

Diskurs mentalnog zdravlja: od izoliranih umobolnica do terapeutske kulture u industriji sreće

Paska, Danijela

Master's thesis / Diplomski rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:390859>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-07**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište u Zadru

Odjel za etnologiju i antropologiju
Diplomski sveučilišni studij etnologije i antropologije (dvopredmetni)

Danijela Paska

**Diskurs mentalnog zdravlja: od izoliranih
umobolnica do terapijske kulture u industriji sreće**

Diplomski rad

Zadar, 2020.

Sveučilište u Zadru

Odjel za etnologiju i antropologiju

Diplomski sveučilišni studij etnologije i antropologije (dvopredmetni)

Diskurs mentalnog zdravlja: od izoliranih umobolnica do terapijske kulture u industriji sreće

Diplomski rad

Student/ica:

Danijela Paska

Mentor/ica:

Prof.dr.sc. Senka Božić-Vrbančić

Zadar, 2020.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja, **Danijela Paska**, ovime izjavljujem da je moj **diplomski** rad pod naslovom **Diskurs mentalnog zdravlja: od izoliranih umobolnica do terapijske kulture u industriji sreće** rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

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

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

Zadar, 15. prosinca 2020.

SADRŽAJ

<u>UVOD</u>	1
<u>0.1. Diskurs mentalnog zdravlja i antropologija javnih politika</u>	1
<u>0.2. Pregled poglavlja</u>	4
<u>1. TEORIJSKO-METODOLOŠKA KONCEPCIJA RADA</u>	6
<u>1.1. Pregled teorijskih koncepata</u>	7
<u>1.1.1. Foucaultova mikrofizika moći i mutacija upravljalatva</u>	7
<u>1.1.2. Foucaultova povijest ludila</u>	9
<u>1.1.3. Nova periodizacija upravljalatva – neoliberalizam</u>	12
<u>1.1.4 Obrat ka sreći</u>	13
<u>2. MENTALNO ZDRAVLJE: RIZIK I RESURS S CILJEM BLAGOSTANJA</u>	15
<u>3. MEDIKALIZACIJA NESREĆE I PSIHIJATRIZACIJA ŽIVOTA</u>	27
<u>3.1. Poremećaji mozga: od stigme i institucionalizacije do destigmatizacije i terapeutske kulture</u>	33
<u>3.2. Mitski obrat</u>	38
<u>4. INDUSTRIJA SREĆE</u>	44
<u>4.1. Tko si može priuštiti biti mentalno (ne)zdrav: pitanje kapilarne prekarnosti</u>	47
<u>5. ZAKLJUČAK</u>	51
<u>LITERATURA</u>	54
<u>PRILOZI</u>	60

SAŽETAK

Diskurs mentalnog zdravlja: od izoliranih umobolnica do terapijske kulture u industriji sreće

U radu se analiziraju razna značenja koja se u hrvatskom kontekstu odnose na fizičko, psihičko i društveno blagostanje kroz analizu javnih politika mentalnog zdravlja te artikulacije tih politika kroz razne društveno-kulturne sfere. Tema mentalnog zdravlja promatrana je iz foucaultovskog okvira teorije diskursa i upravljalatva. Mentalna bolest za Michela Foucaulta ne označava činjenično stanje koje se u svim povijesnim i društvenim kontekstima odnosi na istu stvar, već je konstruirana kroz izjave koje ju imenuju i artikuliraju. Cilj rad jest utvrditi kako je konstruirano „zdravorazumsko“ znanje o mentalnom zdravlju, kakve istine i kategorije tvore strukturu diskursa. Analizom različitih izjava, dokumenata, (ne)lingvističkih podataka istražuju se pravila, narativi i znanja koja tvore diskurs. Reprzentacija mentalnog zdravlja u Hrvatskoj artikulira heterogene učinke, mijenja se s obzirom na društveni tok globalizacije, neoliberalizma i pandemije Covid-19. Analizom materijalizacije i normalizacije određenih formi života, iščitava se dvojaka reprzentacija mentalnog zdravlja u okvirima biomedicinske i neoliberalne (tržišne) forme znanja. Hrvatsko društvo interpelirano je u tržišne imperitive sreće i pozitivnog mentalnog zdravlja, no i dalje nije odbacilo ulogu institucionalizacije s ciljem uspostave društvenog reda i blagostanja.

Ključne riječi: diskurs mentalnog zdravlja, javne politike, upravljalatvo, ludilo, neoliberalizam

ABSTRACT

Mental health discourse: from isolated asylum to therapeutic culture in the happiness industry

The paper analyzes various meanings related to physical, mental and social well-being in the Croatian context through the analysis of public mental health policies and the articulation of these policies through various socio-cultural spheres. Mental health is observed from the Foucault's concept of governmentality and discourse. Mental illness for Michel Foucault does not signify a factual state that in all historical and social contexts refers to the same thing, but is constructed through meaning of statements. The aim of this paper is to determine how „common sense“ knowledge about mental health is constructed, what truths and categories form the structure of discourse. The analysis of various statements, documents, (non) linguistic data explores the rules, narratives and knowledge that form the discourse. The representation of mental health in Croatia articulates heterogeneous effects, changing with regard to the social course of globalization, neoliberalism and the Covid-19 pandemic. By analyzing the materialization and normalization of life, a dual representation of mental health within the framework of biomedical and neoliberal (market) forms of knowledge is read. Croatian society has been interpellated into market imperatives of happiness and positive mental health, but still has not rejected the role of institutionalization with the aim of establishing social order and well-being.

Key words: mental health discourse, public policy, governmentality, madness, neoliberalism

UVOD

0.1. Diskurs mentalnog zdravlja i antropologija javnih politika

Koliko često čujete ili vi sami kažete za nekoga da je „luda, poremećena osoba“, da „nije normalna“, da je „spremna za ludnicu“ ili „na rubu živaca“? Koliko puta ste pročitali članke ili rasprave na društvenim mrežama o savjetima kako biti sretna i zadovoljna osoba, pričali o savjetima kako ne „izgoriti“ na poslu ili o depresiji, stresu ili anksioznosti? Prisutnost ovih i sličnih izjava u svakodnevici dovele su me do ovog rada, do analitičkog promišljanja *diskursa mentalnog zdravlja*. Zašto baš mentalnog zdravlja? Odgovor leži u mom subjektivnom pozicioniranju kao studentice, buduće diplomirane antropologinje i etnologinje koja će ući na tržište rada, a kojoj su internalizirane, ili bolje rečeno, interpelirani društveni (tržišni) zahtjevi i očekivanja: „kako se zaposliti“, „kako ispuniti sve što se očekuje od mlade osobe“, „kako se nositi s anksioznošću koju ti zahtjevi izazivaju“, „kako biti sretna“. Naša svakodnevica, naročito kroz medijsku reprezentaciju, zasićena je slikama i narativima o anksioznosti, ali i sreći, a suvremeno društvo karakterizira terapijska kultura i dominacija psihofarmaka kao „čudotvornog lijeka“ za poboljšanje mentalnog zdravlja (usp. Ahmed 2010; Cvetkovich 2012; Rose 2001). Svjetska zdravstvena organizacija definira mentalno zdravlje kao „stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban/a pridonositi svojoj zajednici“ (World Health Organisation 2004), naglašavajući pritom fizičko, psihičko i društveno blagostanje.

