

levads

Ārprāts, neapšaubāmi, var būt biedējošs, tomēr tiem, kas to nevis pieredz, bet novēro, tas vienlaikus šķiet intriģējošs. Līdzīgi kā nāve, ārprāts aptver neaptveramo un izjauc ierasto kārtību un noteikumus, radot haosu un mēģinājumus to savaldīt. Jau pats vārds “ārprātīgais” implicē, ka šādi cilvēki atrodas “ārpus saprāta” stāvoklī. Tas iezīmē personu, kura ir pretstatā racionālajam, tātad bīstama vai labākajā gadījumā – neuzticama un bezpalīdzīga. Tādējādi par ārprāta un racionalitātes attiecībām var izvirzīt vismaz divus pirmajā brīdī atšķirīgus, bet ne vienmēr viegli nošķiramus pieņēmumus. Pirmkārt, mēs varam pieņemt, ka ārprātīgajiem nevar piederēt patiesība par realitāti, jo viņu realitātes uztvere ir pārāk sašķobīta un tādēļ neuzticama. Otra iespēja ir piekrist, ka ārprātam var piederēt patiesība, bet tā ir pieejama tikai saprātīgajiem. Tādēļ viena no ārprātības konceptualizēšanas problēmām ir tā, ka par to gandrīz nav iespējams runāt no pirmās personas skatupunkta. Ārprātīgajam nepieder tiesības izteikt patiesus, objektīvus spriedumus par ārprātu jeb, precīzāk, viņam nepieder vara definēt, kas ir un kas nav patiess. Tādēļ, lai definētu un kategorizētu, kas ir ārprāts, lielākoties vienmēr tiek piesaistīti vērtētāji no malas, kuru koncepcijas par ārprātu pieder “saprāta pasaulei” un tāpēc uzskatāmas par racionālām.¹ Lai arī kurai iespējai mēs sliektos piekrist, ir skaidrs, ka ārprāts kā pieredze ir dziļi personiska un pat vientulīga, tomēr kā kategorija – sociāla un publiska. Ārprāta nozīme veidojas tikai un vienīgi konkrētas cilvēku grupas ietvaros. Tā kā ārprāts ir redzams, bet pārējiem sabiedrības locekļiem bieži nesa-protams, tas vienmēr ir piesaistījis uzmanību no ārpuses, vienmēr

¹ Savā ziņā spriest par ārprātu ir nedaudz līdzīgi kā spriest par nāvi. Tad, kad ir cilvēks, nav nāves. Kad ir nāve, nav cilvēka, kas par to varētu spriest. Kad mēs esam saprātīgi, mēs varam tikai iztēloties ārprātu. Turpretim, kad esam ārprātīgi, mums nepieder patiesība par ārprātu.

kāds ir mēģinājis to aprakstīt, izskaidrot un rast piemērotāko definīciju. Visticamāk, tieši savas noslēpumainības dēļ tas allaž ir nodarbinājis domātāju prātus un bijis viens no apspēlētākajiem motīviem literatūrā – sākot ar Eiripīda traģēdiju “Hērakls” (416. g. p. m. ē.), kurā Hērakls dievu sūtīta ārprāta varā nonāvē savus bērnus un sievu, turpinot ar Ofēlijas ārprātu Šekspīra lugā “Hamlets” (1603), līdz pat tādiem 20. gadsimta klasiskiem darbiem kā Frānsisa Skota Ficdžeralda romāns “Ir maiga nakts” (1934) un Kena Kīsijs “Kāds pārlaidās dzeguzes ligzdai” (1962). Katrs no šiem darbiem iezīmē konkrētā laikmeta un sabiedrības izpratni par ārprātu. Šekspīra un Dona Migela de Servantesa darbos (piemēram, “Dons Kihots”, 1605) var manīt ārprātam piešķirto traģiku un nolemtību – ārprāts ir sākotne nenovēršamām garīgām un fiziskām beigām (Foucault, 2006, 37–38). Turpretim K. Kīsijs darbs precīzi atspoguļo tajā laikā pieaugošo neapmierinātību ar ārprāta pētniecībā, klasificēšanā un kontrolēšanā dominējošo psihiatrijas lomu, kas pastāvēja kopš 18. gadsimta beigām.

Gan dažādi literārie darbi, gan dokumentāri vēstures avoti sniedz iespēju atskatīties uz to, kā laika gaitā ir mainījies ārprāta skaidrojums un attieksme pret to. Šī iemesla dēļ filozofs, vēsturnieks un sociālais teorētiķis Mišels Fuko (*Michel Foucault*) uzskata, ka “ārprāts” ir relatīvs jēdziens, kas papildīts ar daudzām atšķirīgām nozīmēm. Tā būtību konstruē un kontrolē sabiedrībā esošās dominējošās intelektuālās un kulturālās varas struktūras (Foucault, 2006). Pieturoties pie šīs Fuko idejas, šajā rakstā ietvertie vēsturiskie atskati uz ārprātu (vai tie būtu aizgūti no Fuko vai kāda cita autora) nav jāsaprot kā absolūta patiesība, bet gan kā vēsturiskas nozīmes konstrukcijas, kas ļauj palūkoties uz ārprātu kā uz vienu no civilizācijas fenomeniem – tikpat mainīgu, plūstošu un dažādu, kāda ir konkrētā kultūra (Žana Kalfas (*Jean Khalifa*) priekšvārds grāmatai *Foucault*, 2006, XIV–XV). Daudzi autori izvēlas runāt tieši par ārprātu, nevis garīgu slimību, lai izvairītos no nepieciešamības lietot medicīnā pastāvošo klīnisko skatījumu uz ārprātu, tā vietā uzsverot kultūras un vēsturisko relativitāti, kāda piemīt šim jēdzienam.

Pirmkārt, jēdziens “ārprāts” pārstāv plašāku kultūru un sabiedrību loku, ir daudznozīmīgāks, plūstošāks un holistiskāks par “garīgajām slimībām” un ļauj ieraudzīt to, ka ne vienmēr un ne visur ārstēšana ir vienīgā iespējamā attieksme pret ārprātu. Turpretim “garīgās slimības” ir universalizēts un medikalizēts ārprāta apzīmējums no daudz šaurāka skatupunkta.

Otrs iemesls par labu izvēlei izmantot jēdzienu “ārprāts” ir tā plašais un ikdienišķais lietojums gan pašu sirgstošo, gan aprūpētāju (vēlāk – medicīnas profesionāļu), gan arī plašākas sabiedrības ietvaros, kas Rietumu kultūrā tika praktizēts līdz pat 19. gadsimtam. Medikalizācijas ietekmē par lingvistisku tabu un stigmatizējošu jēdzienu tas kļuvis vien pēdējo divu gadsimtu laikā. Turklāt, kā ironiski norāda sociologs un medicīnas vēsturnieks Endrjū Skalls (*Andrew Scull*), šis vārds bieži ir kļuvis ne vien nepieklājīgs un neminams pašu sirgstošo dēļ, bet

arī biomedicīniskās psihiatrijas pārstāvju dēļ, jo tas netieši izaicina psihiatrijas monopolisko ekspertīzi šajā jomā (Scull, 2011, 1). Līdz ar to jēdziena “ārprāts” lietojums ir neliela provokācija.

Trešais iemesls jēdziena “ārprāts” lietošanai ir abu iepriekšējo apvienojums. Tas vienlaikus ļauj gan izvairīties no Rietumu etnocentriskā un medicīniskā skatījuma uz šo fenomenu, gan norāda, ka “ārprātu”, par spīti tā izpausmju un cēloņu iespējami dažādiem skaidrojumiem, tomēr raksturo arī starpkulturāli līdzīga atziņa, ka neprāts (angļu val. *unreason*), ar ko saprot cilvēku atrašanos ārpus kultūrspecifiskā **garīgā visuma**, pastāv (Scull, 2011, 1).

Kā jau citi laju jēdzieni, “ārprāts” ir visai neprecīzs – nav skaidrs un nav arī nekur skaidri definēts, kādiem simptomiem – domu, uzvedības, valodas u. c. “pār-rāvumiem”, “īssavienojumiem” vai īpatnībām – ir jābūt, lai kādu sauktu par ārprātīgu. Jēdziena nozīme ir mainīga ne vien laikā un vietā, bet arī starp dzimtēm, sociālekonomiskiem slāņiem un citiem sociāliem faktoriem. Tomēr šī mainība nav nedz nejauša, nedz arī tāda, kuru nebūtu iespējams izskaidrot no socioloģijas un antropoloģijas viedokļa. Atšķirībā no “garīgām slimībām” jēdziens “ārprāts” paver plašākas iespējas diskusijām par to, kas tad tas īsti ir.

Šajā rakstā tiks aplūkotas galvenās tēmas un motīvi, kas konceptuāli ir saistīti ar jēdziena “ārprāts” lietojumu. Ārprāts ir universāli izplatīts fenomens, priekšstatī par ārprātu pastāv visās kultūrās, un vairums šo priekšstatu satur izpratni par ārprātīgā cilvēka izjustajām ciešanām.

Mūsdienu nozīmīgākās starpdisciplinārās diskusijas ir nevis par ārprāta esamību vai neesamību, bet par to, kā to definēt.² Vai ir iespējama universāla zinātniski objektīva ārprāta definīcija? Vai ārprāta definēšanā drīzāk jāņem vērā kultūrrelatīvi normatīvi un subjektīvie elementi? Šos jautājumus risina vairākas zinātnes nozares – psihiatrija, socioloģija, antropoloģija, kā arī psiholoģija un filozofija. Starpdisciplinārajās debatēs ir izveidojušās divas radikālas “nometnes”. Viena, kas apgalvo, ka ārprāta pamatā ir bioloģisks defekts, nepilnība vai novirze, pat ja (pagaidām) nepierādīta, tādēļ tas uzskatāms par slimību un ārstējams līdzīgi kā fiziskās slimības. Otra izmanto dažādu pieeju klāstu, lai skaidrotu ārprātu no kultūras un sociālo faktoru skatupunkta. Pirmo “nometni” vēsturiski galvenokārt pārstāv psihiatrija jeb, precīzāk, biomedicīniskais modelis, ko dažādos laika posmos vairāk vai mazāk izmantojusi psihiatrija, savukārt otro “nometni” – sociālās un humanitārās zinātnes un, kā būs lasāms turpinājumā, arī atsevišķi 20. gadsimta psihiatri, kas vēlreiz pierāda ārprāta neviennozīmību.

² Varētu apgalvot, ka, līdzīgi kā daudzas citas filosofiskās diskusijas, arī šī pēc būtības nemaz neskar ārprātu pašu par sevi (jo tas atrodas ārpus saprāta). Tā drīzāk apskata ārprātu kā rādītāju, liecību vai pazīmi kaut kam citam (Güven, 2005, 3–4).

Šis raksts nepretendē uz jaunu “patiesību” atklāšanu par ārprātu, tas noteikti arī neieviesīs absolūtu skaidrību “mūžsenajā” jautājumā, vai ārprāts ir bioloģisks vai tomēr konstruēts un, galu galā – **kas tieši tas ir?** Šis raksts drīzāk ir mēģinājums koncentrēti aptvert nozīmīgākos ārprāta skaidrojumus, meklējot iespējamus kopsaucējus. Ņemot vērā psihiatrijas ilgstošo dominanci ārprāta konstruēšanā, kā arī to, ka psihiatrija bieži vien ir izaicinājusi citas nozares ne vien alternatīvā ārprāta pētniecībā, bet arī klasiskās psihiatrijas kritizēšanā, vispirms tiks atspoguļotas psihiatrijas galvenās nostājas ārprāta definēšanā. Pēc tam tiks apskatītas socioloģijā un antropoloģijā izmantotās perspektīvas.

Ārprāts Rietumu psihiatrijā

Psihiatrija ir medicīnas nozare, kas veltīta garīgo traucējumu pētniecībai, diagnosticēšanai, prognozēšanai, etioloģijai, ārstēšanai un prevencijai. Tieši etioloģija jeb mācība par slimību, šoreiz garīgo, izcelsmi, attīstības cēloņiem, kā arī par apstākļiem raisa visvairāk jautājumu, neskaidrību un iebildumu. Lai arī mūsdienu psihiatrija ir visai eklektiska zinātnes nozare, proti, pieņēmumi par slimības izcelsmi, diagnozi un atbilstošāko ārstēšanas metodi var būtiski atšķirties, tai tomēr ir saglabājušās dominējošas kopīgas iezīmes – bioloģiskie garīgo traucējumu cēloņi un fiziskās ārstēšanas metodes aizvien atrodas privileģētā stāvoklī. Ir skaidrs, ka pastāv garīgi traucējumi, kuru bioloģisko cēloni būtu grūti apšaubīt, piemēram, Alcheimera slimība vai psihiskas izmaiņas smadzeņu traumu dēļ. Tomēr ir arī tādi “ārprāti”, kuru bioloģiskie cēloņi nav pierādīti vai ir visai apšaubāmi. Tas nenozīmē, ka mūsdienu psihiatrijā sociālie vai kultūras aspekti netiek ņemti vērā, tomēr itin bieži tiek pielietots “apgriezts” to skaidrojums. Piemēram, psihiatrs, kurš ārstē pacientu ar antidepresantiem, var atzīt, ka pēkšņa sociālekonomisko apstākļu maiņa, piemēram, darba zaudēšana, ir galvenais depresijas cēlonis, tajā pašā laikā pieņemot, ka sociālo apstākļu izraisītais stress ir stimulējis bioķīmiskas izmaiņas smadzeņu darbībā, ko var “salabot” ar pareizajiem medikamentiem (*Rogers and Pilgrim, 2005, 2*). Tādējādi tiek uzskatīts, ka sociālā vide un apstākļi ir tikai palīdzējuši atklāties jau pastāvošai bioloģiskai slimībai. Šāds uzskats, ka garīgas ciešanas vislabāk ir saprotamas kā medicīniska slimība, kas ietver bioloģiskās struktūras un funkcionēšanas izmaiņas, ir balstīts uz t. s. biomedicīnisko modeli (*Johnstone, 2006, 81*).

