detaljne i opsežne anamneze može osigurati pouzdanu dijagnozu. Pretpostavljena dvojba dijagnoze može biti treba li smjestiti opisano stanje u panični ili depresivni poremećaj. Kod paničnog poremećaja strah se javlja zbog napada, a ne situacije ili aktivnosti. Kliničar može propisati liječenje anti-depresivima i kognitivno-bihevioralnu terapiju (Toy i Klamen, 2007: 63-71). Opisani je primjer preuzet i modificiran za potrebe ovog pojašnjena (Toy i Klamen, 2007: 63).

⁷⁶ Za razliku od frejdovske dinamičke psihopatologije koja pokušava opisati i objasniti stanja, deskriptivna psihopatologija ne počiva na nekom specifičnom objašnjenju uzroka duševnog stanja. Fenomenologija je istraživanje subjektivnog doživljavanja pa je sastavni dio čitavog procesa, od promatranja do izvođenja vlastitih stanja. Razvojem psihijatrije i istraživanjem pacijentovih iskustava formirao se rječnik psihijatrijskih simptoma. Takav rječnik uključuje opise nekoliko stotina psihijatrijskih simptoma. Primjer subjektivnih simptoma može biti simptom abnormalnih uvjerenja te uključuje senzorne distorzije i lažne percepcije, dok je anhedonija osjećaj manjeg uživanja u prethodno ugodnim aktivnostima. Biološki simptomi depresije su poremećaji spavanja, anoreksija, subjektivni dojam o pogoršanju pamćenja i koncentracije (Semple i Smyth, 2013: 83-107).

su i simptomi shizofrenije koju prate deluzije, halucinacije, poremećeno mišljenje (govor) te krajnje neorganizirano ili abnormalno motoričko ponašanje (uključujući katatoniju). Moguće je stoga, uslijed nepažljive kliničke prosudbe, zamijeniti navedena dva poremećaja zbog sličnih simptoma (Welch i Carson, 2019). Poteškoće u razumijevanju simptoma određenih bolesti uključuju i mogućnost osobe kojoj je potrebna pomoć da pouzdano interoceptivno određuje unutarnje signale. Može se dogoditi da osoba nije sposobna opisati unutarnje simptome (ili emocije)⁷⁷ koje doživljava uslijed fokusiranja na znakove, stoga je izrazito važan pristup bolesniku koji treba biti izravan, empatičan i pun razumijevanja (Jukić i Ostojić, 2018: 3).

4.3. Etiološka razmatranja duševnih poremećaja

Jasni uzroci duševnog poremećaja⁷⁸ vrlo su rijetki jer podrazumijevaju komplicirani suodnos između genetskih mehanizama, neurokemijskih sustava, regije mozga, stanica i raznih abnormalnosti. Prema tome, ne može se govoriti o pouzdanoj etiologiji. „Nijedna genetska varijanta ni izloženost okolišu sami po sebi nisu dovoljan uzrok duševne bolesti. Iako je moguće

⁷⁷ Ovo je stanje u medicini određeno kao nesposobnost pojedinca da opiše emocije koje doživljava uslijed fokusiranja na neke druge detalje praktične prirode. Peter Sifneos krajem 20. stoljeća definira aleksitimiju kao poremećenu emocionalnu svijest. Prema ovome shvaćanju radi se o supkliničkom konstrukt koji je nedovoljno istražen. U petom priručniku aleksitimija je definirana kao deficit kognitivnog procesuiranja emocija. Iako su ljudi općenito sposobni razlikovati i regulirati emocije, postoje slučajevi poremećene emocionalne svijesti. Aleksitimija se može podijeliti na vanjski orijentiran kognitivan stil koji karakterizira izbjegavanje unutarnjih misli povezanih s afektom te nemogućnost identificiranja ili opisivanje osjećaja. Aleksitimija se ne klasificira kao duševni poremećaj, nego se sagledava kao psihološka osobina (Hogeveen i Grafman, 2021). Rijetka istraživanja ovoga tipa sugeriraju da neki pojedinci teško razlikuju unutarnja stanja emocija od fizičkih simptoma. Druga istraživanja sugeriraju da pojedinci pokazuju interoceptivno preklapanje psiholoških i fizičkih simptoma te su, primjerice, zabilježena preklapanja već kod uzoraka straha i abnormalnog otkucaja srca, tuge i umora te straha i nedostatka zraka. Istraživači zaključuju kako je nužno uložiti dodatne napore u istraživanje ovih fenomena (Carter i Ogden, 2021).

⁷⁸ Ovdje se može istaknuti razvojna ekološka perspektiva autora Dantea Cicchettija i suradnika. Riječ je o sveobuhvatnoj teoriji koja polazi od pretpostavke da suodnos više čimbenika utječe na psihopatologiju. To su biološki, psihosocijalni i sociokulturni čimbenici. Primarno je nastala kao perspektiva koja se odnosi na dječju dob, ali se jednako može primijeniti i na odrasle. Zaštitni čimbenici su oni koji korisno utječu na razvoj, poput rođenja u podržavajućoj obitelji, a rizični, primjerice, rođenje u siromaštvu. Čimbenici rizika su one varijable koje koče razvoj i uzrokuju veće poteškoće, kao što je rođenje u krajnjem siromaštvu. Zaštitni čimbenici su one varijable koje čine tampon i imaju koristan učinak na pojedince, kao što je rođenje u obitelji koja pruža podršku. Prema tome, „razumijevanje razvoja ključno je za praktičare jer životne povijesti pacijenata zahtijevaju razvojne formulacije kako bi se postigao osjećaj razumijevanja podrijetla prisutnih simptoma i uznemirujućeg ponašanja koji pacijente dovode na psihijatrijsko liječenje. Postoje mnoge teorije o ljudskom razvoju, a neprestano se pojavljuju nove propitujući i nadograđujući ranija otkrića“ (Tasman i Mohr, 2011: 21).

da su neki slučajevi mentalnih bolesti uzrokovani kombinacijom mnogih genetskih varijanti ili kombinacijom višestruke izloženosti okolišu, daleko je vjerojatniji scenarij da i genetski i okolišni čimbenici zajedno pridonose uzroku mentalne bolesti" (Uher i Zwicker, 2017: 123). Sigurnije je reći da višestruki uzročni čimbenici, svaki s malim učinkom, djeluju zajedno i proizvode bolest (Tasman i Mohr, 2011: 42). Organska bolest u psihijatriji podrazumijeva dokazanu etiologiju u patologiji središnjeg živčanog sustava (abnormalnost u funkciji mozga) pa ovdje možemo spomenuti depresije, psihoze, manije i anksioznost kao poremećaje koji nastaju promjenama uslijed nekog infektivnog, upalnog, degenerativnog ili traumatskog stanja. Ovo je desetljeće istraživanja rasvijetlilo neke nove pretpostavke psihijatrijske genetike. Studije su identificirale više od stotinu varijanti gena koje možemo povezati s teškom duševnom bolešću. Psihijatri istraživači Rudolf Uher i Alison Zwicher (2017) u svome radu ističu neka od važnih otkrića o povezanosti genetike i okoline s ciljem otkrivanja uzročnih mehanizama koji se nalaze u temelju bolesti (Uher i Zwicker, 2017). Takva otkrića pridonose boljem razumijevanju uzroka duševnih poremećaja, a moguća su zbog razvoja molekularne genetičke tehnologije. Buduća istraživanja usmjerena na predviđanje duševnog poremećaja morat će proučavati mnogostruke okolišne utjecaje tijekom života. Sažetak istraživanja izrazili su na sljedeći način: „Trenutačno razmišljanje o putu od gena do duševne bolesti tvrdi da duševne bolesti nisu uzrokovane jednim genom ni jednom suptilnom genetskom abnormalnošću, nego višestrukim malim doprinosima nekoliko gena koji su svi u interakciji sa stresorima iz okoline“ (Tasman i Mohr, 2011: 36). Mnogi će kritičari ovog nedovoljno istraženog polja psihijatrije naglasiti da bi se etiološka istraživanja trebala temeljiti na longitudinalnim nacrtima koja će započeti već pri rođenju kako bi se izbjegla daljnja (pogrešna) opća istraživanja duševnih poremećaja. Primjerice, rezultati nekih provedenih etioloških longitudinalnih istraživanja sugeriraju nevaljanost pri klasifikaciji poremećaja kao epizodnih ili trajnih. Poremećaji raspoloženja su određeni kao epizodni, ali nakon praćenja pokazuju se kroničnima jer pojedinci većinu vremena provode sa simptomima depresije (Judd i dr., 1998, 2002). Poremećaji osobnosti konceptualizirani su kao trajni, ali nakon praćenja njihovi simptomi pokazuju slične stope remisije i recidiva kao i poremećaji raspoloženja. Unutar istog poremećaja epizodni i trajni slučajevi mogu imati različite etiologije. Epizodni slučajevi velike depresije više su nasljedni, a trajni su povezani sa zlostavljanjem u djetinjstvu (McGuffin i sur., 2012). Stoga buduća istraživanja ne mogu grupirati pojedince u slučajeve temeljem sadržaja i simptoma bez istraživanja razvojnog konteksta i vremenskog slijeda (Uher i Zwicker, 2017: 126).

4.4. Recentni pregled kategorija duševnih poremećaja

Recentni pregled kategorija duševnih poremećaja objedinjuje 22 kategorije, odnosno pronalazi ukupno 541 dijagnozu (Blashfield i sur., 2014: 32). Mnoga su stanja podložna daljnjim istraživanjima, što znači da će broj dijagnoza u budućnosti rasti.⁷⁹ Namjera ovog poglavlja je vrlo sažeto predstaviti trenutačno važeće i klasificirane poremećaje.

Neurorazvojni poremećaji obično se prvi put dijagnosticiraju u ranoj razvojnoj fazi. Razvojni nedostaci uzrokuju oštećenja u nekoj nekom aspektu funkcioniranja osobe, bilo to društvene, akademske ili profesionalne prirode. U ove poremećaje spada poremećaj spektra autizma⁸⁰ koji je specifično opisan kao stanje u kojem postoje trajni nedostaci u društvenoj interakciji. Dijagnostički kriteriji za ovaj poremećaj mogu biti ispunjeni temeljem povijesne informacije o ponašanju. Ovaj se poremećaj može preklopiti s dijagnozom prkosnog poremećaja ili poremećaja ponašanja. Ovdje spadaju i poremećaji intelektualnog razvoja, poremećaji komunikacije, poremećaji iz autističnog spektra, motorički poremećaji, poremećaji tikova poput Touretteova sindroma, ostali neurorazvojni poremećaji i poremećaji nedostatka pažnje i hiperaktivnosti.⁸¹ Poremećajima iz spektra shizofrenije zajedničke su abnormalnosti u jednoj ili više od sedam domena: deluzije, halucinacije, poremećeno mišljenje, krajnje neorganizirano ili abnormalno motoričko ponašanje i drugi negativni simptomi⁸² (APA, 2013:

⁷⁹Neke dodane dijagnoze su: stanje sindroma atenuirane psihoze, depresivne epizode s kratkotrajnom hipomanijom, poremećaj perzistentnog žalovanja, poremećaj konzumiranja kofeina i poremećaj ovisnosti o videoigrama (APA, 2014:783, 821, 78, 789, 795).

⁸⁰ Autizam je najistraženiji dječji poremećaj čija povijest ukazuje na mnoge pogreške pri opisivanju stanja (Wolff, 2004).

⁸¹ Poremećaj deficita pažnje najčešći je neurorazvojni poremećaj koji se najčešće dijagnosticira prije sedme godine života. Učestaliji je kod dječaka, a karakteriziran je hiperaktivnošću, impulzivnošću i nedostatkom pozornosti (Jurin i Sekušak-Galešev, 2008).

⁸² Spektar shizofrenije može se dijagnosticirati kao: shizotipski poremećaj osobnosti, deluzijski poremećaj, kratki psihotični poremećaj, shizofreniformni poremećaj, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj bipolarnog ili depresivnog tipa, psihotični poremećaj izazvan tvarima ili lijekovima, psihotični poremećaj uzrokovan drugim zdravstvenim stanjem sa zabludama ili halucinacijama, katatonija povezana s drugim mentalnim poremećajem, katatonski poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja ili nespecificirani shizofreni spektar (APA, 2013: 87-123). Temeljno liječenje shizofrenije uključuje primjenu antipsihotika (Ostojić, 2017). Shizofrenija je stanje u kojem je zamjetna kronična invalidnost i dramatična epizoda. Invaliditet se može sastojati od blage nesposobnosti suočavanja s poslom ili međuljudskim odnosima do duboke nesposobnosti upravljanja svakodnevnim poslovima i brige o sebi. Deluzije misli i spoznaje često su obilježje su shizofrenije. Percepcijske halucinacije (uključujući subjektivno pogrešno tumačenje vlastitog unutarnjeg govora koje se manifestira u glasovima), kao i poremećaji emocija, motorički poremećaji, neorganizirani govor i nepovezana ili oslabljena motivacija, jesu elementi poremećaja (Chung i sur. 2007: 1). Nakon više od stoljeća i Kraepelinove dementie praecox, unatoč identifikaciji

87-123). Prema važećoj klasifikaciji (2013.) bipolarni poremećaji nalaze se između shizofrenih i drugih psihotičnih poremećaja. Stara klasifikacija bipolarnu poremećaje zajedno s depresivnim poremećajima svrstava u poremećaje raspoloženja. Ovo mjesto u novoj klasifikaciji zauzimaju zbog slične simptomatologije, obiteljske anamneze i genetike koju dijele s drugim dvjema klasama poremećaja. Bipolarni poremećaj u povijesti je shvaćen kao manično-depresivni poremećaj ili manija, dok je u 19. stoljeću opisan kao afektivna psihoza (APA, 2013: 123-155). Specifični kriterij za poremećaj koji uključuje kratko trajanje hipomanije još uvijek treba istraživati (APA, 2014: 121). Depresivni poremećaji⁸³ mogu se podijeliti na: disruptivni poremećaj regulacije raspoloženja, veliki depresivni poremećaj (uključujući veliku depresivnu epizodu), trajni depresivni poremećaj (distimija), predmenstrualni disforični poremećaj, depresivni poremećaj izazvan supstancama ili lijekovima, depresivni poremećaj uzrokovan drugim medicinskim stanjem, drugi specificirani depresivni poremećaj i nespecificirani depresivni poremećaj. U starijoj klasifikaciji depresivni se poremećaj uz bipolarni nalazi u klasi poremećaja raspoloženja, no sada je izdvojen. Trajna odrednica svih depresivnih poremećaja je prisutnost tužnog, praznog i razdražljivog raspoloženja koje prate somatske i kognitivne

nekih navodnih bioloških markera poput neurokognitivne disfunkcije ili neurokemijske abnormalnosti, etiologija, neuropatologija i patofiziologija shizofrenije i dalje ostaju nejasne (Jablenski, 2010).

⁸³ Novi poremećaj naziva predmenstrualni disforični poremećaj klasificirao se nakon opsežnih istraživanja kao poremećaj koji započinje nakon ovulacije i povlači se nekoliko dana nakon menstruacije, a pritom ima veliki utjecaj na svakodnevno funkcioniranje (APA, 2013: 155-189). Poremećaj anksioznosti uključuje one poremećaje koji mogu nastati uslijed odvajanja, selektivnog mutizma, potom specifične fobije (od životinja, prirodnog okruženja, injekcije, krvi, ozljede, strah od krvi, strah od injekcija i transfuzije, strah od ostalih oblika medicinske skrbi, strah od ozljeda, situacijski i ostalo), socijalni anksiozni poremećaj (socijalna fobija), panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, anksiozni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja te drugi specificirani i nespecificirani anksiozni poremećaj. Svim podvrstama anksioznog poremećaja zajedničko je određenje stanja pretjeranog straha ili tjeskobe. Strah je emocionalni odgovor na neposrednu prijetnju koji aktivira autoimuno uzbuđenje potrebno za borbu ili bijeg, a tjeskoba je iščekivanje buduće prijetnje. Anksiozni poremećaji pojavljuju se pretjerano ili traju nakon razvojno prikladnih razdoblja u vremenskom periodu od šest mjeseci. Osobu će dijagnosticirati kao anksioznu temeljem odluke kliničara kada on simptome ne može pripisati fiziološkim učincima tvari, lijeka ili nekog drugog zdravstvenog stanja. Anksiozni poremećaji započinju najčešće u djetinjstvu, češće kod djevojčica nego kod dječaka. U ove poremećaje spada i fobični poremećaj. Socijalna fobija javlja se u situaciji društvene interakcije i situacijama koje uključuju mogućnost promatranja dok se jede ili pije te susrete s nepoznatim ljudima. Temeljni strah koji se razvija potaknut je kognitivnom idejom o tuđoj negativnoj procjeni pa pojedinac može biti posramljen, ponižen, odbačen ili uvrijeđen. Panični poremećaj nemoguće je predvidjeti jer su to iznenadni naleti jakog straha ili nelagode, traju nekoliko minuta i praćeni su fizičkim ili kognitivnim simptomima. Panični napadi uzimaju se kao markeri i prognostički čimbenik u nizu poremećaja kao što su psihotični ili depresivni poremećaj. Generalizirani anksiozni poremećaj određen je stalnom zabrinutošću, a manifestira se kao nemir, napetost, razdražljivost, napetost mišića ili poremećaj sna. Prevalencija generaliziranog anksioznog poremećaja iznosi 2,9 posto među odraslom populacijom u SAD-u. Europska prevalencija ukazuje kako pojedinci češće pate od ovog poremećaja od pojedinaca neeuropskog podrijetla. Osim toga, pojedinci iz razvijenih zemalja češće prijavljuju poremećaj od pojedinaca iz nerazvijenih zemalja (APA, 2013: 189-235).

promjene sa značajnim utjecajem na sposobnost funkcioniranja pojedinca. Veliki depresivni poremećaj kriterijski je određen kao jasna promjena u afektu, kogniciji i neurovegetativnim funkcijama u trajanju od dva tjedna ili više, a pritom se može protumačiti je li u pitanju normalna tuga ili velika depresivna epizoda. Trajni depresivni poremećaj dijagnosticira se nakon dvije godine ili jedne godine kod djece. Opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji uključuju opsesivno-kompulzivni poremećaj (skraćeno OKP), poremećaj tjelesne dismorfije⁸⁴, poremećaj gomilanja, trihotilomaniju (poremećaj čupanja kose), poremećaj ekskoricijacije (čupanja kože), opsesivno-kompulzivni poremećaj izazvan supstancama ili lijekovima i s njim povezani poremećaj, opsesivno-kompulzivni i s njim povezani poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, kao i druge specificirane opsesivno-kompulzivne i srodne poremećaje i nespecificirane opsesivno-kompulzivne i srodne poremećaje (npr. poremećaj ponavljajućeg ponašanja usmjerenog na tijelo, opsesivna ljubomora) (APA, 2013: 235-265). Poremećaji povezani s traumom i stresom uključuju kriterij izloženosti traumatskom ili stresnom događaju. U tu bi skupinu spadali poremećaj privrženosti, poremećaj deinhirane društvene angažiranosti, posttraumatski stresni poremećaj (skraćeno PTSP), akutni stresni poremećaj i poremećaj prilagodbe. Navedeni poremećaji bliski su anksioznim i opsesivno-kompulzivnim poremećajima. U prvim poremećajima doživljeni psihološki stres može rezultirati tjeskobom, strahom, ali i ljutnjom, agresivnosti i drugi simptomima (APA, 2013: 265-291). Disocijativne poremećaje karakterizira prekid ili diskontinuitet u normalnoj integraciji svijesti, pamćenja, identiteta, emocija, percepcije tijela, reprezentacije, motoričke kontrole i ponašanja. Disocijativni simptomi mogu potencijalno poremetiti svako područje psihološkog funkcioniranja. U ove poremećaje spadaju disocijativni poremećaj identiteta, disocijativna amnezija, poremećaj depersonalizacije ili derealizacije, drugi specificirani disocijativni poremećaji i nespecificirani disocijativni poremećaji. Simptomi koji prate ove poremećaje opisani su kao nepozvano upadanje u svijest ili ponašanje s popratnim gubitcima kontinuiteta u subjektivnom iskustvu te nemogućnost kontrole mentalnih funkcija (amnezija). Prema statistici 70 % osoba koje pate od neke vrste disocijativnog poremećaja pokušalo je suicid

⁸⁴ Dismorfični poremećaj tijela i gomilanja poremećaj je kognitivnih simptoma uočavanja nedostataka u fizičkom izgledu. Poremećaj čupanja kose i čupanja kože određen je kao ponavljajuće ponašanje usmjereno na tijelo. Poremećaj gomilanja karakterizira pretjerana potreba za štednjom i skupljanjem predmeta za koje pojedinac u životnom prostoru nema dovoljno mjesta. Poremećaj čupanja kose karakteriziran je ponavljajućim čupanjem kose, a najčešće rezultira gubitkom kose. Slično je kod poremećaja čupanja kože koje rezultira kožnim lezijama (APA, 2013: 235 – 265).

(APA, 2013: 291-309). Poremećaji simptoma predstavljaju novu klasu u priručniku. Dije se na poremećaje somatskih simptoma, poremećaje tjeskobe zbog bolesti, konverzijske poremećaje (poremećaje funkcionalnih neuroloških simptoma), psihološke čimbenike koji utječu na druga medicinska stanja, lažne poremećaje, druge specifične somatske simptome i srodne poremećaje te nespecificirane somatske simptome i srodne poremećaje. Svi navedeni poremećaji obilježeni su izraženim somatskim simptomima koji su povezani sa značajnim stresom ili oštećenjem. Osoba može biti usredotočena na fizičke simptome boli ili nedostatka zraka pa je to dovodi do problema u funkcioniranju, a ti simptomi mogu i ne moraju biti povezani sa stvarnom dijagnozom bolesti (APA, 2013: 309-329). Poremećaji karakterizirani trajnim poremećajem prehrane ili ponašanjem povezanim s prehranom rezultiraju promijenjenom konzumacijom ili apsorpcijom hrane koja značajno negativno utječe na zdravlje ili psihosocijalno funkcioniranje. U priručniku su navedeni kriteriji za poremećaj preživljavanja, izbjegavanje ili restriktivan unos hrane, anoreksiju nervozu, bulimiju nervozu i poremećaj prejedanja. Svi se navedeni poremećaji razlikuju u kliničkom tijeku ishoda i potrebi liječenja. Navedeni poremećaji generiraju simptome slične ovisničkim ponašanjima, osjećaju žudnje i koriste kompulzivne obrasce. Navedena sličnost može ocrtavati uključenost istih neuralnih sustava za samokontrolu i nagradu. Iz ovih je poremećaja isključena pretilost koja se ne tretira kao duševni poremećaj jer je rezultat dugotrajnog unosa viška energije u odnosu na potrošnju i uključuje razne čimbenike, od genetskih do okolišnih. No, u priručniku stoji da su dokazane čvrste veze između pretilosti i poremećaja prejedanja, depresije te bipolarnog poremećaja i shizofrenije. Neki psihotropni lijekovi pridonose pretilosti pa tako mogu biti čimbenik za razvoj depresivnog poremećaja (APA, 2013: 329-355). Eliminacijski poremećaji podrazumijevaju neodgovarajuću eliminaciju urina ili fecesa i obično se prvi put dijagnosticiraju u djetinjstvu ili adolescenciji. Ova skupina poremećaja uključuje enurezu, opetovano mokrenje na neodgovarajućim mjestima, te enkoprezu, ponavljajuće odbacivanje izmeta na neodgovarajućim mjestima (APA, 2013: 355-361). Poremećaji budnosti ili spavanja uključuju niz poremećaja: poremećaj nesаницe, hipersomniju, narkolepsiju, poremećaje spavanja povezane s disanjem, cirkadijalne poremećaje ritma spavanja i buđenja, poremećaje nebrzih pokreta očiju (skraćeno NREM), poremećaje uzbuđenja spavanja, poremećaj noćnih mora, poremećaj ponašanja pri spavanju s brzim pokretima očiju (skraćeno REM), sindrom nemirnih nogu i poremećaj spavanja izazvan supstancama ili lijekovima. Osobe koje pate od ovih poremećaja doživljavaju dnevnu nevolju i oštećenje pa se tako često žale na kvalitetu,

trajanje ili količinu sna. Zamjetan je značajan medicinski napredak u epidemiologiji, genetici, patofiziologiji te procjeni i intervencijskim istraživanjima. Određeni su validatori izvedeni iz epidemioloških, neurobioloških i intervencijskih istraživanja pridonijeli jasnijem pristupu ovim poremećajima. Oni su često popraćeni depresijom, anksioznošću i kognitivnim promjenama. Nova klasifikacija poremećaja spavanja koristi biološke validatore za poremećaje, primjerice, pretjerane pospanosti ili narkolepsije, što ukazuje na napredak u istraživanju ovih medicinskih problema (APA, 2013: 361-423). Poremećaji seksualne disfunkcije podrazumijevaju odgođenu ejakulaciju, poremećaj erekcije, ženski poremećaj orgazma, ženski spolni interes ili poremećaj uzbuđenja, genitalno-pelvičnu bol ili poremećaj penetracije, poremećaj hipoaktivne seksualne želje kod muškaraca, preranu ejakulaciju, seksualnu disfunkciju izazvanu supstancama odnosno lijekovima te ostale specificirane i nespecificirane seksualne disfunkcije. Tijekom procjene seksualne disfunkcije uzimaju se u obzir čimbenici važni za etiologiju i liječenje, a to su: faktori partnera, čimbenici odnosa, pojedinačni čimbenici ranjivosti, psihijatrijski komorbiditeti poput depresije ili stresori poput gubitka posla, kulturni i vjerski čimbenici te neki medicinski čimbenici relevantni za prognozu, tijek i liječenje. Spolna funkcija uključuje složen odnos bioloških, sociokulturnih i psiholoških čimbenika. Etiologija spolnih poremećaja i dalje je nejasna pa se seksualna disfunkcija često uključuje u drugu dijagnozu, poput depresivnog poremećaja. Seksualna disfunkcija može rezultirati i lošim partnerskim odnosima (APA, 2013: 423-451). Rodna disforija klinički je poremećaj koji podrazumijeva da osoba proživljava tjeskobu zbog neusklađenosti između biološkog spola i rodnog identiteta. Poremećaji rodne disforije kontroverzno su polje rasprave jer su termini spola (engleski *sex*) promjenjivi tijekom vremena, stoga se u priručniku termin spola koristi u kontekstu reproduktivne sposobnosti i ne pretpostavlja raspravu o identitetu (APA, 2013: 451-461). Disruptivni poremećaji⁸⁵, poremećaji kontrole impulsa i poremećaji ponašanja uključuju stanja koja su određena nemogućnošću samokontrole emocija i ponašanja na način da krše prava drugih (APA, 2013: 451-461). Poremećaji ovisnosti⁸⁶ povezani s ovisnošću uključuju droge, alkohol, kofein, kanabis,

⁸⁵ Primjerice, osoba je agresivna i uništava tuđu imovinu, ulazi u značajan sukob s autoritetom i društvenim normama. To su oporbeni prkosni poremećaj, povremeni eksplozivni poremećaj, poremećaj ponašanja, antisocijalni poremećaj osobnosti, piromanija, kleptomanija i drugi specificirani i nespecificirani poremećaji, poremećaji kontrole impulsa i ponašanja. Zajednička odrednica ovih poremećaja su problemi u samoregulaciji emocija i ponašanja. Disruptivni poremećaji, poremećaji kontrole nagona i ponašanja pojavljuju se češće u muškaraca nego u žena te se prvi put javljaju u djetinjstvu. Važno je naglasiti da većina djece s oporbenim prkosnim ponašanjem ne razvije poremećaj ponašanja (APA, 2013: 451-461).