Temeljni cilj ovog rada je utvrditi razna značenja koja se u suvremenom hrvatskom kontekstu odnose na „fizičko, psihičko i društveno blagostanje“ kroz analizu javnih politika mentalnog zdravlja te artikulacije tih politika kroz razne društveno-kulturne sfere (medije, medicinu, farmaceutsku industriju, civilni sektor). Javne politike mentalnog zdravlja promatram u okviru antropologije javnih politika. Cris Shore i Sussan Wright (1997) u uvodu zbornika o antropologiji javnih politika, *Anthropology of Public Policy*, inspirirani teoretičarima i teoretičarkama diskursa, tvrde da javne politike konstruiraju društvenu stvarnost. Na tom tragu, Božić-Vrbančić u radu o europskim kulturnim javnim politikama tvrdi da javne politike, iako dizajnirane na način koji upućuje na traženje javne podrške, zapravo konstruiraju ono što predlažu sa svrhom reguliranja društva (2010: 91). Promatrane kroz

foucaultovski okvir teorije diskursa i upravljalatva (eng. *governmentality*)¹, javne politike su dizajnirane kako bi populaciju regulirale kroz „normaliziranje” određenog razmišljanja, a samim tim i djelovanja na temelju tog razmišljanja. U tom kontekstu u ovom radu istražujem normalizirane pretpostavke koje uokviruju javne politike mentalnog zdravlja. Ukratko, istražujem što je to što se želi postići, ili normalizirati, tim javnim politikama.

Prema Wedel i suradnicima, javne politike modernim ljudskim subjektima upravljaju kroz norme i posebne politike, bilo da se tiču javnog zdravstva, prakse zapošljavanja, obrazovanja, nacionalne sigurnosti, kategorije rizika ili takozvanog „dobrog upravljanja“ (Wedel *et al.* 2005: 7-8). One oblikuju individualne kategorije: određuju što znači biti građanin/građanka, zaposlena ili nezaposlena, mentalno (ne)zdrava i (ne)sretna osoba. Javne politike ne diktiraju ponašanje nacije, već konstruiraju idealan tip onoga što bi „normalan“ građanin trebao biti. Time takve diskurzivne formacije i kategorije ulaze u društvenu zalihu „zdravorazumskog znanja” koje se često ne preispituje, već upravo suprotno, prikazuje kao „neutralno“ i „samopodrazumijevajuće” (Shore i Wright 1997; Wedel *et al.* 2005).

Međutim, „zdravorazumski“ način na koji ljudi govore o mentalnom zdravlju, percipiraju mentalne bolesti, doživljavaju sreću i „normalno stanje“, ovisi o vremenu i prostoru u kojem se nalaze, o društvenom kontekstu i povijesnom razdoblju. To je ono što Michel Foucault (1972: 116-117) naziva *diskursom*: skupom izjava koje strukturiraju način na koji se može misliti i govoriti o određenim problemima, a samim tim i djelovati na temelju tog mišljenja. Diskurs definira i samu temu ili problem o kojem se govori, tj. određuje način na koji se smisleno može govoriti o određenoj temi u određenom povijesnom kontekstu, određuje ono što je prihvatljivo, a što nije (Hall 2003: 44). Diskurs se nikad ne sastoji od samo jedne izjave ili teksta, već se uvijek pojavljuje u čitavom nizu tekstova, raznim izjavama, institucijama, kao i u različitim formama – npr. isti diskurs možemo naći u znanstvenim izjavama kao i u popularnoj kulturi. Za Foucaulta, kao što to naglašava Stuart Hall, „ništa što ima značenje ne može postojati izvan diskursa“ (2003: 45). U tom smislu mentalna bolest za Foucaulta ne označava činjenično stanje koje se u svim povijesnim periodima i različitim kulturama odnosi na istu stvar. Upravo suprotno, jedino unutar određenih diskurzivnih formacija mentalna bolest dobiva određena značenja koja zvuče smisleno. Mentalna bolest je konstruirana kroz izjave

¹ U hrvatskom jeziku nema ujednačenog prijevoda za foucaultovski koncept *governmentality*. Obzirom da se ne radi o upravljanju u klasičnom političkom smislu te riječi, u etnološko-antropološkoj literaturi koju sam konzultirala koriste se sljedeći pojmovi: „gouvernementalitet“ (Biti 2018) i „upravljalatvo“ (Božić-Vrbančić 2008). U ovom radu koristim pojam „upravljalatvo”.

koje su je imenovale, obilježile, opisale, prosudile, artikulirale i tako dalje. U tom smislu ona je složen pojam „proizveden velikim rasponom društvenih praksi, istraživanja, govora i pisanja – kraće „diskursa” ili „diskurzivnih praksi” (Culler 2001: 13).

U ovom radu, govoreći o diskursu kao reprezentacijskom sustavu pravila, praksi, značenja i znanja (Foucault 1972: 68), određenoj formi jezika koja ima svoja pravila i institucije unutar kojih se (re)producira, ali i cirkulira (Rose 2008: 142) analiziram diskurs mentalnog zdravlja – značenja koja mu se pripisuju, pravila koja ga prate te njegovu produktivnost u smislu materijalizacije i normalizacije određenih formi života. Foucaultovski gledano, znanje je uvijek oblik moći (moć/znanje), koje u danom periodu regulira percepciju istine, proizvodi stanje i shvaćanja u kojem se određene pojavnosti smatraju „prirodnim“ i „zdravorazumskim”. Sukladno tome, u radu propitujem kakve forme znanja reguliraju percepciju mentalnog zdravlja u Republici Hrvatskoj, kako je došlo to takvih percepcija, te koje kontradikcije one uključuju i do kakvih ambivalencija dovode. Za Foucaulta (1980) reprezentacija mentalnog zdravlja učinak je „biomoći“ i „upravljalatstva“ (eng. *governmentality*). Upravljalatstvo se odnosi na set tehnika i procedura koje određuju ljudsko ponašanja u svrhu „općeg dobra”, stoga u tom kontekstu možemo na primjer govoriti o upravljanju djecom, upravljanju svijesti, upravljanju kućanstvom, upravljanju državom ili upravljanju samim sobom. Sve te tehnike i procedure Foucault naziva *umjetnošću upravljalatstva*², a omogućava ih *mikrofizika moći* – kapilarno širenje moći u kojem dolazi do samoreguliranja populacije (Foucault 1979, prema Rose, O'Malley i Valverde 2006: 84). Mikrofizika moći je ključna za stvaranje onog što Foucault naziva „biomoć”, a to je spajanje dva pola moći – „disciplinarne moći” i „regulacije” (vidi Božić-Vrbančić 2018: 35-36).

Za Foucaulta, pojava biomoći u osamnaestom i devetnaestom stoljeću (ideja formiranja „prirodnog kolektiva“, dakle populacije) presudna je za razvoj kapitalizma jer njezina regulacijska tehnologija omogućuje ekonomski razvoj (Crome 2009: 54). S transformacijom, o kojoj Foucault govori, političko postaje ekonomsko. Razvoj biopolitike ide paralelno s novom vrstom umjetnošću upravljalatstva i racionalizacijom – *liberalizmom i neoliberalizmom* – koji

² Moć za Foucaulta nije negativna dominacija, nego je dinamična snaga učinaka i djelovanja. Svaka formulacija umjetnosti upravljalatstva utjelovljuje, eksplicitno ili implicitno, odgovor na sljedeća pitanja: tko ili čime treba upravljati?; zašto bi njima upravljali?; kako se njima upravlja?; u koje bi svrhe trebali upravljati? U osamnaestom stoljeću tradicionalno upravljanje „razuma države“, odnosno suverenog vladara, zamijenjuje doktrina liberalizma. Stanovništvo više nije promatrano kao cjelina pravnih subjekata koji se moraju pridržavati zakona koje je izdao suvereni autoritet, niti kao izolirani pojedinci čije je ponašanje trebalo oblikovati i disciplinirati, već kao postojeći subjekti u mreži odnosa. Polazi se od niza strategija i taktika kojima se nastoji osigurati opća dobrobit svih i za sve. Stoga mehanizmi upravljanja nastoje regulirati one procese koji moduliraju bogatstvo, zdravlje, sposobnost rada i životni vijek stanovništva (Rose, O'Malley i Valverde 2006: 84-85).

su umjesto vladanja (kao što je nekad vladao npr. monarh), u potrazi za tehnikama i mehanizmima upravljanja. „Biomoć je unutarnja snaga, ona regulira društveni život kroz samu sebe, svaki pojedinac je nanovo aktivira. Nitko ne može pobjeći izvršavanju biomoći... ona optimizira razlike te ih kroz inkluzivne politike disciplinira” (Božić-Vrbančić 2018: 36). Prema Nikolasu Roseu (2000: 323-324) neoliberalizam predstavlja specifičan oblik racionalnosti i slobode suvremenog društva čijim su tehnologijama upravljana imanentne *tehnologije rizika* koje omogućavaju vid nadzora, a kao svoj cilj predstavlja opću dobrobit. Ovo racionalno upravljalatstvo u ime slobode i opće dobrobiti, državu oslobađa mnogih obaveza, a od pojedinaca se očekuje da svoje živote vode kao poduzeća, to jest da upravljaju svojim životima kao da su u potpunosti slobodni racionalno odlučivati, a neispunjavanje određenih „normaliziranih“ ideala (Rose, O'Malley i Valverde 2006: 90) i postizanja sreće se vidi kao neuspjeh individue (Ahmed 2010).