Biomedicīniskais modelis cilvēka pētniecībā ir balstīts uz pozitīvisma, bioloģiskā determinisma un redukcionisma pieeju, tomēr ne vienmēr var novērot visu pieeju vienlaicīgu pārklāšanos. Ar pozitīvismu zinātnē jāsaprot tāda pētniecības pieeja, kas balstīta uz dabas zinātņu pamatnostādņēm – cilvēks tiek aplūkots kā pasīvs aģents, objekts, uz kuru iedarbojas dažādi ārējie spēki un faktori. Tā mēģina skaidrot cilvēku uzvedību, izmantojot cēloņu un seku likumsakarību.

Pozitīvisma pieeja nav obligāti saistīta ar redukcionismu, lai gan bieži tās pārklājas. Bioloģiskais redukcionisms nozīmē, ka psihiskie procesi tiek skaidroti tikai un vienīgi kā fizisku un bioķīmisku procesu rezultāts, nepievēršot uzmanību psiholoģisko un sociālo faktoru ietekmei uz veselību. Savukārt bioloģiskais determinisms ir redukcionisma sekas. Tas implicē, ka cilvēka uzvedība, tostarp ārprātīga uzvedība, ir bioloģiski noteikta. Šāds skatījums nosaka, ka kultūrai, sociālajai videi vai notikumiem cilvēka dzīvē nav noteicoša nozīme garīgo traucējumu attīstībā, bet ka drīzāk tie darbojas kā katalizatori. Determinisms atbrīvo sirgstošo no vainas, tomēr tas indivīdam atņem atbildību un zināmā mērā arī pašnoteikšanos, jo ko gan var ietekmēt cilvēks, ja visu jau ir noteikusi daba.

Kā viena no medicīnas zinātnes nozarēm psihiatrija tradicionāli ir balstījusies uz biomedicīnisko modeli. Šajā sakarā rodas divi jautājumi. Pirmkārt, kāpēc psihiatrija ir tik stingri pieturējusies pie biomedicīniskā modeļa, par spīti tam, ka lielai daļai psihisko slimību cēloņi vēl aizvien ir visai nenoteikti vai katrā ziņā – daudzējādi? Otrkārt, kā un kāpēc ārprāts, kas sākotnēji tika raksturots kā garīga kaite un bija piederīga garīdznieku kompetencei, kļuva par medicīniskas izpētes objektu?

No ārprāta līdz garīgai slimībai

Pievērsīsim uzmanību tikai pāris būtiskākajiem pagrieziena punktiem, kas ietekmēja ārprāta diskursa maiņu no muļķības un neprātības līdz sociālai problēmai un, visbeidzot – slimībai, ko ārstē psihiatri.

Anglijā 1247. gadā dibinātā Bedlemas slimnīca (angļu val. *Bedlam* jeb *Bethlehem Hospital*, sk. *Porter*, 2003, 90), kas sākotnēji kalpoja kā slimnīca nabagiem, bija Eiropā viena no pirmajām institūcijām, kas 14. gadsimta beigās sāka pieņemt un sniegt palīdzību ārprātīgajiem. Viduslaiku beigās līdzīgas institūcijas bija atrodamas arī citās Eiropas valstīs, taču jāņem vērā, ka šāda veida iestādes tolaik bija rets izņēmums un ārprātīgo nošķiršana no sabiedrības un vēlāk arī ārstēšana kļuva izplatīta tikai pēc dažiem gadsimtiem (*Porter*, 2003, 90–91; *Scull*, 2015, 84–85). Jau viduslaikos ārprāta izcelšanos mēdza meklēt cilvēka organismā. Taču, kā atzīmē E. Skals, ārstu statuss ārprāta ārstēšanā vēl nepavisam nebija stabils, un tas darīja viņus pietiekami piesardzīgus, lai piekāptos, ka daži ārprāta veidi ir apsēstību rezultāts un tāpēc ir nododami garīdznieku rokās.

Liela nozīme un vara gan ārprāta izskaidrošanā, gan dziedināšanā bija reliģijai (*Scull*, 2015, 84–85). Fuko gan piebilst, ka bieži pastāvošais uzskats, ka viduslaikos ārprātīgos pielīdzināja svētajiem ar pārpasaulīgām zināšanām, īsti neatbilst patiesībai (*Foucault*, 2006, 61). Jau tad ārprātu cieši saistīja ar nabadzību, un, ja tika novērota ārprātīga cilvēka bīstama uzvedība, tad biežākais līdzeklis viņu “dziedināšanai” bija izraidīšana no pilsētas, nevis apbrīna un cieņas izrādīšana. Turpmākajos gadsimtos konflikts starp “dabisko” un “pārdabisko” ārprāta skaidrojumu tikai pieņēmas spēkā.

Līdz ar 17. gadsimtā lēni pieaugošo sekulārismu, tirdzniecības sakaru paplašināšanos un pilsētu izplešanos ārprāts arvien vairāk tika pielīdzināts nabadzībai, dīkdienībai un klaidonībai – tas pamazām kļuva par sociālu problēmu. Šeit gan atšķiras Fuko un Skala akcenti. Fuko ārprāta nosodīšanā redz tā sasaisti ar morālo pagrimumu. Viņaprāt, ārprātīgos uzskatīja par cilvēkiem, kas apzināti ļaunas dīkdienībai un tādējādi morāli degradē tikumīgu un godprātīgu dzīvošanu (Foucault, 2006, 61–62). Turpretim Skals uzsver ar ārprātu sirgstošo ekonomisko neizdevīgumu – līdzīgi kā bezdarbniekus, ārprātīgos gluži vienkārši uzskatīja par tādiem, kas sabiedrībai rada ekonomiskus zaudējumus, jo viņi nespēj pelnīt iztiku (Scull, 2015, 122–123). Lai arī kurš no šiem skaidrojumiem būtu tuvāks vēsturiskajai realitātei, tie abi atbilst kopumā noraidošajai attieksmei pret ārprātīgajiem – viņi tika “samesti vienā katlā” ar citiem sociāli problemātiskiem cilvēkiem. Protams, ne vienlaikus un ne vienmērīgi, taču 17. gadsimta vidus Eiropā bija laiks, kad ārprātīgos pamazām sāka turēt ieslodzījumā dažādās sākotnēji ar medicīnu nesaistītās institūcijās, kur tie tika pakļauti novērošanai.³ Mišels Fuko apgalvo, ka tieši viņu pieejamība novērošanai ir viens no iemesliem, kāpēc ārprātīgie ar laiku kļuva par medicīnai interesējošiem un pētāmiem objektiem. Taču, ņemot vērā, ka sākotnēji ārprātīgie tika ieslodzīti labošanas iestādēs kopā ar ubagiem, prostitūtām, klaidoņiem un citiem tolaik par sociāli pagrimušiem uzskatītiem cilvēkiem, tas raisa jautājumu, kāpēc par medicīniskiem objektiem pamazām kļuva tieši “trakie”, nevis citas deviantās grupas? Acīmredzot atsevišķā kategorijā tos ļāva ierindot priekšstats par ārprāta nošķirumu no saprāta (angļu val. *reason*) – galvenās pazīmes, kas raksturo cilvēka dabu un atšķir to no citām dzīvām būtnēm.

Līdz ar 18. gadsimtu ārprātīgie vairs netika uzskatīti tik daudz par sociāli un morāli deviantiem, bet kā par dabā atrodamu fenomenu, kas ir zinātniskās izpētes vērts. Astoņpadsmitā gadsimta beigās var uzskatīt par psihisko ciešanu izpētes modernā perioda sākumu – tika radītas speciālas medicīniskas institūcijas tikai

³ Medicīnas vēsturnieks Rojs Porters (*Roy Porter*) uzsver, ka tā dēvētā ārprātīgo “lielā ieslodzīšana” (angļu val. *great confinement*) institūcijās nebūt nenoritēja tik vienmērīgi, kā to apraksta Fuko. Atšķirības bija meklējamas starp valstīm (piemēram, Krievijā līdz pat 19. gadsimta vidum ārprātīgie vēl joprojām lielākoties uzturējās klosteros vai brīvi klaiņoja apkārt), gan arī starp pilsētām un lauku reģioniem (*Porter*, 2003, 93–94). Sociologs un vēsturnieks Endrjū Skals uzskata, ka ārprātīgie bija uz salīdzinoši “brīvām kājām” līdz pat 19. gadsimtam un ka tieši 19. gadsimta pirmā puse ir uzskatāma par ārprātīgo “lielās ieslodzīšanas” laiku. Skals 19. gadsimta vērienīgo institucionalizāciju galvenokārt saista ar pieaugošo kapitālismu, kas “pieprasīja” darbaspējīgus un ekonomiski izdevīgus sabiedrības locekļus (Scull, 2015). Dažādu vēsturnieku atšķirīgie skatījumi uz vēsturi liecina, ka nepastāv viena, homogēna vēsture.

un vienīgi ar garīgiem traucējumiem sirgstošajiem. Jaunās psihiatriskās klīnikas sākotnēji kalpoja diviem mērķiem – lai dziedinātu ārprātīgos un atbrīvotu viņus no ciešanām un lai pasargātu no viņiem pārējo sabiedrību. Valdība uzskats, ka institūcija spēj nodrošināt visatbilstošākos un labākos apstākļus. Sabiedrības pasargāšana kā mērķis drīz vien atkrita, un ārprāts no dekadentiskas parādības bija kļuvis par bioloģiski determinētu medicīnisku izpētes un uztveres objektu (*Foucault*, 2006, 62–67). Daudzi klasiskās psihiatrijas kritiķi, tostarp arī Fuko, vēlāk ir izteikušies, ka, tieši pateicoties psihiatrijas nozares ilglaicīgai, ekskluzīvai varai pār ārprātu, tā aizvien vēl tur savās rokās arī morāles, sociālās normalitātes un deviances grožus.

Astoņpadsmitā gadsimta beigās jau minētajā Bedlemas slimnīcā Anglijā aizliedza iepriekš kā normu pastāvošo garīgi slimo cilvēku apmeklēšanu. Tas būtiski iezīmē “jaunās ēras” sākumu – ārprātīgie tika nošķirti no pārējās sabiedrības. Pastāvēja uzskats, ka institūcija un “terapeitiskā izolācija” ir labākā vieta cilvēkiem ar garīgiem traucējumiem. Ārprātīgie lielākoties tika pakļauti dažāda veida fiziskām ārstēšanas metodēm – asins nolaišanai, gremdēšanai aukstā ūdenī, sišanai, “trako kreklu” lietošanai u. c. Daži ārsti uzsvēra arī iebiedēšanas veiksmīgos panākumus ārstēšanā. Piemēram, Frānsiss Villiss (*Francis Willis*, 1718–1807) rakstīja: “Bailes bieži vien ir vienīgā emocija, ar kuru tos var regulēt. Tās [bailes] atbrīvo viņu domas no ilūzijām un atgriež viņus atpakaļ realitātē, pat ja tas nozīmē sāpes un ciešanas.”⁴ (*Scull*, 2015, 15)

Tika pat izgudrotas dažādas speciālas ierīces ārprātīgo ārstēšanai, piemēram, šūpojošais krēsls, kurā stingri sēdus vai guļus pozīcijā piesietais pacients tika šūpots un griezts uz riņķi, kā papildus baiļu izraisīto efektu bieži izmantojot arī tumsu. Krēsla izgudrotājs Džozefs Meisons Koks (*Joseph Mason Cox*) slavēja ierīci kā labu morālās un fiziskās ārstēšanas metodes apvienojumu, kas balstīta uz ķermeņa un prāta mijiedarbību un harmonijas atgūšanu. Šūpošanās kustības izraisītais nelabums, reibonis un pagurums palīdzot atjaunot sasaisti ar realitāti un radīt jaunas, veselīgas domas (*Scull*, 2015, 157–159).

