

Zbornik
Instituta za kriminološka i
sociološka istraživanja
2008 / Vol. XXVII / 1-2 / 171-182

Originalni naučni rad
UDK: 343.82:343.91-056.34
159.97
342.726-056.34
ID broj: 153801996

TOTALNE USTANOVE I STIGMATIZACIJA*

Leposava Kron*
Institut za kriminološka i sociološka istraživanja u Beogradu

*The hospital itself
imposes a special
environment in which the
meaning of behavior can be
easily misunderstood*

(Bolnica sama izlože posebnim okolnostima
u kojima se značenje našeg ponašanja
lako može razumeti pogrešno)

D. L. Rosenhan

U ovom tekstu se raspravlja o totalnim institucijama uopšteno, kao i mentalnim institucijama partikularno kao i "karijerom" duševnih bolesnika. Autor podseća na Szaszov bazični argument da niko ne može biti lišen slobode, a da pri tom nije učinio nikakvo krivično delo. Deprivacija od slobode "za nečije dobro" nije moralan čin. Kao što osoba terminalno bolesna od kancera ima prava da odbije tretman, tako bi trebalo da osoba koja pati od mentalnih problema ima prava da odbije psihijatrijski tretman. Szaszovo stanovište da je mentalna bolest mit oslanja se na kartezijanski model "mind versus body". Iako specifične socijalne kategorije podložne

* Rad je nastao kao rezultat na projektu "Prevenција kriminala i socijalnih devijacija" koji podržava Ministarstvo za nauku i tehnološki razvoj Republike Srbije, broj 149016.

* Email: bebakron@gmail.com

Zbornik IKSI, 1-2/2008 – L. Kron
„Totalne ustanove i stigmatizacija”, (str. 171-182)

stigmatizaciji mogu varirati u prostoru i vremenu, dve osnovne forme socijalne stigme (fizičke deformacije i mentalni problemi) postoje u većini kultura i civilizacija što psihologe navodi na hipotezu da je moguće da tendencija ka stigmatizaciji ima evolucione korene.

KLJUČNE REČI: totalne ustanove / duševne bolnice / stigma

"TOTALNE" USTANOVE I NJIHOVI STANOVNICI

U poznatoj knjizi *Azili*, Goffman (1961) izlaže rezultate svojih istraživanja psihološke atmosfere koja vlada u duševnim bolnicama i drugim ustanovama zatvorenog tipa. U cilju sistematske kontrolisane opservacije klime i stila života u duševnim bolnicama, Goffman u jednoj od njih živi godinu dana, radeći kao poslužitelj. Kao rezultat tog iskustva nastali su tekstovi koji će izvršiti značajan uticaj na radikalne kritike psihijatrije.

Goffman duševne bolnice svrstava u širu kategoriju *totalnih institucija* čiji je zajednički cilj da život velike grupe ljudi određenih osobina drži pod kontrolom. Primeri takvih institucija su zatvori, ludnice, koncentracioni logori, kasarne, manastiri, internati. Ove institucije se nazivaju totalnima zato što svoje stanovnike okružuju u gotovo apsolutnom smislu, presecajući sve njihove veze sa spoljašnjim svetom. One su orijentisane na potpunu kontrolu i vode deprivaciji svake autonomije. Ljudi koji u njima žive, hrane se, spavaju, rade i "provode vreme" na istom mestu, pod istim permanentnim nadzorom i sve svoje svakodnevne aktivnosti sprovode u velikim grupama ljudi koji rade to isto. U totalnim institucijama postoji hiperinflacija propisa kojima se reguliše kompletna aktivnost pojedinca i podstiče njegov inferiorni položaj. Sve aktivnosti striktno su programirane i u skladu sa zvaničnim pravilnikom namenutim "odozgo". Svaki detalj ovih institucionalnih aktivnosti zamišljen je tako da služi oficijelnim ciljevima ustanove. Iako se ti ciljevi razlikuju zavisno od karaktera ustanove, sve totalne institucije, po Goffmanu (*ibid.*) imaju i jedan skriveni, implicitni, zajednički cilj koji se svodi na uništavanje prethodnog identiteta jedinke i njegovu modifikaciju u one oblike koje institucija smatra poželjnim.