U tom kontekstu promatram diskurs mentalnog zdravlja, analiziram tehnologije rizika koje ga istovremeno omogućavaju, ali i reproduciraju. Prvenstveno me zanima što se danas ubraja u mentalno zdravlje, gdje se pojavljuje, na što se odnosi i na koji način se izvršava.

0.2. Pregled poglavlja

U **prvom poglavlju** pojašnjavam teorijsko-metodološki dio rada. Kao što sam prethodno naznačila, istraživanom problemu mentalnog zdravlja pristupam iz perspektive antropologije javnih politika i diskurzivne teorije.³ Točnije, analizi javnih politika pristupam kroz foucaultovski teorijski okvir *upravljalatstva* kojeg nadopunjujem s konceptom *etopolitike* Nikolasa Rosea (2001) te konceptom *sreće* Sare Ahmed (2010). Uz navedene koncepte, a u svrhu razumijevanje učinaka javnih politika mentalnog zdravlja, pojašnjavam i koncept *ideologije prava* Nikolasa Rosea (1985), te koncept *prekarnosti* Judith Butler (2004). Obzirom na važnost koncepta „upravljalatstvo” za moju analizu diskursa mentalnog zdravlja dajem i kratki geneaološki pregled Foucaultove *mutacije upravljalatstva* koja je pozicionirala ideju patologije, normalnosti, blagostanja, rizika i sreće u dominantne diskurzivne formacije, koje dalje razrađujem u drugom i trećem poglavlju.

³ Diskurzivna teorija razvija se sedamdesetih godina prošlog stoljeća, a njezin razvoj dijeli se na tri vala odnosno tri generacije teoretičara. Prva generacija diskursu pristupa kroz lingvističku leću, odnosno semantički pristupa pisanom i izgovorenim izrazu i tekstu, drugi val teoretičara fokusira se na odnos moći, a treća generacija proširaju shvaćanje diskursa na širi spektar fenomena i praksi. Međutim, ne postoji jasna granica između spomenutih tradicija, već se svako teorijsko tumačenje diskursa međusobno nadopunjuje (Torfing 2005).

U **drugom poglavlju** „Mentalno zdravlje: rizik i resurs s ciljem blagostanja” pažnju posvećujem analizi načina na koje diskurzivna kovanica „mentalno zdravlje“ postaje bioekonomija koja nastoji otkriti bio-vrijednosti ljudskog života (Rose 2000; Rose 2001).

U **trećem poglavlju** „Medikalizacija nesreće i psihijatrizacija života”, analiziram na koji način „mentalno zdravlje” artikulira političke i/ili profitne ciljeve povezane s povećanom korporatizacijom medicine (usp. Jasso-Aguilar i Waitzkin 2012; Thomas *et al.* 2005; Timimi 2012; Watters 2010; Whitely i Raven 2012, prema Esposito i Perez 2014).

U **četvrtom poglavlju** ukazujem na ispreplitanje politika mentalnog zdravlja s idejom o sreći, koja je isto tako povezana s ciljem općeg blagostanja, ali i diskursom opasnosti od rizika (Rose, 2001) te konzumerizmom (Ahmed 2010; Esposito i Perez 2014) što se može iščitati kroz koncept prekarnosti (Butler 2004).

U **zaključku** dajem sažetak rada, odgovore na uvodno postavljena pitanja, te predlažem daljnje antropološko problematiziranje upravljačkih diskursa i njihova učinka u društvenoj stvarnosti.

1. TEORIJSKO-METODOLOŠKA KONCEPCIJA RADA

Kako bih problemski pristupila suvremenoj temi mentalnog zdravlja i diskurzivnim formacijama iste, provela sam analizu javnih politika u Hrvatskoj, polazeći od Foucaultove povijesne genealogije mehanizama djelovanja moći⁴ na Zapadu. Temeljni cilj analize jest utvrditi razna značenja koja se u suvremenom hrvatskom kontekstu odnose na „fizičko, psihičko i društveno blagostanje” kroz analizu javnih politika mentalnog zdravlja. Kako bih postigla taj cilj, postavila sam si određena istraživačka pitanja: 1) kako je konstruirano „zdravorazumsko“ znanje o mentalnom zdravlju (kakve istine i kategorije tvore to znanje – što čini strukturu diskursa); 2) kakva značenja se pripisuju mentalnom zdravlju?; 3) što se želi normalizirati i koja pravila normiraju područje mentalnog zdravlja unutar hrvatskog društva; 4) kakve su identitarne kategorije i odnosi među pojedincima reproducirani u hrvatskom društvu? te 5) što se artikulira kao različitost unutar diskursa? Dakle, analizom nastojim utvrditi praksu dominantnog diskursa u Hrvatskoj u smislu materijalizacije i normalizacije određenih formi života.

Sama diskurzivna analiza kao metoda označava empirijsko proučavanja materijala i informacija kao diskurzivne oblike. U to spadaju lingvistički i ne-lingvistički podatci: govori, izjave, intervjui, povijesni događaji, ideje, politike, institucije, organizacije (Howarth, Norval i Stavrakakis 2000: 4). Stoga diskurzivnom analizom nastojim otkriti obrasce i skrivena pravila, načine korištenja jezika i stvaranja narativa o mentalnom zdravlju. Kako bih istražila retoriku diskursa mentalnog zdravlja, hrvatsku društvenu stvarnost analiziram kroz različite grupe izjava unutar različitih područja: područja politike, struke, znanosti, medija, popularne kulture. Polazeći od diskursa kao reprezentacijskog sustava, kroz analizu neprestano propitujem kako se mentalno zdravlje reprezentira od strane Vlade, političkih aktera, vodećih institucija i (vladinih i nevladinih) organizacija, stručnjaka, medija i drugih aktera unutar popularne kulture i onih koji konstruiraju hrvatske javne politike, te kakvi su učinci takve diskurzivne reprezentacije na populaciju i individualne subjekte. Građa analize sastoji se od izjava stručnjaka (psihijataru, psihologa, liječnika) i političara, intervjua dostupnih u medijima, medijske reprezentacije (članaka) mentalnog zdravlja, javnih političkih dokumenata, nacionalnih strategija i zakona, nacionalnih biltena, knjiga stručnjaka, izvješća, zdravstvenih akcija i projekata Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, sektorske politike (tema mentalnog

⁴ Ovdje je pažnja pridana učincima središnje moći koji su povezani s institucijama i funkcioniranjem organiziranog znanstvenog diskursa unutar društva. Riječ o formama znanja u obliku moći. Foucault (1980) ovdje priča o fragmentiranim istraživanjima, svim tim diskursima koji su razlomljeni, ali se istovremeno preklapaju.

zdravlja unutar obrazovne i zdravstvene politika, stambene i radne politika, politike mladih te socijalne politika o invaliditetu), inicijativa i akcija civilnog sektora te dijelova popularne kulture (popis građe dostupan je na kraju rada: vidi Literatura i Prilozi). Iz nabrojanog može se vidjeti da građa za analizu ne obuhvaća isključivo zakonske okvire Vlade Republike Hrvatske, budući da područje javnih politika obuhvaća politički, ekonomski i društveni život te se njihovo djelovanje ne veže isključivo uz odluke Vlade (usp. Shore i Wright 1997). Učinak javne politike prevazilazi institucije države te se njezini učinci artikuliraju kroz razne društveno-kulturne sfere (u medijima, medicini, farmaceutskoj industriji, tržišnoj industriji, civilnom sektoru, popularnoj kulturi). Zbog toga pri analizi tragam za različitim izjavama unutar različitih društvenih sfera, nastojim analizirati različite stilove mišljenja i prakse. Prema Foucaultu ono što je najvažnije jest utvrditi odnose između tih izjava, koje na prvi pogled izgledaju različite i predstavljaju se na način da pripadaju različitim društvenim sferama, no one reproduciraju učinke zajedničkih diskurzivnih formacija (Foucault 1972: 29).