Taču viedokļi par to, kā pareizāk ārstēt ārprātīgos, mainījās ārkārtīgi strauji, un 19. gadsimta 20. gados šūpojošo krēslu Lielbritānijā izmantot aizliedza. Līdztekus vēl aizvien pastāvošām iepriekš minētām fiziskām ārstēšanas metodēm attīstījās arī idejas par iespējamu humānāku attieksmi pret garīgi slimajiem. Daži ārsti uzsvēra, ka, iespējams, tieši cilvēcīga attieksme, laipnība un atbalsts var palīdzēt šiem cilvēkiem kontrolēt savu ārprātu un tādējādi atgriezties kaut visvienkāršākajā “normālas” dzīves līmenī. Līdzīgas idejas strauji izplatījās vairākās

⁴ “The emotion of fear is the first and often the only one by which they can be governed. By working on it one removes their thoughts from the phantasms occupying them and brings them back to reality, even if this entails pain and suffering.” Ja vien nav norādīts citādi, visi citāti darbā ir autorens tulkoti.

Eiropa valstīs. Divi visplašāk pazīstamie uzvārdi, kurus parasti min kā humānākas terapijas aizsācējus, ir Viljams Tjūks (*William Tuke*) un Filips Pinels (*Philippe Pinel*). V. Tjūks bija britu filantrops, viens no morālās terapijas aizsācējiem, kuras pamatā bija labas, pareizas uzvedības veicināšana un atalgošana. Viņš savā terapijā uzsvēra pacienta sadarbību ar ārstu, tādējādi kaut nedaudz atzīstot pacientu autonomiju. Pacienti, kuri labprāt iesaistījās terapijā, tika atalgoti, tā sekmējot viņos “korektas” uzvedības veidošanos. Savukārt F. Pinels zināms kā psihiatrs, kurš, lai arī atzina institūciju kā labāko ārstēšanas vietu, iestājās pret fizisku sodīšanu, tā vietā attīstot morālo ārstēšanu (*Porter, 2003, 105–108*). Abi – Pinels un Tjūks – uzskatīja, ka ārprātīgie ir maksimāli jāiesaista sava saprāta atgūšanā un ka lielākā daļa medikamentu ārprāta ārstēšanā ir nejēdzīgi. Kopīgs bija arī arguments, ka bieži vien no pacientiem sagaidāmais neprāts un bīstamā uzvedība drīzāk ir sekas aplamām (fiziskām un vardarbīgām) ārstēšanas metodēm, nevis iemesls šādas metodes pielietot (*Scull, 2011, 45*). Šo Pinela un Tjūka novērojumu krietni vēlāk, 20. gadsimtā, daudz precīzāk apskatīja vairāki sociālo zinātņu pārstāvji un arī paši psihiatri. Piemēram, sociologs Ervings Gofmanis (*Erving Goffman*) plaši aprakstīja, kādus negatīvus efektus uz personību var atstāt totālajās institūcijās,⁵ pie kurām viņš pieskaitīja arī psihiatriskās klīnikas, realizētās prakses (*Goffman, 1961*). Savukārt 20. gadsimta 50. gados psihiatrs Rasels Bārtons (*Russell Barton*) diagnosticēja sindromu “institucionālā neuroze”. Atšķirībā no E. Gofmaņa aprakstītās klīnikas ietekmes uz indivīdu Bārtona sindroma nosaukums norāda nevis uz konkrētiem, tieši psihiatriskajā klīnikā esošiem neurozes veidojošiem apstākļiem, bet gan uz apstākļiem un vidi kā tādu. Proti, “institucionālā neuroze” var piemist arī cilvēkiem, kas vieni paši dzīvo mājās, ja vien ir iespējams pierādīt, ka konkrētā vide ir bijusi par iemeslu slimībai (*Barton, 1976, 1–2*).⁶

Atgriežoties pie 19. gadsimta ārprāta izpratnes, morālā terapija bija tikai viena no attīstības atzariem ārprātīgo ārstēšanā. Vienlaikus spēkā arvien pieņēmās uzskats, ka garīgās slimības ir organiskas slimības, kas jāskata biomedicīniskā

⁵ Totālās institūcijas ir institūciju tips, kas ir fiziski un sociāli norobežotas no ārpusaules. Tām raksturīgs privātās telpas trūkums, dzīvošana “barā”, bieži arī slēgtas durvis, noteikumi, strikts dalījums starp iemītniekiem un darbiniekiem.

⁶ Bārtons institucionālo neurozi pat salīdzina ar tā dēvēto “oblomovismu” (atvasināts no Ivana Gončarova 1859. gada romāna “Oblokovs”) – kūtrumu un letarģiju, kas izriet no konkrētiem apstākļiem un vides, kurā persona atrodas. Līdztekus Bārtonam arī citi psihiatri, lai aprakstītu vides un / vai institūcijas ietekmi uz pacientu, ir lietojuši līdzīgus nosaukumus, piemēram, “institucionalizācija” vai “sociālā pārrāvuma sindroms”. Bārtons arī skaidro, ka mērķtiecīgi lieto vārdu “sindroms” kā pietuvinātu “slimībai”, tādējādi norādot, ka pret šo neurozi būtu jāattiecas tieši tāpat kā pret jebkuru citu garīgu slimību.

modeļa ietvaros.⁷ Iespējamība, ka slims varētu būt nevis ķermenis, bet prāts vai gars, tika arvien vairāk izslēgta. Piemēram, vācu psihiatrs Vilhelms Grīzingers (*Wilhelm Griesinger*), nenoliedzot psiholoģisko un sociālo faktoru ietekmi uz garīgām saslimšanām, uzskatīja, ka pašā pamatā ārprāts sakņojas smadzeņu bojājumos un tādēļ pamatoti atrodas medicīnas uzraudzībā. Medicīniska diagnoze, viņaprāt, leģitimēja ārprātu un tādējādi atbrīvoja sirgstošo no kauna un stigmas. Ārprāta medikalizācija tika uzskatīta par vērtību (*Porter, 2003, 144*). Kopumā 19. gadsimts ir laiks, kad Eiropā notika “masveida” institucionalizācija, tā burtiski “iztīrot ielas” no ārprātīgajiem un tos nododot pilnīgā medicīnas varā. Ar laiku klīnikas bija tik ļoti pārpildītas, ka tajās strauji kritās dzīves apstākļi. Apsekojumi par nehumānu izturēšanos pret pacientiem sāka graut medicīnas profesionāļu reputāciju ārprāta ārstēšanā. Iespējams, šis ir viens no iemesliem, kādēļ ārprātīgo ārsti vismaz publiski sāka atzīt arī morālās terapijas piesesumu, apgalvojot, ka vislabākā ārstēšana ir abu – fiziskās un morālās – terapiju apvienojums.

Pieņemot morālās terapijas principus, bet arvien vairāk uzsverot ārprāta bioloģisko izcelšanos, psihiatrija kā nozare kļuva arvien vienotāka. Turpmāk ārprāts un psihiatrija kļuva nesaraujami saistīti – ārprāta etioloģija, skaidrošana un ārstēšana tika pilnīgi nodota psihiatrijas ziņā. Līdz tam pastāvošais laju apzīmējums “ārprātīgo ārsts” (angļu val. *mad-doctor*) sāka neatbilst psihiatrijas profesionalizācijas uzņemtajam kursam, jo pārāk atgādināja nehumānās “trako mājas”. Tādēļ Francijā tos sāka dēvēt par “eilienistiem” (franču val. *aliéniste*), bet Vācijā – par psihiatriem. Angloamerikāņu vide sākotnēji noraidīja abus nosaukumus, kādu laiku pieturoties pie apzīmējuma “medicīniskais psihologs” (angļu val. *medical psychologist*), līdz 19. un 20. gadsimta mijā “psihiatrija” un “psihiatrs” kļuva par starptautisku nozares un nozares profesionāļu apzīmējumu (*Scull, 2011, 48–50*).

Realitātē līdz pat Pirmajam pasaules karam psihiatrija visai maz interesējās par psiholoģiskām ārstēšanas metodēm, priekšroku aizvien dodot fiziskajai ārstēšanai. Turklāt šis diemžēl ir arī laiks, kad biodeterminiskais skatījums uz ārprātu tika izmantots arī eigēnikas kustībā, apgalvojot, ka vājprātības (angļu val. *insanity*), līdzīgi kā garīgas atpalcības un pat noziedzības, pamatā ir slikti, bojāti gēni. “Sliktie gēni” tika cieši saistīti ar zemākām sociālām šķirām, attiecīgi – garīgās slimības uzskatīja par sociāli zemāku šķiru iedzīvotāju slimībām. Tā kā “zemākās šķiras” ir ražīgākas pēcnācēju radītājas, mērķis bija ierobežot šo “slikto gēnu” izplatību, tā pasargājot cilvēces genofondu. Lielbritānijā un ASV eigēnikas kustībā iesaistījās arī prominenti zinātnieki, tostarp psihiatri, kas publiski atbalstīja gan

⁷ Šāds uzskats kartēziskā duālisma ietekmē sākotnēji parādījās jau 17. gadsimtā. Tieši kartēziskais duālisms turpināja spēcīgi ietekmēt ārprāta skatījumu medicīnā līdz pat 20. gadsimta otrajai pusei un savā ziņā turpina vēl aizvien.

pozitīvo, gan negatīvo eigēniku⁸ (*Rogers and Pilgrim*, 2005, 141; *Hinshaw*, 2007, 75–76; *Whitaker*, 2002, 49–50). Taču Pirmais pasaules karš pamatīgi satricināja eigēnisko skatījumu uz ārprātu. Daudzi karavīri, kas cīnījās karā un bieži pārstāvēja Lielbritānijas augstākos slāņus un pat aristokrātus, no kara atgriezās ar pamatīgām psiholoģiskām traumām, ko toreiz dēvēja par “kaujas neurozi” (angļu val. *battle neurosis*), bet mūsdienās sauc par posttraumatiskā stresa sindromu. Bija nepieļaujami šos karavīrus, kas nākuši no labām ģimenēm un pārstāvējuši nāciju karā, likt vienā maisā ar “ģenētiski zemākiem” cilvēkiem – “slikto gēnu” modelis šeit nebija pielietojams. Tas pavēra iespējas citām pieejām garīgo traucējumu cēloņu skaidrošanā un arī ārstēšanā, piemēram, psihoanalīzei, ko parasti izmantoja neirozes ārstēšanai, neprāta ārstēšanu aizvien saglabājot diezgan fizisku.

Skaidrojot ārprāta pakāpenisko medikalizāciju, nevar nepieminēt divus psihiatrijā ļoti nozīmīgus uzvārdus – Eiženu Bleileru (*Eugen Bleuler*) un Emīlu Krēpelinu (*Emil Kraepelin*). Lai arī dažādas ārprāta sākotnējās klasifikācijas ir rodamas pat 17. gadsimtā,⁹ tieši vācu psihiatru E. Krēpelinu uzskata par modernās psihiatrijas nozoloģijas pamatlicēju. Viņš izveidoja dihotomu iedalījumu starp maniakāli depresīvo psihozi un agrīno demenci / agrīno plānprātību (latīņu val. *dementia praecox*), lai to nošķirtu no citām demences formām, tostarp Alcheimera slimības, kas sāk izpausties vēlākos dzīves gados. Krēpelins koncentrējās uz demences formu, kas sāk izpausties agrīnā vecumā – pusaudža gados vai agrā jaunībā. 1908. gadā, uzstājoties ar lekciju Berlīnē, Šveices psihiatrs E. Bleilers pirmo reizi pārdēvēja *dementia praecox* par šizofrēniju,¹⁰ jo bija skaidrs, ka *dementia praecox* nav nekādas saistības ar demenci, ņemot vērā, ka šizofrēnija ne vienmēr noved pie garīgo spēju pasliktināšanās (*Ashok et al.*, 2012, 95–96). Krēpelina garīgo slimību skaidrojumā dominēja somatiski un bioloģiski cēloņi, bet sociālos, kulturālos un psiholoģiskos faktorus viņš uzskatīja par maznozīmīgiem. Ar šādu redukcionistisku pieeju Krēpelins lika pamatus vācu psihiatrijai un noteica tās darbības lauku. Turklāt viņš interesējās arī par garīgām slimībām, precīzāk, ārprātiem, sabiedrībā ārpus Eiropas. Otra tikpat ietekmīga figūra vācu psihiatrijā bija viņa vienaudzis Zigmunds Freids (*Sigmund Freud*), ar kuru viņi profesionālajā

⁸ Pozitīvā eigēnika šajā gadījumā nozīmē politiskus iedrošinājumus un atbalstu radīt pēcnācējus veseliem, ar garīgām slimībām nesirgstošiem cilvēkiem. Negatīvās eigēnikas iespaidā tika praktizēti ierobežojumi vai aizliegumi radīt pēcnācējus cilvēkiem ar “sliktiem gēniem” jeb ar garīgu atpalcību vai garīgu slimību sirgstošajiem, piemēram, aizliedzot vai anulējot laulības, kā arī veicot piespiedu sterilizāciju (īpaši izplatīta tā bija ASV). Bieži tā bija cieši saistīta ar rasismu un imigrācijas politiku (*Hinshaw*, 2007, 75–76).

⁹ Sk., piemēram, *Foucault*, 2006, 190–193.

¹⁰ Vārds “šizofrēnija” darināts no grieķu vārdiem *skhizein* (šķelt, dalīt) un *phrēn* (prāts, gars, dvēsele) (*Ashok, Baugh and Yeragani*, 2012, 95–96).

jomā bija absolūti pretstati un no kā arī turpmāk izrietēja divas pretējās pozīcijas vācu (un ne tikai) psihiatrijā.¹¹

Katrā ziņā šizofrēnija turpmākajās desmitgadēs kļuva par vienu no lielākajām medicīnas profesionāļu mīklām un arī par vienu no visbiežāk pētītajiem ārpriem.