Ulazak u totalnu instituciju obeležen je "ponižavajućim ceremonijalom": osobi se oduzima garderoba i lične stvari i primorava se da svoje

lične i intimne poslove obavlja javno. Ona je stalno suočena sa nepovoljnim činjenicama o sebi samoj i stiže u svemu jedan ponižavajući status na osnovu kojeg više ne može da očekuje ni elementarno poštovanje na koje je navikla u spoljašnjem svetu.

Ponižavajućim ceremonijalom dolaska u totalnu instituciju prekida se, ponekad ireverzibilno, veoma važna nit na životnom putu osobe koja u nju stupa: nit koja je na mnogo načina vezuje sa njenim prirodnim socio-psihološkim okruženjem.

REIFIKACIJA I DEHUMANIZACIJA

"Ponižavajući ceremonijal" stupanja u totalnu ustanovu vodi, po Goffmanu, *umrtvljenju (mortifikaciji) čovekovog ega*. Ljudima koji dođu u totalnu ustanovu oduzima se njihova odeća i lične stvari i daje im se specijalno odelo identičnog kroja, materijala i boje čime se na simboličan način uništava njihov prethodni identitet i uspostavlja novi grupni identitet, **identitet etiketiranih** i **devijantnih**. Ovaj postupak, kao mnoge slične (kupanje, šišanje do glave "iz higijenskih razloga", posipanje dezinfekcionim praškovima, zamena imena brojem) Goffman (1961), i drugi autori antipsihijatrijske orijentacije nazivaju *reifikacijom* koja označava proces pretvaranja ličnosti u stvari bez imena, individualnosti i identiteta.

Gotovo svaka totalna institucija pokazuje zavidnu "kreativnost" u izmišljanju različitih depersonalizujućih postupaka, ali neke pravilnosti ipak postoje: totalna regulisanost svake akcije propisima (koji se odnose na izgled, oblačenje, uzimanje hrane, primanje poseta, pošte, način pozdravljanja i obraćanje nadređenima), nemogućnost da se na bilo kojem mestu bude sam sa sobom, kao i potpuna negacija privatnosti.

U totalnim ustanovama, kako to korektno primećuje Laing, vlada atmosfera koja "izluđuje ljude".

Jedna od njih, u kojoj sam, radeći na svom doktorskom projektu, provela nekoliko meseci, nalazi se na četvrtom spratu zgrade Centralnog zatvora u Beogradu. Tu su smešteni oni učinioci krivičnih dela kojima je sud, na osnovu forenzičke procene komisije veštaka da su delo učinili u tzv. "neuračunljivom" stanju i da se, shodno tome, mogu smatrati "opasnim po svoju okolinu", izrekao "meru bezbednosti obaveznog čuvanja i lečenja u psihijatrijskoj ustanovi zatvorenog tipa".

Trajanje ove mere bezbednosti vremenski je neodređeno; ona može biti na snazi godinama, ponekad čak i čitav život okrivljenog, ergo i duže ili čak značajno duže od trajanja zatvorske kazne koju bi učinilac dobio za konkretno krivično delo. Ova činjenica opisanu situaciju dodatno komplikuje sa stanovišta njene etičke opravdanosti.

Dehospitalizacija zavisi od mišljenja psihijataru o "zdravstvenom" stanju pacijenta: psihijatar treba da stekne utisak da je njegov pacijent u "dobraj i dugotrajnoj remisiji", da više nije "opasan po svoju okolinu" i da, prema očekivanju, neće učiniti neko novo krivično delo. Mnogi psihijatri se retko odlučuju da pacijentima pruže takve garancije, a ako se to ipak dogodi oni upućuju svoj predlog Komisiji za otpust o čemu, opet, konačnu odluku donosi sud. U tom složenom spletu okolnosti pacijent ima dobre izgleda da se nađe u ulozi "žrtvenog jarca" (Szasz, 1961) koji se, u ime spasavanja i lečenja, izlaže jednom krajnje dehumanizujućem postupku.

Szasz (1961) je raspravljao o situacijama kada se osobi sudi i kada se "utvrdi" da je krivično delo učinila pod uticajem duševne bolesti; tada dužina boravka u duševnoj bolnici po pravilu nadmašuje kaznu koja bi inače bila izrečena za delo koje je u pitanju. Po njegovom mišljenju kako neformalne, moralne sankcije kao što je društveni bojkot, tako i formalne, zakonske sankcije, kao što novčana ili kazna zatvora, mnogo manje vredaju ljudski duh nego kvazimedicijska psihijatrijska sankcija hospitalizacije u duševnoj bolnici.