Analiza diskursa uključuje i etička pitanja, poput utjecaja stava istraživača/istraživačice na istraživane pojave prilikom analize. Obzirom da se radi o pristupu koji naglašava nepostojanost svakog društvenog sustava, i pozornost skreće na analizu reprezentacija koje su uvijek povijesno i politički određene, onda je nužno naglasiti kako je stvaranje raznih sustava značenja upisano u sve narative i prakse, uključujući i istraživačko-znanstvene. Stoga naglašavam da sam, prilikom interpretacije i analize, reflektivna u odnosu na osobna polazišta, te da sam svjesna da je i moj pristup ono što James Clifford (1992) naziva „parcijalnom istinom“, tj. da je uvijek nužno „nekompletan“.

1.1. Pregled teorijskih koncepata

1.1.1. Foucaultova mikrofizika moći i mutacija upravljalatva

Analizirajući politiku „klasičnog razdoblja“ Michel Foucault uvodi koncept *upravljalatva*⁵ kojeg definira kao aktivnost koja vodi pojedince kroz njihov život, stavljajući ih pod autoritet vodstva koji je odgovoran za ono što oni rade i za ono što im se događa (Foucault 1997: 68, prema Rose, O'Malley i Valverde 2006: 83). Foucault uviđa razlike moći u kontekstu monarhije i republike uspoređujući srednji vijek i klasično razdoblje Zapada: suveren monarh ima moć u svojim rukama, dok u republici moć postaje nevidljiva, tj. birokratizirana. U kontekstu monarhije, oni nad kojima se moć izvršavala nevidljivi su, dok u modernom društvu izvor moći postaje nevidljiv, anonimn i birokratiziran, a oni nad kojima se

⁵ Foucault identificira „duboku transformaciju“ mehanizama moći nudeći sažetak povijesne genealogije mehanizama djelovanja moći na Zapadu (usp. Crome 2009).

moć izvršava (svi nacionalni građani/građanke) postaju vidljivi (npr. kroz razne statistike i popise) te je na taj način omogućeno njihovo kontroliranje i reguliranje. Takva vrsta vidljivosti kod Foucaulta je direktno povezana s odnosima moći i znanja. Foucault (1980) kada govori o moći ne promišlja o moći kao o ideologiji ili represiji, već o moći koja stvara učinke na razini želje i znanja (znanje i moć se međusobno kreiraju).

Foucaultovskim rječnikom, moderni je subjekt⁶ rođen kroz znanje/moć, kroz procese discipline i reguliranja (škole, zatvori, bolnice itd.). Preciznije, prema Foucaultu (1977) subjekt je stvoren kroz diskurs paralelno s „disciplinarnim društvom stvorenim u Europi u 18. stoljeću. U toj novoj formi društvenog poretka ljudsko je tijelo rekonstruirano i u njega je upisan niz disciplinarnih diskurzivnih praksi“ (Božić-Vrbančić 2018: 18). Subjekt je prožet raznim diskursima, konstantno biva bombardiran „normaliziranim znanjem“ koje nije nametnuto državnim aparatom, već na svakodnevnoj razini cirkulira kroz različite mehanizme i generira učinke – to je ono što čini *mikrofiziku moći* (Foucault 1995: 222). Ti se mehanizmi moći prožimaju te karakteriziraju i čine društveno tijelo, a uspostavljaju se kroz proizvodnju, akumulaciju i cirkulaciju *diskursa*. Disciplinarna moć normalizira norme i postojeće zakone, one se postavljaju kao neutralne i samopodrazumijevajuće, što se tumači kao oblik kolonizacije jer diskurs discipline nema ništa zajedničko sa zakonom, pravom i suverenom voljom, nego se nameće kao prirodno pravilo – normalizirana norma (Rose 2000). Time svaki pojedinac u društvu postaje značajan, a svaki dio ljudskog života biva kontroliran, postaje vidljiv. Nova vrsta moći, birokratska moć, disciplinira društvo na način da ljudi samoreguliraju svoje svakodnevno ponašanje kao da su cijelo vrijeme promatrani i vidljivi.⁷

Prepoznavanjem moći kao inherentno dinamične i učinkovite, Foucault prepoznaje transformaciju moći, ali ne u smislu transformacije vlasti, već djelovanja moći (Crome 2009: 51). To je ono što se u foucaultovskom rječniku odnosi na *mutaciju moći*: transformaciju disciplinarnu birokratske moći u regulacijsku biomoć. Stoga, Foucault razlikuje dva oblika moći, dvije vrste tehnologije moći: 1) *disciplinarnu moć*, koja disciplinira individualno tijelo, te 2) *biomoć*, koja regulira biološku masu (populaciju), no obje su oblici moći nad tijelom (Crome 2009: 52-53). Razlika je u tome što se disciplinarnu tehniku moći fokusiraju na

⁶ Što periodizacijom ukazuje na kontekst liberalizma i socijalne države. Liberalizam polazi od pretpostavke da se ljudskim ponašanjem treba upravljati, ne samo u interesu jačanja države, već i u interesima društva, koje se shvaća odvojenim područjem od države (Rose, O'Malley i Valverde 2006).

⁷ Ono što je bitno naglasiti za daljnje razumijevanje Foucaultove analize jest razgraničenje moći i učinaka istine koje ta moć proizvodi, čime ta istina nastavlja daljnju reprodukciju moći. Što aludira na trojstvo: moć, pravo i istina. Reproduciraju se diskursi istine koji se normaliziraju, ne preispituju te ulaze u društvenu svakodnevicu koja se odnosi na zdravorazumsko poimanje stvarnosti (Foucault 1980).

pojedince. Preciznije, individualno tijelo tretiraju kao strojeve sposobne za rad dekomponirajući ga u dijelove, podvrgavajući ga disciplini kako bi ga učinile poslušnim i korisnim (Foucault 1991). Dok s druge strane, biomoć nastoji regulirati biološke pojave ljudske vrste, fenomene poput smrti, rođenja, bolesti i zdravlja. Kao što Biti, komentirajući Foucaulta, navodi:

Stanovništvo se nameće kao nov ekonomski i politički problem preko svojih specifičnih fenomena i varijabli o kojima valja voditi računa: stope rađanja, stope smrtnosti, duljine života, plodnosti, stanja zdravlja, učestalosti bolesti, oblika prehrane i stanovanja. Sve se te varijable nalaze na sjecištu kretanja svojstvenih životu i učinaka svojstvenih institucijama (2018: 97).

Biomoć proučava populaciju, a ne pojedince, što znači da regulira – nastoji predvidjeti vjerojatnost bioloških događaja (smrti, rođenja) na način da ih modificira, ako je potrebno, ili nadoknadi njihove učinke, s ciljem postizanja opće ravnoteže koja štiti sigurnost cjeline od unutarnjih opasnosti (Crome 2009: 53), s ciljem blagostanja. Ako su disciplinarne tehnike olakšavale umetanje tijela pojedinaca u procese industrijske proizvodnje, povećavajući njihovu produktivnost, maksimizirajući njihovu korisnost, bez da im istovremeno otežavaju upravljanje, tada tehnologije biomoći omogućuju prilagođavanje stanovništva ekonomskim procesima u kapitalističkom sustavu (Crome 2009: 54). No, prije nego li detaljnije objasnim koncept biomoći odnosno bioekonomije, u nastavku ukratko opisujem Foucaultov koncept *ludila*.