Ārpriem, kultūra un psihiatrija

Divdesmitā gadsimta sākumā Emīls Krēpelins veica vairākus starpkultūru pētījumus garīgo slimību epidemioloģijā. Viens no nozīmīgākajiem bija salīdzinošais pētījums par Vācijas pacientiem un Indonēzijas Javas salas iedzīvotājiem; tā galvenais mērķis bija noskaidrot, vai Eiropā plaši izplatītās garīgās slimības ir sastopamas arī citviet un vai citādam klimatam un dzīves apstākļiem ir ietekme uz garīgo slimību rašanos. Pēc ceļojuma viņš secināja, ka garīgās slimības ir arī citās kultūrās un, visticamāk, ir bioloģiski noteiktas, bet konkrētā kultūra nosaka to izteiksmes veidu. Vienlaikus popularitāti bija guvusi deģenerācijas teorija, kurā tika apgalvots, ka nepareizs, izlaidīgs dzīvesveids var novest pie garīgas un fiziskas deģenerācijas, ko nodod no paaudzes paaudzē (*Oosterhuis*, 2000, 108). Iedziļinoties šajā teorijā, Krēpelins, izteikts biodeterminists, secināja, ka iemesls garīgo slimību pieaugumam varētu būt pārlieku liela civilizācijas attīstība, kas ir pretrunā ar dabu, jo šādā vidē vairs nespēj darboties dabiskās izlases principi, piemēram, ka fiziski vai garīgi vāji cilvēki dabiskā, necivilizētā vidē gluži vienkārši nespētu izdzīvot (*Steinberg*, 2015, 351–353).¹² Dažādo kultūru salīdzinošo pētījumu dēļ Krēpelinu bieži dēvē par starpkultūru psihiatrijas (angļu val. *cross-cultural psychiatry*, *transcultural psychiatry*) tēvu (*Kaplan*, 2008, 307), lai gan viņš nebūt nebija vienīgais psihiatrs, kas darbojās šajā laukā.

Starpkultūru psihiatrija, ko nereti dēvē arī par etnopsihiatriju, aizsākās 19. gadsimtā vienlaikus ar klasiskās psihiatrijas uzplaukumu. Tās pamatā bija un ir jautājumi par garīgo traucējumu un rasu un kultūru attiecībām un to, kā tās iekļaujas psihiatrijas domēnā. Līdzīgi kā psihiatrijas nostādnēs, arī starpkultūru psihiatrijas nostādnēs vēl aizvien dominē uzskats, ka bioloģija nosaka traucējumu cēloni un struktūru, kamēr kultūras un sociālie faktori labākajā gadījumā veido vai ietekmē traucējumu saturu. Piemēram, šizofrēnijas gadījumā bioloģiska slimība izraisa šizoīdus murgus, bet murgu formu un saturu veido specifiskā uzskatu sistēma (*Kleinman*, 1987, 450).

¹¹ E. Krēpelins kritizēja Z. Freida psihoanalīzi tās zinātnisko principu trūkuma dēļ.

¹² E. Krēpelins gan tāpēc neuzskatīja, ka būtu jāgrauj Eiropas civilizācijas attīstība, bet tas varētu būt iemesls, kāpēc viņš bija arī aktīvs eīģēnikas atbalstītājs.

Starpkultūru psihiatrija sāka attīstīties līdz ar neokoloniālisma vilni, kas bija saistīts ar kapitālistiskās ekonomikas uzplaukumu un vajadzību pēc dažādu izejmateriālu atradnēm, ko meklēja ārpus Eiropas. Šī ekonomiskā nepieciešamība nodrošināja Eiropas valstu saimniecisko darījumu paplašināšanos un sadarbību ar citām ekonomiski vājākām valstīm. Saskarsme ar svešzemniekiem no jauna uzjundīja debates par kopīgo un atšķirīgo starp dažādu rasu pārstāvjiem, kristiešiem un nekristiešiem, “civilizētajiem” un “mežonjiem”. Diskusijas raisīja jautājumus ne vien no antropoloģiskiem, socioloģiskiem vai politiskiem skatupunktiem, bet piesaistīja arī psihiatrijas uzmanību (*Raimundo Oda et al.*, 2005, 156–157). Šajā laikā vairākiem psihietriem – E. Krēpelinam, Žanam Etjēnam Dominikam Eskirolam (*Jean-Étienne Dominique Esquirol*), Vilhelmam Grīzingeram (*Wilhelm Griesinger*), Ričardam fon Kraftam-Ebingam (*Richard von Krafft-Ebing*) u. c. – radās visai populārs profesionālais viedoklis, ka ārprāts “primitīvo cilvēku” vidū ir visai reti sastopams, bet kļūst arvien izplatītāks līdz ar civilizācijas līmeņa attīstību. No šī viedokļa izrietēja arī profesionāļu satraukums par ārprāta nekontrolējamo uzplaukumu lielākajās Eiropas pilsētās (ignorējot faktu, ka klīnikas, kur cilvēki ar garīgiem traucējumiem varēja saņemt patvērumu, atradās tikai lielākajās pilsētās). Skaidrojumi civilizācijas saistībai ar ārprātu bija dažādi. Sākot ar jau minēto deģenerācijas teoriju un tai pietuvināto domu, ka civilizētā sabiedrībā pieejamās pārmērības un netikumīgais dzīvesveids (alkoholisko dzērienu lietošana, seksuāla izlaidība, asinsradnieciskas laulības) ir par iemeslu bieži sastopamai ārprātībai, līdz pat visai rasistiskai idejai, ka ārprāts ir tiešs rezultāts civilizētās sabiedrības locekļu augstākām garīgajām spējām, jo kulturāla un civilizēta sabiedrība no saviem sabiedrības pārstāvjiem prasa augstāku kognitīvo kapacitāti, savukārt sabiedrībās “bez kultūras” un “bez ētikas” cilvēki daudz neatšķiras no dzīvniekiem (*Raimundo Oda et al.*, 2005, 157–159). Arī 19. gadsimta amerikāņu neirologs Džordžs Millers Bīrds (*George Miller Beard*) apgalvoja, ka ārprāta, precīzāk, tieši neirastēnijas, cēloņi ir cieši saistīti ar moderno civilizāciju:

“Galvenais iemesls nervozitātes (*nervousness*) attīstībai un ļoti straujšajam tās pieaugumam ir mūsdienu civilizācija, kas atšķiras no senās pēc šādām piecām pazīmēm: tvaika jaudas, periodiskās preses, telegrāfa, zinātnes un sieviešu garīgās aktivitātes.

[..] nervozitātes cēloņi ir arī klimats, institūcijas – pilsoniskās, reliģiskās, sociālās un biznesa –, personiskie ieradumi, nodošanās tieksmēm un kaislībām.” (*Beard*, 1881, priekšvārds, vi)

Jāatzīst, ka Dž. M. Bīrda skatījumā vērojamas dažas visai patiesas atziņas. Viņš izceļ vides, sociālo un psiholoģisko faktoru nozīmību. Piemēram, mūsdienās izplatītais izdegšanas sindroms, par kura galvenajiem cēloņiem uzskata hronisku

stresu darbavietā, visai precīzi atbilst tā laika Dž. M. Bīrda ideju aizmetņiem par modernās sabiedrības ietekmi uz indivīda garīgo veselību.¹³

Divdesmitā gadsimta sākumā, attīstoties neiropsihiatrijai, rasistiskās idejas ārprāta skaidrojumā vēl aizvien mēdza būt aktuālas, piemēram, apgalvojot, ka melnās rases pārstāvjiem ir primitīvāka smadzeņu uzbūve, tādēļ sliktāk attīstītas augstākās mentālās spējas – paškontrolē, ambīcijas, estētiskā uztvere u. c., kas izskaidro arī to, kāpēc viņi ir vairāk pasargāti no garīgiem traucējumiem. Šāda tendence, lai arī klaji rasistiska, ārprāta skaidrojumā starpkultūru psihiatrijā saglabājās līdz pat 20. gadsimta vidum. 1993. gadā antropologs Rolands Litlvuds (*Roland Littlewood*) norādīja, ka Rietumu starpkultūru psihiatrija, par spīti tās darbības jomai, koloniālā mantojuma dēļ vēl joprojām esot saglabājusi Rietumu etnocentrisko skatījumu uz citu kultūru ārprātu, slimības un patības izpratni un veidu, kā šī atšķirīgā izpratne ietekmē cilvēku vēršanos pēc palīdzības un attieksmi pret profesionālo medicīnu (*Littlewood*, 1993). Starpkultūras etnocentrisko skatījumu pārmet lielākā daļa psihiatriskās antropoloģijas pārstāvju, kas ir pētījuši gan ārprātu, gan arī psihiatrijas ietekmi uz to, sākot jau no 19. gadsimta.

Ārprāts sociālajās zinātnēs

Starpkultūru psihiatrija un psihiatriskā antropoloģija

Starpkultūru psihiatrija ir cieši saistīta ar sociālās un kultūras antropoloģijas apakšnozari – medicīnas antropoloģiju un vēl sīkāk – ar psihiatrisko antropoloģiju. Tās ne vien ir attīstījušās līdztekus, bet tām ir arī kopīgs galvenais pētnieciskais objekts – ārprāts. Turklāt starpkultūru psihiatrija no antropoloģijas ir aizguvusi etnogrāfiskās prakses principus, savukārt antropoloģija (kā arī socioloģija) papildus nodarbojas arī ar psihiatrijas pētniecību un tās ietekmi uz ārprāta pieredzi un konstruēšanu. Nozīmīgi 20. gadsimta antropologi Edvards Sapīrs (*Edward Sapir*), Bronislavs Maļinovskis (*Bronislaw Malinowski*) un Klods Levī-Stross (*Claude Lévi-Strauss*) cītīgi sekojuši līdzī psihiatrijas un psihoanalīzes attīstībai. Laika gaitā abas zinātnes nozares vēl ciešāk “sajaukušās kopā”, pateicoties ekspertam Arturam Klainmanam (*Arthur Kleinman*), kurš ir gan psihiatrs, gan viens no nozīmīgākajiem mūsdienu medicīnas antropologiem. Tomēr tieši A. Klainmans uzskata, ka, par spīti psihiatrijas interesei par citu, “ne-rietumu”, kultūru garīgo traucējumu pieredzi, antropoloģijas ietekme uz psihiatriju ir bijusi

¹³ Sīkāk var lasīt, piemēram, Weber, A. and Jaekel-Reinhard, A. A burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup. Med.* 2000, 50, 512–517, vai sociālantropologa Tomasa Hillanna Ēriksena grāmatā *Mirkļa tirānija*, Norden AB, 2004.

salīdzinoši neliela, antropoloģiju vienmēr atstājot “mazā brāļa” lomā pat tādā tuvā disciplīnā kā starpkultūru psihiatrija. Kā to raksturo Klainmans, ir grūti iedomāties kādu medicīnas antropologu, kas nebūtu informēts par psihiatrijas galvenajām pamatnostādnēm, pēdējiem atklājumiem, izmaiņām garīgo traucējumu klasifikācijā utt. Tomēr nav nemaz tik viegli atrast psihiatru un psihiatrijas studentus, kas orientētos antropoloģiskos garīgo traucējumu konceptos un atklājumos (*Kleinman, 1987, 447*).

Lai arī starp psihiatrisko antropoloģiju un starpkultūru psihiatriju ir daudz kopīga, pastāv arī būtiskas atšķirības. Viena no nozīmīgākajām atšķirībām ir pētījumu veikšana. Antropoloģija koncentrējas uz ilglaicīgu, detalizētu, dziļu un intensīvu vienas kultūras / sabiedrības izpēti, pēc tam veicot salīdzinošo pētījumu ar tikpat detalizētu citu kultūru pētījumu zinātniskajiem aprakstiem. Turpretim starpkultūru psihiatrija galvenokārt veic liela apjoma kontrolētus salīdzinošos pētījumus. Nenoliedzami, abas zinātnes var tikai un vienīgi iegūt no otras veiktajos pētījumos gūtajiem datiem. Tāpēc nevajadzētu uzskatīt, ka abu nozaru atšķirīgie piegājieni ārprāta pētniecībā ir nesamierināmi, opozīcijā esoši, bet drīzāk gan, ka tie viens otru papildina.