Sobe u, kako se u žargonu najčešće naziva, "zatvorskoj ludnici" u Beogradu, u kojima pacijenti provode svoje dane i noći, mračne su i hladne (radijatori postoje samo u hodnicima); svaka gleda na uzani dugački hodnik na čijem kraju se nalaze teška gvozdena vrata (i stražar) koja ih odvajaju od ostalog dela bolnice i čitavog sveta. Na kraju tog niza spavaćih soba nalazi se i jedna dnevna, sa televizorom, u kojoj pacijenti gledaju "dozvoljene" emisije u "dozvoljeno vreme". Ispod same tavanice, kao posebno morbidan i za mnoge pacijente dodatno iritirajući detalj, nalaze se zvučnici sa kojih se "emituje" radio program, saopštavaju lokalne informacije ili prenose zatvorske priredbe. Oni su postavljeni van domašaja ruke da ih neko ne bi, kako je to slikovito opisao jedan pacijent, "možda dohvatio i u svojoj bolesti uništio" i, naravno, ne mogu se isključiti. Zvučnici trešte od rane zore simbolično obznajući da je odmaranju došao kraj i, utihnuvši za

krako posle ručka, ponovo se oglašavaju toliko snažno da se običan ljudski govor teško može razaznati.

U cilju sprečavanja samopovređivanja, pacijentima nije dopušteno da se briju sami, već su dva puta nedeljno obavezni da stoje u redu, svi istovremeno, čekajući da tu proceduru nad njima obave drugi. Propisima ustanove nije dozvoljeno puštanje brkova i brade niti kose duže od četiri santimetra. Nepoštovanje ovog propisa povlači odgovarajuće sankcije: nasilno, u prisustvu straže, brijanje brade i brkova i šišanje "do glave".

Pri dolasku u bolnicu, svaki pacijent dobija tzv. "pribor za jelo" koji se sastoji od tanjira, supene kašike i čaše, sve od plastike. Upotreba viljuške i noža je zabranjena, kao preventivna mera protiv eventualnog samopovređivanja ili povređivanja drugih. Odbijanje hrane, koja je inače prilično odvratnog karaktera, ako postane suviše upadljivo povlači prinudno hranjenje sondom direktno u želudac ili infuzijom.

Svaki dopušteni izlazak i obavezni povratak znače i ponižavajući pretres "do gole kože" koji često uključuje i skidanje cipela i čarapa.

Prema iskazima pacijenata, svaka neposlušnost (npr. odbijanje "radne terapije") ima za posledicu pretnju lekara "jačom terapijom" (a to implicira ležanje u krevetu u stanju polunesvesti) "ukidanjem slobodnih poseta ili vikenda", a katkad i onu najmračniju: "Ako ne budeš slušao, nikada te neću pustiti na slobodu".

Pokušaji samoubistva ovde su, kako bi se moglo i pretpostaviti, srazmerno česti. Na jedno izvršeno samoubistvo dolazi nekoliko pokušaja (Marković, 1987) koji su obično sprečeni od strane medicinskog osoblja ili drugih zatvorenika.

Možda nije na odmet podsetiti se, na ovom mestu, Szaszovog razmišljanja o pravu čoveka na samoubistvo. Mi treba, prema njegovim rečima, da učinimo sve što je u našoj moći, pružajući toplinu i razumevanje, da bismo sprečili samoubistvo. Ali, mi nismo pozvani, smatra Szasz, da im, pošto smo im već oduzeli građanske slobode, oduzmemo i njihovo zakonsko pravo da okončaju svoj život ako to žele.

O PANIČNOM STRAHU OD VEČNE DEPRIVACIJE SLOBODE ILI O "TRAGEDIJI INSTITUCIONALIZACIJE"

Na mnogobrojne i složene napade na svoj identitet i svu raznolikost frustracija i deprivacija (od slobode, ljubavi, autonomije, intime, lične svojine, prirodnog socio-psihološkog okruženja, slobodnog strukturiranja vremena) zatočenicima totalnih institucija reaguju na različite načine. Za istraživače su posebno značajni oni aspekti koji se odnose na moguće promene u ličnosti pod stresnim uticajima sredine kao i oni koji bi mogli uticati na stav prema ispitivanju, test-situaciji i, posebno, pristup testovnom materijalu.