⁸⁶ Poremećaji ovisnosti slični su po tome što aktiviraju sustav za nagrađivanje u mozgu, a razlikuju se po farmakološkim mehanizmima pojedinih droga. Osobe s nižom razinom samokontrole češće razvijaju ove

halucinogene i druge halucinogene, inhalante, opioide, sedative, hipnotike i anksiolitike, zatim stimulanse (tvari amfetaminskog tipa, kokain i drugi stimulansi), potom duhan te druge (ili nepoznate) tvari (APA, 2013: 481-591). Neurokognitivni poremećaji grupirani su u tri potkategorije: delirij, blagi neurokognitivni poremećaj (donekle smanjena mentalna funkcija, ali zadržana je sposobnost neovisnosti i obavljanja svakodnevnih zadataka) te veliki neurokognitivni poremećaj (smanjena mentalna funkcija i gubitak sposobnosti obavljanja svakodnevnih zadataka, također se naziva demencija) (APA, 2013: 591-645). Poremećaj osobnosti⁸⁷ je trajni obrazac unutarnjeg iskustva i ponašanja koje značajno odstupa od očekivanja kulture pojedinca, prožimajuće je i nefleksibilno, počinje u adolescenciji ili ranoj odrasloj dobi, stabilno je tijekom vremena i dovodi do nevolje ili oštećenja (APA, 2013: 645-685). Parafilni poremećaji dijele se na: voajeristički poremećaj, egzibicionistički poremećaj, froterizam, seksualni mazohizam, poremećaj seksualnog sadizma, pedofilski poremećaj, fetišistički poremećaj i transvesticijski poremećaj. Navedeni poremećaji ne iscrpljuju sve moguće parafilije, ali su uvršteni u klasifikaciju zbog učestalosti i štete koju pojedinac nanosi sebi i drugima (APA, 2013: 685-707). Četiri poremećaja spadaju u klasifikaciju ostalih

poremećaje, što bi moglo ukazivati da se korijeni ovisnosti daju zamijetiti i prije samog ovisničkog ponašanja. Osim poremećaja koji uključuju droge, u ove poremećaje spada i kockanje. Iz ovisničkih ponašanja izuzete su ovisnosti o internetskim igrama, seksu, vježbanju ili kupovini jer za to ne postoje dokazi za određivanje dijagnostičkih kriterija. Poremećaji povezani s ovisnošću dijele se u dvije skupine: poremećaji ovisnosti o tvarima i poremećaji izazvani supstancama. Sljedeća stanja mogu se klasificirati kao ona koja su uzrokovana supstancama: intoksikacija, odvikavanje i drugi mentalni poremećaji izazvani supstancama ili lijekovima (psihotični poremećaji, bipolarni i srodni poremećaji, depresivni poremećaji, anksiozni poremećaji, opsesivno-kompulzivni i srodni poremećaji, poremećaji spavanja, seksualne disfunkcije, delirij i neurokognitivni poremećaji) (APA, 2013: 481-591).

⁸⁷ Primjerice, shizotipski poremećaj osobnosti odnosi se na obrazac akutne nelagode u bliskim odnosima, kognitivnu ili perceptivnu iskrivljenost i ekscentričnost ponašanja. Antisocijalni poremećaj osobnosti je obrazac nepoštivanja i kršenja prava drugih. Granični poremećaj osobnosti obrazac je nestabilnosti međuljudskih odnosa, slike o sebi i afekata te izrazite impulzivnosti. Histrionski poremećaj osobnosti je obrazac pretjerane emocionalnosti i traženja pažnje. Narcisoidni poremećaj osobnosti je obrazac grandioznosti, potrebe za divljenjem i nedostatak empatije. Izbjegavajući poremećaj osobnosti je obrazac socijalne inhibicije, osjećaja neadekvatnosti i preosjetljivost na negativnu ocjenu. Ovisni poremećaj osobnosti obrazac je podložnog i prijanjućeg ponašanja povezanog s pretjeranom potrebom pojedinca da se o njemu brine. Opsesivno-kompulzivni poremećaj osobnosti je obrazac preokupacije urednošću, perfekcionizmom i kontrolom. Promjena osobnosti zbog drugog zdravstvenog stanja je trajni poremećaj osobnosti za koji se procjenjuje da je posljedica izravnih fizioloških učinaka medicinskog stanja (npr. lezije frontalnog režnja). Drugi specificirani poremećaj osobnosti i nespecificirani poremećaj osobnosti jest kategorija predviđena za dvije situacije: 1. obrazac osobnosti pojedinca zadovoljava opće kriterije za poremećaj osobnosti, poremećaji su prisutni, ali nisu zadovoljeni kriteriji za bilo koji specifični poremećaj ličnosti ili 2. obrazac osobnosti pojedinca zadovoljava opće kriterije za poremećaj osobnosti, ali se smatra da pojedinac ima poremećaj osobnosti koji nije uključen u DSM-V klasifikaciju, npr. pasivno-agresivni poremećaj osobnosti (APA, 2013: 645-685).

duševnih poremećaja, a to su: drugi specificirani mentalni poremećaj koji uzrokuje drugo zdravstveno stanje, nespecificirani mentalni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, drugi specificirani duševni poremećaj te nespecificirani mentalni poremećaj. Značajna nevolja ili oštećenje u društvenim, profesionalnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja prevladavaju, ali ne ispunjavaju sve kriterije za bilo koji drugi mentalni poremećaj (APA, 2013: 707-709). Poremećaji kretanja inducirani lijekovima i drugi štetni učinci lijekova česti su rezultat konzumacije lijekova. Nije moguće utvrditi uzročnu vezu između izloženosti lijekovima i razvoja poremećaja kretanja.⁸⁸ Posljednje navedeni sadržaji u klasifikaciji duševnih poremećaja odnose se na druga stanja i probleme koji mogu biti u središtu kliničke pozornosti ili na drugi način mogu utjecati na dijagnozu, tijek, prognozu ili liječenje psihičkog poremećaja pacijenta, ali nisu poremećaji. To su uvjeti prikazani sa svojom odgovarajućom šifrom iz ICD-9-CM (obično V šifre) i ICD-10-CM (obično Z šifre). Ova stanja i problemi nisu duševni poremećaji. Cilj njihova uvrštavanja u DSM-V je skretanje pozornosti na opseg dodatnih problema koji bi se mogli pojaviti u rutinskoj kliničkoj praksi i pružiti sustavni popis koji bi mogao biti koristan kliničarima u dokumentiranju ovih problema (APA, 2013: 715-733).

4.5. Prikazi slučajeva iz psihijatrijske prakse

Kako bi se do sada napisano potkrijepilo stvarnim primjerima iz psihijatrijske prakse, u nastavku se navodi nekoliko slučajeva koji mogu sadržavati opis stanja ili radnu dijagnozu, ispitivanje stanja pacijenta ili sistematski pregled, dijagnozu (diferencijalnu ili moguću dijagnozu) te opis tretmana ili liječenja.

Prvi slučaj je opis anksioznog poremećaja.⁸⁹ Školski učitelj neprestano se osjeća preplašeno. Loše je koncentracije, prisutna su razdražljivost, drhtanje, preskakanje srca, vrtoglavica i suha usta. Nastavlja raditi, ali njegovi simptomi uzrokuju stres na poslu i kod kuće.

⁸⁸ Izraz neuroleptik zastarijeva jer naglašava sklonost antipsihotičkog lijeka izazivanju abnormalnih pokreta pa se u mnogim kontekstima zamjenjuje terminom antipsihotik. Ipak, izraz neuroleptik ostaje prikladan u ovom kontekstu. Iako je manje vjerojatno da će noviji antipsihotici uzrokovati neke poremećaje kretanja izazvane lijekovima, ti se poremećaji i dalje javljaju. Neuroleptici uključuju takozvane konvencionalne, „tipične“ ili antipsihotike prve generacije (npr. klorpromazin, haloperidol, flufenazin), „atipične“ ili drugu generaciju antipsihotika (npr. klopazin, risperidon, olanzapin, kvetiapin), određene lijekove koji blokiraju dopaminske receptore koji se koriste u liječenju simptoma kao što su mučnina i plinska tropareza (npr. proklorperazin, promethazin, trimetobenzamid, tietilperazin, metoklopramid) te, konačno, amoksapin koji se prodaje kao antidepresiv (APA, 2013: 709-715).

⁸⁹ Opisuje se primjer prema Wright i sur. (2010:7-8).

Negira bilo kakve probleme u vezi sa svojim stanjem i kaže da je s njim sve u redu. Priznaje da ima problem sa spavanjem. Teško mu je zaspati i ne osjeća se odmorno nakon buđenja. U braku je 15 godina i živi sa suprugom i dvama sinovima u dobi od osam i deset godina. Njegovi roditelji ne žive s njima. Nema braće i sestara. Njegovom ocu dijagnosticirana je Alzheimerova demencija. On se sjeća da je njegova majka bila zabrinuta veći dio njegovog djetinjstva. Nema prethodnu medicinsku ili psihijatrijsku povijest i ne uzima nikakve lijekove. Puši 20 cigareta dnevno i povremeno popije alkoholno piće u društvu. Nastoji sakriti svoje simptome, ali došao je liječniku jer je njegova supruga željela zatražiti pomoć. Psihijatar postavlja dijagnozu: osoba pati od generalnog anksioznog poremećaja; njegov prevladavajući simptom je osjećaj stalnog straha i nesigurnosti; ima simptome tjeskobe povezane sa samostalnim uzbuđenjem, uključujući drhtanje, preskakanje srca i suha usta. Simptomi su prisutni u većini dana duže od šest mjeseci, stalni su i ne ograničavaju se na određene situacije poput straha da će biti osramoćen u javnosti (socijalna fobija), drugih strahova (specifična fobija), napada panike ili se pak nadovezuju na opsesije (opsesivno-kompulzivni poremećaj) ili sjećanja na intenzivnu traumu (posttraumatski stresni poremećaj) (Wright i sur., 2010:7-8). Drugi slučaj je opis shizofrenog poremećaja.⁹⁰ Mlada pomoćnica u prodavaonici traži da joj se izvadi mikročip iz mozga. Kaže da joj je mikročip ugrađen u mozak prije nekoliko tjedana kako bi izvanzemaljci mogli kontrolirati njezin um. Ona već ima dijagnosticiranu paranoidnu shizofreniju. Ranije je liječena s nekoliko različitih vrsta antipsihotika. Posljednji put bila je u bolnici prije šest mjeseci i od tada često nije pila propisane lijekove. Ne postoji obiteljska povijest duševnih bolesti. Živi sa svojim roditeljima koji ju potpuno podržavaju. U adolescenciji je konzumirala kanabis gotovo svakodnevno. Uz podršku njezine zajednice i medicinsku pomoć smanjila je uporabu kanabisa. Ne pije alkohol i nema dokaza da je u psihotičnom stanju bila agresivna. Psihijatar postavlja dijagnozu; potrebno je detaljnije ispitati povijest njezina mentalnog stanja (roditelji bi u ovom slučaju posebno bili od pomoći) uz medicinsku dokumentaciju i informacije od svih koji su u posljednje vrijeme uključeni u njezinu skrb. Te bi informacije tada trebalo koristiti za procjenu prisutnosti ili odsutnosti relevantnih čimbenika rizika (Wright i dr., 2010: 105-106). Treći slučaj je opis paranoje.⁹¹ Starijem muškarcu obitelj je zabrinuta zbog njegovog nepredvidljivog ponašanja. Postaje sve je sumnjičaviji prema svim članovima obitelji, posebno prema supruzi. Misli da ga truje i više ne jede ništa što je skuhalo i ne pije ništa što mu ona da. Postao je

⁹⁰ Opisuje se primjer prema Wright i sur.(2010: 105-106).

⁹¹ Opisuje se primjer prema Wright i sur. (2010: 167-168).

agresivan, neprijateljski raspoložen, što je velika promjena jer je uvijek bio tih, nježan i pažljiv čovjek. Povećao mu se apetit i udebljao se. Spavanje mu je poremećeno. Nema psihijatrijsku povijest. Zbog plućne fibroze i otežanog disanja uzima lijekove (prednizolon), ali nema nikakvih nuspojava. Psihijatar postavlja dijagnozu. Paranoja se može pojaviti u mnogim kontekstima. Paranoja može biti dio poremećaja ličnosti s dugogodišnjim nepovjerenjem u druge ljude. Može biti dio psihotičnog poremećaja, poput trajnog zabludnog poremećaja, shizofrenije, kao dio manične ili depresivne psihoze, može biti i dio psihotičnog poremećaja izazvanog lijekovima. Najvjerojatnija dijagnoza je da su to nuspojave njegovog lijeka prednizolona koji je steroid. Ipak, diferencijalnom dijagnozom trebalo bi isključiti organsku psihozu, demenciju, depresiju i bipolarni poremećaj. Steroidi uzrokuju brojne nuspojave uključujući promjene u mentalnom zdravlju koje se primjećuju nakon nekoliko dana i mogu uključivati uzbudjenje, euforiju, hipomaniju i nesanicu. Paranoidna psihoza nije neuobičajena. Potrebno je testirati njegov sluh jer oštećenje sluha može dovesti do paranoičnih misli i osjećaja. Obitelj mu mora objasniti nuspojave steroida na mentalno zdravlje koji su mu ipak nužni zbog plućne fibroze i otežanog disanja. Neće biti moguće da ih potpuno prestane piti, ali potrebno je ustanoviti ispravnu dozu i nadgledati njegovu reakciju (Wright i dr., 2010: 167-168).

Sva tri izložena slučaja služe za bolje razumijevanje psihijatrijske prakse te se pridržavaju određenog reda u postupanju s pacijentima. Zbog uloge koju dijagnoza ima u mnogim područjima našeg života i pretpostavke da ona predstavlja istinsko zdravstveno stanje, bilo kakvo miješanje normalnih odgovora i poremećaja ne smije se shvatiti olako (Horwitz i Wakefield, 2007: 22). Svaki pojedinac koji koristi medicinske usluge trebao bi razumjeti načine na koji kliničari dolaze do dijagnoze.

4.6. Izazovi psihijatrije

Gotovo svaka kritika valjanosti dijagnosticiranja duševnog poremećaja započinje argumentom o nedostatnosti znanja o psihijatrijskim biomarkerima. Uzimajući u obzir dostupnu empiriju, može se reći da ne postoji dovoljno empirijskih znanja o psihijatrijskim biomarkerima u općenitom, predikcijskom ili dijagnostičkom smislu, kao što je tome slučaj u nekim drugim domenama medicine. Uporaba specifičnih biomarkera u takvim ili sličnim bolestima uobičajena je liječnička praksa od osamdesetih godina 20. stoljeća, a danas se prisutnost biomarkera u medicini prihvaća bez pitanja. Specifični biomarkeri (npr. za bolesti

srca i raka) omogućuju medicini pouzdane prediktore koji mogu točno predvidjeti relevantne ishode u različitim tretmanima i populacijama. Služe kao temelj poboljšanja postojećih i stvaranja novih lijekova s ciljem razumijevanja načina liječenja bolesti (Strimbu i Tavel, 2010).

Psihijatriji se stoga nalaže kompleksan, ali nužan cilj pronalaska etioloških mehanizama ili biomarkera duševnih poremećaja (Katahira i Yamashita, 2017). Za sada ih ne trebamo razumjeti kao apsolutne mjere, nego kao pomoćno sredstvo pri dijagnostici, određivanju poremećaja, praćenju bolesti i prognoza. Biomarkeri ili mjerljiva karakteristika po kojoj se može identificirati neka patologija su ipak objektivni pokazatelji zdravstvenog stanja koji mogu mjeriti točno i ponovljivo (za razliku od simptoma koji se mjere iskustvom pacijenta) ili mogu poslužiti kao empirijski usmjerivači za duševni poremećaj. Biomarkeri su poznati u slučaju neurokognitivnih poremećaja koji uključuju stečene poremećaje kliničkog nedostatka kognitivne funkcije u vidu prisutnosti oslabljene spoznaje u usporedbi s prethodno stečenom i dostignutom razinom funkcioniranja, ali se dalje raspravlja o potencijalnoj korisnosti biomarkera u vezi s dijagnozom. U poremećaju cirkadijalnog ritma spavanja i budnosti, konkretno kod vrste napredne faze spavanja, dijagnoza se može temeljiti i na cirkadijalnim biomarkerima, kao što su melatonin i ritmovi središnje tjelesne temperature koji se javljaju dva sata ranije od normalnog. Otkriveni su neki novi biomarkeri za Alzheimerovu bolest koji mogu pomoći u diferencijalnoj dijagnozi.

U recentnoj klasifikaciji duševnih poremećaja biomarkeri⁹² se spominju samo 13 puta, što može ukazati da je uspjeh biomarkera i dalje fragmentaran i temeljen na oslikavanju mozga neuropsihološkim, biološkim, biokemijskim i genetskim aspektima (Lozupone i dr., 2017). Tehnike istraživanja mozga omogućuju uvide u strukturne ili funkcionalne značajke mozga. Neuroimaging ili oslikavanje mozga je metoda snimanja mozga neinvazivnim načinom, a u te metode spadaju kompjutorizirana tomografija (CT), magnetska rezonanca (MRI), difuzijski tenzor (DTI), funkcionalna magnetska rezonancija (fMRI), pozitronska emisijska tomografija (PET) i jednofotonska emisijska kompjuterizirana tomografija (SPECT). Neka su istraživanja uspješno identificirala strukturalne abnormalnosti mozga u regijama bijele tvari. Bijelu tvar tvore živčana vlakna, a sivu tijela živčanih stanica (Pasternak, Kelly i Sydnor, 2018). Metodama oslikavanja mozga otkrivaju se specifični biološki potpisi duševnih poremećaja te se mogu otkriti promjene u mozgu i na taj ih način potvrditi kao znakove disfunkcije neuralnog kruga

⁹² Za neke je poremećaje ipak dostupna empirija. To su, primjerice, poremećaji autizma – Aspergereov sindrom, dječji dezintegrativni poremećaj i pervazivni razvojni poremećaj (Regier, Kuhl i Kupfer, 2013: 95).

koja je u osnovi duševnih poremećaja (Glannon, 2019). Drugim riječima, to su putevi koji povezuju određene strukture u mozgu živčanim vlaknima, a gdje postoji određena disfunkcija na staničnoj razini. Kada se govori o inovativnim biomakerima, oni uvelike ovise o svakodnevnim genetskim otkrićima na već mapiranom genomu. Mapiranje ljudskog genoma posljedično je utjecalo na psihijatriju (Cowan i dr., 2002). Mapiranjem se utvrdilo nekoliko važnih otkrića – genetske lokuse povezane s osjetljivošću na duševne poremećaje. Ovo istraživanje iz 1990-ih godina istaknulo je potrebu za daljnjim proučavanjem genetskih i okolišnih čimbenika koji uzrokuju poremećaj. Sada, kada je dostupna čitava sekvenca ljudskog genoma i zajedno s visokoproduktivnim sekvenciranjem DNA, mikronizovima za skeniranje cijelog genoma, napretkom u proteomici i razvojem sofisticiranijih računalnih programa za analizu podataka o sekvencama i asocijacijama, ubrzano se otkrivaju genetski temelji duševnih poremećaja.⁹³ Za shizofreniju⁹⁴ i veliki depresivni poremećaj posebno se istražuju neki od inovativnih biomarkera što će olakšati postupak dijagnoze i potpomoći u personaliziranom liječenju. Iako brojne kliničke primjene biomarkera za neuropsihijatrijske bolesti te njihova moguća uporaba za kliničku dijagnozu i prognozu nisu dosljedno dovele do boljih mjerljivih ishoda, nova istraživanja koja se baziraju na molekularnoj i staničnoj razini vjerojatno će polučiti određeni uspjeh.

4.7. Kulturološki relativizam

Osim problema biomarkera, izazovi psihijatrije okrenuti su raspravi o kulturološkom relativizmu. Novo izdanje DSM-V naglašava važnost razumijevanja konceptualnog konteksta koji utječe na učinkovitost dijagnostike i kliničke postupke (APA, 2014: 747). Pregled kulturalne konceptualizacije omogućuje sustavnu prosudbu sljedećih kategorija: kulturološkog identiteta osobe, kulturološke konceptualizacije patnje, psihosocijalnih stresora i kulturoloških obilježja osjetljivosti i otpornosti, kulturoloških obilježja odnosa između bolesnika i kliničara, ukupne kulturološke procjene te kulturoloških koncepata patnje. S obzirom na dinamične sustave kultura diljem svijeta, treba pripaziti na generalizacije ili stereotipizacije. Kulturalna

⁹³ Više u: Cowan, W. M., Kopnisky, K. L., i Hyman, S. E. (2002). The Human Genome Project and Its Impact on Psychiatry. *Annual Review of Neuroscience*, 25(1), str. 1-50.

⁹⁴ Više o postojećim krvnim biomakerima za shizofreniju u: Lai CY, Scarr E, Udawela M, Everall I, Chen WJ, Dean B. (2016). Biomarkers in schizophrenia: A focus on blood based diagnostics and theranostics. *World J Psychiatry*. 6(1): str. 102-17.

konceptualizacija koju uvodi DSM-V pruža okvir za procjenu podataka o kulturalnim obilježjima psihičkog zdravstvenog problema neke osobe i u kakvom je ona odnosu prema socijalnom i kulturološkom kontekstu i povijesti (APA, 2014: 749).

Važnost kulturološke konceptualizacije pridonosi sljedećim tezama (APA, 2014: 758-759):

- i. izbjegavanju pogrešne dijagnoze – primjerice u slučaju kada se duhovna objašnjenja pogrešno mogu razumjeti kao psihoze
- ii. dobivanju korisnih kliničkih podataka
- iii. poboljšanju saveza između kliničara i pacijenta – „govoriti jezikom bolesnika“
- iv. poboljšanju terapijske učinkovitosti – kultura utječe na psihološke mehanizme poremećaja pa tako, primjerice, specifične katastrofične kognicije mogu pridonijeti eskalaciji simptoma u panične napade
- v. usmjeravanju kliničkog istraživanja – lokalno pretpostavljene veze između kulturoloških koncepata mogu pomoći u prepoznavanju modela komorbiditeta i bioloških supstrata koji su u podlozi
- vi. boljem razumijevanju kulturološke epidemiologije – primjerice, patnja se različito razumije u različitim kulturama.

Suvremena klasifikacija također poznaje devet kulturoloških koncepata ili kulturoloških objašnjenja za patnju: *attaque de nervios*, *dhat sindrom*, *khyal cap*, *kufungisisa*, *maladi moun*, *nervios*, *shenjing shuairuo*, *susto* i *taijin kyofusho*.

Attaque de nervios ili živčani napad južnoamerički je sindrom kojemu može prethoditi stresni događaj nakon kojega osobe osjećaju srdžbu, tugu, vrućinu u prsima ili verbalnu i tjelesnu agresiju. Nejasnim ostaje odnos između *attaqueea* i nekog specifičnog duševnog simptoma, a to može biti, npr., panični napad, ali i akutni odgovor na stres. *Dhat sindrom* se pojavljuje prije više od pola stoljeća, a odnosi se na seksualne probleme mladih muškaraca. *Khyal cap* ili napadi vjetra stanje je prisutno među stanovnicima Kambodže, a može se opisati kao vrtoglavica, lupanje srca ili nedostatak zraka. *Kufungisisa* u prijevodu s bantu jezika znači „preveliko razmišljanje“, a izraz je za patnju plemena iz Zimbavea ili „boli me srce jer previše razmišljam“. *Maladi moun* može se opisati kao interpersonalna zavist, odnosno patnju uzrokuje

zavist i mržnja prema onima koji posjeduju više. Nervios je izraz sličan *attaque de nervios*, a uključuju širok spektar emocionalne patnje. Shenjing shuairuo na mandarinskom kineskom znači slabost živčanog sustava. Susto je sindrom prisutan među Latinomaerikancima, a odnosi se na bolest koja će uslijediti nakon zastrašujućeg događaja. Taijin kyofusho na japanskom znači poremećaj s interpersonalnim strahom u kojem je osoba, primjerice, zabrinuta zbog crvenjenja u licu (APA, 2014: 833-837).

U složenoj psihijatrijskoj praksi može se, primjerice, dogoditi da osoba ne zadovoljava klasifikaciju za poremećaj, no ipak će zahtijevati liječenje (ili obrnuto). Nova klasifikacija stoga obraća pozornost na instrumente koji mogu biti korisni u povezivanju kulturoloških podataka i njihovog transponiranja u praksu. Kulturološka identifikacija problema odnosi se na model objašnjavanja trenutnog kliničkog problema i stupanj funkcioniranja, stoga će kliničar na samome početku pitati:⁹⁵ „Što vas dovodi ovdje?“ Ukoliko ne dobije prihvatljiv detaljan odgovor na pitanje, jer osobe često interpretiraju svoje probleme na način koji se može razlikovati od jezika psihijatrijskog diskursa, nastavlja postavljati dodatna pitanja: „Katkad ljudi različito opisuju svoj problem članovima obitelji ili drugima. Kako biste njima opisali svoj problem?“ [intervju se nastavlja...] Ovdje je opisan prvi korak intervju za kulturološku konceptualizaciju koji se odvija u prvom susretu osobe koja pati s kliničarem. Upravo je kulturološka psihijatrija okrenuta otkrivanju načina na koji kultura utječe na pojedinca.

Usprkos opravdanju suvremene psihijatrije da svakome pojedincu pristupa individualno i u skladu s kulturološkim sustavima (kulturom, rasom, narodnosti), kulturni relativizam zapravo potkopava valjanost dijagnoza psihijatrijskih poremećaja (Fabrega, 1995). Opisano razumijevanje kulturoloških koncepata uvaženo u novoj klasifikaciji poremećaja (2013) okrenuto je prema prepoznavanju ključnih transkulturalnih iskustava, no nedostaje rasprava o tome što to zaista u praksi znači (Leseth, 2015). Jedan od odgovora na suočavanje s psihijatrijskim diskursom i njegovim usustavljivanjem koji nadilazi kulturološke razlike i poopćuje ljudsku patologiju ili duševnu poremećenost jest redukcionizam. Redukcionizam u psihijatriji podrazumijeva zamjenu termina duševnih poremećaja terminima neurobiologije, odnosno poremećajima mozga. Drugim riječima, događa se zamjena jedne važeće teorije zakonima druge, redukcionističke, pomoću premosnih zakona koji identificiraju element u objema razmatranim teorijama. No, uloga kulturalnih razlika u svim poljima psihijatrije na neki način predstavlja i korektiv za sve veću bezličnost i redukcionizam potaknut neurobiološkim

⁹⁵ Opisano prema APA (2014: 752).

pristupom (Fabrega, 1995). Pod teretom opravdanja predijagnosticiranja razvija se neurobiološki, odnosno genetski redukcionizam u psihijatriji. Uzrok neke pojave svodi se na jedan korijen, a čovjek se proglašava žrtvom vanjskih utjecanja (Szentmártoni, 2000). Psihijatar Horatio Fabrega će istaknuti: „Ono što je alarmantno u psihijatriji je trend prema neurobiologizaciji i medicinskom redukcionizmu. Konstruiranje psihijatrijskih pojava isključivo u pogledu visokospecifičnih i objektiviranih protokola dijagnoze i liječenja zasigurno pojačava medicinske korijene i relevantnost psihijatrije te osigurava položaj za psihijatriju unutar medicinske zajednice“ (Fabrega, 1995: 377-382). Fabrega nastavlja da je upravo psihijatrija ukorijenjena u specifičnu problematičnost koja treba uzeti u obzir kulturna značenja i okolnosti koje mogu spriječiti ljudsku prilagodbu (Fabrega, 1995). Drugim riječima, problem u ovome pristupu čovjekovoj svijesti jest da se putem labavog prirodoznanstvenog (objektivnog ili empirijskog) istraživanja pristupa pojedincu (Jurič, 2019). Redukcionizam apsolutizira jednu stvarnost i pretvara je u cjelinu (Vargić, 2021), što u psihijatrijskom smislu znači da ona potpuno prelazi u medicinsku domenu.

Osim navedenog, redukcionizam ni samoj psihijatriji ne osigurava budućnost jer „u doba sve većeg etničkog pluralizma i socijalne polarizacije posebno je potrebna psihijatrija koja je sigurno utemeljena na povijesno određenoj kulturnoj domeni i koja učinkovito koristi sve svoje reprezentativne znanosti“ (Fabrega, 1995: 377-382). Kanadski profesor Ian Gold (2009) analizirajući doktrinu redukcije u psihijatriji zaključuje da ne treba vjerovati kako će se psihijatrijska teorija uskoro svesti na neuroznanosti ili genetiku. Gold pogrešnim vidi vjerovanje psihijatrijske struke da će redukcionizam u psihijatriji pridonijeti detaljnijem tumačenju duševne bolesti pa posljedično poboljšati liječenje jer će pojašnjenje nekog psihijatrijskog stanja uvijek trebati ovisiti o drugim antropološkim ili psihološkim pojašnjenjima koji su skladu s čovjekovom sveobuhvatnošću. Gold pojašnjava da redukcija u psihijatrijskom kontekstu može imati pejorativno značenje. Općenito, nazivanje nekoga stajališta redukcionističkim može značiti da je usko, determinirano, da zanemaruje važnost ljudske osobe i individualnosti te da je povezano s propisivanjem lijekova ili čak lažno predstavlja duševnu bolest. S druge strane, Gold uviđa lakoću kojom psihijatrija odmiče od psihologije pred autoritetom neuroznanosti, odnosno molekularne biologije. Takvo tumačenje sigurno pridonosi općem opravdanju uporabe psihofarmakologije jer se u tom slučaju liječi patologija. Gold ukazuje: „Prvo, morali bi postojati nekakvi psihijatrijski zakoni koji povezuju, na primjer, traumu u ranom životu s kasnijom depresijom ili tip osobnosti s psihozom ili štogod.