1.1.2. Foucaultova povijest ludila

Foucault (1961) analizira povijest mentalnih bolesti ili, kao što to on navodi *ludila*, počevši od primjera takozvanih gubavaca koji su u srednjem vijeku bili izolirani kao društvena prijetnja (prema Hubert i Rabinow 1983). Ova se vrsta društvene separacije i moralnih normi nastavila kasnije u društvu unutar različitih kulturnih i povijesnih konteksta, stoga Foucault koncept *ludila* analizira kroz proces društvene isključenosti i kulturne integracije. Društvena isključenost učinak je moći koja interpelira regulaciju i kategorije normalnosti ili kao što Božić-Vrbančić (2018: 18) navodi „moć je svoj efekt zadobivala kroz samokontrolu subjekata te kroz isključenje i regulaciju svih onih koji su se mogli učiniti „čudnima” i „nenormalnima”. Sukladno, kategorizacija ludila, značenja koje ono ima u društvu, povezano je s ciljem uspostave društvenog reda pa se diskurs poremećaja i ludila konotira u terminima „nenormalnog“ viška, a ne u terminima medicinske ili tjelesne disfunkcije (Foucault 1988).

Kulturni sadržaj svakog razdoblja mijenja koncept ludila kao neviđenog ontološkog stanja *drugotnosti* (Hubert i Rabinow 1983: 4) Značenja se mijenjaju, ali kontinuitet oblika moći ostaje dugoročan kontrapunkt ove kulturne klasifikacije. Ovdje je riječ o jukstapoziciji moći i diskursa, kontinuiteta i diskontinuiteta. U tematiziranju „ludila“ riječ je o diskontinuitetnom sadržaju kulturnih promjena s predznakom (institucionalne) moći (Hubert i Rabinow 1983: 4-5).

Pa tako u drugoj polovici sedamnaestog stoljeća nova forma diskursa manifestira društvenu osjetljivost zbog koje se izolirala kategorija prostora predviđena za totalne institucije⁸, budući da se „ludilo“ postavlja kao binarna opozicija razumu. Foucaultovski gledano, mora postojati cjelina koja opravdava ovu potrebu – cjelina koja perpetuira društvenu osjetljivost na siromaštvo i poremećenost sukladno ekonomskoj i moralnoj obvezi (prema Hubert i Rabinow 1983). Propitujući koji su imperativi omogućili važnost totalnih institucija sa svrhom ograničenja, Foucault (1988: 46) prepoznaje rad kao prvi društveni i moralni imperativ koji se reproducira sukladno novoj formi ekonomske organizacije. Upravo se unutar tog (novog) ekonomskog diskursa, koji perpetuira građansku obvezu i odgovornost, stvara povezanost individualnog i populacijskog blagostanja s državnom administrativnom kontrolom. Upravljalatstvo, koje se do sada tumačilo kao diskurzivna struktura rada i populacije, poprima novi moderni oblik kao *biomoći*.

Otkrivši biomoć, Foucault je shvatio da se u liberalizmu ne radi samo o vršenju moći u političkom smislu, nego o promicanju ideje o „čistom životu“ (Rose 2001: 5). Promicanje čistog života postaje jedini predmet i kraj cijele liberalne politike dvadesetog stoljeća⁹ perpetuirane *idejom normalnosti i patologije* (Foucault 1980: 174-178). Život je molekulariziran u znanstvenim okvirima, a moć se skriva pod okriljem preventivne medicine i brige o općem zdravlju (Rose 2001: 5). Naime, mutacijom upravljalatstva, uspostavlja se novi kolektivni režim zdravlja koji autoritarno-medicinski intervenira s ciljem „opće higijene“ (Foucault 1980: 150). Upravo takva mutacija moći dokazuje kako je zdravlje – mentalno zdravlje – diskurzivna

⁸ Pojam *totalnih institucija* uveo je Erving Goffman (1961) analizirajući ponašanje i učinke sebstva u psihijatrijskim bolnicama, navodeći kako u azilima dolazi do mortifikacije (poništenja) sebstva. Institucije traže discipliniranje karaktera i određeni tip ponašanja koji je prihvatljiv (usp. Goffman 2011).

⁹ S ciljem unaprijeđenja bogatstva, općeg boljitka i kvalitete života (tržišno) sposobnih pojedinaca – biomedicina i biotehnologija, unutar političkog diskursa moći, nastoje kontrolirati i isključiti one pojedince koji su, prema mišljenju doktora, obitelji ili političara, nenormalni ili neispravni. Takvom vrstom kontrole se, uslijed modernosti društva, nastojalo „biološki proljepšati“ populaciju. To je ono što određeni teoretičari (Agamben 1998; Bauman 1989, prema Rose 2001: 3) smatraju vrstom thanatopolitike o purifikaciji populacije. Pročišćenje populacije imanentno je tadašnjem diskursu biopolitike: za zdravo političko i društveno tijelo, potrebno je kontrolirati i eliminirati „strana nenormalna“ tijela (Rose 2001).

kategorija. Postojeći sustavi moći određuju psihologiju i psihijatriju kao znanost, reproduciraju forme znanja sa učincima režima istine, unutar kojih je pojedinac psihološki normaliziran subjekt, definiran pravnim i društvenim normama (Rose 1985: 202). U tom kontekstu, moć koja je locirana u području psihijatrije, shvaćala se kao oblik medikalizacije društvene kontrole, budući da moderna društva zadatak regulacije i upravljanja opasnim i devijantnim grupama prepuštaju stručnjacima. Ta se vrsta kontrole i upravljanja nad osobama racionalizira i legitimizira putem znanstvenog znanja – medicinskog ili psihijatrijskog – kojim se opravdava njihova društvena uloga moći. Psihijatrijski i medicinski stručnjaci time postaju „moralni poduzetnici“ društvene kontrole, definirajući određeno ponašanje kao bolest, a kontrolu kao vrstu terapije (Foucault 1980: 176). Ukratko, medicina postaje „mašinerija moći“ (Rose 1985: 202). Kontrola poprima dva odraza – paternalistički i prosvjetiteljski – s ciljem humane brige o općoj dobrobiti i dobrobiti bolesnika (Rose 1985: 202).

No, prikriveni cilj ovakve vrste kontrole jest održanje poslušne populacije. Pojedinci postaju pasivni, „poremećeni“ subjekti, koji su ovisni o profesionalnim stručnjacima (Rose 1985; Rose 2001). Procesom promatranja i dijagnoze unutar psihijatrijskih ustanova, iliti totalnih institucija, pojedinac dobiva novi identitet koji je najčešće negativno konotiran aludirajući na određenu vrstu stigme koja osobu s problemima psihičkog (mentalnog) zdravlja razlikuje od bolesnika fizičkog zdravlja (Rose 2001). Progresivna humanizacija „ludila“ u azilima (totalnim institucijama) pacijente je hijerarhijski smještala na samo dno strukture perpetuirajući ideju o njihovoj vlastitoj krivnji za „nenormalno“ stanje. Time se nastojao postići osjećaj krivnje i odgovornosti kod pacijenta pri čemu je ta vrsta intervencije imala za cilj potaknuti pacijentovu svijest o sebi kao odgovornom subjektu (Foucault 1988: 182). Objektivizacijom luđaka kao „onog drugog“ pacijentu se nastojala internalizirati društvena odgovornost. Ludilo je označavalo kršenje univerzalnih etičkih standarda humanosti, stoga su „luđaci“ morali ponovno afirmirati društvene standarde putem niza tehnika discipline psihe i tijela (Rose 1985). Tim se tehnikama, kao društvena iznuđenja, foucaultovski stvara „moderani subjekt“.¹⁰

Medicinsko-administrativno znanje počinje razvijati društvo koje brine o svome zdravlju, životnim uvjetima i navikama, što je imanentno društvenoj ekonomiji. Međutim, ovu je institucionalizaciju, kao mehanizam moći, potrebno promatrati kroz prizmu prava, što je učinio Nikolas Rose problematizirajući sukob između volje psihijatrijskog osoblja i volje