Taču daudz būtiskāk atšķiras jautājumi, kādus ārprātības sakarā uzdod katra no zinātnēm. Papildus psihiatrijas pamatuzdevumiem – diagnozes noteikšanai, ārstēšanai un garīgo problēmu preventīvai novēršanai – starpkultūru psihiatrija uzdod arī jautājumu par psihisko traucējumu līdzībām dažādās kultūrās. Šī iemesla dēļ starpkultūru psihiatrija ir maksimāli centusies universalizēt Rietumu etnocentriskos garīgo slimību klasifikatorus (DSM-5 un SSK-10)¹⁴ un tajos aprakstītās slimības un sindromus attiecināt arī uz citu kultūru ārprātu pieredzi pat tad, ja tā ir visai atšķirīga. Savukārt psihiatriskā antropoloģija uzdod jautājumu par psihisko traucējumu atšķirībām dažādās kultūrās. Dažādo pētniecības jautājumu pamatā ir atšķirīgā slimības definēšana katrā no nozarēm. Psihiatrijā aizvien dominējošās pozitīvisma pieejas dēļ, kas balstīta uz dabas zinātņu pamatnostādnēm, cilvēks tiek aplūkots kā pasīvs aģents, objekts, uz kuru iedarbojas dažādi ārējie spēki un faktori. Attiecīgi medicīnā aizvien koncentrējas uz slimību (angļu val. *disease*) kā patoloģisku procesu, visbiežāk fizisku, dažkārt nenoteiktu pēc izcelsmes (piemēram, šizofrēnija), bet kā bioloģisku novirzi no normas, ko var objektīvi novērtēt un tāpēc klasificēt (*Marinker, 1975, 82*). Turpretim antropoloģijā un citās sociālajās un humanitārajās zinātnēs pretstatā pozitīvisma pieejai tiek izmantota skaidrojošā pieeja (angļu val. *interpretative approach*), kurā cilvēks ir skatīts kā subjekts un aktors, kurš aktīvi piedalās savas pieredzes skaidrošanā un interpretēšanā. Pamats šādai pieejai ir cilvēka subjektīvā pieredze (ko viņš jūt, pieredz,

¹⁴ DSM-5 – Amerikas Psihiatru savienības Garīgo slimību diagnostikas un statistikas rokasgrāmatas 5. redakcija; SSK-10 – Pasaules Veselības organizācijas (PVO) Starptautiskā slimību klasifikācijas 10. redakcija (ICD-10 angļu val.).

saka) kombinācijā ar sociālo kontekstu (*Ingleby*, 2006, 65). Tāpēc medicīnas antropoloģijā un medicīnas socioloģijā izteikti nošķir “slimību” no “kaites” (angļu val. *illness*), ar ko jāsaprot pacienta neveselības subjektīvā izpratne, pieredze, izpausme un sistēma, kā pacients sadzīvo un tiek galā ar simptomiem. Klainmans piebilst, ka slimība apzīmē arī to, kā medicīnas profesionāļi pārveido vai iegrožo cilvēka subjektīvo neveselības pieredzi jeb kaiti, lai tā atbilstu patoloģijas teorētiskajiem modeļiem (*Kleinman*, 1988, 7). Problēma, kas saistīta ar universālu bioloģisku garīgo slimību meklējumiem, ir tāda, ka vienmēr bijuši centieni konceptus “slimība” vai “kaite” atklāt kā pašas par sevi pastāvošas vienības, kas tikai slēpjas zem kultūras slāņiem.

Uzskatu, ka, “notīrot” kultūras uzslāņojumu, varētu atklāt “īsto” (bioloģisko) slimību, Klainmans sauc par “kategorijas kļūdu” (angļu val. *category fallacy*), jo netiek atzīts, ka gan “slimība”, gan “kaite” ir kultūras konstrukcijas, kuras vienkārši nav iespējams skatīt atrauti vienu no otras un izolēti no kultūras “uzslāņojuma” (*Kleinman*, 1977, citēts no: *Lewis*, 2012, 70). Antropologi ir norādījuši, ka “kategorijas kļūda” bieži vien ir novērojama starpkultūru psihiatrijas epidemioloģiskajos pētījumos. Ja Rietumu kultūras psihiatrijas konstruētais simptomu kopums saskan ar kādas citas pētāmas kultūras simptomu kopumu, tad problēmu it kā nav. Turpretim, ja kaut ko tādu mēģina attiecināt uz kultūrām, kas nedomā, neizjūt un nepieredz psihiskos traucējumus šādā formātā, tad šiem Rietumu psihiatrijas atklājumiem patiesībā ir diezgan niecīga nozīme, jo tā gluži vienkārši nespēs ar to palīdzību ne radīt kādu nozīmi, ne “izārstēt” šādus “pacientus”. Lai to demonstrētu mums labāk saprotami, šrilankiešu antropologs Gananats Obeiesekere (*Gananath Obeyesekere*) piedāvā nelielu domu eksperimentu, ko viņš dēvē par “apgriezto etnocentrismu” (angļu val. *reverse ethnocentrism*). Obeiesekere kā piemēru sniedz Dienvidāzijā dzīvojošus vīriešus, kuriem ir šādi simptomi: krasa svara zaudēšana, nekontrolēta sēklas noplūde naktī un seksuālu fantāziju laikā, ko pavada nemiera un neapmierinātības sajūta. Dienvidāzijā viņam diagnosticētu *dhat* sindromu jeb sēklas (spermas) noplūdes sindromu. Šādi simptomu kopumi ir rodami teju jebkurā pasaules malā. Lietojot jēdzienu “slimība”, varētu “pierādīt”, ka arī daudzi eiropieši vai amerikāņi sirgst ar t. s. *dhat* sindromu, ko var atrast arī SSK-10 pie neirotiskajiem traucējumiem. Tomēr Obeiesekere norāda, ka Eiropā vai Amerikā reti kurš uztvertu šādu diagnozi – neirotiskais traucējums – nopietni, jo tas nepastāv mūsu “kultūras uzslāņojumā”. Attiecīgi nav nekādas jēgas to tā diagnosticēt (*Lewis*, 2012, 70–71).

Antropologi ar saviem pētījumiem galvenokārt ir norādījuši uz kultūras nozīmju un sociālo struktūru lomu ārprāta pētniecībā. Piemēram, Arturs Klainmans un Bairons Guds (*Byron Good*) pētījumos par depresiju atklāj, ka Ifaluka atola iedzīvotājiem¹⁵ vispār nav depresijas kā prieka neesamības koncepta, bet,

¹⁵ Sabiedrība, kas apdzīvo Ifaluka atolu Klusajā okeānā, Karolīnu salu grupā.

piemēram, *Thai* zemnieki¹⁶ ieilgušas sēras, ko mēs bieži skatām caur slimības prizmu kā kaut ko neveselīgu, skata no reliģiskās perspektīvas (*Kleinman and Good*, 1985, 37). Tāpat ārpus Rietumu sabiedrības plaši izplatīti ir depresijas somatiskie simptomi, kuriem depresijas pieredzē un paušanā ir daudz lielāka nozīme nekā eksistenciālai bezcerībai, kas ir pazīstamāks depresijas simptoms Rietumu kultūrā. Klainmans norāda, ka šādas atšķirības nevar neņemt vērā. Depresija, kas galvenokārt tiek pieredzēta kā muguras sāpes un nespēks, un depresija, kuras galvenie simptomi ir vainas apziņa vai bezcerība, ir divas ļoti dažādas depresijas formas, un tām ir atšķirīgas ar slimību saistītās uzvedības (angļu val. *illness behaviour*) formas, kas, protams, arī nosaka atšķirības tajā, kā un kur cilvēki vērsas pēc palīdzības, ko šī slimība viņiem nozīmē, un vai tā vispār ir slimība.

Līdzīgi kā *Thai* zemnieki uztver un pieredz depresiju, Bangladešas lauku iedzīvotāji, lūgti nosaukt visas viņiem zināmās slimības, nemin *pagalami* jeb ārprātu, ko vietējās reliģiskās tradīcijas bieži skaidro kā “dāvanu” – t. s. dievišķo ārprātu (*McDaniel*, 1989, 7–10). Vērotājiem no malas gan ne vienmēr ir viegli atšķirt dievišķo ārprātu no klīniskā ārprāta – abos gadījumos persona var uzvesties ekscentriski, pārkāpt sociālās un morālās normas, piedzīvot dzirdes vai redzes halucinācijas, runāt haotiski, nesaprotami vai kodētā valodā utt. 1989. gadā antropoloģes Džūnas Makdanielas (*June McDaniel*) pētījuma laikā Kalkutā intervētie psihiatri atzina, ka pie viņiem nekad nenonāk “dievišķie ārprātīgie”, jo tie vienmēr tiek paturēti ģimenes vai ciema lokā kā svētie. Smagākajos dievišķā ārprāta gadījumos tiek pieaicināts eksorcists, nevis psihiatrs. Klīniskā un dievišķā ārprāta nošķiršanā bieži tiek izmantotas arī visai skarbas metodes, piemēram, spīdzināšana (dedzināšana, sišana u. c.). Ja pēc spīdzināšanas ārprātīgā uzvedība nav mainījusies, viņš tiek pasludināts par svēto, un ir skaidrs, ka personu ir pārņēmis dievišķais ārprāts, jo tikai augstāki spēki spēj pretoties eksorcismam. Pēc vietējo kalkutiešu skaidrojuma atšķiras arī “svētā” un “trakā” uzvedība – “svētie” ir pildīti ar Dieva (*Bhagavān*) klātbūtni, viņu ķermeņi ir šķīstīti, un ārprātīgā uzvedība ir skaidrojama ar dievišķām vīzijām, turpretim “trakie” ir garīgi atpalikuši, viņu dvēsele ir iesprostota vājā ķermenī, viņiem nepiemīt saprāts, un viņu uzvedība ir agresīva un naidīga (*McDaniel*, 1989, 7–10). No šī piemēra var secināt: lai gan Rietumu skatījumā dievišķais ārprāts ir šizofrēnija, nav nozīmes to par tādu uzskatīt. Pat pieņemot, ka slimība ir viena un tā pati, tieši slimības pieredze (*illness*) šajos gadījumos ir noleidošais faktors gan dziedāšanai, gan arī klasifikācijai (*Kleinman*, 1987, 450).

Viena no starpkultūru psihiatrijā izvērstajām alternatīvām dažādu Rietumu kultūrā neatrodamu sindromu vai slimību klasificēšanā ir jaunu terminu ieviešana. Tā, piemēram, ir izveidota atsevišķa kategorija, ko sauc par “kultūrsaistītiem sindromiem” (angļu val. *culture-bound syndromes*), ar ko apraksta sindromus,

¹⁶ Taizemes ziemeļaustrumu daļas tradicionālo sabiedrību zemnieki.

kas raksturīgi konkrētām sabiedrībām. Kultūrsaistīts sindroms var nozīmēt gan “kultūrspecifisku” (angļu val. *culture-specific*), gan “kultūrreaģējošu” (angļu val. *culture-reactive*) sindromu. Ar kultūrspecifisku (endēmu) sindromu jāsaprot tāds, kas rodams tikai un vienīgi konkrētā kultūrā vai reģionālā apgabalā. Bieži šādi kultūrspecifiskie sindromi ir ieguvuši savus nosaukumus no valodu grupas, kas pārstāvēta teritorijā, kur pirmo reizi sindroms ir konstatēts (pat ja vēlāk šis sindroms novērots arī citās kultūrās), piemēram, *latah* un *amok* sindromi (Hughes, 1980, 9–10). *Latah* galvenokārt sastopams Malaizijā un Indonēzijā. Cilvēks, kas sirgst ar *latah*, sakāpināti reaģē uz pēkšņu izbīli, kas var ilgt līdz pat trīsdesmit minūtēm, kuru laikā persona var kliegt, ārdīties, dejot un histēriski smieties. Līdztekus izbīlim *latah* persona var arī pakļauties apkārt esošo personu komandām vai atdarināt viņu vārdus un kustības (Simons, 1980, 43). Savukārt *amok* tiek raksturots kā pēkšņs dusmu un vardarbības izvirdums, kas bieži beidzas ar apkārtējo cilvēku savainošanu vai nonāvēšanu. Pēc tam rodas nomāktība, spēku izsīkums un amnēzija. *Amok* ir raksturīgs malaju vidū Dienvidaustrumāzijā, taču līdzīgi sindromi ir novēroti arī Polinēzijā, Sahārā, Puertoriko un citur, tādējādi, iespējams, “kultūrspecifisks” nav gluži precīzs apzīmējums (Carr, 1980, 199). Lai gan *latah* gadījumā ir daži pierādījumi par neirofizioloģiska sindroma cēloni, bet *amok* gadījumā – tikai šādas aizdomas, joprojām nenoskaidroti ir jautājumi, kuri tieši sindromu simptomi un kādā mērā ir bioloģiski un kuri – sociāli noteikti? Tādējādi “kultūrsaistīts” sindroms var apzīmēt ne tikai sindroma ģeogrāfisko izplatību vai ierobežojumu, bet arī tā etioloģiju, jo sindroms var būt “kultūrreaģējošs” jeb konkrētā kultūrā pastāvošo faktoru (sociālu un bioloģisku) rezultāts. Ar to jāsaprot pieņēmums, ka kultūrā ir kas tāds – pasaules redzējums, ticība, specifiskas vērtības, noslēpumaini spēki, specifiskas sociālas situācijas un grupas –, kas vai nu rada, vai veido un ietekmē specifiskus sindromus, ko vietējie tikpat labi var neuzskatīt par slimību (sk. piemēru ar *pagalami*).