Tada bi se morali formulirati zakoni mosta koji bi povezali elemente psihijatrijske teorije s elementima biologije. Na primjer, kad bi učenje imalo objašnjavajuću ulogu u psihijatrijskoj teoriji, mogli bismo formulirati zakon premošćivanja da je učenje u tom i tom obliku identično dugoročnom potenciranju (engl. *long term potentiation*). Nakon što bi se formulirali potrebni zakoni premošćivanja, psihijatrija bi se mogla svesti na biologiju ukoliko bi se zakoni psihijatrije mogli izvesti iz zakona premošćivanja zajedno s nekim dijelom biologije“ (Gold, 2009: 507). No, usprkos ovoj dobro objašnjenjanoj teorijskoj mogućnosti, opisani slučaj danas je malo vjerojatan ili pak takva znanstvena stvarnost još nije moguća. Kada postane moguća, trebat će razriješiti nejasnoću događa li se psihijatrijski redukcionizam s obzirom na neuroznanosti ili genetiku. Gold u zaključku navodi: „Biološka teorija duševnih bolesti nešto je što bismo mogli iskreno poželjeti; međutim, to još nije znanstvena stvarnost. A ako psihijatri ne mogu razlikovati želje od stvarnosti, tko može?“ (Gold, 2009: 510). Neuroznanost, prema tome, treba sagledavati kao dio drugih znanosti koje objašnjavaju psihološke fenomene. Gold zaključuje da „u ovom trenutku nemamo razloga misliti da će kognitivna neuroznanost djelovati kao redukcijaska teorija za psihijatriju“ (Gold, 2009: 510). Najbolje objašnjenje za zauzimanje skepticizma naspram redukcionizmu Gold nudi na primjeru depresije za koju se pretpostavlja uzrokovanje u neadekvatnoj neurotransmisiji monoamina. Argumentira da takvo redukcionističko sagledavanje depresije ne govori gotovo ništa o depresiji samoj. Gold koristi analogiju sa automobilom tvrdeći da „spoznaja da nedostatak plina sprečava vožnju automobila ne govori vam ništa o tome zašto je plin potreban ili što motor radi s njim. Isto vrijedi i za hipotezu o monoaminu: ona nam ne govori ništa o tome što je depresija ili kako smanjena neurotransmisija do nje dovodi.“ (Gold, 2009: 511). Ilustrirani primjer dovodi do argumenta za skepticizam u pogledu redukcionizma pa se može sažeti sljedeće: svaka biološka teorija zahtijeva opis funkcije; teorije o globalnoj funkciji – što mozak radi u životu životinje – pripadaju psihološkim znanostima, stoga se nijedno objašnjenje uma trenutačno ne može smanjiti bez gubitka. Psihijatriji su stoga potrebni bolje objašnjeni koncepti, poboljšanje postojeće teorije koja neće počivati isključivo na biološkim terminima (Gold, 2009: 511).

4.8. Zaključna razmatranja

Dokazi nekih psihijatrijskih istraživanja koji pokazuju povezanost između određenih psihijatrijskih poremećaja relevantan su temelj za razvoj psihijatrijske nozologije. No, usprkos

tome, brojna istraživanja u psihijatriji zapravo daju slabe rezultate. Izvjesno je da će se u budućnosti pojaviti novi pravci koji će nekom novom neuropsihoterapijskom metodom dijagnoze poboljšati zabrinjavajuću svakodnevnu praksu dijagnosticiranja poremećaja za stanja za koja se ne može tvrditi da stvarni poremećaji ili samo prolazni problemi. Prema Montgomeryu (2006) „Dva i pol tisućljeća znanstvenih otkrića – uključujući napredak posljednja dva i pol desetljeća — nisu promijenili praktičnu racionalnost medicine. Bez obzira na to koliko je znanost čvrsta ili precizna ili kakva je tehnologija koju liječnici rabe, klinička medicina ostaje interpretativna praksa“ (Montgomery, 2006:5). Nadalje, na listu *Dijagnostičkog i statističkog priručnika* u petom izdanju dodani su neki novi duševni poremećaji, poput gomilanja predmeta ili ovisnosti o internetu. Svjetska zdravstvena organizacija 2022. godine u svom izvješću o duševnom zdravlju iznosi statističke podatke koji govore u prilog rastućoj pojavi problema duševnog zdravlja na svjetskoj razini. Godine 2019. milijardu osoba u svjetskoj populaciji živjelo je s duševnim poremećajem.⁹⁶ Suvremno doba određeno je novim brzim stilovima života koji uslijed manjka vremena za uspostavu kvalitetnog dijaloga između osobe i psihijatra rezultiraju pribjegavanju instantnim farmakološkim rješenjima. Ozdravljenje ili skrb tako postaje trenutak gutanja pilule. U sljedećem poglavlju zalazi se u prostor filozofskih rasprava o pitanju duševnog zdravlja. Osim što će se predstaviti neke temeljne rasprave, iznijet će se i neka antipsihijatrijska uvjerenja koja su potaknula rasprave filozofije psihijatrije.

⁹⁶ World Health Organization (2022). Global Health Estimates 2021: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019. Geneva. World Health Organization.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. (pristupljeno 12.3.2022.)

5. O nekim raspravama iz filozofije psihijatrije

5.1. Uvod

U prethodnom poglavlju iznesene su dijagnostičke klasifikacije duševnih poremećaja koje se razvijaju napretkom znanstvenih područja i djelomično se temelje na etiološki prepoznatim osnovama. U njemu su tek spomenuti neki izazovi suvremene psihijatrije koje u budućnosti treba razriješiti u praksi kako bi njezini rezultati mogli biti mjerljivi, a samim time i objektivni. Iskustva su pokazala da se psihijatrija ne može oslanjati samo na dijagnoze koje će opisivati simptome (na tzv. deskriptivnoj psihopatologiji), a kulturološke razlike također ukazuju na moguće pogreške u dijagnozi. Deskriptivna psihijatrija, dakle, bilježi simptome duševnih bolesti, a postupak se sastoji od vokabulara, sintakse, pretpostavki o prirodi ponašanja i nekim pravilima primjene (Berrios, 1996: 15). U ovome poglavlju predstaviti će se i proširiti temeljne rasprave iz filozofije psihijatrije. Poglavlje započinje konceptualizacijom pojmova zdravlja i bolesti te se problematizira definicija duševnog poremećaja. Drugi dio poglavlja posvećen je antipsihijatrijskom pokretu čiji su teorijske i praktične ideje, iako ponekad radikalne, zaslužne za začetak osvještenijeg ulaska u odnos psihijatar – bolesnik (ili pacijent) koji započinje krajem 20. stoljeća raspravom čije je ishodište Foucaultova studija o ludilu (1961).

Filozofija kao humanistička znanost od antike proučava pojave u društvu čijim tumačenjem osigurava bolje perspektive i rješenja u svim domenama praktičnog življenja. Takav je pothvat na svjetskoj razini uvelike lakši zahvaljujući osnutku *Svjetske mreže stručnjaka filozofije i psihijatrije* koja nastaje na poticaj filozofa Billa Fulforda, Johna Sadlera i Giovannija Stanghellinija. Praksa ove mreže je njegovati raznolikosti u kulturološkim i etničkim tradicijama diljem svijeta u domeni duševnog zdravlja. Godine 2003. pokreću seriju knjiga pod nazivom *Međunarodne perspektive u filozofiji i psihijatriji (International Perspectives in Philosophy and Psychiatry)*⁹⁷ koja do sada uključuje više od pedeset svezaka koji tematiziraju najvažnije domene suvremene rasprave iz filozofije psihijatrije. Zahvaljujući osnutku *Svjetske mreže stručnjaka filozofije i psihijatrije* takav je pothvat na svjetskoj razini uvelike lakši. Filozofija se stoga kao humanistička znanost s pravom postavlja kao spona

⁹⁷ Oxford University Press (n.d.) *International Perspectives in Philosophy and Psychiatry*. Oxford University Press. <https://global.oup.com/academic/content/series/i/international-perspectives-in-philosophy-and-psychiatry-ipp/?cc=hr&lang=en&>.

između medicinskih definicija i praktičnih implikacija zdravlja ili bolesti u stvarnosti. Filozofskim tumačenjem problema psihijatrije osiguravaju se nove perspektive, ali i rješenja u domeni praktičnog življenja. Suvremena filozofija psihijatrije kontinuirano istražuje mogućnosti pružanja akuratne definicije duševnog poremećaja. Odgovoriti na pitanje konceptualizacije ne samo duševnog poremećaja, nego i drugih medicinskih stanja utječe na svakodnevnu medicinsku praksu. Još je prije više od sto godina filozof fenomenolog Karl Jaspers prvi podsjetio na važnost zajedničkog rada filozofije i psihijatrije: „Filozofija, dakle, otvara prostor u kojem se zbiva sve znanje, u kojem ono stječe mjeru i granicu, a tlo na kojem se može održati i prelaziti u praksu dobiva sadržaj i značenje“ (Jaspers, 2015: 729).

Rasprava u filozofiji psihijatrije pretpostavlja nekoliko osnovnih pitanja⁹⁸, a to su pitanja konceptualne analize simptoma, kategorizacije, neurobioloških modela i fakultetske „disekcije“. Pitanja konceptualne analize pokušavaju pronaći odgovor o točnim značenjima simptoma. Pitanja kategorizacije smještaju poremećaj u kategoriju pa odgovaraju na problem sistematizacije i nastoje pronaći odgovore koji će objasniti poremećaje temeljem fizičkih i mehaničkih procesa, potencijalno isključujući kategoriju subjektivnosti osobnog iskustva. Takvo shvaćanje generira neke probleme moralne prirode poput zanemarivanja subjektivnog iskustva osobe koja pati od poremećaja. Pitanja neurobiološkog procesa fokusirana su na istraživanje opravdanosti (metafizičke i eksplanatorne) prioriteta neurobiologije nad drugim znanostima. Takvo popularno gledište naziva se neuralni preferencijalizam. Suprotno gledište je metodološki ekumenizam koje tvrdi da neurobiološki procesi izravno (neposredno) uzrokuju shizofreniju (i duševne poremećaje) pa stoga imaju uzročnu privilegiju u razumijevaju shizofrenije (Chung, Fulford i Graham, 2007: 4). Pitanja fakultetske disekcije sva su ona filozofska pitanja koja se mogu smjestiti u neke osnovne discipline poput epistemologije ili etike, stoga se postavlja pitanje o pouzdanosti spoznaje ili moralnih problema nad duševnim zdravljem (Chung, Fulford i Graham, 2007). Ovo će se poglavljia ponajviše baviti odgovorima na posljednje pitanje fakultetske disekcije jer su teme koje se bave klasifikacijom i kategorizacijom duševnih poremećaja predstavljene u drugom i trećem poglavlju ovoga rada.

⁹⁸ Navedena pitanja preuzeta su iz rada *Introduction: on reconceiving schizophrenia* (Chung, Fulford i Graham, 2007) u kojemu autori navode ova četiri problema što su privukla pozornost filozofa koji se vole „hrvati“ s mješavinom pojmovnih i empirijskih nedoumica – za što je najbolji primjer shizofrenija (Chung, Fulford i Graham, 2007).

5.2. Razmatranja koncepata zdravlja i bolesti

Pojmове zdravlja i bolesti teško je precizno i jasno definirati, ne samo zato što uključuju vrijednosne sudove, nego i zato što su djelomično metaforični izrazi i nedostižni jer uključuju složene koncepte poput cjelovitosti ili iscjeljenja (Boyd, 2000). Precizno definiranje koncepata bolesti, poremećaja ili drugih sličnih stanja češće će zanimati filozofe, sociologe, pravnike, psihologe i druge mislioce društveno-humanističkih područja⁹⁹ nego medicinare (Spitzer, Endicott i Micouland Franchi, 2018). Filozof Robert Hare (1990) u svojoj će poznatoj raspravi o zdravlju istaknuti da mnoga važna pitanja praktične prirode ovise o razumijevanju pojma zdravlja.¹⁰⁰ Hare će započeti svoju raspravu dvojbom je li zdravlje čisto deskriptivan, djelomično evaluacijski ili normativan koncept, a na koncu će zaključiti da pojam zdravlja podrazumijeva evaluacijsku komponentu (Hare, 1986). Hare će isto tako upozoriti da se ne mogu sva stanja koja se liječe smatrati bolestima jer postoje i neka loša stanja poput ozljeda ili ranjavanja koja zapravo nisu bolesti.¹⁰¹ Filozof Christopher Boorse će, suprotno Hareovoj definiciji zdravlja, sugerirati tzv. vrijednosno isključujuću definiciju duševnog zdravlja. To znači da je znanost o zdravlju bez vrijednosti moguća (Boorse, 1976).¹⁰²

⁹⁹ Primjerice, ovdje se mogu navesti neke od velikih umjetničkih vizija ili opusa povezanih sa zdravljem: Van Gogh (psihička bolest), Kahlo (trajni invaliditet) ili Dostojevski (epilepsija) (Gosić i Krznar, 2016).

¹⁰⁰ Robert Hare razvio je znanstveni alat za mjerenje psihopatije, Psychopathy checklist revised. Za više o problemu klasifikacije i psihopatije pogledati: Brzović, Z. i sur. (2016). Problem klasifikacije u filozofiji psihijatrije: slučaj psihopatije, *Prolegomena*, 15(1), str. 21–41.

¹⁰¹ O tome Hare piše: „Ukoliko me ugriže pas i odem liječniku, nisam bolestan (pretpostavljajući da pas nije bio bijesan). Isto vrijedi i ukoliko me udari kamion (pretpostavljajući da sam prebrodio stanje šoka i trebam samo nekoliko šavova). No, ukoliko sam zaražen virusom, smatra se da sam bolestan. Zašto se zaraze virusima smatraju bolestima, dok napadi većih životinja ili udar motornog vozila to nisu? Radi li se samo o pitanju veličine ili pak nevidljivosti? Vjerujem da liječnici sve crijevne viroze, kao i one uzrokovane glistama, smatraju bolestima, iako postoje i precizniji izrazi, poput „zaraze“. Ukoliko imam trakavicu ili gvinejsku glistu (koje su prilično velike), jesam li bolestan? Stvara li razliku to što je crv vidljiv, ali njegove ličinke nisu? Je li razlika pak u činjenici da se crv, unatoč tome što je u nekim slučajevima naposljetku vidljiv, na neki način nalazi u tijelu pacijenta dok se kreće, a psi i kamioni, kao i uši i buhe čija se najezda ne smatra bolestima, uvijek se nalaze izvan tijela? Mora li bolest biti nešto unutar tijela i na koji točno način? Neke kožne bolesti, poput svraba, nazivaju se tako iako se organizmi koji ih uzrokuju nalaze u koži i ne prodiru u tijelo. Oni doista prodiru u kožu, ali to čini i crv ihneumona koji prodire i u tijelo. Je li razlika između ovih crva i grinje svraba jedino u veličini ili pak u vidljivosti? Je li možda naša konceptualna klasifikacija ovih termina nastala prije nego što smo dobili spoznaje o uzrocima bolesti koje posjedujemo danas? Iako je danas uz pomoć mikroskopa moguće vidjeti viruse i bakterije, bolesti koje oni uzrokuju definirane su prije toga. S druge strane, pse uvijek možemo vidjeti. Tako možda koristimo termin „bolest“ za stanja čiji uzrok nije bio vidljiv prije izuma mikroskopa. Ipak, treba napomenuti da za klasificiranje određenog stanja kao bolesti nije potrebno znati njegov uzrok, primjerice u slučaju raka“ (Hare, 1986: 178).

¹⁰² Valja napomenuti da se u anglosaksonskoj tradiciji razlikuju pojmovi „illness“ i „disease“ koje predlaže Boorse. Profesori Luca Malatesti i Luka Jurjako (2016) u svome članku *Vrijednost u psihijatriji i pojam mentalne bolesti*

Promjenjivost koncepata bolesti i zdravlja ovisi o mogućnostima i dostupnim medicinskim istraživačkim tehnikama, dijagnostičkim sposobnostima dijagnostičara i mnogim drugim za liječenje bitnim sastavnicama. Različita određenja bolesti uobičajeno su dijelom medicinske povijesti. Primjerice, osteoporoza¹⁰³ se tek potkraj 20. stoljeća klasificira kao bolest, dok je tijekom povijesti tretirana kao normalno stanje starije osobe (Schapira i Schapira, 1992). Poznati primjer promjene znanstvene paradigme je i brisanje homoseksualnosti iz klasifikacije duševnog poremećaja 1990. godine (Scully, 2004). Potom, dječji autizam do 1980. godine nije postojao u obliku medicinske dijagnoze (Davidson i Neale, 1999: 9), a mnoge će novije humanističke perspektive psihijatrije autizam promatrati kao identitet, a ne kao poremećaj pa će mu pristupiti isključivo bihevioralnom terapijom (Stošić, 2009). Nadalje, problematika konceptualizacije bolesti dodatno se komplicira kada neka stanja klasificirana kao bolest podrazumijevaju poželjno stanje. To pokazuje slučaj plemena u Južnoj Americi u kojem je bolest diskromične spiroketoze, odnosno obojane mrlje na koži, toliko rasprostranjena da je prihvaćena kao normalno, ali i poželjno stanje (Hare, 1986: 175). Prema tome, čini se opravdanim nazive bolesti razumjeti samo kao sredstva kojima se na prikladan način donosi i izriče trenutačno važeći zaključak dijagnostičkog procesa, a koji može imati različite implikacije (Scadding, 1988).

Opća medicina bolest definira kao „poremećaj normalnih odnosa u organizmu sa specifičnim uzrokom i prepoznatljivim simptomima i znakovima. Nastaje kao reakcija organizma na različite unutarnje ili vanjske štetne činitelje.“¹⁰⁴ U filozofiji psihijatrije poznata su dva pravca koji oblikuju razumijevanje bolesti, odnosno zdravlja. Prvi, naturalizam (koji se može razumjeti kao medicinski model), pojmove zdravlja i bolesti promatra vrijednosno neutralno, a drugi, normativizam, vrijednosno opterećeno (Malatesti i Jurjako, 2016). Ova dva

pojašnjavaju prijevod engleskih termina na hrvatski jezik. „Disease“ prevode kao patologiju, a „illness“ kao bolest te ukazuju na temeljno razlikovanje stanja. Bolest ili „illness“ odnosi se na patološko stanje i vrijednosno je opterećen pojam, dok je „disease“ stanje koje ukazuje na neku vrstu „evolucijske nepodobnosti organizma da obavlja svoju funkciju“ i vrijednosno je neopterećen. Autori nastavljaju: „Pozivanjem na sposobnost i nesposobnost svakodnevnoga funkcioniranja osobe priznaje se da pojam bolesti (eng. *illness*), osim objektivne ili znanstveno-činjenične podloge (koja se odnosi na biološku patologiju), ima značajnu vrijednosnu dimenziju“ (Malatesti i Jurjako, 2016: 158).

¹⁰³ Osteoporoza je multifaktorski poremećaj povezan s niskom koštanom masom i povećanom krhkošću kostura. Iako najčešće prevladava u starijih žena, neki muškarci također su izloženi visokom riziku (Rosen, 2020).

¹⁰⁴ Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje (n.d.) Bolest. <http://www.enciklopedija.hr/Natuknica.aspx?ID=8525>. (pristupljeno 26. 1. 2023.)

suprotna stava poznata su i kao pravac filozofije naturalizma (koja se temelji na znanstvenoj teoriji o ljudskoj biologiji) te filozofije konstruktivizma (koja se temelji na ljudskim prosudbama o nepoželjnosti nekog ponašanja koje uključuje normativni kriterij) (Murphy, 2020).

Naturalizam je pozicija koja naglašava utemeljenje koncepta bolesti na biološkim teorijama, a ne na razinama apstrakcije koja uključuje normu. Prema naturalizmu koncepti zdravlja i poremećaja uglavnom su vođeni objektivnim prirodnim kategorijama, odnosno kategorijama koje postoje neovisno o našim vrijednostima i interesima: pretpostavljaju biološku funkciju ili disfunkciju. Općenito govoreći, naturalisti tvrde da vrijednosti i norme ne određuju što je poremećaj ili disfunkcija, nego to čini priroda (stoga je, čini se, čitava povijest psihijatrije pogrešna). Normativizam će koncepte zdravlja i bolesti vezati uz društvene vrijednosti i norme. Štoviše, tvrdit će da prosudbe o duševnom zdravlju nastaju usporedno s osnovama neke praktične korisnosti, bilo društvene ili političke (Varga, 2017). Hibridna pozicija, koja je karakteristična za mnoge suvremene autore filozofske psihijatrije, razumije bolest kao prirodni pojam s normativnim konotacijama. Zadatak filozofa je kritički analizirati teorijski smisao bolesti kroz prizmu medicine i utvrditi postoji li unutar medicinske discipline konzistentan, specifičan i operativan koncept (Lemoine, 2013). Prema recentnoj definiciji zdravlje se definira kao „stanje potpunog tjelesnog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti.¹⁰⁵“ Filozofi će upravo ovakvoj definiciji prigovoriti uporabu riječi „potpuno“ i pogrešnim ustvrditi da se koristi kao apsolutna objektivna mjera jer se ne može znanstveno odrediti. Istraživanje definicija zdravlja i bolesti važno je zbog epistemičke jasnoće, ali i zato jer u sebi nosi moralnu vrijednost (Reiss i Ankeny, 2022). Drugim riječima, moglo bi se reći da je za ljude važno točno, precizno i pouzdano odrediti zdravlje i bolest.

Suvremena rasprava o duševnom zdravlju dat će prednost uporabi pojma poremećaj, a ne bolest jer termin ne pretpostavlja disfunkciju organizma na temelju fizičke prirode (Spitzer, Endicott i Micoulaud Franchi, 2018). Duševni poremećaji, za razliku od drugih fizičkih bolesti, manifestiraju se u najvećoj mjeri psihološkim simptomima (Gert, Culver i Clouser, 2006: 165). Identifikacija onih stanja u kojima se ne referiramo na fizičke (odnosno genetske, biokemijske ili fiziološke procese) nego na psihološke simptome odvija se putem jezične komunikacije. U takvoj interpretativnoj praksi češće je nemoguće postići širi teorijski konsenzus pa se čini

¹⁰⁵ World Health Organization (n.d.). World Health Organization. <https://www.who.int/> (pristupljeno 27. 10. 2022.)

opravdanom primjedba da se „duboke kontroverze nad duševnim zdravljem čine neizbježnima“ (Boorse, 1976: 61). Osnovno pitanje rasprave o duševnom zdravlju „Mogu li se duševni poremećaji uopće uspoređivati s poremećajima opće medicine i po čemu je psihijatrijska klasifikacija različita od klasifikacije organskih bolesti?“ (Horwitz, 2021) zahtijeva opsežnu (i kompliciranu) filozofsku raspravu. Moderna medicina zauzet će nešto jednostavniji stav da mnogo toga duševnog postoji u tjelesnom i obrnuto.

Tijekom vremena formirale su se različite definicije duševnog poremećaja, a svaka je izazvala zanimanje i kritike filozofa psihijatrije.

Tablica 7. Definicije poremećaja u posljednjim trima izdanjima DSM-a

	poremećaj je značajan bihevioralni ili psihološki sindrom:
DSM-III	1. povezan s nevoljom (distresom) ili oštećenjem u jednom ili više važnih područja funkcioniranja (invaliditet)
DSM-IV	2. povezan s prisutnom tjeskobom (npr. bolnim simptomom), invaliditetom (tj. oštećenjem jednog ili više važnih područja funkcioniranja) ili sa značajno povećanim rizikom od smrti, boli, invaliditeta ili značajnim gubitkom slobode – disfunkcijom pojedinca koja nije kulturno odobren odgovor (smrt voljene osobe) ili devijantnim ponašanjem
DSM-V	3. poremećaj u kogniciji, regulaciji emocija ili ponašanju pojedinca koji odražava disfunkciju u psihološkim, biološkim ili razvojnim procesima, a koji su u pozadini mentalnog funkcioniranja; poremećaj je povezan sa stresom ili nesposobnošću – disfunkcijom pojedinca (nije gubitak osobe ili drugi kulturološki uzrok)

Izvor: izradila autorica prema APA, 1952, 1996, 2013.

Christopher Boorse duševni poremećaj definira terminima biološke funkcije i statističke normalnosti (Boorse, 1977). Normalnost podrazumijeva prosjek za opću populaciju pa je stoga zdravlje normalna funkcija za preživljavanje i reprodukciju, a svaka je disfunkcija neka vrsta odklona od normalne funkcije. Boorseova teorija izgleda ovako: 1. referentna klasa je prirodna klasa organizama jedinstvenog funkcionalnog dizajna (dob skupine, spol i vrsta), 2. normalna

funkcija dijela ili procesa unutar članova referentne klase njegov je statistički tipičan doprinos njihovom individualnom preživljavanju i reprodukciji, 3. bolest je vrsta unutarnjeg stanja koje je ili oštećenje normalne funkcionalne sposobnosti (smanjenje jedne ili više funkcionalnih sposobnosti ispod tipične učinkovitosti ili ograničenje funkcionalne sposobnosti uzrokovano čimbenicima iz okoliša), dakle 4. zdravlje je odsutnost bolesti (Kingma, 2013: 368). Mnoge su kritike ove teorije usmjerena na nejasnu uporabu referentne klase (odnosno prirodne klase organizama jedinstvene po dobi, spolu i vrsti) jer se za važeću klasu može proizvoljno postaviti bilo koja skupina. Ako kao referentnu klasu postavimo „osobe s ADHD-om“ ispada da je statistički normalna funkcija „imati ADHD“, zaključit će Kingma (Kingma, 2013).

Nadalje, Jerome Wakefield tvrdi da je poremećaj štetna disfunkcija, odnosno neuspjeh mehanizma da obavlja prirodnu evolucijsku funkciju (Wakefield, 1992). Tvrdnja počiva na definiciji poremećaja iz DSM-III (poremećaj je povezan s nevoljom ili oštećenjem u jednom ili više važnih područja funkcioniranja), odnosno poremećaj definira kao klinički značajan uzorak povezan ili s nevoljom ili oštećenjem (engl. *unexpected distress or disability*) u jednom ili više važnih područja funkcioniranja (APA, 1996: 6).¹⁰⁶ Na koncu, motiviran nepostojanjem prihvatljivog odgovora i odgovarajuće analize poremećaja, Wakefield zaključuje da pojam poremećaja mora uključivati činjeničnu komponentu (ili kriterij disfunkcije) koja ga razlikuje od drugih stanja, ali i komponentu štete (kriterij štete) koja uključuje vrijednosti (Wakefield, 1992: 381). Wakefield razlaže pojam štetne disfunkcije kao: 1. neuspjeh mehanizma u osobi da obavlja prirodnu funkciju za koju je mehanizam dizajniran te 2. vrijednosni sud da je disfunkcija nepoželjna. Na taj način konceptualizira duševni poremećaj kao štetnu disfunkciju, pri čemu je štetno vrijednosni pojam temeljen na društvenim normama, a disfunkcija je znanstveni pojam koji se odnosi na mentalni mehanizam neuspješan za obavljanje prirodne funkcije za koju ga je osmislila evolucija pa predlaže koncept koji spaja vrijednosne i znanstvene komponente (Wakefield, 1992: 373).¹⁰⁷

¹⁰⁶ Robert Spitzer i suradnici, autori prve definicije duševnog poremećaja, odlučuju se za uporabu termina štete ili nevolje nad pojmom disfunkcija jer se tako isključuju slučajevi koji su tijekom povijesti klasificirani kao poremećaji, a u kojima pojedinac ne pati i ne pokazuje nevolju. O toj se temi raspravljalo na poznatom Simpoziju 1973. godine na kojemu je sudjelovao Robert Spitzer (Stoller i sur., 1973). Tada se zaključilo da se naglasak treba staviti na ishod nekog stanja, a ne na uzrok.

¹⁰⁷ Wakefieldu će mnogi kritičari zamjeriti što njegov pristup postavlja definitivna ograničenja na ono što se legitimno smatra duševnim poremećajem, a mora uključivati kao nužno stanje neuspjeh prirodne funkcije (Bolton, 2013), no prihvatit će što se pojam funkcije temelji na evolucijskoj teoriji jer „ako je poremećaj doista štetan, odnosno disfunkcija, evolucijska povijest pruža nearbitrarno i naturalističko proširenje za koncept disfunkcije“ (Kingma, 2013: 372).