¹⁰ Procesi kojima čovjek postaje objekt ili subjekt, Foucault analizira kao opći društveni i kulturni razvoj lociran u određenim institucijama (Hubert i Rabinow 1983).

mentalnog bolesnika fokusirajući se na *ideologiju prava* (1985: 200). Diskurs o pravima u kontekstu mentalnog zdravlja uključuje moralni diskurs o prirodi i vrijednosti čovjeka; politički diskurs o obvezama, ograničenjima i moći države te tehnološki diskurs koji uključuje prikladne mehanizme regulacije (ibid.). Dakle, ono što se ovom ideologijom prava nastoji postići jest modernizacija psihijatrije u pogledu da je se oslobodi od njezine društvene uloge koja ju delegitimira. Jer korištenje mentalnih bolnica kao „skladišta“ opasnih mentalnih bolesnika, onih koji prijete društvenom boljitku i redu, onih koji se ne mogu nositi sa zahtjevima društvenog života, implicira problem legitimacije psihijatrijskih ustanova (Rose 1985). Roseov koncept *ideologije prava* analitički je primijenjen unutar analize diskursa mentalnog zdravlja u Hrvatskoj o čemu detaljnije pišem u sljedećem poglavlju.

1.1.3. Nova periodizacija upravljalštva – neoliberalizam

1970-ih, padom socijalne (liberalne) države, uspostavlja se nova periodizacija upravljalštva – *neoliberalizam* – racionalizacija upravljalštva koja u ime slobode upravlja ljudskim subjektivitetima i populacijom (Rose, O'Malley i Valverde 2006: 91). Ovaj novi oblik upravljalštva imanentan je ekonomiji i tehnologijama rizika.¹¹ Foucaultovskim rječnikom, neoliberalizam postulira ideju da bi pojedinci svoje živote trebali voditi kao poduzeća, a pritom su ideja o slobodi, opasnosti od rizika te ideja o sreći i konzumerizam jedne od suvremenih strategija upravljanja i regulacije (ibid.). Subjekti su slobodni te se od njih traži da se ponašaju odgovorno te da prosuđuju vlastito i tuđe djelovanje. Vjerovanja, osjećaji, moralna priroda ljudi, zajednica i institucije postaju medij za samoupravljanje zbog čega Rose (1999) suvremene biopolitike vidi kao *etopolitike* (prema Rose 2000: 324). Biopolitike kao takve određuju kako je ispravno živjeti te kroz paravan slobodnog izbora¹² upravljaju pojedincima (Rose 2001: 18). Racionalnost političkog interesa o zdravlju populacije više nije vođena idejom o (ne)sposobnosti populacije koja predstavlja organsku cjelinu u rivalstvu nacija, već poprima ekonomske predznake. Ekonomske relacije praćene su molekularnim shvaćanjem sebstva i vlastitog tijela koje stvaraju nove vrijednosti o tome tko smo i što moramo činiti. Biopolitika – kao regulacijska tehnika upravljalštva usmjerena je na ekonomski učinak zbog čega ju nazivamo *bioekonomijom* (Rose 2001: 15) – regulacijskom tehnologijom koja omogućuje

¹¹ Dok s jedne strane neoliberalizam problematizira državu i državnu vlast pozivanjem na individualni izbor, s druge strane uključuje oblike upravljanja koji potiču institucije i pojedince da se pridržavaju tržišnih normi. Reguliranje sukladno tržišnih normama reproducirano je kroz razne oblike mehanizama biomoći koji poprimaju konotacije „slobodnog izbora“ pojedinaca (usp. Esposito i Perez 2014).

¹² Prema Karlu Marxu i Michelu Foucaultu individualna sloboda izmišljena je unutar zapadnog političkog i društvenog diskursa u svrhu discipliniranog subjekta, izoliranog radnika i tržišta (Rose 1985). Ovakva sloboda reproducirana je putem liberalne demokracije te građanskih obveza i prava unutar dogmatskog moralnog diskursa s pragmatičnim prizvukom.

kapitalizam (Crome 2009: 54). Ukratko, foucaultovskim i roseovskim rječnikom, ontologija ljudskog postojanja promijenila se s obzirom na kapitalistički režim i konzumerizam te njihovu „etiku normalnosti“ (Rose, O'Malley i Valverde 2006: 90), što detaljnije opisujem u sljedećem poglavlju prilikom interpretacije učinaka javnih politika mentalnog zdravlja.

Dakle, stavljajući suvremene (i povijesne) zdravstvene politike i diskurs o (mentalnom) zdravlju u Foucaultove okvire upravljalatva i moći, potrebno je razmotriti odnos dvaju pojmova: privatne „liberalne“ medicine, koja je podložna mehanizmima individualne inicijative i zakonima tržišta, te medicinske politike koja je osigurana strukturama moći, a koja se odnosi na pitanje o zdravlju kolektiva. Također, pogrešno je modernu medicinu povijesno analizirati kao singularan, privatn, individualan medicinski odnos, koji je klinički u svom ekonomskom funkcioniranju i epistemološkom obliku, te tumačiti da je gradacijskim socijalnim slijedom preuzela kolektiv (Foucault 1980). Razvoj medicinskog tržišta u obliku privatnih klijentela – proširenje mreže osoblja koje nudi kvalificiranu medicinsku njegu, rast individualne i obiteljske potražnje za zdravstvenom zaštitom, potreba za kliničkom medicinom usredotočenom na individualni pregled, dijagnozu i terapiju, koju je karakterizirala izričito moralna i znanstvena, ali i potajno ekonomska uzvišenost „privatnog savjetovanja“ – ne može se odvojiti od istodobne organizacije zdravstvene politike koja bolesti razmatra kao politički i ekonomski problem za društvo (usp. Foucault 1980). Takva vrsta (neoliberalne) privatizacije i komodifikacije života može se opisati pomoću koncepta *neofeudalizma*¹³ jer područja javnog prava, javnog vlasništva i prava građana/građanki vraćaju se pod kontrolu privatnog poslovanja i dostupnosti za elite (Habermas 1982). U ekonomskim relacijama zdravlja krije se (neoliberalna) logika, a za dublje razumijevanje Foucaultovih tehnologija biomoći, neizbježno je osvrnuti se i na *ideju o sreći*, koju kao kulturni koncept razrađuje Sara Ahmed (2010).

1.1.4 Obrat ka sreći

Sukladno Foucaultovom tumačenju biomoći i kontekstu neoliberalizma, objašnjenim u prethodnom dijelu, u radu polazim od kulturne teorije Sare Ahmed (2010) koja problematizira kako ideja sreće oblikuje svijet. Prema Ahmed (2010) sreća se u neoliberalizmu instrumentalizirala i postala *tehnika biomoći*. Drugim riječima, sreća kao imperativ i/ili želja usmjerava djelovanje pojedinaca (neoliberalnih potrošača), oblikujući koherentni svijet, što Ahmed prepoznaje u takozvanom „obratu sreće“ (Ahmed 2010: 3). Konceptija sreće mijenja se kroz povijest – ovisi o povijesnom i društvenom kontekstu – foucaultovskom diskursu.

¹³ Neofeudalizam kao koncept prvi uvodi John Galbraith (1961), a Jürgen Habermas ga vidi kao oblik postojanja postkapitalističke ekonomije kritizirajući transformaciju (brisanje) javne sfere (Habermas 1982).