Lai arī termins “kultūrsaistīts” jāuztver ne vien kā labs mēģinājums ņemt vērā kultūras nozīmīgo ietekmi uz sindromu veidošanos un gaitu, bet arī kā mēģinājums iejusties konkrētās sabiedrības pārstāvju ādā, tas rada arī pāris problēmu. Ja šie sindromi ir veidojušies ciešā saistībā ar kultūru un sociālo vidi, vai tas nozīmē, ka tie sindromi, ko neklasificējam kā kultūrsaistītus, ir veidojušies neatkarīgi no kultūras un sociālās vides? Vai, piemēram, anoreksija, bulīmija, veģetatīvā distonija, kas lielākoties ir izplatīta t. s. attīstītajās valstīs, tiešām nav kultūrspecifiska? Vai šo slimību gadījumā sociālajai videi nav dominējoša nozīme? Attiecīgi šķiet, ka sindromi, kas nav kultūrspecifiski, ir gluži vienkārši mums, rietumniekiem, pazīstamāki. Tas savukārt no jauna ievieš dihotomo dalījumu – “mēs” un “viņi”. Čārlzs Hjuess (*Charles Hughes*) šajā gadījumā ir piedāvājis atgriezties pie senāk lietotā termina “tautas sindroms” (angļu val. *folk-syndrome*), bet arī tikai ērtību labad, nevis tāpēc, ka tas labāk padotos analīzei (Hughes, 1980, 10–12).

Antropologu un arī citu sociālo zinātņu pārstāvju uzskats par kultūras un sociālo faktoru ārkārtīgi nozīmīgo ietekmi uz ārprāta veidošanos, attīstību un pieredzi, protams, arī nav homogēns. Variē tas, kāda un cik liela nozīme tiek piešķirta sociālo faktoru ietekmei uz ārprātu, kā arī priekšstati par to, kas ir garīgi traucējumi un kas ir realitāte. Piemēram, sociologi, kas pārstāv t. s. sociālās cēloņsakarības skatījumu, pieņem šizofrēniju vai depresiju kā pamatotu diagnozi un faktu. Viņi koncentrējas uz to, kā tieši sociālie faktori (lielākoties sociāli ierobežojoši) ietekmē slimību veidošanos un gaitu. Liels uzsvars tiek likts uz nabadzības, zemākas sociāl-ekonomiskās šķiras, rases, dzimtes, vecuma u. c. faktoru ietekmes izpēti. Lai arī šāda izpēte sniedz lielu kvalitatīvu un kvantitatīvu datu apjomu par konkrēta sociālā faktora saistību ar konkrētu garīgo traucējumu, tie neaptver garīgo traucējumu pieredzi. Sociālais konstrukcionisms, sociālās marķēšanas teorija un sociālais reālisms daudz precīzāk ataino to, kā specifisks sociāls faktors var ietekmēt sirgstošā subjektīvo pieredzi, kā arī sindroma vai diagnozes attīstības gaitu.

Sociālais konstrukcionisms, sociālā marķēšana un antipsihiatrijas kustība

Sociālais konstrukcionisms neapšaubāmi ir viena no ietekmīgākajām 20. gadsimta sociālo zinātņu pozīcijām. Tā galvenais pieņēmums ir, ka realitāte nepastāv neatkarīgi, pati par sevi, bet ir cilvēku darbības produkts (*Rogers and Pilgrim*, 2005, 14), un arī ārprāts vai garīga slimība ir cilvēku darbības rezultāts, nevis kaut kas bioloģiski noteikts.

Sociālajā konstrukcionismā dominē trīs dažādas pieejas.

Pirmā pieeja koncentrējas uz to, kādi sociālie spēki ietekmē konkrētu sociālu fenomenu attīstību. Šo pieeju parasti izmanto, lai rastu atbildes uz dažādu sociālo problēmu, tostarp garīgo traucējumu, veidošanos. Atšķirībā no sociālās cēloņsakarības šī pieeja pievēršas galveno aktoru (ārprātīgo, ar viņiem strādājošo cilvēku u. c.) piedzīvotās pieredzes pētīšanai. Šo pieeju saista ar simbolisko interakcionismu.

Otrā pieeja ir cieši saistīta ar Mišela Fuko poststrukturālismu un galvenokārt pievēršas dekonstrukcijai – kritiskam valodas un simbolu izvērtējumam, lai atspoguļotu, kā veidojas vai tiek veidotas zināšanas, to attiecības ar varu un diskursu daudzveidība.

Ar trešās pieejas palīdzību zinātnieki cenšas saprast, kā tiek “ražotas” zinātniskās atziņas par vienu vai otru fenomenu – kā tieši zinātnieki un citi iesaistītie profesionāļi, piemēram, psihiatri, debatē par ārprātu, kā viņi attīsta un konstruē jaunas ārprāta definīcijas utt. Atšķirībā no otrās pieejas uzsvars ir likts uz darbību un sarunām, nevis uz ideju. Šī pieeja rod saskares punktus gan ar simbolisko interakcionismu, gan sociālo reālismu¹⁷ (*Brown*, 1995, citēts no: *Rogers and Pilgrim*, 2005, 15).

¹⁷ Sk. apakšnodaļu “Sociālais reālisms”.

Lai arī visās pieejās skatījums uz realitāti tiek pretstatīts pozitīvismam, pastāv atšķirības, vai cilvēku darbība, kas veido realitāti, ir kognitīvā darbība (cilvēka domas un valoda), vai darbība jāsaprot plašākā tās nozīmē (cilvēku un sabiedrību darbības un mijiedarbības). Tomēr visās trijās pieejās liela nozīme tiek piešķirta varas attiecībām – varai definēt, kas ir garīga slimība, vai varai ietekmēt un sekmēt garīgu slimību attīstību (*Rogers and Pilgrim, 2005, 16*).

Viens veids, kā saprast ārprātu kā sociālu konstrukciju, ir uz to raudzīties kā uz fenomenu, kas ir ļoti atkarīgs no kultūras, vides, sociālās pozīcijas, pārliecības, reliģiskās ticības u. c. sociāliem faktoriem. Kā sirgstošie interpretē savu pieredzi, kā viņi to sauc, kā viņi pret to attiecas, pie kā (psihiatra, mācītāja, šamaņa, eksorcista) viņi vērsas pēc palīdzības, kā pret viņiem izturas sabiedrībā, utt. – tam visam ir milzīga ietekme uz ārprāta formu, gaitu un iznākumu (*Bowers, 1998, 190*).

Par garīgu slimību kā sociālu konstrukciju bieži arī runā, norādot uz tās diagnostikas procesu. Garīgās slimības un traucējumi visvairāk tiek identificēti pēc sociāliem, piemēram, uzvedības, kritērijiem. Līdz ar to iebildumi ir gan pret to, ka ar medikamentiem bieži tiek ārstēti simptomi, nevis cēloņi, kā arī pret to, ka psihiatrija pārāk bieži balstās uz morāliem spriedumiem. Tas, protams, nenozīmē, ka garīgi traucējumi ir jebkura sociālā novirze no kultūrrelatīvas normas. Tie ir pietiekami specifiski fenomeni, kuriem ir līdzīgas iezīmes – neracionāla un neizskaidrojama uzvedība, izteikta kontroles zaudēšana, samazināta atbildība par darbībām, zināma nespēja veikt cilvēkam kā bioloģiskai un garīgai būtnei specifiskā kultūrā akceptētas darbības, personīgas ciešanas un ierobežojumi u. c. (*Bowers, 1998, 191*). Turklāt šādas līdzīgas pazīmes, kas balstītas uz konkrēto sociālo vidi, var novērot ikvienā kultūrā.

Cita, daudz radikālāka, sociālā konstrukcionisma pozīcija būtu apgalvot, ka garīgs traucējums ir sociāla konstrukcija caur un cauri, jo termins “garīgs traucējums” vai “garīga slimība” ir cilvēku radīts un noteiktu (vēlamo) nozīmju piesātināts.¹⁸ Šādu pieeju 20. gadsimta vidū pārstāvēja amerikāņu psihiatrs Tomass Sāss (*Thomas Szasz*), saucot garīgās slimības par mītu un metaforu (*Szasz, 1974*).

Viņam pieder slavenā frāze:

“Ja tu runā ar Dievu, tu lūdzies; bet, ja Dievs runā ar tevi, tev ir šizofrēnija.”
(*Szasz, 1973, 103*)

Ar to viņš norāda, ka sabiedrība, jo īpaši psihiatrija kā ārprātu kontrolējoša nozare, pati izvēlas un nosaka, kurš ir “traks” un kurš ne. T. Sāss pretnostatīja slimību un diagnozi. Viņaprāt, slimība ir anatomisks vai fizioloģisks bojājums, kas pastāv neatkarīgi no tā, vai cilvēki to atpazīst un saprot, turpretim diagnoze

¹⁸ Tikpat labi, protams, var apgalvot, ka pilnīgi viss ir sociāla konstrukcija, jo it visam nozīmes ir piešķirušī cilvēki – sākot ar to, ka Saule ir zvaigzne, bet Zeme – planēta, beidzot ar to, ko mēs saprotam ar vārdu “slimība” vai “normāls”.

ir slimības nosaukums, kas ir sociāla konstrukcija un variē no kultūras uz kultūru un cauri laikiem. Tāpat viņš apgalvoja, ka prāts nemaz nevarot būt slims, jo “prāts” nav bioloģiska vienība vai zinātnisks koncepts. Viņaprāt, brīdī, kad mēs runājam par cilvēka prātu, mēs runājam par viņu kā par personu. Turpretim, ja garīgās slimības ir centrālās nervu sistēmas slimības, tad tās ir smadzeņu, nevis prāta slimības (Szasz, 1994, 35–36; Szasz, 2000, 35–36). Šādu un līdzīgu argumentāciju Sāss ir nemainīgi izvērsis vairākās grāmatās un rakstos visas savas profesionālās darbības laikā. Pārstāvēdams tik radikālu sociālā konstrukcionisma pieeju, Sāss ir izpelnījies gana daudz kritikas par pieļautajām argumentācijas kļūdām, piemēram, nenoskaidrojot slimības jēdzienam nepieciešamo no pietiekamā nosacījuma vai ignorējot jaunākos neirobioloģijas atklājumus (Kendell, 2004, 30). Daļēji ar savu radikālismu viņš ir panācis to, ka mūsdienās par Sāsu vairāk ir dzirdējuši medicīniskās antropoloģijas un socioloģijas studenti, nevis psihiatru studējošie. Sāss neapšaubāmi ir bijis viens no skaļākajiem psihiatrijas kritiķiem, turklāt pats būdams psihiatrs. Šī iemesla dēļ viņa un vēl dažu 20. gadsimta 60.–70. gadu psihiatru skarbo psihiatrijas kritiku dēvē par “apvērsumu no augšas”. Šajā laikā vairāki nozīmīgi psihiatri, kuriem pievienojās arī sociālo zinātņu pārstāvji, sāka apšaubīt līdz šim zināmos psihisko traucējumu iemeslus un tādējādi arī šo traucējumu piederību medicīnas nozarei. Šo laiku bieži dēvē par antipsihiatrijas uzplaukumu.¹⁹

Pēc sociologa Nika Kroslija (*Nick Crossley*) domām, antipsihiatrija, lai arī neapšaubāmi balstījās uz atsevišķu spožu indivīdu idejām un pētījumiem, ir uzskatāma par kustību, jo piesaistīja šo ideju atbalstītājus un sekotājus (Crossley, 1998, 879). Antipsihiatri nebūt nebija pirmie, kas jēlkaid ir kritizējuši pastāvošās prakses psihiatrijā un argumentējuši par labu humānākai terapijai. Dažas antipsihiatrijas idejas, piemēram, pārlietu liela ārprāta medikalizācija, saskan ar jau 19. gadsimta otrajā pusē pausto kritiku. Taču 19. gadsimta kritiskais vērtējums izskanēja laikā, kad psihiatrija kā nozare un zinātne vēl nebija nostabilizējusies un kad tā pati vēl cīnījās par dominanci. Savukārt antipsihiatrija bija sacelšanās no iekšienes pret jau pastāvošu psihiatrijas hegemoniju. Tas, ka galvenie šīs kustības pārstāvji bija psihiatri, sākotnēji pavēra durvis plašai publicitātei un kustības popularitātei, tā nodrošinot spēcīgu ietekmi uz laikabiedriem. Šīs kustības pārstāvji bija pirmie, kas sāka apšaubīt psihiatrijas pamatus: tās piederību medicīnai un zinātnei, psihiatrijas panākumus un nolūkus, kā arī garīgo slimību pamatkonceptiju un pat nošķirumu starp ārprātu un saprātu kā tādu (Crossley, 1998, 878). Viena no galvenajām kritikām tika vērsta pret sociālās kontroles funkciju, ko psihiatrija veic sabiedrībā, argumentējot, ka pat humānākās psihiatrijas terapijas – psihoanalīze un psihoterapija – var kalpot kā smalks kontroles mehānisms. Piemēram, psihoterapeits vai psihiatrs

¹⁹ Apzīmējumu “antipsihiatrija” ieviesa un arī galvenokārt lietoja psihiatrs, antipsihiatrijas kustības pārstāvis Deivids Grehems Kūpers (*David Graham Cooper*).

var sagaidīt vai dažreiz pat stimulēt noteiktu klienta / pacienta runas veidu, kurā emocijas iegūst leksisku marķējumu: “Kā tu juties?” → “Es jutos skumjš / dusmīgs / aizkaitināts.” Turpretim atbildes “es neko nejutu” vai “nekā īpaši” visbiežāk liecina par pacienta nespēju paust emocijas vai negribēšanu sadarboties, gandrīz vienmēr izslēdzot iespēju, ka konkrētā situācija, atgadījums tiešām nav izraisījis tādas emocijas, kā sagaida terapeits (*Ibid.*).