Oba tumačenja, Wakefieldovo i Boorseovo, pretpostavljaju poznate filozofske teorijske pravce u potrazi za konceptualizacijom duševnog poremećaja u suvremenoj filozofiji psihijatrije. Usprkos tome, mnogi će suvremeni filozofi smatrati da navedene definicije zbog mogućih prigovora ne zadovoljavaju kriterije valjanosti i objektivnosti upravo zato što sadrže vrijednosni element koji bi se u medicini trebao izbjegavati.¹⁰⁸

Može se reći da je u suvremenoj filozofiji psihijatrije i dalje aktualna potraga za akuratnom definicijom duševnog poremećaja koja je važna zbog mnogih praktičnih razloga. Primjerice, važno je znati koja bi dijagnoza trebala ili ne bi trebala biti uključena u klasifikacije, odvojiti područja odgovornosti medicinskog sustava od ostalih društvenih sustava, izbjegavati opasne medikalizacije društvenih problema, razlikovati patološko od normalnog, identificirati stanja koja kao rezultat svojih negativnih posljedica implicitno pozivaju psihijatre na djelovanje, identificirati slučajeve koji opravdavaju društveno priznanje prikladnosti uloge bolesnika, razumjeti koje situacije mogu spriječiti pravnu pripisivost, izbjegavati lažno pozitivne rezultate i druge povezane probleme kao što su prekomjerna medikalizacija, nepotrebno označavanje i izgubljeni resursi (Telles-Correia, Saraiva i Gonçalves, 2018).

5.3. Relativizam u psihijatriji

5.3.1. Slučaj lažnih pacijenata

Rasprava o psihijatrijskim dijagnozama često je obilježena njihovim relativizmom jer se dijagnostički kriteriji razlikuju ovisno o kulturnim i društvenim kontekstima. Ovaj relativizam izaziva varijacije u tome što se smatra normom ili patologijom, što otežava postizanje univerzalnosti u dijagnosticiranju. Slučaj lažnih pacijenata psihologa Davida Rosenhana poznati je primjer¹⁰⁹ koji služi dokazivanju relativnosti u dijagnostičkoj prosudbi u psihijatriji. Rosenhan je u psihijatrijske bolnice odaslao lažne pacijente bez povijesti psihijatrijskih bolesti. Tzv. „lažni pacijenti“ prijavili su da čuju glasove nakon čega su gotovo svi dobili dijagnozu shizofrenije, a potom su i farmakološki liječeni. Rosenhan (1973) u istraživanju *On being sane in insane places* iznosi: „Jasno je da ne možemo razlikovati zdrave

¹⁰⁸ U filozofiji se razlikuje nekoliko vrsta definicija koje služe različitim funkcijama i razlikuju se temeljem kriterija naspram kojega se procjenjuje definicija. Deskriptivne definicije navode značenje i primjerene su postojećoj uporabi (Gupta, 2021). Svaka filozofska konceptualna analiza zapravo je istraživanje deskriptivne definicije za neki termin.

¹⁰⁹ Ovaj je pokušaj opovrgavanja objektivnosti psihijatrijskih dijagnoza, u literaturi, proglašen neetičnim eksperimentom.

od ludih u psihijatrijskim bolnicama“ (Rosenhan, 1973: 237), čime ukazuje na ozbiljne nedostatke psihijatrijskog dijagnosticiranja.

5.3.2. Kulturološki kontekst

Psihijatrijske dijagnoze mogu biti raznolike: neke daju negativne informacije koje isključuju određene uzroke, neke daju približne ili disjunktivne informacije o rasponu mogućih uzročnih procesa, a neke pružaju uzročne informacije o odnosima između samih simptoma. Stoga se može reći da dijagnostičko objašnjenje u psihijatriji zaostaje za esencijalističkim idealom u kojem dijagnoza specificira uzročnu patologiju koja uzrokuje simptome (Maung, 2016). U prethodnom poglavlju ukazalo se kako moderne psihijatrijske dijagnoze trebaju uključivati mnoge podatke raznih varijabli.¹¹⁰ Sve te informacije utječu na valjanost postavljene dijagnoze. S ciljem izbjegavanja pogrešnog dijagnosticiranja i smanjenja mogućnosti relativizma nova klasifikacija duševnih poremećaja, za razliku od svojih prethodnica, naglašava važnost kulturološkog konteksta za dijagnostičku prosudbu i kliničke postupke te daje jasne upute za prikupljanje podataka (APA, 2014: 749-759). Cilj tzv. prvog koraka koji bi „nedvosmisleno trebao biti prepoznavanje toga da kulturološke neusklađenosti imaju jednako važnu ulogu u definiciji duševnog poremećaja kao i neprilagođena ponašanja te naknadna funkcionalna neadekvatnost“ (Alarcón, 2009: 136) jest rasvijetliti trenutačni klinički problem: značenje, izvore pomoći i očekivanja. Psihijatar pritom može koristiti alate poput polustrukturiranog intervjua¹¹¹ koji pomaže u slučajevima značajnih kulturoloških razlika između kliničara i osobe. Kulturološki relativizam podržava relativnost u psihijatriji

¹¹⁰ U prethodnom poglavlju ukazalo se kako moderne psihijatrijske dijagnoze trebaju uključivati podatke kulturalnih varijabli (jezik, vjeru, duhovnost, norme, spol, seksualnu orijentaciju, tradiciju, uvjerenja, povijest migracija i stupanj akulturacije), obiteljskih varijabli (povijesne i osobne informacije o obitelji, mikrokulturne i mikrookolišne čimbenike poput hijerarhije, vrijednosnih sudova, prehrane, interakcije i obrazaca traženja pomoći) te druge patogene i patoplastične činjenice (samo oblikovanje stava prema bolesti). Potonje se odnosi na identifikaciju okolišnih patogenih čimbenika koji obuhvaćaju obitelj, društveno-političke strukture, javnost, školske norme i slično te na jedinstvenost ekspresije simptoma, odnosno na narativnu komponentu koja uključuje upotrebene termine, riječi i općenito kontekst u transakciji informacija između pacijenta i kliničara, ali i obitelji (Maung, 2016). Do svih se informacija dolazi putem strukturiranog kliničkog intervjua.

¹¹¹ Intervju se sastoji od 16 pitanja (APA, 2014: 751) koja se koriste u slučaju teškoća u dijagnostičkoj prosudbi koje su posljedica značajnih kulturoloških razlika između kliničara i osobe, nesigurnosti oko prikladnosti kriterija i specifičnih simptoma kulture, teškoća u procjeni težine bolesti ili oštećenja, neslaganja o tijeku skrbi i ograničenog pridržavanje uputa za liječenje. Razlikovanje pojave simptoma, pažljivo prikupljanje verbalnog opisa stvarnosti koju osoba daje u odnosu s onom koja ju okružuje i dalje je ključni element ovog dijela evaluacije.

naglašavajući da se razumijevanje i dijagnostika duševnih poremećaja razlikuju ovisno o kulturnim kontekstima.

5.3.3. Nevaljane, ali korisne dijagnoze

Filozofi psihijatrije naglasiti će razlikovanje valjanosti¹¹² i korisnosti psihijatrijskih dijagnoza. Dijagnoze mogu biti valjane u filozofskom smislu samo ako su poremećaji entiteti s prirodnim granicama koje ih odvajaju od drugih poremećaja (Kendell i Jablensky, 2003: 4) dok korisne mogu biti u slučaju da pojedinca lišavaju patnje ili boli. S obzirom da ne postoji dovoljan broj dokaza za odvajanje poremećaja prirodnim granicama kao što je slučaj s drugim medicinskim bolestima, može se ustvrditi da su dijagnoze češće korisne negoli valjane. Slično tvrdi njemački psihijatar Manfred Lütz (2009) koji za dijagnoze tvrdi da su „više-manje korisni opisi različitih fenomena“ (Lütz, 2009:45).

5.3.4. Multidijagnoza ili dijagnoza većeg broja poremećaja

Dodatni problem koji potvrđuje relativnost u psihijatriji predstavlja novija klinička praksa s normom dijagnoze više poremećaja koja se razvija slijedom novih znanstvenih otkrića. Novija znanstvena otkrića proučavaju zajedničku gensku arhitekturu za određene poremećaje pa spoznaje ukazuju na potrebu za drugačijem shvaćanjem poremećaja. Poremećaji, dakle, imaju određenu jaku povezanost. Zajedničku strukturu imaju poremećaji poput shizofrenije i bipolarnog poremećaja te anoreksije nervoze i opsesivno-kompulzivnog poremećaja. Kako dosadašnja klinička praksa nije ukazivala na povezanost poremećaja, a istraživanje je pokazalo da je 70 % gena povezanih sa shizofrenijom povezano i s bipolarnim poremećajem, izgledno je da će budućnost psihijatrije biti okrenuta postavljanu multidijagnoza i tako istovremeno

¹¹² Filozof Philippe Larroulet bavi se konceptima valjanosti te argumentira da ne postoji nešto što možemo nazvati bezuvjetna valjanost. Autor valjano mjerenje definira kao mjerenje koje dovodi do ispravne tvrdnje koja je ključna za postizanje nekog cilja zbog kojega se mjerenje i provodi. Naglašava važnost specifičnog istraživačkog konteksta u kojemu se pretpostavlja cilj samog istraživanja. Konačno, autor sugerira da griješimo u postavljanu pitanja poput: Kada su istraživanja o depresiji valjana? te ga izmjenjuje: U kojim nam specifičnim uvjetima mjerenja ankete o depresiji mogu omogućiti daljnje zaključke? (Larroulet, 2021)

izmijeniti staru klasifikaciju duševnih poremećaja te donijeti nove paradigme uporabe farmakoterapije (Grotzinger, Mallard i Nivard, 2022).¹¹³

Opisana promjenjivost u definiranju i liječenju duševnih poremećaja, izneseni slučaj lažnih pacijenata, kulturološki kontekst, nevaljane ili neobjektivne dijagnoze te multidijagnoza dovele su do povijesnog razvoja ali i suvremno prisutne ideje o antipsihijatriji.

5.4. Antipsihijatrija

Antipsihijatrijski pokret¹¹⁴ zajednički je naziv za skupinu autora koji dijele slična uvjerenja o psihijatriji. David Rosenhan (1929. – 2012.) propituje valjanost psihijatrijskih dijagnoza na koje utječe kontekst i očekivanja dijagnostičara (Rosenhan, 1975). Ronald David Laing (1927. – 1989.) bavi se novim terapijskim načinima liječenja ukazujući kako se dijagnoza postavlja na lažnoj epistemologiji o bolesti, a ludilo je samo razuman odgovor na nerazuman svijet (Laing, 1960). Ervin Goffman (1922. – 1982.) propituje odnos između zatvorenika i institucije u koju je smješten: zatvor, vojni logor, dom za starije osobe ili bolnica za duševne bolesnike (Goffman, 1961). Thomas Szasz (1920. – 2012.) negira postojanje duševnog poremećaja (Szasz, 1961).

Opći antipsihijatrijski stavovi mogu se sažeti na sljedeći način: um nije tjelesni organ, stoga ne može biti bolestan; znanstvena metoda ne može objasniti subjektivne abnormalnosti duševnog poremećaja jer se ne može izravno promatrati; duševni poremećaj najbolje se može objasniti društvenim, etičkim ili političkim čimbenicima; etiketa „bolestan“ koju društvo pridaje pojedincima umjetna je konstrukcija kojom se održava stabilnost pred izazovima; konačno, lijekovi i hospitalizacija, prema ovoj perspektivi, štetni su za pojedinca koji se na taj način liječi (Sempleu i Smyth, 2013: 24). Razvojem antipsihijatrijskog pokreta 60-ih godina Foucaultova će studija zadobiti status najvažnijeg antipsihijatrijskog djela koje se u tom kontekstu čita i danas. Foucault će s mnogim antipsihijatrima prijateljevati te će prihvatiti „novi

¹¹³ Djelomičan prijevod članka na mrežnim stranicama Psihijatrijske bolnice Vrapče u prijevodu dr. med. Damira Mulca pod naslovom *Više dijagnoza su norma u psihijatriji*. <https://bolnica-vrapce.hr/vise-dijagnoza-su-norma-u-psihijatriji/>.

¹¹⁴ David Cooper ranih šezdesetih godina stvorio je „riječ koja sebe nagriza dok je čovjek piše“ i „bijedni i beskrajno iskrvljeni izraz“ – antipsihijatrija (Cooper, 1986: 114, 107). Cooper razlikuje pojmove antipsihijatrija i ne-psihijatrija. Prvi se odnosi na „ukidanje svih psihotehnoških metoda nadgledanja i nadzora“, a drugi na opću ideju da su duševni poremećaji moralno kontekstualizirani fenomeni i stoga nisu prihvatljivi kao činjenice (Cooper, 1986: 115).

status“ što ga njegova studija dobiva u antipsihijatrijskom kontekstu. Foucault Davida Coopera¹¹⁵ poziva na Collège de France 1974., podržava prijevode radova Thomas Szasza na francuski jezik i sudjeluje u grupi koja kritizira talijansku psihijatriju podržavajući tako Franca Basagliu (Eribon, 2014). U svojim predavanjima spominjat će Basagliu, Coopera, Lainga i Szasza (Foucault, 1989: 51,56). Nakon i za vrijeme pojave antipsihijatrijskog pokreta Foucault će se u predavanjima na Collège de France vraćati temama ludila (1974. – 1975.). Psihijatar je, utvrdit će autor, osoba zadužena za proizvodnju istine o bolesti koja se odvija u bolničkom prostoru, a ludilo je nastalo kada je subjekt pogođen bolešću diskvalificiran kao lud gubeći pritom moć i znanje o svojoj bolesti (Foucault, 1989: 52, 56). Ovaj put opisat će ludilo kao abnormalnost koja se tijekom povijesti formirala temeljem triju elemenata: ljudskog čudovišta koje kombinira nemoguće i zabranjeno, a završava kao opasni pojedinac, ličnosti koju treba popraviti jer izmiče zakonima i normalnome te onanista koji se pojavljuje s novim značenjima tijela (Foucault: 1989: 1-71). Foucault će istaknuti problem načina na koji je moć psihijatra implicirana u istinu onoga što autoritet izgovara (Foucault,1989:51). Predavanje o psihijatrijskoj moći započet će ukazivanjem da ludilo ne postoji prije 18. stoljeća, ono je postojalo samo kao mašta. O tome piše: „Postoji bez sumnje izvjesna povijesna korelacija između dviju činjenica: prije 18. stoljeća ludilo nije bilo sistemski internirano i bilo je, u biti, smatrano nekim oblikom zablude ili iluzije. Još se početkom klasičnog doba smatralo da ludilo pripada svjetskim iluzijama, maštanjima: ono je moglo živjeti među njima i nije ga trebalo od njih odvajati, osim kada je poprimalo ekstremne i opasne oblike“ (Foucault, 1989: 47). Razložit će da je antipsihijatrija usmjerena protiv dvaju oblika depsihijatrizacije, procesa koje razumije kao konzervatore moći jer: 1. poništavaju proizvodnju istine i 2. pokušavaju izjednačiti proizvodnju istine i medicinsku moć (Foucault,1989: 54). Depsihijatrizacija se odvija u dvama procesima. Prvi je pitijatizam (liječenje sugestijom) onda kada se u izbjegavanju teatralnosti bolest svodi na striktnu realnost kao podobnost za teatraliziranje. Foucault će tome nadjenuti ime pasterizacija psihijatrije, što je postupak pretjeranog pojednostavljivanja u povezivanju dijagnoza i terapija u kojoj se bolest više ne očituje u svojoj istini (Foucault, 1989: 52-53). Drugi proces, suprotan upravo opisanom, „pojačava proizvodnju ludila u njegovoj istini“ (Foucault, 1989: 53). Ludilo se formiralo kroz psihijatrijsku instituciju ne kao izraz dobre volje

¹¹⁵ Cooper će opisati ludilo kao duboko uznemirujuće ponašanje koje, usprkos tome što je neshvatljivo, treba biti primljeno i rašireno u društvu kao rušilački izvor stvaralaštva i prirodnosti, a ne kao oboljenje (Cooper, 1986: 107). Svojevrsnu inspiraciju pronaći će u Foucaultovoj studiji o ludilu citirajući Foucaulta u svojim brojnim radovima.

prema bolesti, nego kao izraz kontrole (Foucault, 1980: 58). Zato je period zatvaranja koji utamničuje razvratnike, očeve raspikuće, zabludjele sinove, bogohulnike, ljude koji „teže da se otkače“ i raskalašene (Foucault, 1980: 74) period *velikog zatvaranja* koje u onim istim prostorima nekadašnjih bolnica za gubavce zatvara siromahe, skitnice, kažnjenike, ali i one pomućena uma. Foucault nastavlja: „S potpuno novim značenjem i u kulturi koja se veoma razlikuje oblici će i dalje postojati – pogotovo onaj glavni oblik strogog razdvajanja kakvo je sačinjavalo isključenje iz društva, ali ponovno ujedinjenje u duhu“ (Foucault, 1980: 18). Foucaultov prikaz psihijatrije može se sažeti na nekoliko teza: ciljevi psihijatra nisu oduvijek bili humani; cilj je zapravo kontrola društva, liječenje ludila nema glavnu ulogu u društvu, protekcija društva je primarna (strah od luđaka), ludilo ovisi o povijesnom kontekstu i psihijatrija je rođena kada se otkrilo da je ludilo psihička, a ne fizička bolest. Stavovi antipsihijatarata naslanjati će se na neke Foucaultove teze, a dijeliti će opći stav o odbacivanju medicinskog modela duševnog poremećaja i naglašavati potrebu za humanizacijom psihijatrije

Svojevremeno će antipsihijatrijska grupa uživati veliku popularnost europske znanstvene, društvene i političke scene, a njezini će se tvorcima zvati Che Guevarama psihijatrije (Wall, 2018: 127). Međutim, neke će progresivne ideje, kao što je otvaranje antibolnica poput Ville 21, završiti neuspjehom. Takve će skupine biti zamišljene kao prototipi malih autonomnih zajednica u kojima ne postoji hijerarhija liječnik – pacijent (Cooper, 1980: 95 – 117). Druga takva antibolnica, Kingsley Hall, poznatija kao azil za shizofrene u Engleskoj nastala s ciljem smještanja pojedinca u tolerantan otvoren terapijski habitus, zatvorena je nakon nekoliko godina postojanja.

Iako antipsihijatri nisu izvojevali akademsku pobjedu, značajno su potaknuli promišljanje o humanijem liječenju pojedinaca i vratili psihijatriju bliže pinelovskoj revoluciji koja je ipak (unatoč Foucaultovoj kritici) počivala na humanijem pristupu pojedincu koji pati od poremećaja. Mnogi će autori osporiti važnost ovog pokreta, no označiti ideje nevažnima znači prvenstveno zaboraviti da psihijatrija često ugrožava autonomiju pojedinca prisilnom hospitalizacijom ili joj šteti farmakološkim liječenjem. Može se reći da je glavna i zaključna ideja pokreta bila „konačno kročiti izvan duševne bolnice u zajednicu“ (Cooper, 1980: 117).

Najpoznatija antipsihijatrijska ideja o duševnom poremećaju kao mitu upozorava psihijatriju na učinjene propuste, a stvorio ju je američki psihijatar Thomas Szasz. Szasz svoj *Mit o duševnoj bolesti* započinje jasno artikuliranim ciljem: odgovoriti na pitanje postoji li uopće duševna bolest. Szasz piše: „Moj cilj u ovome eseju je postaviti pitanje *Postoji li nešto*

poput duševne bolesti? i tvrditi da ne postoji. Budući da je pojam duševne bolesti danas iznimno raširen, čini se da bi bilo posebno indicirano istražiti načine na koje se koristi ovaj pojam. Duševna bolest, naravno, nije doslovno „stvar“ ili fizički objekt i stoga može „postojati“ samo na način na koji postoje drugi teorijski koncepti. Ipak, poznate teorije imaju naviku predstavljati se, prije ili kasnije – barem onima koji počnu vjerovati u njih – kao „objektivne istine“ ili „činjenice“ (Szasz, 1961). Szaszova argumentacija može sažeti na sljedeći način:

1. duševne bolesti definirane su terminima bihevioralnih i psiholoških devijacija ili odstupanja od etičkih, psiholoških ili pravnih (te možemo dodati i epistemičkih) normi. Stoga, može se reći da su duševne bolesti karakterizirane terminima odstupanja od određenih standarda koji imaju društvenu vrijednost;
2. tjelesni su poremećaji odstupanja od „objektivnih“ normi (koje se odnose na anatomiju i fiziologiju ljudskog tijela uključujući mozak) koja ne ovise o etičkim, pravnim ili psihološkim normama te su stoga neovisna od društvenih vrijednosti;
3. s obzirom na to da su fizički poremećaji odstupanja od objektivnih normi, oni jedini predstavljaju prave bolesti;
4. duševne bolesti ne mogu postojati kao takve (neke su samo životni problemi, dok su druge zapravo fizička oštećenja mozga) (Malatesti i Jurjako, 2016: 156).

Prema Szazu duševna bolest jest mit jer umovi nisu fizički objekti i prema tome nisu podložni fizičkim bolestima u medicinskom smislu (Thorne, 1966). Bolesti podrazumijevaju jasno definirane činjenične norme strukturalnog i funkcionalnog integriteta ljudskog tijela. Duševna bolest ne postoji, ali postoje stanja poput problema življenja ili bolesti fizičkog oštećenja mozga. Szasz će o tome reći: „Duševne bolesti su bolesti samo u prijenosnom smislu koje stoje u odnosu prema tjelesnim bolestima kao loši ili kritizirani televizijski programi prema pokvarenim televizijskim prijemnicima“ (Szasz, 1978: 5).¹¹⁶

Sljedeća važna figura škotski je psihijatar Ronald David Laing¹¹⁷ poznat po svojoj metodi (1960) slobodnog liječenja shizofrenije. Shizofrenija je, prema Laingu, društveno

¹¹⁶ Iako Szasz brani naturalistički stav u pogledu duševnih poremećaja, suvremeni kritičari ukazat će da postoje značajni suvremeni pokazatelji da se prirodne disfunkcije ne mogu svesti na abnormalnosti u strukturalnoj i fizikalno-kemijskoj strukturi tijela ili mozga (Sadler, 2013).

¹¹⁷ Manje poznata knjiga naslovljena *Činjenice života* Laingov je autobiografski osvrt koji potiče čitaoca da obavi „sličnu meditaciju nad bitnim etapama vlastitog života“. Više u: Laing (1985) *Činjenice života*. Beograd: Prosveta.

razumljivija od onoga kako je psihijatrijski označena simptomima i znakovima. Laing zajedno s kolegom Aaronom Estersonom prvobitno istražuje obitelji čiji su članovi dijagnosticirani kao shizofreni, o čemu pišu studiju *Sanity, madness and the family* (1964) u kojoj predstavljaju rezultate istraživanja dinamike u obiteljima shizofrenih osoba. Zaključuju kako je iskustvo unaprijed dijagnosticiranih shizofreničara značajno društveno razumljivije od pretpostavljenih psihijatrijskih opisa (Laing i Esterson, 1970: 26). Drugim riječima, u kontekstu u kojima se odvijaju poremećaji, oni predstavljaju društveni događaj, a ne patologiju. Budući da proučavanje shizofrenije nije dokazivo patološkim anatomskim nalazima *post mortem*, ne postoje organske strukturne promjene zabilježene tijekom bolesti pa se ovaj poremećaj ne može povezati s bolestima. Takvo stanje obično nema štetne učinke na fizičko zdravlje. Ova pet godina duga studija provedena na jedanaest obitelji osigurala je uvjerenje da shizofrenija nije biokemijska, neurofiziološka ili psihološka činjenica te stoga treba biti liječena – neliječenjem ili bez utjecaja psihoterapeuta. Psihijatrija toga vremena nije iznijela uvjerljive dokaze o razlikama između zdravih i bolesnih osoba po pitanju shizofrenije (Laing i Esterson, 1970: 17). Stoga se svaka dijagnoza postavlja na lažnoj epistemologiji. Ako je to slučaj, onda je razložno ne intervenirati u regulaciju ponašanja osoba s nekom vrstom unutarnjeg nemira. Laingova djela u cjelini podrazumijevaju tri ključne teme¹¹⁸: kritiku psihijatrijskih praksi od nastanka koje se temelje na antisubjektivnosti i pozitivizmu, suprotstavljanje navedenim pozicijama drugačijim pristupom koji je fenomenološko- egzistencijalistički te zagovaranje novog pristupa ukazivanjem na otkrivateljske aspekte psihotičnog iskustva.

U svom prvom djelu *Divided self*, egzistencijalnoj studiji zdravlja i ludila (koju kasnije, 1961., nastavlja u *Self and others*), Laing se bavi skrivenim smislenostima naizgled besmislenog ili iracionalnog ponašanja. Drugim riječima, proučavajući shizofrene pojedince analizira kako neki besmislen simptom može biti dekodiran (Fulford, Thornton i Graham, 2006). Pionirski cilj njegove studije je „prikazati egzistencijalnim terminima, na jednostavnom engleskom, neki oblik ludila“ (Laing, 1960: 9). Laing shizofreničara prikazuje egzistencijalno – fenomenološkom analizom umjesto kliničkom i patopsihološkom. Vrijednost njegova pokušaja očituje se u nastojanju da opiše cjelovitu prirodu čovjekova doživljaja sebe u svijetu

¹¹⁸ Teme iznosi Dušan Kecmanović u predgovoru izdanja Laing, R. D. (1977) *Podijeljena ja; Politika doživljaja*. Beograd: Nolit: xvi – xvii. Laing u svojim radovima ludilo opisuje različitim modelima: urotničkim, psihoanalitičkim i psihodeličnim, a pritom se uvelike koristi izvornim djelima Foucaulta i J. P. Sartrea. Za Liangove modele ludila pogledati: Mathers, J. (1969). Laing's Models of Madness. *The British Journal of Psychiatry*, 115(528), str. 1343-1344.

kojem pripada, a motivirana je težnjom da lude stvari koje govori i radi shizofrena volja ne ostanu zatvorena knjiga. Zato je potrebno razumijevanje čitavog egzistencijalnog konteksta u koji je uronjena. Djelo *Politika doživljaja* smatra se najvažnijom Laingovom knjigom u kojoj se on bavi „najantipsihijatrijskim apsketima antipsihijatrije“ (Kecmanović u: Laing, 1977: xiii). U uvodnom dijelu Laing piše: „Svi smo mi ubojice i prostitutke – bez obzira kojoj kulturi, društvu, klasi, naciji pripadali, bez obzira koliko sebe smatrali normalnima, moralnima ili zrelima. Čovječanstvo je otuđeno od svojih istinskih mogućnosti. Ovo osnovno gledište sprečava nas da jasno sagledamo normalnost u uobičajenom značenju ili ludilo takozvanog luđaka. Pa ipak, traži se nešto više od strasnog krika da je čovječnost zgažena“ (Laing, 1977: 204).

Laingov kolega i prijatelj, južnoafrički psihijatar David Cooper (1931. – 1986.), dijeli sličan stav kojemu dodaje da je shizofrenija oblik socijalne represije. Raspravljajući o zanemarenoj individualnoj autonomiji otvara londonsku antibolnicu Villu 21, prototip suvremene terapijske zajednice (Wall, 2018: 48). Villa 21 opisuje se kao mjesto gdje ljudi biraju hoće li doći i biti autentično vođeni.¹¹⁹ Paralelno s Villom 21 nastaje i druga londonska antibolnica naziva Kingsley Hall¹²⁰ koju osniva *Philadelphia Association* (Laing i Cooper), a koja počiva na vrijednostima potpune slobode pacijenata. Svi su pacijenti slobodni u svojim interakcijama s drugima, a postavlja se samo jedan temeljni zakon na kojemu počivaju sva ostala pravila: sve što nije zabranjeno jest dozvoljeno (Wall, 2018: 72). Cooper budućnost psihijatrije vidi izvan strogih institucija, ističe potrebu poštivanja individualne autonomije i jedinstvenog iskustva. Cooper romantizira ludilo i priziva ga kao otetu stvarnost naših snova i naše smrti pozivajući nas na povratak unatrag tako da ludilo postane kreativnost i spontanost u transformiranom društvu.¹²¹ Ludilo o kojem Cooper piše posjeduje svatko od nas (Chapman,

¹¹⁹ Cooper, D. (1965). The Anti-Hospital: An Experiment in Psychiatry. *New Society*, 3 May, 11-16, str. 16.

¹²⁰ Kingsley Hall je zatvoren 1970. godine. U ljeto 1971. Laing odlazi na Cejlon i posvećuje se budističkoj meditaciji. Period rada u Kingsley Hallu zahvaća pet godina (1965. – 1970.). U to vrijeme nastaju Laingova djela *Politika doživljaja* (1967.) i *Politika porodice* (1969.). Obje bolnice, Villa 21 i Kingsley Hall, bile su eksperimentalne terapeutske zajednice koje su vodili antipsihijatri navodno prema istim principima – demistificiranju i destrukuiranju institucionalnih uloga s ciljem olakšavanja stvarne ljudske interakcije između pojedinaca (Wall, 2018: 82).