Prema Darrin McMahon (2006) različite ideje o sreći konceptualizirane su kroz povijest, što naziva „intelektualnom poviješću sreće“ (Ahmed 2010: 13). Ovakvu promjenu koncepcije sreće uočavamo kroz diskurzivnu analizu smjene društvenog poretka te u suvremenom kontekstu neoliberalizma. Ahmed razmišlja o tome kako se intelektualna povijest sreće – kao povijest ideje – može izazvati razmatranjem onoga što se briše ako uzmemo opću točku gledanja. Drugim riječima, ova se opća povijest sreće može smatrati prilično partikularnom, na primjer ako izbrišemo (ili ostavimo) subjekte mentalno (ne)zdravih, radno-sposobnih osoba, kakva se ideja sreće tada artikulira? Naime, u suvremenom društvu stvara se *industrija sreće* koja proizvodi i konzumira sreću kroz različite diskurse, akumulirajući svoju vrijednost kao oblik kapitala (Ahmed 2010: 3). Oblik upravljalatva koji počiva na biomoći i regulaciji, reproducira neprestanu evaluaciju ljudskih života, unutar čega se sreća postavlja kao jedini način za mjerenje napretka i rasta (sreća kao najveće dobro). Sreća se neprestano opisuje kao objekt ljudske žudnje, kao nešto čemu težimo, nešto što nam daje svrhu, smisao i stvara red. Biti sretan na svačiji je cilj, stoga sreća postaje konsenzus (Ahmed 2010: 4). Takva forma imperativa (koji je normaliziran i samopodrazumijevajući) perpetuirana je tehnologijom rizika, što sam prethodno objasnila foucaultovskim i roseovskim rječnikom, a konceptualno i analitički primijenjujem u četvrtom poglavlju. No, ideja o sreći i blagostanju otvara pitanje *prekarnosti*, ontološkog koncepta kojeg Judith Butler (2004) poima kao opće ljudsko stanje koje proizlazi iz činjenice da su svi ljudi međusobno ovisni i stoga su svi ranjivi. Prekarnost kao neizvjesnost, nesigurnost i ranjivost egzistencijalna je sila koja svoju kapilarnu artikulaciju doživljava unutar neoliberalnog upravljalatva. *Prekarnost* i spomenuti koncept *neofeudalizma* unutar strukture diskursa mentalnog zdravlja tvore različitost i nejednakost, o čemu detaljnije pišem u trećem i četvrtom poglavlju.

2. MENTALNO ZDRAVLJE: RIZIK I RESURS S CILJEM BLAGOSTANJA

Biološko postojanje čovjeka – ljudski život – postaje objekt politike. Bioekonomija reprodukcijom vitalnih normi i molekularnom komodifikacijom života osigurava regulaciju i upravljanje društvom, koje se opravdava zajedničkim ciljem općeg blagostanja¹⁴ (Rose 2001: 15). U tim biopolitičkim okvirima, zdravlje se na globalnoj razini počinje definirati kao „stanje potpunog tjelesnog, psihološkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsutnost bolesti ili slabosti“ (World Health Organisation 2004). Mijenja se opće poimanje zdravlja, koje se ranije prema tradicionalno-medicinskom modelu, odnosilo na stanje u kojem nema bolesti. Sukladno tim promjenama uočava se obrat diskurzivnih formacija u kontekstu mentalnog zdravlja. Promjene u definiranju mentalnog zdravlja unutar hrvatskog konteksta artikuliraju se sporije zbog čega u hrvatskom društvu cirkuliraju različite definicije mentalnog zdravlja:

„Mentalno zdravlje je sposobnost rješavanja problema na temelju realnog uvida u situaciju, a u okviru svoje tradicije i kulture.“ (Kaplan 1967, prema Brlas i Gulin 2010: 49)

„Mentalno zdravlje je stanje općenito dobre čuvstvene i socijalne prilagodbe u različitim područjima života. Mentalno zdrava osoba je zadovoljna, rado živi i ima osjećaj da uspješno koristi svoje potencijale i ostvaruje svoje ciljeve.“ (Krizmanić 2005, prema Brlas i Gulin 2010: 18)

Ipak, za artikulaciju dominantnog diskursa u Hrvatskoj ključna je ona Svjetske zdravstvene organizacije koja mentalno zdravlje definira kao „stanje dobrobiti u kojem pojedinac ostvaruje svoje potencijale, može se nositi s normalnim životnim stresovima, može raditi produktivno i plodno te je sposoban/a pridonositi svojoj zajednici“ (World Health Organisation 2004). Unutar te definicije ključne su riječi *dobrobit*, *potencijal*, *normalno*, *produktivno* i *sposobno* – jer njihova diskurzivna artikulacija proizvodi određene učinke u hrvatskom društvu po pitanju mentalnog zdravlja. Mentalno zdravlje u hrvatskom kontekstu primarno pripada zdravstvenoj političkoj domeni, psihijatrijskoj ekspertizi i totalnim institucijama, no takva se struktura unutar hrvatskih javnih politika počela mijenjati sukladno europskim (i globalnim) standardima. Europski standard, kroz nadnacionalni entitet Europske unije, nalaže holistički i multisektorski pristup mentalnom zdravlju zbog čega se diskurs o

¹⁴ U radu katkad kao sinonime za pojam blagostanje koristim dobrobit i boljitak.

istome u Hrvatskoj počeo mijenjati. Svjetska zdravstvena organizacija (i Europska unija) mentalno zdravlje smještaju u područje javnoga zdravstva, što prije nekoliko godina (desetljeća) nije bio slučaj, a sada to isto počinje pratiti i hrvatska politika. Mentalno zdravlje prestaje (ili barem nastoji) biti tabuizirana tema koja se nalazi na marginama javne sfere.

Krenimo redom, prvo pitanje koje sam si postavila krenuvši s analizom i problematiziranjem diskursa u Hrvatskoj bilo je: kako se govori o mentalnom zdravlju? Prve tri riječi koje iskaču kao odgovor su: *poremećaji*, *blagostanje* i *trošak*. Općenito govoreći, dominantni diskursi društva mijenjaju se s obzirom na društveni i povijesni kontekst pa se tako u hrvatskom kontekstu mijenja s obzirom na društveni tok globalizacije, neoliberalizma i pandemije Covid-19. Mentalno zdravlje do sada nije bio politički prioritet niti područje promjena. S problemom mentalnog zdravlja, kao javnozdravstvenog problema, unatrag nekoliko godina počinje se povezivati djelovanje Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, čime ono više nije nužno društveno-izoliran problem totalnih institucija. Na točki političkog dnevnog reda 2010. godine prvi puta se našla *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje 2011. – 2016.*, kao dio pregovaračkog procesa za članstvo Hrvatske u Europskoj uniji (u to vrijeme Republika Hrvatska nije bila članica Europske unije, a implementacija politike mentalnog zdravlja bila je uvjet za odobrenje Europske komisije). Preciznije, točku promjene načina na koji se govori i pristupa mentalnom zdravlju unutar hrvatske politike, prepoznala sam u Europskoj uniji, odnosno članstvu Hrvatske u istoj. U nacrtu *Strategije* (2010: 2) kao cilj iste navodi se „zaštita zdravlja, uspostava smjernica kojima bi se unaprijedili postojeći i razvili novi načini zaštite mentalnog zdravlja, smanjila pojava duševnih poremećaja, povećala ujednačena dostupnost kvalitetnog i pravovremenog liječenja, rehabilitacije i društvenog uključivanja osoba s duševnim poremećajima, jačajući i njihovu ulogu u odlučivanju u navedenim procesima, a s ciljem povećanja osobnog zadovoljstva i zdravlja građana, smanjenja troškova te poticanja ekonomskog i društvenog razvoja.“ Zanimljivo je da nakon *Strategije* iz 2016. godine, nova nije izglasana niti implementirala za tekuću godinu 2020., što kritički analiziram u potonjem dijelu.