Neki se uklapaju u šemu patologiziranja, potenciranja simptoma i psihijatrijskog gledanja na sebe, pa čak mogu i da konstruišu svoju prošlost kao "tužnu priču" da bi, uslovno rečeno, stekli "opravdanje" za sopstveno destruktivno ponašanje. U kontekstu ovih činjenica pokušala sam da objasnim testovno ponašanje takozvane *simulativne* grupe.¹ U slučajevima kada sekundarna dobit nije sasvim jasna (sem one trivijalne čežnje da se u toj čami monotonog osuđeničkog života, nekako skrene pažnja na sebe) verovatno da patologiziranje i agravacija imaju odbrambeni karakter i predstavljaju pokušaj da se anksioznost i osećanje krivice u vezi sa učinjenim delom redukuju, tako što će se odgovornost za ubistvo pripisati nekom disociranom i "bolesnom" delu sebe. Jer, kada ne postoji odgovornost, tada, psihološki, nema ni potrebe za osećanjem krivice.

Drugi karakterističan tip odbrambenih reakcija vezan je za potiskivanje i negiranje patologije odnosno disimulaciju: pacijenti psihijatrijske bolnice zatvorenog tipa, suočeni sa gotovo neprekidnim ponižavanjem i degradacijom, mogu imati veoma upadljivu potrebu da sebe prikažu u "zdravijem", optimističnijem svetlu nego što to objektivna situacija dopušta. Prevalentan broj *disimulirajućih* subjekata mog istraživanja čine pacijenti zatvorske bolnice. S obzirom na "izluđujuće uslove" koji tamo vladaju, njihova želja za što bržim ukidanjem mere bezbednosti i dehospitalizacijom, više je nego očekivana.

U ovakvim i sličnim načinima reagovanja na aktualnu zatvorsku ili bolničku situaciju čije potencijalne i svakako ne pozitivne uticaje na

¹ Vidi: *Kajinov greh* (Kron, 2000).

promene u ličnosti ispitanika ni jedan ozbiljan istraživač tamošnjih prilika ne sme zanemariti, ogleda se, po Goffmanu (1961) sva "tragedija institucionalizacije". Ona dovodi do "moralnog slabljenja" i "moralne malaksalosti" (*op.cit.*). Zatočnici totalnih ustanova uče kako da se "uklope u sistem" i tako izbegnu psihološku smrt i nekako otupe oštricu svog poniženja i uvredljivost svoga položaja.

Mera bezbednosti obaveznog čuvanja i lečenja u psihijatrijskoj ustanovi zatvorenog tipa duboko je dehumanizujuća i po ljudski duh razorna na mnogo načina. Po žestini napada na pacijentov ego i po surovij neizvesnosti svoga trajanja, ona je psihološki neuporediva sa bilo kojom drugom kaznom.

Završiću ovo izlaganje nekim, po mom utisku ilustrativnim, opservacijama i komentarima koje sam, tokom razgovora, dobila od mojih ispitanika:

- (1) Ovde su uslovi za bolesnog čoveka krajnje nehumani;
- (2) Ranije, četiri godine u Zabeli nisam osetio, a ovde je svaki dan dugačak;
- (3) Ovde dobro ne može da bude nikako;
- (4) Vrlo ću teško ja odavde izaći;
- (5) Loše se osećam na odeljenju zbog zbog buke i razglasa, želeo bih mir i tišinu.
- (6) Buka mi smeta; ne mogu da se odmorim psihički;
- (7) Ja sam psihički zdrav i nema razloga da se dalje zadržavam ovde;
- (8) Ovde su uslovi stravični. Osuđeni smo na mučenje;
- (9) Ovde mi je dosadno;
- (10) Ovde mi je zdravstveno stanje poljuljano. Na slobodi sam bio bolji;
- (11) Meni je teško što sam ja sad odjedanput neuračunljiv. Dobio sam status ludaka i strpan među rešetke;
- (12) Realno, ja odavde živ izaći neću.