¹²¹ Suvremenu ideju o filozofskom ludilu kao poželjnom stanju daje filozof Wouter Kusters koji sam iskustveno spoznaje ludilo. Kusters iz prvoga lica govori o iskustvu ludila koje nastupa nakon pretjeranog filozofiranja ili kada određeni filozofski stav dovodi do psihotične prakse. Prema tome, dosljedno filozofiranje rezultira zbunjenošću, paradoksima, nesvjetovnim uvidima koji u mnogočemu mogu podsjećati na ludilo. Ludilo je tako postprodukt pokušaja teških i dubokih interpretacija svijeta i života u kojemu živimo. Autor predlaže i novi sinonim za ludilo naziva „filohoza“ opisujući ga kao stanje slično psihozi u kojoj se javljaju deluzije i halucinacije.

2017). Cooperova antipsihijatrija, termin koji je samostalno skovao, vrijedan je pokušaj humanizacije i brisanja strogog razdvajanja između pojedinaca i terapeuta ili poremećenog i psihijatra.

Suvremeni društveni teoretičar, kanadsko-američki sociolog Erwin Goffman, općenito govoreći, psihijatrijsku instituciju vidi kao nadzornu metodu u kojoj pojedinac, osim što je etiketiran, trpi pogrešne načine liječenja koji ga još više smještaju u poziciju poremećenog. Goffman provodi vrijeme u bolnici Svete Elizabete u Washingtonu i osobno iskustvo koristi u svojoj studiji *Asylums*¹²² iz 1961. gdje iznosi konceptualne kritike institucije i stigme. Goffman zagovara deinstitucionalizaciju duševnih bolesnika koji su nepravedno stigmatizirani prvenstveno jer takva metoda uskraćuje pacijentima najosnovnije pravo na samoizražavanje. Goffman uvodi termin totalne institucije koju definira kao instituciju u kojoj živi i radi velik broj pojedinaca sličnog položaja, a koji su određeno vremensko razdoblje odsječeni od šireg društva te vode zatvoreni, formalno upravljani oblik života (Goffman, 1961). U konačnici zaključuje da će strogi obrasci upravljanja i nadziranja stvoriti uvjete koji pospješuju ponašanja za koja će se kasnije potvrditi da su poremećena (Gambino, 2013).

Teorija označavanja američkog sociologa Thomasa Scheffa skreće pozornost na nekoliko važnih problema biološke psihijatrije (aktualnih i danas) u knjizi *Being mentally ill* (1966.) koja usprkos znanstvenim istraživanjima nudi slabe spoznaje o duševnim poremećajima koje Scheff naziva samokliničkim i intuitivnim. Scheff argumentira:

„Često zamijećen manjak psihijatrijskih formulacija je nemogućnost uključivanja društvenih procesa u dinamiku duševnih poremećaja. Iako psihijatri sve više prepoznaju važnost tih procesa, konceptualni modeli korišteni u pitanjima formulacijskog istraživanja u osnovi se dotiču pojedinačnih, a bitno manje društvenih sustava. Genetička, biokemijska i psihološka istraživanja zahtijevaju različite svakodnevne uzročnike, ali koriste slične modele – dinamičke sustave koji se nalaze unutar pojedinca.

Prema „filozofiji“ ludilo se definira kao filozofska pojavnost određena dubokom egzistencijalnom zbnjenošću osobe ili kao granica između poimanja jastva i svijeta, jezika i pojmova ili konačnosti i beskonačnosti. Autor ludilo opisuje kao neku vrstu psihoze u kojoj je izražena želja za dostizanjem apsolutne slobode. Kusters navodi razloge za vjerovanje da su sanjarenje i ludilo slične pojave. Ni u jednoj pojavi ne postoji redosljed događaja, dok prostor u kojem se pojedinac nalazi nije objektivan prostor u kojem postoji perspektiva blizine ili daljine. Autor uspoređuje snove i ludilo, a psihozu s lucidnim sanjanjem. Dodaje da se u modernom shvaćanju ludilo može poimati kao videoigra u kojoj nema izlaza; postoji mogućnost promjene, ali nikada ne postoji stvarni izlaz (Kusters, 2014: 67).

¹²² Prevedeno na hrvatski jezik kao *duševne bolnice*.

U tim istraživanjima društveni procesi se svode tek na pomoćnu ulogu jer se model usredotočuje na pojedinačne razlike umjesto na društveni sustav u koji je pojedinac uključen“ (Scheff, 1999: 17).

Scheff pokreće raspravu o štetnosti nuspojava psihoaktivnih lijekova i antidepresiva te primjećuje različite reakcije pojedinaca koji uzimaju psihoaktivne lijekove, a koji se „žale na nuspojave“ (Scheff, 1999: 9) time ističe potrebu za kontinuiranim informiranjem o nuspojavama farmakologije. Nadalje, Scheffovo pojašnjenje općenito polazi od teze da je poremećaj društveno određena kategorija, a ne nužno stvar individualnih psiholoških čimbenika.

U kontekstu uvjerenja zaslužnih za jačanje antipsihijatrijskog pokreta pažnju zaslužuje teolog i filozof hrvatskih korijena Ivan Illich (1926. – 2002.). Illich svojim utjecajnim djelom *Medicinska Nemeza* postavlja nekoliko važnih kritika, kako zapadnom industrijskom društvu, tako i autoritarnoj medicini uopće. Illich piše o opasnostima moderne medicine, kliničkoj jatrogenosti, iskorištavanju bolesnika i svim drugim, za čovjeka opasnim i neželjenim nuspojavama medicinske nemeze (Illich, 1975).

5.5. Normalnost?

Jedna od postavki antipsihijatrijskog pokreta počiva na pogrešci etiketiranje pojedinaca kao nenormalnih, poremećenih, na koncu – bolesnih. Ludilo je, prema takvom shvaćanju, umjetna tvorevina kojom se društvo služi kako bi ostalo stabilno pred izazovima. Ponekad je normalna osoba ona koja je dio većine, koja se ne izdvaja (Alexander, 1975). Nenormalnost (ili abnormalnost) u društvu se primjećuje kada se pojave obrasci i čuvstva te misli i djelovanja koja se smatraju patološkima zbog jednog ili više razloga, kao i rijetko ili neočekivano pojavljivanje, kršenje normi¹²³, osobna patnja, onesposobljenost ili teškoće u funkcioniranju (Davidson i sur., 1999). Usprkos svemu, mnogi će se autori složiti da je u području duševnog zdravlja nemoguće u potpunosti izdvojiti standarde normalnoga jer je svaki čovjek zasebno i sveobuhvatno biće (Žitko, 2013). Ipak, uvriježeno je misliti da je neko stanje izvan funkcije

¹²³ Norma je prema uobičajenom shvaćanju neki standard na osnovu kojega postavljamo određene zahtjeve ili izvodimo zaključke. Tako postoje norme mišljenja, osjećanja, ponašanja i norme znanstvenog istraživanja. Definicija preuzeta sa <https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=44095>, posjećeno 24. 10. 2022.

normalnosti ako priječi svakodnevno funkcioniranje kojemu je pridana neka vrijednost. Tako je, u nekim kulturama, normalno čuti glas pokojnika ili imati viziju umrle osobe jer je to sastavni dio vjerskog običaja, a nenormalno je to isto artikulirati u drugoj kulturi jer će biti artikulirano kao psihotični poremećaj. Moderna zapadna kultura će osobu koja će žalovati previše ili premalo označiti nenormalnom ili će njezino ponašanje barem naići na društveno neodobravanje. Doduše, osoba koja malo ili nimalo ne žaluje zbog smrti bliske osobe može biti smatrana i amoralnom, a udovac koji vremenski dulje oplakuje svoju suprugu morbidnim. U takvim slučajevima ne radi se samo o kontroli vidljivog izražavanja osjećaja, nego prije svega o unutarnjem osjećaju (Scheff, 1999: 42). Standard normalnosti ovisan je o kulturološkim razmatranjima, pa time podrazumijeva i određeno ponašanje prema prihvaćenim standardima i određenu istovjetnost s vlastitim narativnom.

Filozof Derek Bolton postavlja pitanje za koliko varijacija unutar osobe tijekom vremena ili u odnosu na druge ili na društveni standard možemo reći da je netko nenormalan ili lud, odnosno treba li stoga osoba koja se ne osjeća svoja, ne ponaša se na sebi svojstven način, ne ponaša se usporedivo s drugim ljudima zatražiti psihijatrijsku pomoć (Bolton, 2013: 436-437). Različiti odgovori na pitanje i odgovarajuća ekspertiza bit će uvjetovani načinom postavljanja problema, kako ga shvaća svijet i čovjek ponaosob. Također, različite kulture imat će svoje specifične opcije, preferencije i pristupe u procesu utvrđivanja, zaključuje Bolton (Bolton, 2013: 436-437).

Prateći povijest DSM-a pokazalo se da se i definicija poremećenog mijenja shodno novim izdanjima DSM klasifikacije pa će iz tog razloga uvijek iznova izazivati interes filozofa i drugih stručnjaka. Prva teorijska definicija duševnog poremećaja koja se temelji na dokazima, čiji je autor Robert Spitzer, u DSM-III nastaje zbog pritisaka javnosti o nejasnom smještanju kategorija temeljem nevolje ili oštećenja u funkcioniranju.¹²⁴ Pokazane problematičnosti ili nedosljednosti u kategorizaciji poremećaja dovode do konačne teze da, neovisno o vrsti, svakom duševnom poremećaju treba pristupiti oprezno, kontinuirano uzimajući u obzir neznanje o kriteriju koliko je premalo, odnosno previše nekog ponašanja da bi bilo normalno ili nenormalno (Bolton, 2013).

¹²⁴ Najpoznatiji primjer je kategorija homoseksualnosti u kojoj pojedinci ne pate i ne pokazuju nevolje u osobnoj ili društvenoj sferi.

5.6. Zaključna razmatranja

Psihijatrijske dijagnoze, ako se izuzmu duševni poremećaji organskih uzroka, većinom počivaju na deskriptivnoj fenomenologiji. Problematičnim se pokazalo u kojoj je mjeri subjektivno pacijentovo iskustvo moguće izjednačiti s objektivnim pokazateljima bolesti. Novo doba psihijatrije pokazuje naglo povećanje broja duševno poremećenih koji nose tešku stigmdu duševne bolesti. I dalje je otvoreno pitanje medikalizacije ljudskih stanja.¹²⁵ Istovremeno suvremeno doba psihijatrije naziva se „uzbudljivom erom“ koja se nalazi na svome vrhuncu uslijed nikad bržeg razvoja tretmana utemeljenog na dokazima.¹²⁶ Može se reći da je trajna odrednica psihijatrije stalno preinačavanje vlastitog jezika. U sljedećem poglavlju naslovljenom *Povratak foucaultovskom skepticizmu* razmatrat će se pitanja koja zahtijevaju analizu. Čini se da post- razmatranje psihijatrije znači ispitati što znači napredak – šutnja – oslobođenje u psihijatriji?¹²⁷

¹²⁵ Nejasne razlike ocrtavaju se u mnogim fenomenima. Uzimo kao primjer problem beskućništva gdje istraživanja o povezanosti siromaštva i duševnih poremećaja ostaju ograničena nepreciznim definicijama beskućništva i nejasnim metodama uzrokovanja (Abdul Hamid, 1994). Drugim riječima, odvija li se medikalizacija nad problemom življenja? Foucault će argumentirati da je siromaštvo ili devijantnost iznenadno prešla u bolest (Foucault, 1980). Istraživanje provedeno 1986. godine (Austin) pokazuje da na stereotipne slike duševno poremećenih beskućnika utječe nekoliko čimbenika: medikalizacija, veća vidljivost duševno poremećenih beskućnika u odnosu na beskućnike bez invaliditeta, upitne procedure koje se koriste za procjenu stanja i prenaplašena uloga deinstitutionalizacije (Snow i sur., 1986).

¹²⁶ Iz Godišnjeg izvješća odjela za psihijatriju, Oxford, poveznica: <https://www.psych.x.ac.uk/about/key-facts-and-figures-about-the-department/annual-report-2021-22> (pristupljeno 5. 12. 2022.). U 2019. godini milijardu osoba u svjetskoj populaciji živjelo je s duševnim poremećajem, od čega su 14 % adolescenti. Daljnja statistika pokazuje da je samoubojstvo uzrok 1 od 100 smrti, duševni poremećaj vodeći je uzrok invaliditeta, osobe s teškim duševnim problemima umiru u prosjeku 10 do 20 godina ranije od opće populacije, glavni uzroci depresije su seksualno zlostavljanje, dok su glavne prijetnje duševnom zdravlju rat, klimatska kriza i siromaštvo. Nadalje, depresija i anksioznost bilježe rast od 25 % od početka pandemije koronavirusa koja započinje 2019. godine, 71 % osoba s psihozom diljem svijeta ne prima nikakvu skrb, a u zemljama s visokim dohotkom samo 1/3 osoba prima adekvatnu skrb za depresiju (World Health Organization, 2022).

¹²⁷ Na slično su pitanje odgovore dali mnogi mislioci. Ugledni njemački psihijatar Manfred Lütz u svojoj knjizi *Ludilo – Liječimo pogrešne – pravi problem su normalni ljudi* (2009) iznosi zanimljive teze. Više u: Lütz, M. (2009) *Ludilo Liječimo pogrešne pravi problem su normalni ljudi*, Znanje, Zagreb.

6. Povratak foucaultovskom skepticizmu

6.1. Uvod

Filozofske refleksije o suvremenoj psihijatrijskoj praksi potaknute dosad izloženim nejasnoćama ili nedostatnostima u definiranju poremećaja, a posljedično i realizaciji takvih tumačenja, dovode do posljednjeg poglavlja ovoga rada. Tijekom povijesnog razdoblja razvoja psihijatrijske misli zamjetna je promjena, ponekad nagla, u razumijevanju onoga za što se smatra da je normalno ili poremećeno. U ovom poglavlju razmatrat će se konkretan primjer, odnosno propitati će se može li se depresija razlikovati od tuge. Drugim riječima, patologiziraju li se ponekad u psihijatrijskoj praksi normalni ljudski odgovori na životne okolnosti. Stoga je namjera istražiti problematiku medikalizacije suvremenog života posvećujući pozornost fenomenu za koji se može reći da je „poprimio status ikone“ (Horwitz i Wakefield, 2007: 25). Stanje u koje zapada čovjek tijekom povijesti, depresija ili melankolija, konačno dobiva svoje znanstveno ime – depresivni poremećaj i u suvremenoj klasifikaciji podrazumijeva simptome gubitka težine, nesanice, nemira, umora, osjećaja bezvrijednosti i dekoncentracije. Svi navedeni simptomi, da bi stanje bilo označeno depresivnim poremećajem, moraju trajati više od dva tjedna (APA, 2014). Cilj prvog dijela ovog poglavlja jest istražiti može li se pouzdano tvrditi da se depresija i tuga mogu značajno razlikovati. Mnogi će kliničari u pokušaju nalaženja tog odgovora priznati zbunjenost i krizu, pa čak i zaključiti da se u tom pokušaju razumijevanja koncepta depresije i dalje „tapka u magli“ (Sato, 2015: 313). Drugi dio poglavlja otvara jedno važno pitanje – medikalizaciju, pojavu kojom se proširuje uloga medicine na mnoga područja ljudskog života, a pretpostavlja normativni element o zdravlju i bolesti. Ideju medikalizacije donosi Ivan Illich, poznati teolog i filozof, koji u svom djelu *Medicinska nemezis* naglašava problem pretjerane uporabe farmakologije. Poglavlje se zaključuje otvorenim pitanjem o budućnosti psihijatrije koja će pouzdano odvajati životne probleme od „stvarnih“ duševnih poremećaja.

6.2. Povijest depresije

Fenomen depresije lako je pratiti putem povijesnih zapisa iako se često ne može razaznati govori li se o poremećaju antropološki, medicinski ili filozofski. Depresivno stanje uobičajen je čovjekov emocionalni odgovor na životne okolnosti. No, ukoliko traje „pretjerano“, tada će se govoriti o klasificiranom stanju ili kliničkoj depresiji.¹²⁸ Razni će osjećaji, poput beznađa, praznine, nemira i drugi, biti fokusi rasprava mnogih književnika, filozofa i društvenih teoretičara upravo zato jer su čovjeku poznati i uobičajeni. Osnovno pitanje je: kada pojavu takvih osjećaja tijekom života treba tumačiti na medikalizirani način, odnosno klasificirati kao depresiju?

Depresija je izraz koji nastaje u 19. stoljeću kada oksfordski leksikolog bogatog medicinskog znanja Samuel Johnson (1709. – 1784.) mijenja pojam melankolije¹²⁹ pojmom depresije¹³⁰. Johnsonov biograf i prijatelj James Boswell (1709. – 1784.) u biografskom djelu *Life of Samuel Johnson* (1791.) bilježi zanimljive zapise o melankoliji, a često se referira na

¹²⁸ U poglavlju o filozofskim raspravama i psihijatrijskoj konceptualizaciji spomenuti su izdvojeni kulturološki koncepti patnje od kojih bi mnogi prema simptomatologiji mogli biti svrstani u depresivni poremećaj (vidi: shat sindrom ili kufungisisa, 3. poglavlje).

¹²⁹ Foucault zaključuje kako se pojam melankolije „nije učvrstio putem neke nove znanstvene strogosti u promatranju, ni na temelju nekog otkrića u području uzroka, nego putem kvalitativnog prenošenja od uzroka sadržanog u označenom do označujućeg opažanja u djelovanju“ (Foucault, 1980: 95-96). Primjer melankolije autor koristi kako bi pokazao da „uzročni oslonac koji više neće biti fiziologija neke vlage nego patologija neke misli, neke bojazni, nekog užasa.“ Melankolija je kao svojevrсни prekid s istinom. Osamnaesto stoljeće tek ponekad poznaje znanstveno primjerenije razlike između luđaka i normalnog čovjeka. Foucault navodi primjer autopsije u kojoj se analizom utvrđuje razlika u težini modularne supstance mozga kao metode diferenciranja zdravog od bolesnog (Foucault, 1980: 104-105). Počinje se stvarati i prva klinička slika: „Ono što se opažalo kao toplina, zamišljalo kao komešanje sokova, poimalo kao napetost vlakana – od sada će se prepoznavati u neutralnoj providnosti psiholoških pojmova: pretjerana živost unutrašnjih utisaka, brzina asocijacija, nema obraćanja pažnje na vanjski svijet“ (Foucault, 1980: 106). Autor navodi pogrešku u redosljedu nastanka nekih psihijatrijskih pojmova koji u 17. stoljeću kreću od opažaja prema znanstvenoj teoriji. O tome piše: „Važno je to da ovaj pothvat nije išao od promatranja do stvaranja eksplicitnih slika, nego da su slike, potpuno suprotno tome, odigrale ulogu početne sinteze. Potom nastavlja pitanjem: U kojoj je mjeri opravdano smatrati ih duševnim bolestima ili bar kao ludilo?“ (Foucault, 1980: 112). Ovakav način viđenja lica ludila ostaje, prema autoru, dosljedan i bez izmjena do početka 18. stoljeća, a pritom se misli na fiziološke pojmove. No, iako nije vidljiv napredak ili novina u području patologije, 18. stoljeće naglo mijenja smjer i nalaže neku novu dinamiku. „Dinamika tjelesnog prostora zamijenjena je moralom senzibilitnosti“, a tada konačno i ulazi u svijet ludila. Ovdje, autor piše, treba redefinirati razvoj etapa kao: 1. dinamiku organskog i moralnog prodora, 2. fiziologiju tjelesnog jedinstva i 3. etiku živčane osjetljivosti (Foucault, 1980: 122-123).

¹³⁰ Zanimljivo, iako se u svome radu bavio duševnim poremećajima, Samuel Johnson i sam je patio od mnogih duševnih poremećaja, a u dobi od samo 20 godina stanje teške melankolije dovelo ga je do snažnog straha da će poludjeti (Murray, 2003). Johnson depresiju opisuje kao stanje koje izvlači iz kreveta dva sata prije nego želi ustati (Morrant, 1987: 201).

poznatu Burtonovu *Anatomiju melankolije* ističući da su u njoj zapisane tvrdnje velike moći. Boswellovi zapisi u obliku dijaloga između dvojice prijatelja ocrti su koji služe za razumijevanje melankolije toga vremena. Johnson predlaže da bilo kakvo umanjivanje stanja u kojemu osoba pati može dovesti do ludila, stoga savjetuje da se tijekom cijele noći, da bi se smanjila uznemirenost, treba držati upaljeno svjetlo i čitati knjigu. Johnson će opaziti da je u stanjima patnje ipak moguća kontrola uma za koju tvrdi da je „velika umjetnost, a može se uvelike postići iskustvom i uobičajenom vježbom“ (Boswell, 1953: 690). Premda stoljećima stari, ovim bi se zapisima kao uputama za prevenciju depresivnih stanja moglo poslužiti i danas.

Vrijeme u kojem je pisan Johnsonov rječnik medicinskih pojmova razlikuje ludilo od melankolije:

„Vodili smo ozbiljan razgovor o melankoliji i ludilu. Uvijek sam smatrao da ih on pogrešno zamjenjuje. Melankolija, kao kakva dovitljivost, može biti gotovo udružena s ludilom. No, po mom mišljenju, postoji jasna podjela među njima. Kada je govorio o ludilu, podrazumijevalo se da govori o onima koji su u velikoj mjeri bili poremećeni ili, kako se uobičajeno govorilo, problematičnog uma. Neki stari filozofi smatrali su da su sve devijacije nastale zbog pravog razloga zapravo ludilo“ (Boswell, 1953: 856).

Melankolija, arhaični naziv za depresiju, promjenjivog je opsega značenja. Stoga, kao heterogeni koncept zahtijeva određeni oprez. Mnogi će opisi ljudskih stanja obilježeni kao melankolija uključivati shizofreniju ili druge poremećaje, ali i druge bolesti poput epilepsije i čireva za koje je također odgovorna crna žuč. Opseg melankolije uključuje značenja koja se ponekad odnose na cjelokupnu bolest, ponekad na tugu kao specifični simbol ili simptom melankolije, a ponekad uz tugu uključuje i druge međusobno uzrokujuće simptome (malodušnost je strah zbog sadašnjosti ili budućnosti) (Horwitz i Wakefield, 2007: 54-56).

Aretaus iz Kapadokije (150. – 200.) pojašnjava melankoliju kao stanje bez uzroka, a može se razumjeti kao poremećaj u kojemu se iznenadno pojavljuju tuga, potištenost i strah. Galen (131. – 201.) definira melankoliju po uzoru na Rufusa iz Efeza, no rijetko koristi izraz melankolija jer piše o stanjima osoba koje pate od crne žuči. Melankolija je kronično stanje u kojemu su simptomi uzrokovani poremećajem humora, a može zahvatiti krv, mozak ili hipohondrijsko područje, odnosno mozak i trbuh (Clark i Rose, 2013: 60-61). U starim Galenovim zapisima predstavljena je živopisna analogija u kojoj je upotrijebio boju crne žuči

da okarakterizira strah koji je melankolik potaknuo iz vlastitog mozga umjesto straha koji bi inače bio potaknut vanjskim okolnostima. Galen će istaknuti da zbog malodušnosti takve osobe mrze svakoga koga vide, neprestano su mrzovoljni, djeluju prestravljeno, poput djece ili odraslih u najvećoj tami (Horwitz i Wakefield, 2007: 61). Perzijski filozof Avicena ili Ibn Sina (980. – 1037.) opisao je novu bolest zablude koja je prema simptomima slična melankoliji, a koju uzrokuju teže ljubavne boli. O tome piše: „Ovo je zabludna bolest, slična melankoliji. Pojedinaac je to izazvao u vlastitoj psihi svojom opsesijom, to je nadvladalo njegovu diskreciju o izgledu i karakteru. Pomoglo mu je da ostvari svoju želju ili nije. Karakteristike bolesti su šupljina očiju i njihova suhoća, nedostatak vlage osim kod plača, stalno pomicanje vjeđa i smijeh kao da vidi nešto ugodno ili čuje vesele vijesti ili šale. Psiha mu je puna otuđenosti i povučeniosti tako da ima mnogo dubokih uzdaha. Njegovo stanje se mijenja od ushićenja i smijeha do tuge i plača kada čuje ljubavnu poeziju (gazel – u književnoj teoriji te su pjesme poznate kao gazele, lirske ljubavne pjesme u distisima s refrenom), posebno kada se sjeti rastanka i udaljenosti od voljene osobe“ (Eghigian, 2010: 50-51).

Devetnaesto stoljeće u kojemu djeluje Phillip Pinel (1745. – 1826.) depresiju opisuje kao fizičku bolest. U *Traite Medico-Philosophique sur l'Alienation Mentale* (1801) Pinel razlikuje očekivano melankolični poremećaj koji nije bolest od stvarnih bolesti pa tako i utvrđuje da je uobičajeno da melankolici često izmišljaju svoje nesreće. Pinela nasljeđuje Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772. – 1840.) koji u *Des maladies mentales* (1838) melankoliju definira kao stanje tuge ili monomaniju. Monomanija se odnosi na stanje u kojem je delirij usmjeren na jednu fiksnu ideju, a može biti djelomična s veselom strašću ili kronična s iscrpljujućom strašću (Bourin, 2020).

Njemački liječnik Wilhelm Griesinger (1817. – 1868.) u svome poznatome psihijatrijskom udžbeniku (1845) depresiju definira kao hipohondriju ili sumanutu melankoliju koja, ako se ne liječi, može prijeći u maniju i demenciju (Jansson, 2011: 398). Vrlo brzo nakon Griesingerova udžbenika bit će objavljen poznati *Tukeov rječnik medicine* (1857) autora liječnika Henryja Powera koji obuhvaća 9000 medicinskih termina, a u kojemu će se depresija definirati kao „poremećaj što prati osjećaj nesreće koja je prevelika u odnosu na okolnosti u kojima se osoba nalazi“ (Telles-Correia i Marques, 2015).

Emil Kraepelin će 1899. godine u djelima *Psihijatrija* (1899) i *Uvod u kliničku psihijatriju* (1907) klasificirati depresivna stanja dijeleći ih prema trajnosti ili alternaciji. Melankolija je stanje koje podrazumijeva određene ideje o krivnji, strahu i suicidalne misli

(Telles-Correia i Marques, 2015). Kraepelin će uvesti pojam manično-depresivnog ludila, čime postavlja temelj i za današnju nozološku koncepciju depresije (Mondimore, 2005). Kraepelinov koncept velikog depresivnog poremećaja značajno je utjecao na klasifikaciju depresije u DSM-u u kojem se i dalje koristi njegova podjela na depresivne i bipolarne poremećaje (Sato, 2015: 303-304).

6.3. Depresija ili tuga?

Razumijevanju depresije može se pristupiti iz pozicije biopsihosocijalnog modela koji formulira George Engel (1977) u kontekstu novih izazova biomedicine (Engel, 1977). Prema toj poziciji razlikuju se dvije odrednice depresije: 1. medicinsko-nozološka i 2. nemedicinska odrednica. Prva odrednica može se tumačiti aspektima medicinsko-dijagnostičkog sustava, a prati se povijesnim razvojem depresije. Nozologija u tom smislu započinje melankolijom te se nastavlja do kliničke depresije, odnosno velikog depresivnog poremećaja. Medicinsko-nozološka odrednica odnosi se i na razvoj jezika i na kategorizacije koje olakšavaju dijagnostiku, istraživanje i planiranje liječenja duševnih poremećaja. Nemedicinska odrednica depresije uključuje širok raspon uzroka, poput financijskih, ali i one biološke komponente, poput neurokemijskih promjena (Sato, 2015: 307). Iako je depresija tijekom povijesti brkana s drugim stanjima, ipak je postojala trajna odrednica razlikovanja zdravog od bolesnog stanja, a to je kontekst. Razlikovanje tuge i melankolije ovisi o razlozima i stvarnim gubicima. Antički i rimski liječnici simptome koji se javljaju uslijed opravdanog konteksta ne vide kao poremećaj, nego kao normalni odgovor na životne izazove.¹³¹ Pitanje konteksta ipak pretpostavlja neke probleme pouzdanosti dijagnoze. I dandanas prisutan glavni problem vezan za dijagnostiku depresije, istaknut će mnogi kritičari psihijatrije, jesu nejasne granice između normalne ljudske tuge zbog gubitka (što je kontekst) i kliničkog poremećaja velike depresije. Depresija se danas može dijagnosticirati nakon dvotjednog razdoblja u kojemu se pojavljuje barem jedan od navedenih simptoma: depresivno raspoloženje i gubitak zanimanja ili uživanja. Depresija se može dijagnosticirati u slučaju prisutnosti pet ili više simptoma: gubitak težine, nesanica, psihomotorni nemir, umor, osjećaj bezvrijednosti i dekoncentracija (APA, 2014: 160-161).