Lai arī pamatidejas antipsihiatrijas kustībai bija kopīgas, tās nebūt nenozīmēja pārstāvju absolūtu vienotību uzskatos. Mārtins Rots (*Martin Roth*) un Džeroms Krolls (*Jerome Kroll*) 1976. gadā izdotajā grāmatā *The Reality of Mental Illness* (“Garīgās slimības realitāte”) antipsihiatrus iedala divos lielos atzaros:

- 1) tajos, kas uzskata, ka garīgās slimības vispār nepastāv;
- 2) tajos, kas uzskata, ka garīgās slimības, tostarp arī šizofrēnija, medicīniskā izpratnē nemaz nav slimības, bet gan reakcija uz dzīves laikā piedzīvotiem dažādiem nepanesamiem ārējiem stresoriem.

Pie pirmā atzara pieder jau minētais Tomass Sāss, kā arī sociālās marķēšanas (angļu val. *social labelling*) teorētiķi,²⁰ kas argumentē, ka garīgās slimības ir sekas tam, kā indivīds tiek identificēts sabiedrībā un psihiatrijā (*Double*, 2006, 31–32). Ar marķēšanu jāsaprot process, kad indivīdam piemītošo īpašību sabiedrība identificē un marķē kā kaut ko negatīvu un nevēlamu. Cilvēks, kurš ticis marķēts, iespējams, pieņem šo zīmogu un var sākt uzvesties saskaņā ar to. Tas, kādas īpašības vai pazīmes tiek negatīvi marķētas, izriet no sabiedrībā izdarītiem normatīviem vērtējumiem par to, kas ir sociāli pieņemams un normāls un kas nav. Ne visas no normas atšķirīgās īpašības tiek marķētas kā anormalitāte un deviācija. Piemēram, ģēniji, visticamāk, tiek aprakstīti kā visai ekscentriski un neparasti, bet vienlaikus arī īpaši. Tātad marķēšana attiecas uz tādām kognitīvām īpašībām un uzvedības formām, kas ne tikai novirzās no “normas”, bet arī ir saņēmušas negatīvu sociālu vērtējumu. Marķēšanas teorētiķi uzsver, ka marķēšana medicīnā, jo īpaši psihiatrijā, tiek izmantota kā līdzeklis, lai radītu slimības. Un, tā kā psihiatrijai ir vara noteikt, kas ir garīga slimība un kas nav, tā ietekmē arī neprofesionālu izpratni par normalitātes un anormalitātes attiecībām (*Armstrong*, 1989, 35–36).

Kā viens no nozīmīgākajiem antipsihiatrijas un sociālās marķēšanas pārstāvjiem ir minams arī Ērvings Gofmanis (*Erving Goffman*), kurš ne tik daudz koncentrējās uz to, kā notiek indivīdu sociālā marķēšana, bet gan uz to, kādas sekas tā rada, – uz šī pamata Ē. Gofmanis attīstīja sociālās stigmatas teoriju (*Goffman*, 1963).²¹ Gofmanis apgalvo, ka indivīdam piešķirtais slimības zīmogs var negatīvi ietekmēt indivīda personisko un sociālo identitāti. Stigma bieži rada ne vien nepareizus

²⁰ Hovards Bekers (*Howard Becker*), Edvīns Lemerts (*Edwin Lemert*), Tomass Šefs (*Thomas Scheff*) u. c.

²¹ Otrs lielais Gofmaņa pienesums antipsihiatrijas kustībā ir teorijas izstrāde par psihiatrisko klīniku ietekmi uz pacientiem.

priekšstatus par ārprātīgajiem (piemēram, uzskatot, ka liela daļa ir bīstami), bet arī negatīvi ietekmē to, vai cilvēks dalīsies savā pieredzē un vai dosies meklēt atbalstu un profesionālu palīdzību.

Otro antipsihiatrijas atzaru, kurā garīgos traucējumus skaidro kā reakciju uz ārējiem stresoriem, var sīkāk iedalīt divās grupās. Pirmo grupu pārstāv psihiatri Rolands Leings (*Roland Laing*) un Deivids Kūpers (*David Cooper*). Viņi uzsver garīgo traucējumu ciešo saistību ar personu attiecībām ģimenē (*Laing, 1965; Cooper, 1967, 1971*). Piemēram, Leings šizofrēniju apraksta kā rezultātu ontoloģiskai nedrošībai. Pēc Leinga domām, cilvēks, kurš jūtas ontoloģiski nedrošs, pamazām rada nepatiesus “es”, kas nodrošina kaut mazāko atbilstību ārpusaulē pastāvošām sabiedrības pamatnostādņēm, tādējādi pasargādams savu īsto “es” no ārēja kaitējuma. Taču, kamēr nepatiesie “es” ir ārpusaules pieņemti, īstie “es” arvien vairāk attālinās no realitātes, palielinot konfliktu starp abiem “es”, kas draud ar identitātes iznīcību – šizofrēniju. Savukārt otro grupu pārstāv itāļu psihiatrs Franko Bazalja (*Franco Basaglia*) un sociālais teorētiķis Mišels Fuko. F. Bazalja ir plašāk pazīstams kā aktīvs deinstitutionalizācijas²² veicinātājs Itālijā un bija viens no mūsdienu koncepta “garīgā veselība” aizsācējiem. Mišels Fuko akcentēja ne vien ģimenes ietekmi uz garīgo slimību veidošanos un reprezentāciju, bet arī plašākas sabiedrības nozīmi (*Roth and Kroll, 1976, citēts no: Double, 2006, 31–32*).

Bieži vien sociālais konstrukcionisms izteiktu biodeterministu aprindās izraisa vieglu smīnu un neticību. Tomēr ne visi sociālā konstrukcionisma pārstāvji uzskata, ka realitāte ir tā, kas tiek konstruēta, bet gan drīzāk teorijas par realitāti. Sociologi Anne Rodžersa (*Anne Rogers*) un Deivids Pilgrims (*David Pilgrim*) uzsver, ka tieši nespēja nošķirt pirmo no otrā rada vislielākās nesaskaņas starp konstrukcionistiem un reālistiem. Viņuprāt, abas teorētiskās pozīcijas tuvina un cenšas samierināt sociālais reālisms (*Rogers and Pilgrim, 2005, 16*).

Sociālais reālisms

Pirmais iespaids par sociālo reālismu visdrīzāk ir tāds, ka, salīdzinot ar konstrukcionismu vai marķēšanas teoriju, tas ir mazāk radikāls. Par sociālā reālisma “tēvu” var uzskatīt britu filosofu Roju Baskāru (*Roy Bhaskar*),²³ un šī teorētiskā pieeja atšķirībā no sociālā konstrukcionisma atzīst, ka pastāv neatkarīga, pati par sevi esoša realitāte. Pēc Baskāra domām, cilvēki nerada sabiedrību, jo tā pastāvēja

²² Deinstitutionalizācijas process iezīmēja apjomīgu valsts diennakts stacionāra psihiatrisko klīniku slēgšanu uz ilgu laiku un pacientu pārvietošanu uz t. s. ārpusinstitucionālo aprūpi (angļu val. *community mental health services*, CMHS) vai būtiskas psihiatrisko klīniku reformas, pēc iespējas samazinot institucionālās vides negatīvo ietekmi uz pacientiem – mainot terapijas veidus, palielinot pacientu neatkarību u. c.

²³ Baskāra versija tiek saukta par “kritisko reālismu”.

pirms cilvēka ierašanās šajā pasaulē. Tomēr ikviens cilvēks ar savām darbībām dzīves laikā reproducē un pārveido sabiedrību. Baskārs īpaši uzsver, ka sociālus fenomenus nevar mēģināt reducēt uz dabas fenomeniem un skaidrot ar tiem, jo tie būtiski atšķiras:

- 1) sociālās struktūras atšķirībā no dabas struktūrām neeksistē neatkarīgi no darbībām, ko tās pārvalda;
- 2) sociālās struktūras atšķirībā no dabas struktūrām neeksistē neatkarīgi no to aģentu (darbojošos personu) uztveres par to, kāda veida aktivitātes viņi veic;
- 3) sociālās struktūras atšķirībā no dabas struktūrām var būt tikai relatīvi ilgstošas un pastāvīgas (tāpēc tendences, ko tās iekļauj, nevar būt univer-sālas) (*Bhaskar, 2011, 60–61*).

Šie nosacījumi ir būtiski arī saistībā ar garīgo neveselību. Rodžersa un Pilgrims skaidro, ka pirmais punkts nosaka: garīgās veselības uzturēšana sabiedrībā ir daļa no strukturālā aparāta – tajā nevar rasties neatkarīgas definīcijas un rīcības. Otrais punkts norāda: ārprātu vai garīgo veselību nevar skatīt atrauti no to veidošanā iesaistītajiem aktoriem un viņu zināšanām. Konkrētas zināšanas un darbības veicina vai ierobežo garīgo traucējumu attīstību, gaitu un iznākumu. Savukārt trešais nosacījums norāda: ārprātu drīkst skatīt un var saprast tikai specifiskā laika un telpas kontekstā. Otro un trešo punktu īpaši izceļ arī filozofs Īans Hakings (*Ian Hacking*), dažas garīgās slimības saucot pat “pārejošām” garīgām slimībām (angļu val. *transient mental illnesses*).

Pārejošas garīgās slimības ir nevis tās, kas ilgst tikai noteiktu laika periodu viena cilvēka dzīvē, bet gan tās, kas vēsturiski ir bijušas novērojamas konkrētā laikā un konkrētā vietā. Kā piemēru Hakings min disociatīvo fūgu²⁴ un histēriju. Abas “slimības” bija īpaši izplatītas un bieži diagnosticētas Eiropā un Amerikā 19. gadsimtā, bet pēc kāda laika “zaudēja savu popularitāti” (*Hacking, 1998, 11–14*). Hakings, aizņemoties terminu no dabaszinātnēm, pārejošu garīgo slimību cēloņus skaidro ar “ekoloģisko nišu”, ar to saprotot apjomīgu atšķirīgu apstākļu kopumu sakritību, kas nodrošina iespēju izpausties specifiskiem garīgiem traucējumiem. “Ekoloģiskā niša” ir daudz aptverošāks skaidrojums nekā, piemēram, marķēšana, un tā ietver vismaz četrus vektorus: medicīnisko taksonomiju (angļu val. *medical taxonomy*), kultūru polaritāti (angļu val. *cultural polarity*), pamanāmību (angļu val. *observability*) un atbrīvošanu (angļu val. *release*).

²⁴ Disociatīvās fūgas “[g]alvenā pazīme ir atmiņas zudums, parasti par svarīgiem neseniem notikumiem, kas nav saistīts ar organiskiem psihiskiem traucējumiem un ir pārāk smags, lai to varētu izskaidrot ar parastu aizmāršību vai nogurumu. Slimnieks dodas mērķtiecīgā ceļojumā ārpus ikdienas parastajām vietām. Kaut arī fūgas laikā cilvēkam ir amnēzija, slimnieka uzvedība šajā laikā neatkarīgam vērotājam var likties pilnīgi normāla” (SSK-10). Iegūts no: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/index1e60.html?p=%23119>

Medicīniskā taksonomija kā vektors nozīmē – lai kaut kāda uzvedība tiktu klasificēta kā garīga slimība, tai ir jāpiesaista mediķu interese un jāklūst par medicīniskās izpētes vērtu. Kultūru polaritāte kā vektors nodrošina, ka neparastā uzvedība atrodas krustcelēs starp diviem kontrastējošiem sociāliem fenomeniem, no kuriem viens šķiet saistošs, bet otrs biedējošs, nosodošs, riebīgs. Piemēram, disociatīvā fūga, no vienas puses, šķita pievilcīga, jo atgādināja ļaušanos romantiskai klaiņošanai, bet, no otras puses, pārāk atgādināja klaidonību un izlaidību. Kultūru polaritāte nodrošina no sabiedrības nepieciešamo pretstatu, lai uzvedība izraisītu neizprotamību. Trešais nepieciešamais vektors, ko apraksta Hakings, ir uzvedības pamanāmība. Lai konkrētā laikā un telpā kāds fenomens tiktu klasificēts kā garīga slimība, tam ir jābūt ne vien jocīgam, bet arī pamanāmam. Un pēdējais nepieciešamais nosacījums ir t. s. atbrīvošana. Ar “atbrīvošanu” jāsaprot metaforiska telpa, kas sniedz iespēju cilvēkam atbrīvoties vai izbēgt no kāda psiholoģiska vai sociāla spiediena, par patvērumu izvēloties kaut ko, kas atrodas uz robežas starp normalitāti un anormalitāti, pieņemamu un nosodāmu. Šo četru vektoru kombinācija parāda, cik ļoti lielai dažādu faktoru mijiedarbībai ir jānotiek, lai dažas uzvedības formas konkrētā laiktelpā kļūtu par garīgām slimībām, – Hakings to apraksta kā “veidu, kā kļūt trakam” (angļu val. *a way to go mad*).