Za navedene komentare verujem da su dovoljno rečiti i autentični kao i da nije potreban nikakav dodatni. Takođe verujem da oni, možda više od svega drugog što je u ovom tekstu već rečeno, pokazuju da poreklo paničnog straha od večne deprivacije slobode treba tra-

žiti u stresnim i depresivnim okolnostima koje obeležavaju atmosferu zatvorske duševne bolnice i u njenim mračnim perspektivama.

O NEPOUZDANOSTI PSIHIJATRIJSKE DIJAGNOZE: ROSENHANOV EKSPERIMENT

Čuveni američki psihijatar Thomas Szasz (1961) tvrdi da je mentalna bolest mit, pri čemu, naravno, ne poriče realnost pojave koja se naziva tim imenom. Već referentni okvir u kojem se taj pojam definiše. Duševna patnja, konflikti, frustracije, inhibicije, strahovi, osećanja krivice, adaptacioni problemi, depresivnost, anksioznost i nasilno ponašanje postoje, sva ta iskustva i problemi jesu stvarni, ali nisu medicinski. Ono što se standardno zove mentalnim bolestima, Szasz zove "problemi življenja".

O nepouzdanosti psihijatrijske dijagnoze napisane su hiljade stranica i to uglavnom od strane samih psihijatara iz čega je nastao čitav jedan pravac i škola mišljenja, tzv. ANTIPSIHIJARIJA (Szasz, Laing, Kuper, Esterson itd.) i izvedeni neki eksperimenti od kojih je najpoznatiji **Rozenhanov eksperiment sa pseudopacijentima** čiji su rezultati obavljeni 1973. godine. Učesnici u eksperimentu su bili normalni, upoznati sa ciljevima eksperimenta i instruirani da zakažu razgovor sa psihijatrom (u pitanju su bile najuglednije "mental hospitals") da se ponašaju i pričaju krajnje neupadljivo, kao i inače, ali da na standardno pitanje "da li čuju neke glasove" odgovore potvrdno. Rezultati su pokazali sledeće:

1. Ni jedan pseudopacijent nije otkriven.
2. Svi su primljeni i zadržani sa dijagnozom shizofrenije ili paranoidne shizofrenije a otpušteni sa dijagnozom "shizofrenija u remisiji".
3. Trajanje hospitalizacije variralo je od 7 – 52 dana.
4. Medicinske sestre su pseudopacijente opisale kao "prijateljski nastrojene" ("friendly"), "kooperativne" ("cooperative") i osobe koje "ne ispoljavaju znake abnormalnosti" ("exhibited no abnormal indications").
5. Jedini koji su konstatovali da sa novopridošlim likovima "nešto nije u redu" bili su pravi pacijenti starosedeoci.

Eksperiment je imao zapanjujući nastavak. U nameri da proveri da psihijatri nisu grešili samo iz obazrivosti, Rosenhan je obavestio bolnicu

koja je smatrana za najbolju, o svojim prethodnim rezultatima i upozorio osoblje da u toku sledeća tri meseca očekuje i neke nove pseudopacijente. U stvari, nije poslao ni jednoga. Posle toga se ispostavilo da je od 193 prava pacijenta koji su bili primljeni na lečenje u ovom periodu, ništa manje nego četrdeset jednoga bar jedan član osoblja sa velikim stepenom ubeđenja, ocenjivao kao pseudopacijenta. Ovaj nalaz dovoljno govori sam za sebe.

Spektakularni Rosenhanov eksperiment imao je nekoliko replika, sa sličnim rezultatima i izazvao, potpuno očekivano, neviđeni bes u zajednici psihijatara.

Time što koristi dijagnostički sistem za klasifikovanje pacijenata psihijatrija najočiglednije podseća na opštu medicinu. Klasifikacija se u psihijatriji, kao i u legitimnoj medicini, sastoji od zbirke posebnih, semantički uzajamno isključivih "bolesnih entiteta", za koje se pretpostavlja da obeležavaju temelj bolesnog procesa ili uzrok bolesti.

Psihijatrija nije zadovoljila osnovne logičke principe korektnog klasifikacionog sistema. Kategorije koje se upotrebljavaju međusobno se preklapaju i granice između njih su difuzne. Na primer, neko ko je anksiozan i depresivan može se dijagnostikovati ili kao "anksiozno stanje sa depresivnim karakteristikama" ili kao "neurotska depresija sa anksioznim karakteristikama", što zavisi od slobodne procene dijagnostičara. Štaviše, jedna tako značajna dijagnoza kao što je dijagnoza shizofrenije je takva da se u nju mogu uključiti pacijenti koji nemaju nikakvih zajedničkih simptoma.