¹³¹ Slično opisuje Wakefield (prema Kendler, 2008) u primjeru osobe koja se tijekom penjanja na planinu spotakne i ostaje visjeti iznad provalije. Ona osjeća simptome identičnima onima napadaju panike (Wakefield, 2010: 339). Kada se navedeni simptomi artikuliraju u psihijatrijskoj ordinaciji, oni poprimaju izraz poremećaja.

Suvremena psihijatrija depresiju definira kao „prisutnost tužnog, ispraznog ili razdražljivog raspoloženja praćenog somatskim i kognitivnim promjenama koje značajno utječu na funkcioniranje osobe“ (APA, 2014: 155). Depresija se počevši od kasnih 50-ih godina dijagnosticira putem Hamiltonove ljestvice procjene¹³². Ova se skala smatra pouzdanom ljestvicom procjene kojom se mjeri ozbiljnost depresivnog simptoma¹³³. Pri procjeni uzimaju se u obzir intenzitet i učestalost simptoma (Williams, 1988). Osim Hamiltonove ljestvice vremenom su razvijene i druge ljestvice za procjenu ili ispitivanje ozbiljnosti depresije. To su Beck depression inventory, Center for epidemiologic studies depression scale (CES-D), EQ 5D ili Montgomery – Asberg depression rating scale (MADRS)¹³⁴. Svaki od navedenih alata za procjenu depresije sadrži vlastiti (specifičan) pristup, a od kliničara zahtijevaju pouzdanu interpretaciju dobivenih rezultata.

Međutim, unatoč dostupnim metodama procjene stanja, granica između tuge i depresije i dalje ostaje nejasna, stoga će kritičari psihijatrije s pravom postaviti pitanje patologiziraju li psihijatri normalne odgovore na različite životne stresore.

Slučajnost u dijagnozi, a time i njezina nepouzdanost, uz nejasne granice radi li se o tuzi ili depresiji, pokušat će se ukazati na slučajevima iz stvarne kliničke prakse prilagođenima za potrebe ovoga pojašnjenja naziva *Janet* i *Hana*. Primjeri služe kako bi se pokazalo da je razlikovanje u dijagnosticiranju Janet (koja dobiva dijagnozu depresivnog poremećaja), za razliku od Hane, proizlazi jedino i samo zbog drugačijega psihijatrijskog pristupa u interpretaciji ili ozbiljnosti odrednica u njihovim životnim kontekstima.¹³⁵ Uloga slučajnosti u različitim shvaćanjima tih stanja dodatno podupire tezu da je nemoguće sa sigurnošću utvrditi radi li se o depresiji ili samo o prolaznom emocionalnom stanju.

Prvi, Janetin slučaj podsjeća na općeprisutnu životnu problematiku koja se često veže za moderno vrijeme. Uključuje neke od životnih problema poput proživljenog razvoda, nemogućnosti ili prestanak školovanja ili brigu za financijsku sigurnost. Sve to može predstavljati ozbiljne izazove. Ovaj je slučaj značajan za potrebe ovoga rada po tome što

¹³² Više u: Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression, *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 23(1), str. 56–61.

¹³³ Prva studija o pouzdanost Hamiltonove ljestvice trajala je od 1960. do 2008. godine i pokazala je da rezultati Hamiltonove ljestvice pouzdano procjenjuju depresiju. Više u: Trajković, G., Starčević, V., Latas, M., Leštarević, M., Ille, T., Bukumirić, Z., i Marinković, J. (2011). Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry research*, 189(1), str. 1–9.

¹³⁴ O ljestvicama depresije više na poveznici: <https://www.apa.org/depressionguideline/assessment>. (pristupljeno 3. 1. 2022).

¹³⁵ Slučaj je preuzet i modificiran prema Oltmanns i sur. (2012:87-101).

završava dijagnozom velikog depresivnog poremećaja iako Janet ne odlazi „po pomoć“ zbog sebe same, nego zbog poteškoća koje njezin sin ima sa spavanjem.

Drugi, Hanin¹³⁶ slučaj značajan je po tome jer se psihijatar kojemu Hana samostalno odlazi „po pomoć“ konačno ne odlučuje pripisati farmakologiju pa time ni postaviti dijagnozu velikog depresivnog poremećaja iako Hana ispunjava kriterije za dijagnozu. Da je Hana slučajno o svom problemu govorila u drugom psihijatrijskom kontekstu, vjerojatno bi, kao što je slučaj s Janet, svoje već dijagnosticirano stanje liječila farmakološkim pristupom.

Janet je žena u tridesetim godinama s dijagnozom velikog depresivnog poremećaja koja, nakon što joj se otežane životne okolnosti poboljšaju, nastavlja piti lijekove. Do takvog psihijatrijskog raspleta dolazi slučajno. Janet se prvo obraća za pomoć terapeutskoj zajednici primarno zbog toga što njezin sin Adam noćima ne uspijeva zaspati. Uslijed prikupljanja pozadinskih informacija o sinu, terapeut shvaća da se Janet već dulje vrijeme osjeća slomljeno te saznaje da je razlog tomu razvod braka. Terapeut opisuje da je Janet često na rubu suza, glas joj se slama, osjeća se tužno, ne može se razveseliti, gubi zanimanje za prijatelje, djeca su joj teret ili ima pesimističan stav. Liječenje je u ovom slučaju prvo usmjereno na razvijanje novih odnosa i proširenje uloge na način uključivanja u društvenu zajednicu. Prvi tjedan liječenja Janet pokazuje napredak nakon što se uključuje u jahački klub. No, potom Janet prima obavijest od banke u kojoj stoji da će joj oduzeti kuću zbog neplaćanja hipoteke. Janet se tek tada pojavljuju suicidalne misli, slučajno, uslijed rutinskog popravka auspuha. Nakon opaske automehaničara da je ispuštanje plina u automobilu dobar način za počinuti samoubojstvo, dobiva ideju o vlastitoj smrtnosti, ali ne i stvarnu suicidalnu potrebu. Sukladno dijagnostičkom kriteriju Janet ispunjava uvjete koji trebaju biti prisutni tijekom ista dva tjedna i predstavljaju promjenu u odnosu na ustaljeno funkcioniranje. Ti se uvjeti odnose na depresivno raspoloženje te gubitak interesa i zadovoljstva. Prisutna je i tzv. depresivna trijada koja obuhvaća negativan pogled na sebe, svijet i budućnost. Psihijatar stoga, temeljem dijagnostičkog kriterija, propisuje Prozac, lijek protiv depresije, iako Janet jasno artikulira da ne želi umrijeti, premda o tome razmišlja. Nakon tri tjedna njezino se stanje poboljšalo, nastavlja s aktivnostima, dobiva pomoć od oca i izvlači se iz financijskih problema. Janet je nakon devet mjeseci prestala pohađati individualne terapije, no još uvijek uzima antidepressive (Oltmanns i dr., 2012: 87-101). Lijek koji Janet koristi inhibira ponovnu pohranu serotonina u presinaptički živčani završetak i stoga povećava količinu serotonina dostupnog u sinaptičkoj pukotini (Oltmanns i dr., 2012: 99). Neka

¹³⁶ Slučaj je preuzet i modificiran prema Horwitz i Wakefield (2007:10).

istraživanja sugeriraju da je ovaj lijek siguran i učinkovit u liječenju depresije (Rossi, Barraco i Donda, 2004). Međutim, nuspojave lijeka su bol u oku, otežano disanje, vrtoglavica, lupanje srca i zbunjenost. U slučaju da lijek uopće ne djeluje, tada se može primijeniti elektrokonvulzivna terapija u kojoj se izazivaju kratkotrajni napadi prolaskom električne struje između dviju elektroda koje se postavljaju iznad sljepoočnica u intervalima od 48 sati i šest do osam napadaja (Oltmanns i dr., 2012: 100).

Zanimljivo je ukazati da se svaki od navedenih problema povezanih s depresijom može analizirati u kontekstu nekoliko etioloških teorija depresije sagledavajući ih prema perspektivama koje su razmatrali Oltmanns i njegovi suradnici (Oltmanns i dr., 2012: 94-98). Modeli će se razlikovati prema tome koje se značajke pripisuju poremećaju: međuljudski odnosi ili samoponižavajuće misli bit će slični jer će jednako naglasiti ulogu stresnih događanja za razvoj poremećaja (Oltmanns i dr., 2012: 94-95). Psihoanalitičar Sigmund Freud, prije svega, etiologiju depresije nalazi u ranom djetinjstvu kada se stvaraju odnosi ovisnosti. Jednom kada se neki trajni odnosi, poput bračnih, naglo prekinu, osoba pokreće depresivni mehanizam ljutnje i frustracije prema samome sebi. Prema tome, „depresija je stoga manifestacija procesa u kojem je ljutnja okrenuta unutra i usmjerena protiv sebe umjesto protiv svog izvornog objekta“ (Oltmanns i dr., 2012: 95). Liječenje prema ovom modelu zahtijeva prepoznavanje nesvjesnih neprijateljskih impulsa koje treba izravnije izražavati. Drugo moguće objašnjenje Janetine depresije su okolišni uvjeti, a u njezinu slučaju to je razvod braka. U takvom slučaju stres uslijed razvoda uzrokuje depresiju, a depresija uzrokuje stres (Hammen, 2005 u: Oltmanns, 2012). Razvojem depresije pojedinac može pribjeći disfunkcionalnim ponašanjima, što će u konačnici dovesti do povećanja stresa. Janetin se slučaj također može interpretirati u okviru recentnih istraživanja o povezanosti društvenih interakcija i razvoja depresivnog poremećaja. Recentno desetogodišnje longitudinalno istraživanje bavilo se istraživanjem kvalitete društvenih odnosa, socijalne izolacije i razvoja depresije. Rezultati pokazuju da će pojedinci s najnižom ukupnom kvalitetom društvenih odnosa imati dvostruko veći rizik za razvoj depresije. Rizik od depresije bio je značajno veći među onima s osnovnim društvenim stresom, nedostatkom socijalne podrške i lošom ukupnom kvalitetom odnosa (Teo, Choi i Valenstein, 2013). Međutim, sva navedena etiološka razmatranja ne dovode do jakog zaključka o pouzdanim razlozima Janetine depresije.

Novija istraživanja o pronalasku uzroka za javljanje stanja koja nalikuju depresiji također ne polučuju uspjeh. Štoviše, istraživanja sugeriraju da su neurobiološke osnove i

patofiziologija depresivnih poremećaja i dalje nepoznanica (Lohoff, 2010). Ostavlja se otvorenim pitanje: „Zbog kojih su čimbenika neki ljudi psihički ranjiviji? Reagiraju li ljudi skloni depresiji drugačije na probleme svakodnevnog života? Je li kod njih manja vjerojatnost da će, za razliku od drugih ljudi, uspostaviti ili održavati zaštitnu mrežu socijalne podrške?“ (Oltmanns i sur., 2012: 97). Uzimajući u obzir sve navedeno pristupanje duševnim poremećajima ovisi o kontekstu, čime se otvara prostor za daljnja istraživanja i potencijalne promjene u tretmanu.

Drugi, Hanin slučaj može se sagledati kao slučaj u kojemu se reakcija normalne tuge ne medikalizira u depresiju. Iako naoko podsjeća na Janetin slučaj, razlikuje se u tome što ne završava uporabom farmakologije, odnosno dijagnozom.¹³⁷ Nakon prekida ljubavne veze 35-godišnja neudana profesorica, nazovimo je Hana, traži psihijatrijsko savjetovanje zbog nesanice i zabrinutosti oko ispunjavanja obaveze predaje rada na razgovoru za novi posao. Hana strahuje da neće uspjeti dovoljno dobro funkcionirati i artikulira da u posljednja tri tjedna osjeća depresivno raspoloženje, ekstremni osjećaj tuge, praznine i manjak interesa za uobičajene aktivnosti. Također, smanjen joj je apetit, pati od nesanice, umorna je, dekoncentrirana i ne može ispuniti svoje poslovne obaveze pa tako predavanja održava nepripremljena, ne sudjeluje na fakultetskim sastancima i nije koncentrirana na svoje istraživanje. Psihijatar stoga na temelju ispričanoga postavlja pitanje o uzroku svih opisanih stanja. Hana priznaje da je prekid ljubavne veze koju je ostvarila s oženjenim muškarcem doživjela kao prekid jedinstvene romanse. Hana odlazi na povremene preglede kod psihijatra. Nakon nekoliko tjedana osjećaj gubitka iščezava, Hana upoznaje novu ljubav i simptomi nestaju (Horwitz i Wakefield, 2007: 10). Razlozi za osjećaje koje Hana spominje nalaze se u uzroku o kojemu Hana otvoreno progovara.

Analizirajući oba slučaja može se zaključiti da način razumijevanja i tretiranja ljudskih stanja značajno utječe na ishod liječenja. Nadalje, čini se da oba navedena slučaja pripadaju istovremeno tuzi i depresiji, a razlikuje ih jedino (ili slučajno) trenutačna psihijatrijska evaluacija.¹³⁸ Filozofi Jerome Wakefield i Allan Horwitz iznose teoriju koja, sažeto govoreći,

¹³⁷ U knjizi *The Loss of Sadness* (2007) filozofi Allan V. Horwitz i Jerome C. Wakefield argumentiraju o pogrešci dijagnosticiranja normalne ljudske tuge velikim depresivnim poremećajem. Klasifikacija nastala za vrijeme DSM-III (1996) depresiju određuje simptomima koji traju 2 mjeseca od smrti osobe. Nastavila se i u DSM-IV (1996). Iako je nakon izdanja njihove knjige DSM-V (2013) izbrisao kriterij žalovanja, zapravo je time dodatno proširio opseg dijagnosticiranja depresije skrativši razdoblje potrebno za dijagnozu u 2 tjedna (više u: Horwitz i Wakefield, 2007).

¹³⁸ Problematika se zrcali i u DSM-V. Iako će DSM-V (2013) upozoriti na potrebno razlikovanje tuge od velikog depresivnog poremećaja, istovremeno će izbrisati isključujući kriterij koji se odnosio na depresivne simptome koji

ukazuje na važnost pouzdanog razlikovanja tuge od kliničke depresije. Teorija adaptivnih funkcija bazira se na pojašnjenju vrijednosti koju tuga ima za čovjeka u njegovu preživljavanju (Wakefield i Horwitz, 2007: 42-44,47). Prema ovoj teoriji depresivni osjećaji su prirodne i univerzalne reakcije ljudi u situacijama gubitaka. Brojna istraživanja podupiru univerzalnost reakcije tuge kod ljudi, primata, ali i u različitim kulturama koje će se tek povremeno (pomalo) razlikovati u izrazu. Primjerice, izrazi koji opisuju depresivno stanje (ili stanje tuge) u civilizacijama izvan zapadne mogu biti potaknuti somatskim zahtjevima medicine (Kina) pa će se reakcija gubitka opisivati kao fizička bol u trbuhu i glavobolja. Nadalje, Wakefield i Horwitz (2007) predstavljaju tri moguća pojašnjenja adaptivne funkcije depresivnih poremećaja. Prvo predlažu da adaptivna funkcija depresivnih osjećaja služi privlačenju društvene podrške nakon gubitka privrženosti.¹³⁹ Drugo objašnjenje depresiju tumači kao funkciju zaštite od agresije nakon gubitka statusa. Prema takvom tumačenju snižene sposobnosti (snižen testosteron, visok kortizol, usporeno ponašanje) pomažu u prihvaćanju poraza u natjecanjima za status (kod svih životinja). Treće objašnjenje tumači da se depresivni odgovori javljaju kada pojedinci ne uspijevaju ostvariti zamišljeni cilj koji postaje neproduktivan napor pa služi za uključivanje u nove (produktivnije) aktivnosti (Wakefield i Horwitz, 2007: 48-51). Ako su depresivni osjećaji prirodne i univerzalne reakcije ljudi u situacijama gubitaka, onda to nisu klinička stanja koja zahtjevaju liječenje.

Ovdje je potrebno razmotriti još jedno gledište koje otvara drugačiji pogled na temu u kojemu se pojava stanja koja su nalik depresivnima sagledava kao esencijalni dio ljudske prirode ili sastavni dio života. Depresivni osjećaj može se promišljati metafizički, a složenija vrsta propitivanja ovakvog stanja kao bolnog odnosi se na ljudsku konačnost, krhkost, ranjivost i smrtnost (Koprek, 2014). Prema ovom gledištu tugu i depresivne osjećaje ne treba promatrati u kategoriji abnormalnosti ili poremećaja, nego kao posljedicu određene životne okolnosti koja je za pojedinca izazovna, ali rješiva.

Razlikovanje ovih stanja, tuge i depresije, važno je iz nekoliko razloga: adekvatna razlika omogućuje bolja prognostička predviđanja, točne dijagnoze znače odgovarajuće liječenje, lijekovi su nepotrebni u slučaju tuge jer ona ne uključuje unutarnju disfunkciju, a

su nastupili dva mjeseca od smrti voljene osobe, odnosno isključit će žalovanje (DSM, 2014: 811). Tako će proširiti mogućnost dijagnosticiranja i istovremeno otvoriti novi prostor suvremenim kritikama psihijatrije.

¹³⁹ Ovaj prijedlog mogao bi se odbaciti zbog empirije koja pokazuje da društvo odbacuje depresivne pojedince. Zato je moguće da jedan od oblika tuge privlači potporu, ali ne i depresivni pojedinci (Wakefield i Horwitz, 2007: 48-51).

tretiranje žalovanja kao poremećaja može pogoršati i produljiti simptome (Horwitz i Wakefield, 2007: 20). Dosadašnja razmatranja važna su za pojedinca koji će, razumijevanjem sklonosti psihijatrije da ponekad preuranjeno dijagnosticira tugu kao depresiju, razviti svijest o problemima koje takve dijagnoze mogu izazvati. Svaka primjena farmakološkog liječenja nosi (neistražene) posljedice, a jedino razumijevanjem pretpostavki koje dijagnoza nosi može se dublje shvatiti praktični smisao života.

6.4. Medikalizacija

Izgledno je da će se u sljedećoj klasifikaciji duševnih poremećaja na popis dodati neka nova stanja koja 20. stoljeće nije prepoznalo: PTSP, panični poremećaj ili predmenstrualni disforični poremećaj (APA, 2014: 271, 208,171). Prema najavama u DSM-V (2013) u budućnosti će se svako žalovanje za smrću bliske osobe koje traje dulje od 12 mjeseci moći dijagnosticirati kao perzistentno kompleksno žalovanje. To je poremećaj u kojemu osoba koja je doživjela smrt bliske osobe osjeća perzistentnu čežnju za pokojnikom, veliku žalost, zaokupljenost pokojnikom i okolnostima smrti nakon 12 mjeseci od pokojnikove smrti (APA, 2014: 789)¹⁴⁰. Primjetno povećanje novih duševnih poremećaja problematizira i način na koji nastaju: jesu li bolesti bolje prepoznate ili životni problemi dobivaju medicinsko opravdanje? (Conrad, 2019: 3).

Znanstvena revolucija ranog 20. stoljeća započinje uporabom Flemingova penicilina koji je izumljen 1928. godine, a nedugo nakon 2. svjetskog rata, otkrićem cjepiva za dječju paralizu te unapređenjem kirurgije i liječenja bolesti, javno i privatno financiranje istraživanja raste, čime počinje era zapadne medicine temeljene na optimizmu (Scher i Kozłowska, 2018). Liječnička se praksa u medicini optimizma opisuje vojnim metaforama pa se tako liječnici bore i pobjeđuju neprijatelja, odnosno bolest (Scher i Kozłowska, 2018: 34). Međutim, usporedno s opisanim novim perspektivama, razvija se fenomen podložan kritici s, dugoročno gledano, ozbiljnim zdravstvenim posljedicama. Medikalizacija je proces kojim se medicinske definicije i prakse primjenjuju na ponašanja, psihološke fenomene i somatska iskustva koja prethodno nisu bila unutar konceptualnog ili terapijskog opsega medicine (Davis, 2010: 211). Drugim riječima, to je imenovanje bolesti za stanja koja do tada nisu medicinski klasificirana. Svako je

¹⁴⁰ O drugim glavnim promjenama od DSM-IV do DSM-V više u: APA, 2014: 809-816.

istraživanje procesa medikalizacije važno jer „mnoga istraživanja medikalizacije nisu samo prozori u medicinu, nego i u kulturu i subjektivnost. Oni rasvjetljuju kako se provode dominantne društvene vrijednosti i vizije dobrog života, standardi patologije i normalnosti, kao i prakse društvene kontrole te kako se pomiču i mijenjaju“ (Davis, 2010: 232). Ovaj složeni proces treba pažljivo razmotriti kao konceptualno i normativno proširenje koje uključuje nekoliko podvrsta u kojima je primjetan konceptualni pomak od devijantnosti prema bolesti. Bolest tako postaje devijantno ponašanje, moralno upitno ili loše ponašanje (ludilo ili alkoholizam), starenje, neplodnost, anksioznost, tuga, žalovanje ili usamljenost (Davis, 2010: 221-228). Fenomen medikalizacije koji se od pamtivijeka odvija na pojavama svojstvenima čovjeku kada se transformira devijantnost u nešto loše, naposljetku bolest (Conrad i Schneider, 1992) uočava Foucault¹⁴¹ koji će ukazati da medicinsko znanje nije objektivna činjenična datost, nego sustav vjerovanja koji se oblikuje kroz društveno-politički odnos (Lupton, 1997: 99).

Nadalje, Ivan Illich daje prvi koncept medikalizacije¹⁴² koristeći drugačiji izraz-jatrogeneza (od grčkih riječi iatros – liječnik i genesis – podrijetlo). Illich će među prvima u djelu *Nemesis medicale* (1975) ukazati na problematiku progresivne i masovne uporabe farmakologije i njezinih štetnih posljedica na društvo. Stav o medikalizaciji ljudskog života koja dovodi i do jatrogeneze zla (Illich, 1975) podupire tezom da medicinski sistem ozbiljno ugrožava zdravlje (Illich, 1975: 17). Definicija jatrogene bolesti je bolest koja nastaje patogenim uzročnicima koji uključuju liječnike, lijekove, laboratorije, bolnice ili druge medicinske aparate¹⁴³. Illich jatrogenezu dijeli na: kliničku (epidemija moderne medicine), socijalnu (medikalizacija ljudskog života, medikalizacija kao sporedan proizvod prekomjerno industrijaliziranog društva, „jalove“ političke protumjere) i strukturalnu (uništavanje medicinskih kultura, ubijanje boli, pronalazak i otklanjanje bolesti, smrću protiv smrti).¹⁴⁴

¹⁴¹ Foucault izraz koristi svega tri puta u *Rođenju klinike* (Foucault, 1975).

¹⁴² Više u: Cayley, D. (2021) *Ivan Illich An Intellectual Journey*. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.

¹⁴³ Više u: Diniz de Oliveira, A. J. (2021) *Ivan Illich, Iatrogenesis and Pharmacogenetics*. Pharmacogenetics. IntechOpen.

¹⁴⁴ Pitanje smrti zaokuplja Illicheve misli i dvadeset godina nakon pisanja *Medicinske Nemezis*. O tome piše: „U bijelo odjeven liječnik koji se bori sa smrću ne pojavljuje se u grafičkoj umjetnosti sve do kasnog 19. stoljeća. Poduka o tome kako razlikovati izlječivo od neizlječivoga nije nestala s američkih medicinskih fakulteta sve do Flexnerova izvještaja 1910. godine. Dok su se liječnici usredotočivali na borbu protiv smrti, pacijent je postao najprije rezidualni objekt, a potom tehnološki konstrukt. Danas se postavlja pitanje: postoji li još uopće autonomna osoba sposobna za čin umiranja? Danas, 1995. godine, ne mogu kriviti medikalizaciju za takav razvoj. Kao što se to dogodilo s muzičkom televizijom, nove tehnologije mijenjaju prirodu djelovanja; tako su u zdravstvenom

Tablica 8. Vrste jatrogeneze prema Illichu

klinička jatrogeneza	društvena jatrogeneza	strukturalna jatrogeneza
zlo koje provode liječnici, farmaceuti, bolnice i društveni planeri; kada su bol, oboljenje i smrt posljedice medicinske intervencije	prevlast privatnih interesa koji upravljaju zdravstvenim profesijama nad javnim interesima; kada zdravstvena politika osnažuje industrijsku organizaciju koja narušava zdravlje	ona se razmnožava zahvaljujući jednoj malignoj varci o životu, a očituje se kada takva varka prožme određenu kulturu; simptom je medicinske civilizacije; kada ponašanje i varke koje pothranjuje medicina suzbijaju vitalnu čovjekovu autonomiju podrivajući njegovu sposobnost da slobodno odraste, da se brine o sebi i svome bližnjem, da stari; onda kada medicinska intervencija osakaćuje čovjekova osobna reagiranja na bol, invalidnost, oronulo zdravlje, agoniju i smrt

Izvor: tablicu izradila autorica prema Illich, 1975: 191-192, 198

Illich je napredno upozoravao na štetnost medicine koja zdravlje premješta u prostore Pirove pobjede, a pomoć liječnika određuje kao iluziju u kojoj nismo sigurni je li bolest stvarna ili jatrogena (Illich, 1975). Iako će se od ovoga pomalo radikalnog stava zbog vjerovanja da se medicina temelji na etičkim načelima vjerojatno odustati, Illich već sedamdesetih godina govori o farmaceutikalizaciji čovjekove zbilje.

sustavu one potpuno preotele drevni ples smrti. Konstelacija unutar koje bi masa akademskog obrazovanja, instrumenata, laboratorija i bolnica mogla biti izdvojena kao medicina, izbljedila je. Hrana, lijekovi, geni, stres, dob, zrak, AIDS ili otuđenost više nisu medicinska, već pitanja sistema. Etiologija se više ne odnosi na specifični uzrok, nego na hijerarhiju petlji povratnih sprega. Pacijent je sad 'život' koji iz genskog fonda izranja u ekologiju. Nekad su ljudi tražili dijagnozu svoje bolesti i očekivali tretman koji će im olakšati tegobe; danas se životima upravlja i optimizacija je ta koja vlada. Biomenadžment sad uključuje industrijsku emisiju fluora, odvoz kućnog otpada, rat protiv droge i slobodnu distribuciju injekcijskih igala" (Illich, 1995: 1563).

Zahtjevima suvremenog čovjeka za život bez nelagode, boli ili patnje otvara se put prema jatrogenzi pa se čak i nekoliko desetljeća nakon Illicheva upozorenja čovječanstvo nalazi u rascjepu gdje, gradeći obuhvatnost vlastitog identiteta temeljenog na (lažnim?) farmakološkim izborima, zaboravlja da je cjelovitost čovjeka sadržana i u povremenoj prihvatljivoj patnji. Suvremena je medicina dominantna institucija koja ima sve veću ulogu u svakodnevici te oblikuje razmišljanja i doživljaje tijela. Zato jedino preostaje pozornost usmjeriti prema načinima na koje se diskursi vezani za medicinu zapažaju, ignoriraju, osporavaju, prevode i preoblikuju u kontekstu takvih svakodnevnih iskustava (Luppton, 1997). Ostaje teškim za utvrditi kada se čovjek treba oslanjati na vlastite resurse u suočavanju sa životnim problemima, a kada na autoritete psihijatrije koja često, uslijed suvremene komodifikacije zdravlja i bolesti, ostavlja ljude da naoko tumaraju zanemarujući idiofenomenološke odrednice svakog pojedinca.

6.5. Zaključno razmatranje

Sudeći prema danas dostupnoj empirijskoj evaluaciji, suvremeno društvo prioritetizira, što pokazuju povišene farmakološke intervencije, život u gode, bez nelagodnosti i bez boli. Otudivanjem od vlastite ranjivosti, kao i ranjivosti drugih, a pod autoritetom zdravlja, pojedinac se paralizira (upozorit će Illich!) pred zdravim odgovorima na patnju, oštećenje ili smrt (Illich, 1975). Tome svjedoče rezultati koji upozoravaju da gotovo milijardu osoba živi s nekim duševnim poremećajem od kojih se najviše izdvajaju anksiozni (31 %) i depresivni poremećaji (28,9 %) ¹⁴⁵. Drugim riječima, čak će trinaest posto ukupne svjetske populacije iskusiti subjektivan osjećaj straha ili strepnje koja se odvija putem raznih okolišnih ili interpersonalnih utjecaja, za sada još nedovoljno istraženima, a često opisanima neugodnima i opterećujućima, i za to će primiti farmakoterapiju. Preostaje odgovoriti na pitanje: „Hoće li vrijeme povratka (eklektičnoj) psihijatriji pridonijeti boljem razumijevanju fenomena svojstvenih čovjeku?“ ¹⁴⁶

¹⁴⁵ Izvješće Svjetske zdravstvene organizacije *World mental Health report* za razdoblje 2022 godine. Preuzeto s: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> (pristupljeno 18. 1. 2022.)