Vēl viens “veids, kā kļūt trakam”, ir t. s. cilpas efekts (angļu val. *looping effect*, arī Ī. Hakinga ieviests termins), kas atspoguļo veidus, kā ārprātīgā zināšanas par slimību klasifikāciju un par diagnozēm ietekmē pašu ārprātīgo. Atšķirībā no objektiem cilvēki, kas neatrodas konstantā ārpusaprāta stāvoklī, apzinās, ka viņi tiek klasificēti, un viņi maina savu uzvedību un pašuztveri, to pielāgojot klasifikācijai. Hakings, protams, nav pirmais, kas izteicis šādu domu, tomēr ir visplašāk to aprakstījis. Kā piemēru viņš min vēl vienu pārejošo garīgo sindromu – disociatīvos identitātes traucējumus (agrāk – multiplas personības traucējumi), kas ik pa laikam nokļūst psihiatru uzmanības lokā. Hakings argumentē, ka 20. gadsimta 70. gados psihoterapeiti tiem pacientiem, kuriem bijušas multiplas personības iezīmes, uzdevuši jautājumus par varbūtēju piedzīvotu seksuālu vardarbību bērnībā. Pacienti terapijas laikā nudaļi šādas epizodes atcerēties, lai gan daži no viņiem neko tādu nekad nebija piedzīvojuši. Atmiņu uzjundīšana pastiprinājusi multiplas personības simptomus, un brīdī, kad pacientiem pateikta diagnoze, viņi sākuši uzvesties tā, kā no viņiem to gaida. Lai arī psihoterapeiti to nedarīja speciāli, tika radīts jauns veids, kā šiem cilvēkiem kļūt ārprātīgiem (*Hacking*, 1999, 100–104).

Nobeigums

Ārprāts savas neizprotamības dēļ allaž ir piesaistījis vērotāju uzmanību un šo vērotāju mēģinājumus to saprast. Vienmēr ir mēģināts rast atbildes uz vairākiem šķietami pretējiem jautājumiem, no kuriem galvenie ir:

- 1) vai ārprāts ir universāls vai tomēr kultūrrelatīvs;
- 2) vai ārprāts ir bioloģiski vai sociāli konstruēts.

Ārprāts šī vārda plašākajā nozīmē ir universāls – teju ikviena pasaules sabiedrība pēc līdzīgiem kritērijiem nošķir ārprātu no saprāta – to ierasti iezīmē neracionāla, no malas grūti izskaidrojama, ekscentriskā uzvedība, garīgs stāvoklis, kas ir personīgi un sociāli limitējošs. Tomēr nošķirums starp to, kas ir racionāls vai neracionāls, normas robežās esošs vai pārlieku ekscentrisks vai pat personīgi un sociāli limitējošs, lielākoties būs kultūrrelatīvs. Risinot jautājumu par ārprāta izcelsmi, netiek noliegta iespējamā bioloģiskā ārprāta izcelsme, tomēr tiek kritizēta biomedicīniskā pieeja ārprāta skaidrošanā un definēšanā. Pat ja kāda konkrēta ārprāta izcelsme nūdien ir bioloģiska, pirmkārt, nedrīkst aizmirst kultūrvides veicinošo vai slāpējošo ietekmi uz tā izcelsmi, un, otrkārt (un svarīgāk), ir aplami iedomāties, ka ir iespējams ārstēt slimību (angļu val. *disease*) kā atsevišķu vienību no kaites (angļu val. *illness*), turklāt tās izolējot no kultūras “uzslāņojuma”. Šajā sakarībā var rasties jautājums: “Ja varam pierādīt, ka konkrēta ārprāta (garīga traucējuma) pamatā ir bioloģisks iemesls, vai tad varam apgalvot, ka šis ārprāts ir uzskatāms par universālu kategoriju?” Atbilde ir – nē, nevaram, jo ārprāta attīstība, gaita un pieredze ir neatraujama no subjekta kultūrsistēmas. Šī iemesla dēļ ārprātu nevar skatīt kā dabas struktūru, bet tikai un vienīgi kā sociālu veidojumu, savukārt ārprātīgos – kā intersubjektīvus aģentus, kas aktīvi piedalās ārprāta konceptualizēšanā (par spīti tam, ka viņiem nepieder patiesība par savu pieredzi). Tieši ārprātīgo pieredzes un viņu kultūratšķirīgo pamatu dēļ “ārstēšana” nevar būt universāla.

Visbeidzot, mēģinot atbildēt uz jautājumu, kas ir ārprāts, nākas secināt: ja tieši saprāts ir tas, kas nepieciešams cilvēkam, lai tas pilnīgi aptvertu un izdzīvotu savu individuālo un sociālo esamību, tad ārprāts ir graduāla eksistenci ierobežojoša kategorija.

MADNESS

Summary

This paper discusses issues related to concept “madness”. Is madness biological or socially constructed? Is it universal across cultures or is it culturally relative? Is the western ethnocentric and medical view on madness the best way to address it?

One of the main problems with conceptualisation of madness is that it cannot be spoken or written about in its own terms – at some point the insane are voiceless, i. e., without power because to be insane means to be outside of reason and, therefore, outside truth and rationality. Being said so, it is clear that insanity is a public or socially defined category not only because it is observable or even socially obtrusive but also because it takes someone rational who holds the truth to define that the other is insane.

Incomprehensibility of insanity has always attracted attention of observers and attempts to explain it. This article highlights the main explanations, understandings, and approaches to madness, pointing to its formative and normative factors and criteria and to the fact that explanations of insanity change over time and space. It is argued that “madness” is a relative concept, which is filled with many different meanings and its essence is constructed and controlled through dominant social, intellectual and cultural power structures. Because in western society medicine holds the dominant discourse over madness, the article briefly introduces with the history of madness and psychiatry in Europe, continuing with biomedical understanding of madness.

Further it focuses on cross-cultural studies of madness comparing cross-cultural psychiatry with psychiatric anthropology where the former is looking for more or less universal similarities of insanity across cultures but latter – for differences in experiences of madness. Psychiatric anthropology argues that it is absurd to try to look at madness as a distinct biological disease not taking into account culturally shaped subjective experience of madness. Distinction between disease and illness is widely used in medical anthropology and sociology therefore further madness is viewed from perspectives of several influential social theories – social constructionism, social labelling theory and social realism.

Within the framework of social constructionism and social labelling attention is paid to ideas of the so-called anti-psychiatrists movement – a “revolt from the above” marking the fact that psychiatrists themselves started to doubt biomedical treatment methods of madness and even distinction between madness and reason itself. Social realism ironically sometimes is thought to be a theory that tries to reconcile positivistic and interpretative approach to human being where a person is viewed as an actor, who actively participates in his / her experience of madness. For this reason, madness cannot be viewed as a natural structure, but only as a social formation, but madness should be regarded as intersubjective agents who actively participate in conceptualisation of the insane (despite the fact that they are deprived of truth of their experiences). Culture-reactive experience of madness defines that explanation of madness (including healing or treatment) cannot be universal.

Article concludes with an idea that if reason is what humans need to fully embrace their individual and social existence, then madness is gradual existentially limiting category.

Izmantotā literatūra

Avoti

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th edition. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
2. SSK-10 – Pasaules Veselības organizācija. *Starptautiskā slimību klasifikācija, 10. redakcija*. Iegūts no: <http://www.spkc.gov.lv/ssk10/index1e60.html?p=%23119>

Literatūra

3. Armstrong, D. L. *An Outline of Sociology as Applied to Medicine*. 3rd ed. Bristol: John Wright & Sons, LTD, 1989.
4. Ashok, A. H., Baugh, J. and Yeragani, V. K. Paul Eugen Bleuler and the origin of the term schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatry*. 2012, 54(1), 95–96.
5. Barton, R. *Institutional Neurosis*. Bristol: John Wright & Sons, LTD, 1976.
6. Beard, G. M. *American Nervousness*. New York: G. P. Putnam's Sons, 1881.
7. Bhaskar, R. *Reclaiming Reality. A critical introduction to contemporary philosophy*. London: Routledge, 2011.
8. Bowers, L. *The Social Nature of Mental Illness*. London: Routledge, 1998.
9. Carr, J. E. Ethno-behaviorism and the culture-bound syndromes: The case of Amok. No: *The Culture-Bound Syndromes*. C. Hughes, ed. Baltimore: The Williams and Wilkins Co, 1980, 199–223.
10. Cooper, D. G. *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock Publications Limited, 1967.
11. Cooper, D. G. *The Death of the Family*. Middlesex: Penguin Books, 1971.
12. Crossley, N. R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: A socio-historical analysis. *Social Science & Medicine*. 1998, 47(7), 877–889.
13. Double, D. B. Historical perspectives on anti-psychiatry. No: *Critical Psychiatry. The Limits of Madness*. D. B. Double, ed. Hampshire: Palgrave Macmillian, 2006, 19–39.
14. Foucault, M. *History of Madness*. London: Routledge, 2006.
15. Goffman, E. *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: The Anchor Books, 1961.
16. Goffman, E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon & Schuster, 1963.
17. Güven, F. *Madness and Death in Philosophy*. New York: State University of New York Press, 2005.
18. Hacking, I. *Mad Travelers. Reflections on the Reality of Transient Mental Illnesses*. London: The University Press of Virginia, 1998.
19. Hacking, I. Madness: Biological or constructed? No: I. Hacking. *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University Press, 1999.
20. Hinshaw, S. *The Mark of Shame. Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. Oxford: Oxford University Press, 2007.

21. Hughes, C. Culture-bound or construct-bound? No: *The Culture-Bound Syndromes*. C. Hughes, ed. Baltimore: The Williams and Wilkins Co, 1980, 3–24.
22. Ingleby, D. Transcultural mental health care: The challenge to positivist psychiatry. No: *Critical Psychiatry. The Limits of Madness*. D. B. Double, ed. Hampshire: Palgrave Macmillian, 2006, 65–78.
23. Johnstone, L. The limits of biomedical models of distress. No: *Critical Psychiatry. The Limits of Madness*. D. B. Double, ed. Hampshire: Palgrave Macmillian, 2006, 81–98.
24. Kaplan, R. Being Bleuler: the second century of schizophrenia. *Australasian Psychiatry*. 2008, 16(5), 305–311.
25. Kendell, R. E. The myth of mental illness. No: *Szasz Under Fire: The Psychiatric Abolitionist Faces His Critics*. J. A. Schaler, ed. Chicago: Open Court, 2004.
26. Kleinman, A. Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *British Journal of Psychiatry*. 1987, 151, 447–454.
27. Kleinman, A. *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press, 1988.
28. Kleinman, A. and Good, B. Introduction: Culture and depression. No: *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. A. Kleinman and B. Good, eds. Berkeley: University of California Press, 1985, 1–43.
29. Laing, R. D. *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. London: Penguin Books, 1965.
30. Lewis, B. *Depression. Integrating Science, Culture, and Humanities*. New York: Routledge, 2012.
31. Littlewood, R. Ideology, camouflage or contingency? Racism in British psychiatry. *Transcultural Psychiatric Research Review*. 1993, 30, 243–290.
32. Marinker, M. Why make people patients? *Journal of Medical Ethics*. 1975, 1, 81–84.
33. McDaniel, J. *The Madness of the Saints: Ecstatic Religion in Bengal*. Chicago: The University of Chicago Press, 1989.
34. Oosterhuis, H. *Stepchildren of Nature: Krafft-Ebing, Psychiatry, and the Making of Sexual Identity*. Chicago: University of Chicago Press, 2000.
35. Porter, R. *Madness. A Brief History*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
36. Raimundo Oda, A. M., Banzato, C. E., and Dalgalarrrondo, P. Some origins of cross-cultural psychiatry. *History of Psychiatry*. 2005, 16(2), 155–169.
37. Rogers, A. and Pilgrim, D. *A Sociology of Mental Health and Illness*, 3rd ed. Berkshire: Open University Press, 2005.
38. Scull, A. *Madness: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
39. Scull, A. *Madness in Civilization*. Princeton: Princeton University Press, 2015.
40. Simons, R. The Resolution of the Latah paradox. No: *The Culture-Bound Syndromes*. C. Hughes, ed. Baltimore: The Williams and Wilkins Co, 1980, 43–62.
41. Steinberg, H. Emil Kraepelin's ideas on transcultural psychiatry. *Australasian Psychiatry*. 2015, 23(5), 531–535.
42. Szasz, T. *The Second Sin*. New York: Anchor Press, 1973.
43. Szasz, T. *The Myth of Mental Illness. Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Revised, ed. New York: Harper & Row, 1974.
44. Szasz, T. Mental illness is still a myth. *Society*. 1994, 31(4), 34–39.
45. Szasz, T. Mind, brain, and the problem of responsibility. *Society*. 2000, 37(4), 34–37.
46. Whitaker, R. *Mad in America*. New York: Basic Books, 2002.