Nepouzdanost psihijatrijskog dijagnostičkog sistema se ispoljava na različite načine. Istraživanja pokazuju da razni psihijatri koriste iste dijagnostičke kategorije sa veoma različitim relativnim učestalostima. Jedan može imati sklonost da dijagnostikuje shizofreniju, dok drugi ovu dijagnozu retko "konstatuje" i većinu smatra depresivnim. Upotreba sistema je u velikoj meri proizvoljna. Ne samo da postoje velike razlike među psihijatrima koji rade zajedno, nego postoje i ogromne opšte razlike među geografskim oblastima. Dobro je poznato da se shizofrenija mnogo češće dijagnostikuje u Americi nego u Velikoj Britaniji, gde se proporcionalno češće koristi depresija. Veliki broj istraživanja je pokazao da postoji ekstremno nizak stepen slaganja među psihijatrima koji procenjuju konkretne pacijente pri čemu kada je broj dijagnostičara veći od šest, samo se za deset posto pacijenata dobija ista dijagnoza. Ovakav nivo neslaganja bio bi potpuno nezamisliv u bilo kojoj grani standardne medicine.

ZAKLJUČAK: STIGMA, ETIKETA, DEGRADACIJA...

Termin "stigma" (lat. *stigma* od grč. *stigma* - utisnuti, istetovirani znak; ubod, prema: Klajn, Šipka, 2006) se u davno doba odnosio na žig koji je utisnut na telu roba ili zločinca vrelim gvožđem. U figurativnom značenju odnosi se na **znak srama** (*ibid.*) ili neku upadljivu anatomsku ili fizičku osobinu. Stigma u hrišćanstvu označava ožiljke koji podsećaju na pet Hristovih rana. Stigmati su krvave rane koje se javljaju na telu nalik na rane raspetoga Hrista. Stigmatizacija se odnosi na žigosanje koje je najčešće udruženo sa socijalnim odbacivanjem.

Mentalne bolesti su tradicionalno povezane sa neprihvatanjem društvene sredine, strahom i stigmom.

Godine 1911. poznati italijanski psihijatar i kriminolog Cesare Lombroso objavljuje svoju doktrinu prema kojoj postoji kriminalni tip ljudi (*delinquente nato*; rođeni kriminalac) koji, zahvaljujući procesu atavizma, imaju tipične primitivne fiziognomatske karakteristike: *stigmati degenerations*. U cilju empirijskog podržavanja svoje teorije Lombroso je izveo mnoga telesna merenja i zaključio da su npr. ubice kao grupa ljudi biološki degenerisani: njihove telesne karakteristike ("stigmati") su zakravljenе oči, orlovski nos, kovrdžava crna kosa, jake vilice, ogromne uši, tanka usta i izraz "preteće iskeženosti". Njihove emocionalne karakteristike krajnje su primitivne. U svoje vreme, ovo učenje bilo je internacionalno prihvaćeno.

Stigma označava znak stida, neodobravanja gađenja ili odbacivanja od strane okoline. Javlja se onda kada se osoba oseća neprijatno ili postićeno da govori o sopstvenom ponašanju koje doživljava drugačije. Stigma usled mentalnih bolesti je toliko jaka da podiže zid ćutanja oko ovog problema. Od stigme ne pate samo ljudi sa mentalnim poremećajima - vrlo često njihove porodice ili prijatelji takođe podnose njene posledice.

Poput pojma totalnih ustanova, pojam stigme je takođe stekao afirmaciju u socijalnim naukama zahvaljujući radu Ervinga Goffmana koji je 1963. objavio knjigu "*Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*". Po Goffmanu, stigma je duboko diskreditujući atribut i stigmatizirana osoba je manje vrednovana ili "zatrovana" stigmatizirajućim procesom na tri načina: abnormalnostima na telu, kao što su fizički deformiteti, "rodovskim identitetom" kao što je

nacionalnost, pol, ili religija i "specifičnim individualnim karakterom" kao što su mentalni poremećaji ili nezaposlenost.