¹⁴⁶ Termin eklektična psihijatrija donosi hrvatski liječnik – psihijatar Robert Torre (1961. – 2021.) u knjizi *Ludilo uzvraća udarac* (2021). Torre zagovara povratak bio-psiho-socijalnom modelu psihijatrije koji se zanemaruje uslijed prevlasti medicinske (biološke) psihijatrije. Torre se u svome radu priklanja antipsihijatrijskim idejama te razdvaja mnoge psihijatrijske poremećaje od životnih problema. Time nagoviješta da će psihijatrija budućnosti isključivo biti neuroznanost i postojat će ili neurološki poremećaji ili problem

7. Zaključak

Nakon iznesena promišljanja o Foucaultovu shvaćanju i odnosu prema ludilu, njegova povijesnog pregleda, razmatranja o stavu suvremene psihijatrije prema ludilu te raspravama iz područja filozofije psihijatrije, zaključne spoznaje mogu se svesti na sljedeće:

1. Foucaultova analiza ludila pruža uznemirujući uvid u to kako društvo razvojem znanosti konstruira pa onda i kontrolira normalnosti i ludost
2. Foucaultova kritika psihijatrije perpetuira filozofsku skepsu prema jednom cijelom području koje zahvaća mladu granu medicine – psihijatriju.

Iako će brojni osvrti na Foucaultovu studiju o ludilu isticati njegovu proizvoljnost u opisivanju konteksta nastanka psihijatrijske bolesti, odnosno procjeni razdoblja velikoga dehumanizirajućeg zatvaranja u klasicizmu koje smješta u 17. i 18. stoljeće (Milderford, 2012, u: Žitko, 2021: 02), treba istaknuti da djelo predstavlja nezaobilaznu točku pri pokušaju objašnjenja pojave koju danas artikuliramo ili priznajemo kao duševni poremećaj.

Foucaultova teorija kako se „normalnost“ i „ludost“ konstruiraju unutar određenih društvenih i političkih okvira, odnosno unutar određenog povijesnog konteksta, zrcali se u svim onim povijesnim trenucima kada je bilo teško odvojiti ludost od genijalnosti mnogih umjetnika koji su vizijama i opusima odudarali od uobičajenog. Analiza Foucaultove ideje o povijesti i nastanku psihijatrije otkrila je kako se društvene konstrukcije moći nameću tijekom stoljeća razvoja psihijatrije. Ludilo se kao takvo neprestano konstruira unutar određenih društveno – političkih okvira i nužno ovisi o važećim normama (Foucault, 1980, 1990). Prema Foucaultovoj tezi europska ekonomska kriza srednjega vijeka potaknula je nehumanu marginalizaciju drugačijih, osuđenih, onih koji remete mir svoje porodice ili trate obiteljska imanja, nitkova i umobolnih i u tom procesu on vidi slučajan nastanak nove znanosti – psihijatrije (Foucault, 1980: 56). Ti marginalizirani ljudi predstavljaju mješavinu naoko vidljivog devijantnog ponašanja, siromaštva ili poročnosti. To je jedini razlog zbog kojega su istovremeno zakinuti

življenja. U uvodu piše: „I tu ne bi bilo velikog zla da se psihijatrija svodi na puklo teoretiziranje o psihopatologiji“ (Torre, 2021: 20). Tijekom svoga djelovanja nailazio je na brojne kritike i osude (stručne) javnosti, čemu je pridonijelo izdanje knjige naslovljene *Prava istina o psihijatriji* (Torre, 2014). O njegovom životu i djelu više u: Brezovec, E. (2022) Robert Torre (Zagreb, 1965. – Zagreb, 2021.), *Filozofska istraživanja*, 42(1), str. 189-191.

za slobodu i dostojanstvo pa postaju etiketirani kao luđaci pomućenoga uma. Kažnjavanje i osuda takvih pojedinaca odvija se putem moralne kontekstualizacije i autoritetom razuma.

Foucault u svojoj studiji iznosi namjeru da je potrebno utvrditi točku početka urote razuma protiv ludila. Tako postavljenom moći nadziranja Foucault nagoviješta nastanak psihijatrije. Preteča tih novih znanosti, psihijatrije i psihologije, kojoj Foucault ne prilazi „sklono“ razdvaja normalno od nenormalnog. Često je to bila nejasna, izmiješana, nelogična i okrutna praksa utemeljena na onome što naziva lažnom medicinom. Slično se događa stoljećima kasnije: psihijatrija će tako moć nadzora imati čak i nakon poznatog reformatorskog događaja, tzv. „oslobođenja umobolnih“ 1795. koje provodi francuski reformator Pinel u La Bicetreu (Foucault, 1980: 215). Psihijatrijska praksa azila 18. stoljeća i dalje je nejasna u razlikovanju stvarne bolesti od lažne.

Filozofija kao humanistička znanost od njezina nastanka, dakle antike, proučava, tumači i definira pojave u društvu pa stoga nova grana, filozofija psihijatrije, nastavlja propitivati svoje područje kao što to filozofija radi već tisućama godina. Filozofija psihijatrije ponajprije nastoji bolje razumjeti medicinske definicije i dijagnoze koje za čovjeka današnjice imaju dalekosežne posljedice u vidu normalnosti i poremećenosti. Rasprava se iz tog užeg područja proširuje pa zahvaća filozofsko konstruiranje koncepata, primarno zdravlja i bolesti. Ti pojmovi nisu uvijek nužno suprotstavljeni, a kamoli binarni; zato filozofija psihijatrije nastoji pružiti akuratne definicije za te važne uporišne točke. Može se reći da će vjerojatno i djelomični pokušaj filozofskog tumačenja i razlikovanja pojmova koje se pojavljuje u mnogim raspravama o društvu i moći, pored onih u koje se uključuje psihijatrija, poput normalnosti, ludosti i genijalnosti, započeti upravo s Foucaultovom studijom kao početnom točkom nalaženja istine u području u kojem se i pojedinac i društvo, da bi se njime prošlo, moraju odreći „udobnosti konačnih istina“ (Foucault, 1980: 9).

Ciljevi ovog rada bili su analizirati Foucaultov pristup ludilu, pojasniti njegove ključne argumente te prosuditi implikacije takve teorije na suvremeno doba psihijatrije i život modernog čovjeka. Pokazalo se da Foucaultova analiza ludila otkriva duboke društvene konstrukcije moći i znanja. Putem takvih sustava, autoritetom psihijatrije, zakida se dostojanstvo čovjeka. Nekada se to radilo strogim zatvaranjem i osudom, a danas postavljanjem pojedinca u farmakološki obrazac. Od predantičkog vremena pa do danas, kada se ludilo konačno formiralo u medicinskom razmatranju i nazvalo kliničkim, odnosno duševnim poremećajem, ono ostaje fenomen koji društvo višestruko tretira kao nešto od čega se treba

riješiti, čega se treba odreći ili što treba utamničiti. Tako promatrano, zakidanje autonomije i slobode čovjeka nastavlja se i u modernom svijetu, a taj proces prepoznaje pokret antipsihijatarata i nastoji ga dekonstruirati govoreći da ludila u čovjeku nema.

Nadalje, uzimajući u obzir slojevitost i interdisciplinarnost područja zahvaćenog promišljanjima o duševnim poremećajima, u radu se nastojalo prosuditi psihijatrijsku praksu. Pokazalo se, u poglavljima što se bave etiologijom, da je suvremena psihijatrijska praksa nedostatna u strogo medicinskom okviru jer joj nedostaju objektivni pokazatelji bolesti. Početnu pretpostavku da se duševni poremećaji ne mogu klasificirati kao ostale bolesti čiji se uzroci mogu činjenično dokazati jer su one kombinacija više faktora, potvrđuju suvremena istraživanja kojima se ne ističe značajan napredak u etiologiji. Razmatrana tijekom rada, posebice u poglavljima što se bave suvremenom psihijatrijom i realitetima psihijatrijske prakse, rezultati takvih istraživanja podvučeni pod zajedničku misao doveli su do spoznaje da upravo taj nedostatak potvrdnih markera za postavljanje dijagnoze, ali i mnogih drugih momenata, poput kulturoloških dihotomija u dijagnosticiranju, u najmanju ruku umanjuju objektivnost i pouzdanost dijagnoza. Dijagnosticiranje osobe kao osobe s duševnim poremećajem koje temeljno počiva na deskriptivnosti pokazalo se najsloženijim trenutkom u psihijatriji, no istovremeno je ukazalo da dijagnoza ne treba biti objektivna da bi bila, za potrebna čovjeka, korisna.¹⁴⁷

Upravo je Foucaultova kritika psihijatrije i načina na koji društvo tretira bilo koju vrstu različitosti potaknula i neke suvremene rasprave o zdravlju i bolesti. Humanije, cjelovitije i holističke psihijatrijske prakse često su kritizirane zbog svoje pretjerane i nemedicinske interpretacije poremećaja. No, one su istodobno usmjerene pronalaženju najbolje moguće skrbi za osobu kojoj je pomoć potrebna. Unatoč tome, snažna potreba za uspostavljanjem biologijske psihijatrije donosi novi problem psihijatriji 21. stoljeća, medikalizaciju života uopće. U nastojanju da skrbi, psihijatrija podliježe farmakološkim intervencijama za razna ljudska stanja, čak i ona za koja se ne može uvijek pouzdano razlučiti radi li se o stanju koje je potrebno klinički liječiti ili pak samo psihološki usmjeravati. Prisutna dvosmislenost psihijatrijskog

¹⁴⁷ Glavno razlikovanje valjanosti od korisnosti na kojima počiva suvremena praksa dobro je opisano na sljedeći način: „Važno je razlikovati valjanost i korisnost u razmatranju psihijatrijskih dijagnoza. Dijagnostičke kategorije definirane njihovim sindromima trebale bi se smatrati valjanima samo ako se pokazalo da su diskretni entiteti s prirodnim granicama koje ih odvajaju od drugih poremećaja. Iako se većina dijagnostičkih koncepata nije pokazala valjanom u tom smislu, mnogi imaju veliku korisnost zahvaljujući informacijama o ishodu, odgovoru na liječenje i etiologiji koje prenose. Stoga su neprocjenjivi radni koncepti za kliničare.“ (Kendell i Jablensky, 2003: 4)

realiteta implicira neobjektivnost u dijagnosticiranju. Premda se psihijatrija, razvijajući nove metode objektivnijih etioloških objašnjenja za poremećaj približava medicinskoj znanosti, dijagnoze i dalje ostaju najproblematičniji moment ove mlade znanosti. Zahtjev koji treba ispuniti je dokazati da je kao znanost u svome razvoju dosegla pouzdane klasifikacije, dijagnoze i liječenja stanja koja definira kao poremećaje. Filozofskim tumačenjem mnogih „problema“ psihijatrije osiguravaju se nove perspektive, ali ujedno otvaraju rješenja važna za praktični život. U vremenu kada gotovo milijarda osoba u svjetskoj populaciji živi s nekim duševnim poremećajem¹⁴⁸ odgovoriti na pitanje konceptualizacije ne samo duševnog poremećaja, nego i drugih medicinskih stanja, usmjerava daljnji razvoj znanosti i tako pruža priliku za kvalitetniji život suvremenog čovjeka. Suvremenost življenja zagušena je mnogim, za čovjeka novim i brzim stilovima života koji, uslijed manjka vremena za uspostavu kvalitetnog dijaloga između pacijenta i psihijatra, često rezultiraju pribjegavanju instantnih rješenja. Tome u prilog govori i porazni podatak o povećanoj uporabi psihofarmakoterapije. Ozdravljenje tako postaje trenutak „gutanja pilule“ koja probleme samo prividno briše ne pristupajući im iz pozicije opsežne evaluacije koja bi trebala biti začetak adekvatne skrbi. Problem se tako kratkoročno briše pa je, čak i u 21. stoljeću, psihijatrija potencijalno ostvarila trenutak svojstven vremenu prije znanstvenog utemeljenja znanosti, a to je čovjekovo otuđenje i stvaranje prividnog reda ili neke vrste pozitivne istine o zdravlju

Trideset osam godina od Foucaultove smrti prerano je za zaključivanje o sveobuhvatnom značenju, točnosti i utjecaju njegove misli na budućnost, ali se može utvrditi da su sva njegova djela specifična po tome što pozivaju na aktivno preispitivanje. Originalnošću u izlaganju filozofsko-povijesnih ideja, Foucault ostavlja trag u domenama filozofske težnje za dinamikom prožetim mogućnostima pronalaska objektivnog statusa psihijatrijskog procesualiziranja fenomena ludila.

Unatoč obuhvatu ovog rada, ostaje mnogo otvorenih pitanja koja ukazuju na potrebu za daljnjim istraživanjima u polju filozofije psihijatrije. Primjerice, moglo bi se propitati dijelove Foucaultove teorije što se odnose na problematiku etiketiranja i prisilnog zatvaranja u suvremenim praksama liječenja duševnih poremećaja. Također, otvorenim ostaje pitanje: kako se može redefinirati odnos između psihijatrijskog znanja i moći u kontekstu suvremenih

¹⁴⁸ Prema World Health Organization. (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. (pristupljeno: 12.5.2024).

duševnih zdravstvenih institucija? Takva i slična pitanja sugeriraju smjerove budućih filozofskih istraživanja koja bi mogla proširiti razumijevanje društvenih konstrukcija duševnog zdravlja. Takva buduća analiza Foucaultovih ideja otvara prostor za razumijevanje povijesti duševne bolesti i medicinske prakse dok istovremeno i kontinuirano naglašava potrebu za istraživanjem utjecaja društvenih normi i moralnih vrijednosti na percepciju i tretman poremećenosti.

Nadalje, u današnjem svijetu ne mogu se zanemariti rastuće ovisnosti o videoigrama ili internetu, poremećaji izazvani stresom na poslu što ga uzrokuje tehnologija i mnogi drugi. Ove i slične teme psihijatriju postavljaju kao neuroznanstvenu bazu koja mora biti sposobna definirati pouzdane prediktore razvoja bolesti i razumijevanje patofizioloških procesa. Drugim riječima, suvremena psihijatrija mora bolest otkriti na vrijeme, postaviti dijagnozu i adekvatno ju liječiti pa, ako je moguće, čak i onemogućiti pojavu recidiva. Usprkos takvome prihvatljivom pojašnjenju koje nastoji osigurati prohodnost u kliničkoj praksi, valja naglasiti da je filozofija psihijatrije nositeljica koja „otvara prostor“ za znanje (Jaspers, 2015:729).

Konačno, Foucaultovi će biografi tvrditi da autorov lik i djelo ponekad podsjećaju na herojsku Sokratovu ličnost, a njegov se autorski razvoj može pratiti od zabranjenog povijesnog mislioca do suosjećanog zagovornika estetičnosti postojanja (Nehamas, 1998). Neki će reći da je njegov utjecaj nepobitan u mogućnostima suvremene znanosti, tzv. x studijama, gdje je x neograničena varijabla (Couzens Hoy, 2009). Nehamas će sažeti: „Uvijek je bio u stanju – zapravo željan – vidjeti tamnu stranu svakoga koraka prema svjetlu, shvatiti cijenu po kojoj je svaki predujam morao biti kupljen. I vjerovao je da cijena nikada nije bila cjenkati se. Bilo da se radilo o Tukeovu i Pinelovu tretmanu ludih ili o kaznenim reformama ranog devetnaestog stoljeća koje je fizičko mučenje zamijenilo stalnim nadzorom, Foucault je uvijek prikazao jedan užas zamijenjen drugim“ (Nehamas, 1998: 170). Povratak foucaultovskom skepticizmu podrazumijeva otkriti nove perspektive medikalizacije, ali i propitati društvo današnjice koje je bezuvjetno podložno imperativu zdravlja. Valja reći da su početnoj pretpostavci o nejasnim granicama između duševnog poremećaja i problema življenja istraženoj u posljednjem poglavlju rada nužno potrebna daljnja istraživanja i interdisciplinarni pristup. Humanist Phillipe Pinel, u radu spomenuti reformator, napisao je da „sve se može pretjerano hvaliti ili ocrnjivati“, no „važnije je za dobrobit čovječanstva saznati može li sadašnjem stanju fizička znanost približiti istinu u medicini“ (Pinel, 1947: 1). Stoga je, unatoč mogućem prigovoru filozofiji što zadire u polje medicine, važnije razumjeti da je snaga te pozicije, izuzete iz medicinskog

obrazovanja, u tome što obraća pozornost na sve one podmetnute, a vremenom prihvaćene istine o duševnom poremećaju. Nastojanje je to koje je vidljivo u svim Fouacaultovim djelima posvećenima istraživanju povijesti ludila.

8. Popis tablica

1. Tablica 1. Teme u Foucaultovu opusu
2. Tablica 2. Metode istraživanja
3. Tablica 3. Milje ludila
4. Tablica 4. Antički zapisi o ludilu
5. Tablica 5. Teorija humoralnih tekućina prema Hipokratu
6. Tablica 6. Razvoj DSM-a od prvog izdanja 1952. godine
7. Tablica 7. Definicije poremećaja u posljednjim trima izdanjima DSM-a
8. Tablica 8. Vrste jatrogeneze prema Illichu

9. Popis korištenih izvora i literature

Abhyankar, R. (2015) Psychiatric thoughts in ancient India, *Mens Sana Monographs*, 13(1), str. 59–69.

Alarcón, R.D. (2009) Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: Review and projections, *World Psychiatry*, 8(3), str. 131–139.

Alexander, P. (1975) Normality, *Philosophy. Cambridge University Press*, 48(184), str. 137–151.

American Psychiatric Association (1952) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-I*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Američka psihijatrijska udruga (1996) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IV*. Jastrebarsko: Naklada slap.

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th edn. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.

Američka psihijatrijska udruga (2014) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-5*. Peto izdanje. Jastrebarsko: Naklada Slap.

Aristotel (1988) *Nikomahova etika*. Prijevod Ladan, T. Zagreb: Biblioteka Episteme.

Arráez-Aybar, L. A., Navia-Álvarez, P., Fuentes-Redondo, T., i Bueno-López, J. L. (2015). Thomas Willis, a pioneer in translational research in anatomy (on the 350th anniversary of Cerebri anatome). *Journal of anatomy*, 226(3), str. 289–300.

Berrios, G.E. (1996) *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.

Blashfield, R.K. i dr. (2014) The cycle of classification: DSM-I through DSM-5, *Annual review of clinical psychology*, 10, str. 25–51.

Bolton, D. (2013) What is mental illness, *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*, (str. 434-451). Oxford University Press.

Boorse, C. (1976) What a Theory of Mental Health should be, *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 6(1), str. 61–84.

Boorse, C. (1977) Health as a theoretical concept, *Philosophy of Science*, 44 (4), str. 542–573.

Boswell, J. (1953) *Boswell's life of Johnson*. London: Oxford University Press.

Bourin, M. (2020) History of depression through the ages, *Archives of Depression and Anxiety*, 6(1), str. 010–018.

Bowden, V.M., i Bowden, C.L. (1992) The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. *JAMA*, 268, 1473-1474.

Boyd, K.M. (2000) Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: exploring some elusive concepts, *Medical humanities*, 26(1), str. 9–17.

Braslow, J. i Marder, S. (2019) History of Psychopharmacology, *Annual review of clinical psychology*, 15, str. 25–50.

Brezovec, E. (2022) Robert Torre (Zagreb, 1965. – Zagreb, 2021.), *Filozofska istraživanja*, 42(1), str. 189-191.

Brzović, Z., Hodak, J., Malatesti, L., Šendula-Jengiđ, V. i Šustar, P. (2016). Problem klasifikacije u filozofiji psihijatrije: slučaj psihopatije. *Prolegomena*, 15 (1), str. 21-41.

- Canino, G. i Alegría, M.** (2008) Psychiatric diagnosis - Is it universal or relative to culture?, *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(3), str. 237–250.
- Carter, L. i Ogden, J.** (2021) Evaluating Interoceptive Crossover between emotional and physical symptoms, *Psychology, Health and Medicine*, 26(8), str. 1013–1022.
- Cervantes M.**, (2002). *Bistri vitez Don Quijote od Manche* (I. Velikanović, prev.). Zagrebačka stvarnost.
- Cayley, D.** (2021) *Ivan Illich An Intellectual Journey*. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Chapman, A.** (2017) *Re-Coopering anti-psychiatry: David Cooper, revolutionary critic of psychiatry*, 4(3), str. 421–432.
- Chung, M., Fulford, B., i Graham, G.** (2007) Introduction: On reconceiving schizophrenia. U B. Fulford i dr. (ur.). *Reconceiving Schizophrenia* (str.1-11) Oxford University Press.
- Chur-Hansen, A. i Parker, D.** (2005) Is psychiatry an art or a science? The views of psychiatrists and trainees, *Australasian Psychiatry*, 13(4), str. 415–418.
- Clare, A.** (1976) *Psychiatry in dissent: Controversial Issues in Thought and Practice*. New York: Routledge.
- Clark, P. i Lynn Rose, M.L.** (2013) Psychiatric Disability in the Galenic Medical Matrix, U C Laes, C.F. Goodes, C.F., i M.L. (ur.) *Disabilities in Roman Antiquity* (str. 45 -73) Leiden: Brill.
- Coelho P.** (2000) (Lanović N., prev.) *Veronika je odlučila umrijeti*. Zagreb: VBZ.
- Conrad, P. i Schneider, J.W.** (1992) *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University press.

- Conrad, P.** (2019) *The medicalization of society on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cooper, D.** (1965) *The Anti-Hospital: An Experiment in Psychiatry*, New Society, 3 May 1965, str. 11–16.
- Cooper, D.** (1980) *Psihijatrija i antipsihijatrija*. Zagreb: Naprijed.
- Cooper, D.** (1986) *Jezik ludila*. Zagreb: Naprijed.
- Cooper, R., i Blashfield, R. K.** (2016). Re-evaluating DSM-I. *Psychological medicine*, 46(3), 449–456.
- Couzens Hoy, D.** (2009) The Temporality of Power, u: C.G. Prado (ur.) *Foucault's Legacy.*, str. (str. 6–19) London: Continuum International Publishing Group.
- Cowan, W. M., Kopnisky, K. L., i Hyman, S. E.** (2002). The human genome project and its impact on psychiatry. *Annual review of neuroscience*, 25, str. 1–50.
- Davison G. C., Neale J. M.** (1999) *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Davis, J. E.** (2010) Medicalization, Social Control, and the Relief of Suffering, u: W Cockerham (ur.) *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (str. 211–241) Wiley-Blackwell.
- Bhugra, D., Watson, C., i Ventriglio, A.** (2021). Migration, cultural capital and acculturation. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 33(1-2), str. 126–131.
- Diniz de Oliveira A.J.** (2021) Ivan Illich, Iatrogenesis and Pharmacogenetics. *Pharmacogenetics*. IntechOpen.
- Dols, M. W.** (1992) *Majnun: The Madman in the Medieval Islamic Society*. Urednik: D. Immisch. Oxford: Clarendon Press.

Downing, L. (2008) *The Cambridge Introduction to Michel Foucault*. New York: Cambridge University Press.

Dunn P. M. (1995). Soranus of Ephesus (circa AD 98-138) and perinatal care in Roman times. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 73(1), str. F51–F52.

Ebert, A., Bär, K. J. (2010) *Emil Kraepelin: A pioneer of scientific understanding of psychiatry and psychopharmacology*, *Indian Journal of Psychiatry*, 52(2), str. 191–192.

Eghigian, G. (ur..) (2010) *From Madness to Mental Health Psychiatric Disorder and Its Treatment in Western Civilization*. New Brunswick, New Jersey, i London: Rutgers University Press.

Engel, G. L. (1977) The Need for a New Medical Model : A Challenge for Biomedicine
Autori: George L . Engel, *American Association for the Advancement of Science*, 196(4286), str. 129–136.

Eribon, D. (1991) *Michel Foucault* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Eribon, D. (2014) *Mišel Fuko biografija*. Uredio D. Aničić. Biblioteka Biografeme.

Fabrega, H. (1995) Cultural challenges to the psychiatric enterprise, *Comprehensive Psychiatry*, 36(5), str. 377–383.

Faustino, M. i Ferraro, G. (ur.) (2020) *The late Foucault Ethical and political questions*. London: Bloomsbury Academic.

Fava, G. A. i Rafanelli, C. (2019) Iatrogenic factors in psychopathology, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(3), str. 129–140.

Fava, G. A., Freyberger, H. J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., & Wise, T. N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 63(1), str. 1–8.

Filipović, L. (1990) *Filozofija i antipsihijatrija Ronalda D. Lainga*. Zagreb: Biblioteka Filozofska istraživanja.

Folnegović-Šmalc, V. (ur.) (1996) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, četvrto izdanje, DSM-IV, Međunarodna verzija s MKB-10 šiframa*. Jastrebarsko, Naklada Slap.

Foucault, M. (1975) *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. New York: Vintage Books.

Foucault, M. (1980) *Historija ludila u doba klasicizma*. Beograd: Nolit.

Foucault, M. (1987) *Mental Illness and Psychology*. Uredio: A. Sheridan i H. Dreyfus. Berkley: University of California Press.

Foucault, M. (2009) *Rađanje klinike, arheologija medicinskog opažanja*. Novi Sad: Mediterran Publishing.

Foucault, M. (1990) *Predavanja*, Novi Sad, Bratstvo jedinstvo.

Foucault, M. (1998) *Aesthetics, method and epistemology*, u: Faubion, J.D. (ur.) *Essential works of Foucault 1954.-1984*. New York: The new press.

Foucault, M. (2006) *Psychiatric Power - Lectures at the Collège de France 1973-1974*, Davidson A. I. (ur.) New York: Palgrave Macmillan.

Frances, A. (2016) Robert Spitzer: the most influential psychiatrist of his time, *The Lancet Psychiatry*, 3, str. 110–111.

- Freud, S.** (1925) The origin and development of psychoanalysis (H. W. Chase, Trans.). U: J. S. Van Teslaar (ur.) *An outline of psychoanalysis*, str. 21–70.
- Fulford, B., Thornton, T. i Graham, G.** (2006) *Oxford Textbook of Psychiatry, 2nd ed.* New York: Oxford University Press.
- Gambino, M.** (2013) Erving Goffman's asylums and institutional culture in the mid-twentieth-century United States, *Harv Rev Psychiatry*, 21(1), str. 52–7.
- Gert, B., Culver, C. M. i Clouser, K. D.** (2006) *Bioethics: A systematic approach.* Oxford: Oxford University Press.
- Glannon, W.** (2019) Epilogue: Psychiatry, neuroscience, philosophy, u: B. Fulford i dr. (ur.) *Psychiatric Neuroethics Studies in Research and Practice* (str. 327–333). Oxford University Press.
- Goffman, E.** (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* New York: Doubleday.
- Gold, I.** (2009) Reduction in psychiatry, *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(8), str. 506–512.
- Goldbloom, D. S., Buckingham, R. A. i Voore, P.** (1997) Rediscovering general psychiatry: Creation of an academic division, *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(1), str. 58–62.
- Gordon, C.** (1990) Histoire de la folie: an unknown book by Michel Foucault, *History of Human Sciences*, 3(1), str. 3–26.
- Gosić, N., i Krznar, T.** (2016) Zdravlje i kultura, *Filozofska istraživanja*, 36(3), str. 413-414.
- Groos, C.** (2009) *A Hole in the Head: More Tales in the History of Neuroscience*, *Jama*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

Grotzinger, A.D., Mallard, T. T. i Nivard, M. G. (2022) Genetic architecture of 11 major psychiatric disorders at biobehavioral, functional genomic and molecular genetic levels of analysis, *Nature genetics*, 54, str. 548–559.

Gupta, A. i Mackereth, S. (2023) Definitions. *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, E. N. Zalta i U. Nodelman (ur.), <https://plato.stanford.edu/archives/fall2023/entries/definitions/>

Gutting, G. (2005) *The Cambridge Companion To Foucault*. New York: Cambridge University Press.

Hammen C. (2005) Stress and depression. *Annual review of clinical psychology*, 1, str. 293–319.

Abdul Hamid, W., Wykes, T., i Stansfeld, S. (1993). The homeless mentally ill: myths and realities. *The International journal of social psychiatry*, 39(4), str. 237–254.

Hamilton, M. (1960) A rating scale for depression, *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 23 (1), str. 56–61.