Link i Phelan smatraju da stigma nastaje kao produkt četiri socijalna procesa. Prvo, ljudi se razlikuju i definišu te razlike. Drugo, dominantna kulturološka verovanja daju ljudima negativne karakteristike koje su usko u vezi sa negativnim stereotipima. U socijalnim procesima, koji su na trećem mestu, označeni ljudi su u onim kategorijama koje razlikuju "nas" od "njih". U četvrtom procesu označeni ljudi gube statusni položaj čime postaju konačno diskriminirani.

Socijalna profilaksa i politika zaštite mentalnog zdravlja ekstremno je ugrožena raširenošću stigme prema mentalnim poremećajima i dovodi do diskriminacije osoba koje od njih pate. Poznato je da je stigma koja se odnosi na negativno obeležavanje osoba s psihičkim problemima prepreka u ranoj detekciji sumnjivih i opominjućih znakova koji mogu voditi u ozbiljne mentalne poremećaje. Etiketiranje mentalno poremećenih individua i njihova stigmatizacija uvećava količinu njihove patnje i dodatno ih viktimizuje.

Osobe koje pate od mentalnih poremećaja laka su meta diskriminacije, jer se kao vulnerabilan skup individua slabo brane. Takva diskriminacija zakonski je kažnjiva, ali ona i ukazuje da je potrebno organizovati nacionalni program borbe protiv stigmatizacije mentalnih poremećaja kako bi se jednom značajnom skupu građana omogućila adekvatna psihološka, psihijatrijska i, kada je to neophodno, neurološka pomoć i sprečila njihova dalja viktimizacija i socijalna diskriminacija.

LITERATURA

- (1) BYRNE P. (2001) Psychiatric stigma. *British Journal of Psychiatry*, 178: 281-284.
- (2) CRISP, A.H., GELDERS, M.G., RIX, S., MELTZER, H.I., ROWLANDS, O.J. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177: 4-7.
- (3) GOFFMAN, E. (1961) *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday Anchor.
- (4) GOFFMAN, E. (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs. New Jersey: Prentice Hall.
- (5) HAYWARD, P., BRIGHT, J.A. (1997) Stigma and mental illness: A review and critique. *Journal of Mental Health*, 6(4): 345-354.

- (6) HOCK, R. R. (2002) *Forty Studies That Changed Psychology: Explorations Into the History of Psychological Research*, 4th Edition. New York: Prentice Hall
- (7) HOCKING, B. Reducing mental illness stigma and discrimination - everybody's business. *Schizophrenia Supplement*, 78: S47 - S48.
- (8) KLAJN, I., ŠIPKA, M. (2006) *Veliki rečnik stranih reči i izraza*. Novi Sad: Prometej.
- (9) KRON, L. (2000) *Kajinov greh: psihološka tipologija ubica*. (Drugo, dopunjeno izdanje). Beograd: "Prometej" i Institut za kriminološka i sociološka istraživanja.
- (10) KRON, L., RADOVANOVIĆ, D., VUČINIĆ, B. (1993) O nekim posebnim okolnostima naučnog istraživanja u "totalnim" ustanovama. *Zbornik Instituta za kriminološka i sociološka istraživanja*. 22:93-103.
- (11) LINK, B., PHELAN, J. (2001) Conceptualizing Stigma. *Annu Rev Sociol*. 27: 363-85.
- (12) ROSENHAN, D. L. (1973) On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- (13) SZASZ, T. (1961) *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Hoeber-Harper.
- (14) SZASZ, T. (1997) *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper & Row.

TOTAL INSTITUTIONS AND STIGMATIZATIONS

This paper deals with total institutions in general, mental hospitals in particular and about career of mental patients. Author also referred on Szasz's main arguments that one should be deprived of liberty unless he is found guilty of a criminal offense. Depriving a person of liberty for what is said to be his own good is immoral. Just as a person suffering from terminal cancer may refuse treatment, so should a person be able to refuse psychiatric treatment. Szasz's contention that mental illness is a "myth" appears to rely on a variant of the dualistic Cartesian model of mind versus body. Although the specific social categories that become stigmatized can vary across times and places, the two basic forms of stigma (physical deformity and mental problems) are found in most cultures and time periods, leading some psychologists to hypothesize that the tendency to stigmatize may have evolutionary roots.

KEY WORDS: *total institutions / mental hospital / stigma*