Hare, R. M. (1986) Health, *Journal of medical ethics*, 12 (4), str. 174-181.

Harris, W. V. (2013) *Mental Disorders in the Classical World*, Leiden, The Netherlands: Brill.

Helzer, J. E., Kraemer, H. C., Krueger, R. F., Wittchen, H.-U., Sirovatka, P. J., i Regier, D. A. (ur.). (2008) *Dimensional approaches in diagnostic classification: Refining the research agenda for DSM-V*. American Psychiatric Association.

Hippocrates (1923) Prijevod W. H. S. Jones *Hippocrates*. London: William Heinemann Ltd.

Hippocrates (1957) Prijevod W. H. S. Jones *Hippocrates*. London: William Heinemann Ltd.

Hogeveen, J. i Grafman, J. (2021) Alexithymia, *Handbook of Clinical Neurology*, 183, str.

47–62.

Horwitz, A. (2021) *DSM: A history of psychiatry Bible*. Johns Hopkins University Press.

Horwitz, A. V. i Wakefield, J. C. (2007) *The Loss of Sadness How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press.

Hyppolite, J. (1974) *Genesis and Structure of Hegel's Phenomenology of Spirit*. (S. Cherniak i J. Heckman, prev.). Northwestern University Press.

Illich, I. (1975) *Medicinska Nemezis*. Beograd: Zodijak.

Illich I. (1995). Death undefeated, *BMJ (Clinical research ed.)*, 311(7021), str. 1652–1653.

Jablensky A. (2010) The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects, *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), str. 271–287.

Janeš, L. (2018) Budućnost filozofije psihe u Hrvatskoj, *Filozofska istraživanja*, 38(2), str. 293-314.

Jansson, Å. (2011) Mood disorders and the brain: Depression, melancholia, and the historiography of psychiatry, *Medical History*, 55(3), str. 393–399.

Jaspers, K. (2015) *Opća psihopatologija*. V. Jukić, (ur.) Zagreb: Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Klinika za psihijatriju Vrapče, Matica Hrvatska.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M. P., Kunovac, J. L., Leon, A. C., Mueller, T. I., Rice, J. A., i Keller, M. B. (1998) A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders, *Archives of general psychiatry*, 55(8), str. 694–700.

Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Leon,

- A. C., Rice, J. A., i Keller, M. B.** (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder, *Archives of general psychiatry*, 59(6), str. 530–537.
- Jurić, A.** (2019) Čemu nas neuronauka ne može naučiti o umu?, *Čemu*, XV(26), str. 140-153.
- Jukić, V. i Arbanas, G.** (ur.) (2014) *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje, DSM-5*. Jastrebarsko, Naklada Slap.
- Jurin, M. i Sekušak-Galešev, S.** (2008) Poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD)-multimodalni pristup, *Paediatrica Croatica*, 52(3), str. 195-201.
- Jukić V., Ostojić D.** (2018) *Hitna stanja u psihijatriji*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Kalanj, R.** (1993). Michel Foucault i problem moći, *Revija za sociologiju*, 24(1-2), str. 77-85.
- Kalin, N.** (2022) Opioid Use Disorder, Cannabis Use Disorder, and a Mindfulness Intervention Affecting Pain-Related Neural Substrates, *The American Journal of Psychiatry*, str. 693–695.
- Katahira, K., i Yamashita, Y.** (2017) A Theoretical Framework for Evaluating Psychiatric Research Strategies, *Computational psychiatry (Cambridge, Mass.)*, 1, str. 184–207.
- Kendell, R. i Jablensky, A.** (2003) Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses, *Am J Psychiatry*, 160, str. 4–12.
- Kendler, K. S.** (2008) Review of Loss of Sadness., *Psychological Medicine*, 38, str. 148–150.
- Kesey, K.** (2005) *Let preko kukavičjeg gnjezda*. Zagreb: Mozaik knjiga.
- Kingma, E.** (2013) Naturalist accounts of mental disorder u: K.W. M.Fulford i dr. (ur.), *Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (str. 363-385). Oxford University Press.

Koprek, I. (1994) Moć moći. Nekoliko misli o biti i smislu moći, *Obnovljeni Život*, 49(1), str. 69-77.

Koprek, I. (2014) Bol – izazov i poticaj. Filozofijsko-teologijski esej o boli, *Obnovljeni Život*, 69.(1.), str. 71-80.

Kusters, W. (2014) *A philosophy of madness*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

Laing, R. D. (1960) *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Penguin: Harmondsworth.

Laing, R. D. (1977) *Podeljeno ja Politika doživljaja*. Beograd: Nolit.

Laing, R. D. (1985) *Činjenice života*. Beograd: Prosveta.

Laing, R. D. i Esterson, A. (1970) *Sanity, madness, Family*. Middlesex: Pelikan Books.

Lai, C. Y., Scarr, E., Udawela, M., Everall, I., Chen, W. J., i Dean, B. (2016) Biomarkers in schizophrenia: A focus on blood based diagnostics and theranostics, *World journal of psychiatry*, 6(1), str. 102–117.

Larroulet, P. (2021) Valid for What? On the Very Idea of Unconditional Validity, *Philosophy of the Social Sciences*, 51(2), str. 151–175.

Lemoine, M. (2013) Defining disease beyond conceptual analysis: An analysis of conceptual analysis in philosophy of medicine, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 34(4), str. 309–325.

Lohoff F. W. (2010). Overview of the genetics of major depressive disorder. *Current psychiatry reports*, 12(6), str. 539–546.

Leoni, F. (2013) From madness to mental illness: psychiatry and biopolitics in Michel Foucault, u: Fulford, B. i dr. (ur.) *Oxford handbook of philosophy and psychiatry* (str. 85 -99) Oxford: Oxford University Press.

Leseth, A. B. (2015) What is culturally informed psychiatry? Cultural understanding and withdrawal in the clinical encounter. *BJPsych Bulletin*, 39(4), str. 187–190.

Lieberman, J., i First, M. (2016). Robert Spitzer: A Psychiatrist for the Ages. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American Collège of Neuropsychopharmacology*, 41(13), 3124.

Lotringer, S. (1989) *Foucault live: Collected interviews, 1961–1984*. Lotringer S. (ur.), Sylver, Johnston. New York: Columbia University.

Lozupone, M., Seripa, D., Stella, E., La Montagna, M., Solfrizzi, V., Quaranta, N., Veneziani, F., Cester, A., Sardone, R., Bonfiglio, C., Giannelli, G., Bisceglia, P., Bringiotti, R., Daniele, A., Greco, A., Bellomo, A., Logroscino, G., & Panza, F. (2017). Innovative biomarkers in psychiatric disorders: a major clinical challenge in psychiatry, *Expert review of proteomics*, 14(9), str. 809–824.

Lund, M. A. (2010) *Melancholy, Medicine and Religion in Early Modern England: Reading 'The Anatomy of Melancholy*, Cambridge, Cambridge University Press.

Lupton, D. (1997) Foucault and the medicalization critique u: Bunton L. i Petersen, A. (ur.) *Foucault, Health and Medicine* (str. 94 -198). London: Routledge.

Lütz, M. (2009) *Ludilo Liječimo pogrešne pravi problem su normalni ljudi*, Znanje, Zagreb.

Macey, D. (2004) *Michel Foucault (biography)*. London: Reaktion Books Ltd.

Macey, D. (2019) *The Lives of Michel Foucault*. London: Verso.

Macky, C. (2009) *The hammer of witches. A complete translation of the Malleus Maleficarum*. Cambridge University.

Maieron, M. A. (2017) The meaning of Madness in ancient Greek culture from Homer to Hippocrates and Plato. *Medicina Historica*, 1(2), str. 65–76.

Malatesti, L. i Jurjako, M. (2016) Vrijednosti u psihijatriji i pojam mentalne bolesti, u: S. Prijić-Samaržija, L. Malatesti i E. Baccarini (ur.) *Moralni, politički i epistemološki odgovori na društvene devijacije* (str. 153–181). Filozofski fakultet u Rijeci.

Malhi, G. S., Coulston, C. M., Parker, G. B., Cashman, E., Walter, G., Lampe, L. A., i Vollmer-Conna, U. (2011) Who picks psychiatry? Perceptions, preferences and personality of medical students. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45(10), str. 861–870.

Mathers, J. (1969) Laing's Models of Madness. *The British Journal of Psychiatry*, 115(528), str. 1343-1344.

Maung, H. H. (2016) Diagnosis and causal explanation in psychiatry, *Studies in History and Philosophy of Science Part C :Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 60, str. 15–24.

McGuffin, P., Katz, R., Watkins, S., i Rutherford, J. (1996) A hospital-based twin register of the heritability of DSM-IV unipolar depression. *Archives of general psychiatry*, 53(2), str. 129–136.

Nanni, V., Uher, R., i Danese, A. (2012) Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 169(2), str. 141–151.

Midelfort, H. E. (2012) Madness and civilization in early modern Europe: A Reappraisal of Michel Foucault u: B. Malament (ur.), *After the reformation*. (str. 247 -267). Philadelphia: Pennsylvania University Press.

- Moliere (1999)** *Škrtac, Umišljeni bolesnik* (I.Ivšić i M. Škiljan, prev.) Zagreb: Školska knjiga.
- Morant, C.** (1987) The melancholy of Dr. Samuel Johnson, *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 136(2), str. 201–203.
- Mondimore, F. M.** (2005) Kraepelin and manic-depressive insanity: An historical perspective, *International Review of Psychiatry*, 17(1), str. 49–52.
- Montgomery, K.** (2006) *How doctors think*. Oxford: Oxford University Press.
- Moore, T. J., i Mattison, D. R.** (2017). Adult Utilization of Psychiatric Drugs and Differences by Sex, Age, and Race., *JAMA internal medicine*, 177(2), str. 274–275.
- Murray, T. J.** (2003) Samuel Johnson: his ills, his pills and his physician friends, *Clinical Medicine*, 3(4), str. 368–372.
- Murphy, D.** (2023) Concepts of disease and health. *The Stanford encyclopedia of philosophy*. U E. N. Zalta i U. Nodelman (ur.) <https://plato.stanford.edu/archives/fall2023/entries/health-disease/>.
- Nehamas, A.** (1998) *The Art of Living: Socratic Reflections from Plato to Foucault*. Barkley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Ostojić, D., Silić, A., Kos, S. i Čulo, I.** (2017) Terapija prve psihotične epizode. *Medicus*, 26 (2 Psihijatrija danas), str.151-160.
- Oltmanns, T. F., Martin, M. T., Neale, J. M., Davison, C. G.** (2012) *Case Studies in Abnormal Psychology*, Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Pasternak, O., Kelly, S. i Sydnor, J.V.** (2018) Advances in microstructural diffusion neuroimaging for psychiatric disorders, *NeuroImage*, 182, str. 259–282.
- Petković, K.** (2018) *Istina kao kušnja – Foucault, politička znanost, politička etika*. Zagreb:

Plejada.

Pinel, P. (1947) Medical philosophical treatise on mental alienation, *Occupational Therapy and Rehabilitation*, 26(2), str. 63–68.

Platon (1971) *Zakoni*. Beograd: Beogradski izdavačko-grafički zavod.

Platon (2009) *Država*, (Kuzmić, M., prev., Zovko, J, ur.) Zagreb: Naklada Jurčić.

Poe E. A. (2003), prijevod Paljetak, L. *Crni mačak*. Zagreb: ABC naklada.

Porter, R. (2002) *Madness A Brief History*. New York: Oxford University Press.

Prado, C. G. (2009) *Foucault's Legacy, Foucault's Legacy*. London: Continuum International Publishing Group.

Prijic-Samaržija, S., i Miškulin, I. (2015) Epistemička pravednost: epistemologija vrlina i filozofija psihijatrije, *Filozofska istraživanja*, 35(2), str. 307-322.

Puljić, Ž. (2022) Rudolf Allers (1883.–1963.): Zaboravljeni znanstvenik, filozof i psiholog 20. stoljeća, *Obnovljeni Život*, 77(4), str. 521-533.

Regier, D. A., Kuhl, E. A. i Kupfer, D. J. (2013) The DSM-5: Classification and criteria changes, *World Psychiatry*, 12(2), str. 92–98.

Reiss, J., i Ankeny, R. A. (2022) Philosophy of medicine. *The Stanford encyclopedia of philosophy*. E. N. Zalta (ur.) <https://plato.stanford.edu/archives/spr2022/entries/medicine/>

Reynolds, E. H. i Wilson, J. V. K. (2013) Depression and anxiety in Babylon, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(12), str. 478–481.

Robins, E. i Guze, S. (1970) Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia, *The American journal of psychiatry*, 126,7, str. 983–987.

Rosen, C. J. (2020). *The epidemiology and pathogenesis of osteoporosis*. U: K. R. Feingold, B. Anawalt, M. R. Blackman, i sur. (Ur.), *Endotext* MDText.com, Inc.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279134/>

Rosenhan D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science (New York, N.Y.)*, 179(4070), str. 250–258.

Rössler W, Riecher-Rössler A., Meise U. (1994) Wilhelm Griesinger and the concept of community care in 19th-century Germany. *Hosp Community Psychiatry*. 45(8): str. 818-22.

Rossi, A., Barraco, A., i Donda, P. (2004) Fluoxetine: a review on evidence based medicine, *Annals of general hospital psychiatry*, 3(1), str. 2.

Roth, M. i Kroll, J. (1986) *The Reality of Mental Illness*. Cambridge University.

Roterdamski, E. (1979) *Pohvala ludosti*. Beograd: Beogradski-izdavačko grafički zavod.

Sadler, J. Z. (2013) Vice and mental disorders, u: K.W.M. Fulford i sur. (ur) *The Oxford Handbook of philosophy and psychiatry* (str. 451 -480). Oxford: Oxford University Press.

Sato, Y. (2015) Depression in a biopsychosocioeconomic context, u: Kenneth, S. K. i Parnas, J. (ur) *Philosophical Issues in Psychiatry III The Nature and Sources of Historical Change*, str. 302–319.

Scadding, J. G. (1988) Health and disease: what can medicine do for philosophy?, *Journal of medical ethics*, 14(3), str. 118–124.

Scheff, T. J. (1999) *Being mentally ill A sociological theory third edition*. New York: Aldine de Gruyter.

Scher, S. i Kozłowska, K. (2018) *Rethinking health care ethics, Rethinking Health Care Ethics*. London: Palgrave Macmillan.

Scull, A. (2015) *Ludilo u civilizaciji*. Zagreb: Sandorf.

Scully, J. L. (2004). What is a disease?. *EMBO reports*, 5(7), str. 650–653.

Semple, D. i Smyth, R. (2013) *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.

Shakespeare W. (1996) (Torbarina J., prev.) *Hamlet*. Zagreb: Sis print.

Schapira, D., i Schapira, C. (1992). Osteoporosis: the evolution of a scientific term, *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 2(4), str. 164–167.

Smart, B. (2002) *Michel Foucault Revised Edition*. Edited by P. Hamilton. London i New York: Routledge.

Snow, D. A., Baker, S. G., Anderson, L., i Martin, M. (1986). The myth of pervasive mental illness among the homeless. *Social Problems*, 33(5), str. 407–423.

Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., i First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*, 49(8), str. 624–629.

Spitzer, R. L., Endicott, J. i Micoulaud Franchi, J. A. (2018) Medical and mental disorder: Proposed definition and criteria, *Annales Medico-Psychologiques*, 176(7), str. 656–665.

Stegenga, J. (2021) Medicalization of Sexual Desire, *European Journal of Analytic Philosophy*, 17(2), str. S5-34.

Stoller, R. J. i dr. (1973) A symposium: Should homosexuality be in the APA nomenclature?, *The American journal of psychiatry*, 130(11), str. 1207–1216.

Stošić, J. (2009). Primijenjena analiza ponašanja i autizam – vodič kroz terminologiju, *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 45(2), str. 69-80.

Strimbu, K., i Tavel, J. A. (2010) What are biomarkers?. *Current opinion in HIV and AIDS*, 5(6), str. 463–466.

Sueur, L. (1996) French psychiatrists on the causes of madness, 1800-1870: an ambiguous attitude before an epistemological obstacle, *History of Psychiatry*, str. 267–275.

Sunajko, G. (2019) Tko je tu lud? Ludilo kao pretpostavka umjetničkog djela, *Filozofska istraživanja*, 39(1), str. 119-134

Szasz, T. (1961) *The myth of mental illness*. New York: Harper and Row.

Szasz, T. (1978) *Etika psihoanalize*. Beograd: Kultura.

Szasz, T. (1982) *Proizvodnja ludila - usporedno proučavanje inkvizicije i pokreta za brigu o duševnom zdravlju*. Zagreb: Biblioteka Teka.

Szentmártoni, M. (2000.) Čovjek i njegova psiha - žrtva ili protagonist? *Obnovljeni Život*, 55(2), str. 221-232.

Tabb, K. (2021). Centrifugal and Centripetal Thinking About the Biopsychosocial Model in Psychiatry. *European Journal of Analytic Philosophy*, 17 (2):(M3)5-28.

Tasca, C. i dr. (2012) Women And Hysteria In The History Of Mental Health, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8(1), str. 110–119.

Tasman, A. i Mohr, W. (2011) *The fundamentals of psychiatry, Problem-based Psychiatry*. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.

Telles-Correia, D., Saraiva, S. i Gonçalves, J. (2018) Mental disorder-The need for an accurate definition, *Frontiers in Psychiatry*, 9(MAR), str. 1–5.

Teo, A. R., Choi H., Valenstein M. (2013) Social Relationships and Depression: Ten-Year Follow-Up from a Nationally Representative Study. *PLOS ONE* 8(4): e62396.

Thorne, F. (1966) An Analysis of Szasz 'Myth of mental Illness', *Journal of Clinical Psychology*, 123(1236), str. 652–656.

Thumiger, C. (2013) The Early Greek Medical Vocabulary of Insanity, u: *Mental disorders in the classical world*. Boston, str. 61–97.

Tićac, I. (2017) Kritika „kulta zdravlja“ iz hermeneutičko–etičkog motrišta, *Obnovljeni Život*, 72.(4.), str. 429-441.

Tomba, E., Guidi, J., i Fava, G. A. (2018). What psychologists need to know about psychotropic medications. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(2), str. 181–187.

Torre R. (2014) *Prava istina o psihijatriji*, Zagreb: Profil.

Tokić, M. (2017) Susret između filozofije i suvremene psihoterapije, *Synthesis philosophica*, 32(2), str. 467-482.

Trajković, G., Starčević, V., Latas, M., Leštarević, M., Ille, T., Bukumirić, Z., i Marinković, J. (2011) Reliability of the Hamilton Rating Scale for Depression: a meta-analysis over a period of 49 years. *Psychiatry research*, 189(1), str. 1–9.

Torre, R. (2021) *Ludilo uzvraća udarac*, Zagreb: Biblioteka Icarus.

- Toy, E. i Klamen, D.** (2007) *Case files psychiatry Second edition*. New York: McGraw-Hill Medical.
- Uher, R. i Zwicker, A.** (2017) Etiology in psychiatry: embracing the reality of poly-gene-environmental causation of mental illness, *World Psychiatry*, 16(2), str. 121–129.
- Varga, S.** (2017) Mental disorder between naturalism and normativism, *Philosophy Compass*, 12(6), str. 1–9.
- Vargić, H.** (2021) Ljudska osoba kao integrirana cjelina: Integracija polarnosti u filozofiji Dietricha von Hildebranda, *Obnovljeni Život*, 76(2), str. 151-169.
- Venable, L. H.** (2022) *Madness in Experience and History Merleau-Ponty's Phenomenology and Foucault's Archaeology*. New York: Routledge.
- Zubin J.** (1967) Classification of the behavior disorders. *Annual review of psychology*, 18, str. 373–406.
- Žitko, P.** (2013). Stota godišnjica prve publikacije “Opće psihopatologije” Karla Jaspersa. *Jahr*, 4 (2), str. 793-817.
- Žitko, M.** (2021). Nakon 'Povijesti ludila': Kritika psihijatrijskog diskursa i genealogija disciplinarne moći. U B. Mikulić, M. Žitko i S. Damjanović (ur.), *Psihoanaliza i njezine sudbine*, str. 221 -253). Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Wakefield J. C.** (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American psychologist*, 47(3), str. 373–388.
- Wall, O. (2018) *The British Anti-Psychiatrists*. Routledge Studies in Cultural History.
- Welch, K. i Carson, A.** (2019) When psychiatric symptoms reflect medical conditions, *Clinical medicine*, 18(1), str. 80–7.

Williams, J. B. W. (1988) A Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale, *Archives of General Psychiatry*, 45(8), str. 742–747.

Wolff S. (2004) The history of autism. *European child & adolescent psychiatry*, 13(4), str. 201–208.

Wolman, B. B. (1978) *Clinical Diagnosis of Mental Disorders A Handbook*. New York, London: Plenum Press.

Wright, B., Subodh, D., Dogra, N. (2010) *100 Cases in Psychiatry*. London: Hodder Arnold.

Young, G. (2016) DSM-5: Basics and Critics. U: *Unifying Causality and Psychology*. Springer, Cham.

Mrežni izvori:

Pigliucci, M. (2022). *Stoicizam*. U *Internet Encyclopedia of Philosophy*.
<https://iep.utm.edu/stoicism/#H4>. (pristupljeno: 21. siječnja 2022.)

American Psychiatric Association. (2022). *American Psychiatric Association*.
<https://www.psychiatry.org>. (pristupljeno: 22. siječnja 2022.)

American Psychiatric Association. (2022). *Povijest DSM-a*.
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/about-dsm/history-of-the-dsm>.
(pristupljeno: 22. siječnja 2022.)

American Psychological Association. (2022). *Preporuke za procjenu depresije*.
<https://www.apa.org/depression-guideline/assessment>. (pristupljeno: 22. siječnja 2022.)

Cambridge Dictionary. (n.d.). *Dijagnoza*.
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/diagnosis>. (pristupljeno: 22. siječnja 2022.)

Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje. (n.d.). *Bolest.*

<https://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?ID=44579>. (pristupljeno: 26. siječnja 2023.)

Oxford University Press. (n.d.). *Međunarodne perspektive u filozofiji i psihijatriji.*

<https://global.oup.com/academic/content/series/i/international-perspectives-in-philosophy-and-psychiatry-ippip/?cc=hr&lang=en&>. (pristupljeno: 26. siječnja 2023.)

Department of Psychiatry. (2022). *Godišnji izvještaj.* <https://www.psych.x.ac.uk/about/key-facts-and-figures-about-the-department/annual-report-2021-22>. (pristupljeno: 5. prosinca 2022.)

Svjetska zdravstvena organizacija. (2022). *Globalne zdravstvene procjene 2021: Smrti prema uzroku, dobi, spolu, prema zemljama i regijama, 2000-2019.*

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. (pristupljeno: 12. ožujka 2022.)

Svjetska zdravstvena organizacija. (2022). *Izvješće o mentalnom zdravlju za 2022. godinu.*

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>. (pristupljeno: 18. siječnja 2022.)

10. Sažetak

Glavni je cilj rada pokazati promjenjivu prirodu fenomena ludila analizom povijesnih zapisa o ludilu, a potom oprimjeriti recentnu raspravu o duševnom poremećaju. Širi cilj rada jest filozofski istražiti i prosuditi povijesnu i suvremenu psihijatrijsku praksu, a pojmove bolesti i zdravlja, odnosno duševnog poremećaja, promatrati kao kategorije s praktičnim posljedicama koje se ogledaju u medikalizaciji života uopće. Razmatranja u radu pod utjecajem su autora Michela Foucaulta koji fenomen ludila prati (tumači i interpretira) od srednjega vijeka pa do klasicizma, kada se ludilo izražava i unificira kao duševna bolest. Foucault će tvrditi da psihijatrijska praksa nastaje kao odgovor na zamijećenu devijantnost među europskim stanovništvom, stoga je uloga prve psihijatrije kontrolirati i isključivati, a potom upitnim terapeutikama liječiti. Prema tome, imenovanje nekog stanja duševnim poremećajem ovisno je o društveno-kulturnim prilikama pa je opravdana primjedba o nejasnom stvarnom početku bolesti. Rad u pozadini implicitno propituje autorove teze, poput uvjeta u kojemu nastaje psihijatrijsko znanje, načina na koji se putem ono jezika simulira i točke u kojoj se takvo znanje zaustavlja. U radu se koristi izraz ludilo do trenutka rađanja psihijatrije kao znanosti u 19. stoljeću, kada se pojam mijenja u sintagmu duševni poremećaj. Danas važeća perspektiva biološke psihijatrije koja dominira kad psihosocijalnom primarno se okreće prema farmakološkim intervencijama za ljudska stanja u kojima je kudikamo nejasna granica je li stanje patologija ili životni problem. Dio je rada posvećen ključnim psihijatrijskim pojmovima i izazovima, poput relativnosti dijagnoza i redukcionizma, na koji se nastavlja rasprava filozofije psihijatrije. Usprkos naporima suvremene psihijatrije za pronalaskom objektivnih (etioloških) objašnjenja za poremećaj psihijatrijske dijagnoze dalje su najproblematičniji moment psihijatrije.

Ključne riječi: ludilo, fenomen, duševni poremećaj, Michel Foucault, filozofija, psihijatrija

11. Abstract

The main goal of this paper is to show the changing nature of the phenomenon of insanity by analyzing (historical) records of insanity, and then exemplify the recent debate on mental disorders. The broader goal of the paper is to philosophically research and evaluate the historical and current psychiatric practice, and to observe the concepts of illness and health, that is, mental disorder as categories with practical consequences that are reflected in the medicalization of life in general. The reflection in this paper is influenced by the author Michel Foucault, who follows (interprets) the phenomenon of madness from the Middle Ages to the time of Classicism, when madness is expressed and unified into mental illness. Foucault claims that psychiatric practice arises as a response to perceived deviance among the European population, therefore the role of psychiatry is first to control and exclude, and then to treat with questionable therapeutics. Therefore, the designation of a condition as a mental disorder depends on socio-cultural circumstances, so the objection about the unclear actual onset of the disease is justified. In its background, the paper implicitly questions the author's theses, such as the conditions in which psychiatric knowledge is created, the way in which it is simulated through language, and the point at which such knowledge stops. The paper uses the term insanity until the birth of psychiatry as a science in the 19th century, when the term was changed to the phrase mental disorder. Today, the valid perspective of biological psychiatry, which dominates the psychosocial field, primarily turns to pharmacological interventions for human conditions in which the boundary is somewhat unclear whether the condition is a pathology or a life problem. Part of the paper is devoted to key psychiatric concepts and challenges such as the relativity of diagnoses and reductionism, which is continued in the discussion of the philosophy of psychiatry. Despite the efforts of modern psychiatry to find objective (etiological) explanations for the disorder, psychiatric diagnoses are still the most problematic moment of psychiatry.

Key words: madness, phenomenon, mental disorder, Michel Foucault, philosophy, psychiatry

12. Popis priloga

1. Tablica 1. Teme u Foucaultovu opusu
2. Tablica 2. Metode istraživanja
3. Tablica 3. Milje ludila
4. Tablica 4. Antički zapisi o ludilu
5. Tablica 5. Teorija humoralnih tekućina prema Hipokratu
6. Tablica 6. Razvoj DSM-a od prvog izdanja 1952. godine
7. Tablica 7. Definicije poremećaja u posljednjim trima izdanjima DSM-a
8. Tablica 8. Vrste jatrogeneze prema Illichu

13. Životopis

Ivana Černeha rođena je 29. rujna 1989. godine u Rijeci. Godine 2008. završava Gimnaziju Eugena Kumičića Opatija. Godine 2013. stječe zvanje magistre edukacije filozofije i magistre pedagogije na Filozofskom fakultetu u Rijeci. Zaposlena je kao nastavnica Filozofije, Logike i Etike u Gimnaziji Eugena Kumičića Opatija. Godine 2017. prima nagradu Primorsko-goranske županije za najuspješnijeg profesora mentora, a 2024. godine prima nagradu Ministarstva znanosti, obrazovanja i mladih za najuspješnije odgojno-obrazovne djelatnike. Voditeljica je projekta *Filozofski laboratorij* namijenjenog ostvarenju općih ciljeva odgoja i obrazovanja i promicanju proaktivnog, kreativnog te kritičkog filozofskog mišljenja. Aktivno sudjeluje u velikom broju stručnih interdisciplinarnih županijskih, državnih i međunarodnih skupova gdje redovito izlaže. Voditeljica je Međuzupanijskog stručnog vijeća za predmetno područje filozofije, logike i etike za Primorsko-goransku i Ličko-senjsku županiju pri Agenciji za odgoj i obrazovanje. Edukantica je psihoterapije pod supervizijom u Školi kibernetike i sistemske terapije u Rijeci.