Prema standardima Europske unije i dokumentu *Green Paper* (2005), politika mentalnog zdravlja trebala bi se proširiti izvan granica zdravstvenog sektora i kombinirati dijelove javnih politika i Vladinih resora. Takav holistički pristup mentalnom zdravlju, kojem teže hrvatske javne politike (ili bi trebale ako govorimo kroz relacijski odnos moći Europske unije i Republike Hrvatske), sastoji se od pet područja: „skrbi o mentalnom zdravlju i tretman mentalnih poremećaja; aktivnosti javnog zdravstva i prevencija mentalnih poremećaja;

pozitivnog mentalnog zdravlja za sve i promocije mentalnog zdravlja; socijalne politike za jednakost ljudi s mentalnim poremećajima kao i njihovih obitelji; te borbe protiv stigmatizacije i diskriminacije sa svrhom dostojanstva i ljudskih prava osoba s mentalnim poremećajima“ (Novak i Petek 2018: 345). Drugim riječima, mentalno zdravlje ne bi trebalo biti samo područje rada zdravstvene politike, nego i politike obrazovanja, politike zapošljavanja, stanovanja, politike okoliša i politike jednakosti. Nastojeći pratiti takve europske standarde, hrvatske javne politike u pojedinim dokumentima¹⁵ naznačuju temu mentalnog zdravlja u politici obrazovanja, zapošljavanja, okoliša, jednakosti i stanovanja, no materijaliziranje diskursa heterogeno je zbog mogućnosti različitih interpretacija tih dokumenata, odnosno upisivanja različitih značenja i sustava vrijednosti u pojmove, kao što je na primjer „pravednost“. Detaljnije, tema mentalnog zdravlja eksplicitno ulazi u područje hrvatske obrazovne politike jer se obrazovanje i znanost tumače kao ključne pretpostavke za razvoja gospodarstva i ukupnoga društva, temelj za boljitak pojedinca i zajednice (Ministarstva znanosti i obrazovanja). Iz tog razloga Vlada na svojoj službenoj stranici navodi da će svoje strategijsko određenje ostvariti uvođenjem posebnoga nastavnog programa zdravstvenoga odgoja i obrazovanja u osnovne škole koji bi obuhvaćao seksualni odgoj, obrazovanje o spolno prenosivim bolestima, o štetnosti alkoholizma i droga te o nasilju u društvu i među mladima; dužnom pozornošću posvećenoj učenicima s teškoćama u razvoju, kako bi se maksimalno uključili u redoviti odgojno-obrazovni proces, te većim zapošljavanjem stručnjaka za mentalno i psihičko zdravlje, radi prevencije mogućih poremećaja u ponašanju učenika. Uz to, u prijedlogu *Nacionalane strategije za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. godine*, postavljena su četiri cilja koja impliciraju hrvatsku politiku mentalnog zdravlja. Prvi se odnosi na unaprjeđenje ranog uočavanja i učinkovito zbrinjavanje problema mentalnog zdravlja, što uključuje podizanje svijesti zdravstvenih radnika i građana o značenju mentalnog zdravlja i unaprjeđenje savjetodavnih službi. Drugi cilj je sprječavanje i suzbijanje stigme djece i mladih s problemima mentalnog zdravlja, te pružanje podrške obitelji djece s problemima mentalnog zdravlja, uz unaprjeđenje brige za mentalno zdravlje djece s traumom i/ili suicidalnim mislima. Iz navednog, što eksplicitno, a što implicitno, uočavamo kategoriju rizika i poremećaja, tržišnog imperativa, ali i stigme koja proizlazi iz biomedicinske percepcije poremećaja.

¹⁵ Prema službenom dokumentu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2011: 13) radno mjesto i uvjeti rada pokazali su se da imaju velik utjecaj na mentalno zdravlje pojedinca zbog čega se od poslodavaca očekuje da mentalno zdravlje uvrste u radnu zdravstvenu politiku. U ovakvoj formi javne politike vidljivo kako Vlada prebacuje odgovornost na pojedince, odnosno poslodavce i radnike. Također, loši uvjeti stanovanja i okoliša te diskriminatorne prakse imaju znatan učinak na mentalno zdravlje pojedinca zbog čega se, prema standardima Europske unije, očekuju određene inicijative i političke mjere po pitanju istog.

Uz obrazovnu politiku, moglo bi se naznačiti kako problem mentalnog zdravlja ulazi u područje većeg broja sektora i Vladinih resora, budući da hrvatske javne politike psihičke poremećaje svrstavaju u kategoriju invaliditeta.¹⁶ Hrvatske javne politike na izravan način govore o mentalnom zdravlju ranjivih i/ili rizičnih skupina, u koje svrstavaju mlade, starije¹⁷, osobe s invaliditetom i hrvatske branitelje, što se može iščitati iz gore spomenute *Nacionalne strategije* za razdoblje 2011.-2016. godine te iz *Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.* Takva se kategorizacija pojedinaca u rizičnu i/ili ranjivu skupinu može iščitavati kao upravljačka tehnika, a kada je umrežena i s farmaceutskim konzumerizmom, izravno povezuje „ranjivost” s mogućnošću stvaranja profita jer artikulira ljudsku (ne)spособnost i funkcionalnost. Kategorija rizika i ranjivosti ne artikulira se samo putem dobne kategorije, nego i kroz kategoriju roda. U *Biltenu o mentalnim poremećajima u Republici Hrvatskoj* (HZJZ 2018), zdravstvena politika reproducira rodnu nejednakost iznoseći podatak da su žene najčešće hospitalizirane zbog depresivnog poremećaja i shizofrenije, a muškarci zbog problema s alkoholom i suočavanja s velikom razinom stresa.¹⁸ Reprodukciom spomenutog znanja u hrvatskom se društvu perpetuira određena rodna percepcija u vidu mentalnih poremećaja zbog čega su žene drugačije tretirane od muškaraca. Drugim riječima, žene se u javnosti reprezentiraju kao depresivnije od muškaraca zbog dominantne heteropatrijarhalne društvene matrice. Hrvatski zavod za javno zdravstvo¹⁹ iznosi podatke o stopi bolničkog pobola prema spolu, a mediji portretiraju žene kao depresivnije od muškaraca pozivajući se na određena stručna istraživanja. Time se diskurs mentalnog zdravlja temelji na rodnoj binarnosti: razlici između žena i muškaraca po prisutnosti psihičkih poremećaja. Naslovi članaka „Otkrijte sedam razlika između depresije kod žena i muškaraca“ (Buva 2015), „Žene i muškarci različito doživljavaju depresiju“ (Gačarić 2020), „Ugledni psihijatar otkriva zašto su suvremene žene na rubu živčanog sloma“, „Zašto su današnje žene sve depresivnije?“ (*Tportal.hr*), samo jedni su u nizu narativa koji reprezentiraju rodnu binarnost u kategorizaciji psihičkih poremećaja.

¹⁶ „Osoba s invaliditetom, po *Zakonu*, je osoba koja ima trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak sposobnosti izvršenja neke fizičke aktivnosti ili psihičke funkcije primjerene životnoj dobi, nastale kao posljedica oštećenja zdravlja. Oštećenje zdravlja je nedostatak, gubitak ili nepravilnost anatomske građe, fiziološke ili psihičke funkcije. Invaliditet je trajno ograničenje, smanjenje ili gubitak (koje proizlazi iz oštećenja zdravlja) sposobnosti izvršenja neke fizičke aktivnosti ili psihičke funkcije primjerene životnoj dobi osobe i odnosi se na sposobnosti, u obliku složenih aktivnosti i ponašanja, koje su općenito prihvaćene kao bitni sastojci svakodnevnog života“ (*Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom* 2001). Takvu vrstu kategorizacije i značenja mentalnih poremećaja potvrđuje takozvana Tablica invaliditeta za određivanje gubitka opće radne sposobnosti, unutar koje posebnu kategoriju čini „oštećenje glave“.

¹⁷ Kategorija dobi konstruira dominantan diskurs mentalnog zdravlja reproducirajući nejednakost. U *Nacionalnoj strategiji zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016.*, starenje populacije navodi se kao rizik zbog smanjenja radno sposobnog stanovništva i povećanja potrebe za zdravstvenom zaštitom.

¹⁸ Vidi stranicu 2-3 u *Mentalni poremećaji u Republici Hrvatskoj* (HZJZ 2018).

¹⁹ U nastavku rada koristim skraćenicu HZJZ.

Učinak diskurzivne artikulacije „ranjivosti“ kroz dobnu i rodnu pripadnost upućuje na konstrukciju *prekarnosti* (Butler 2004), što detaljnije opisujem u posljednjem poglavlju, dok farmaceutskoj agenturi kritički pristupam u nadolazećem poglavlju.

Prema dostupnim dokumentima i izvještajima na stranici HZJZ područje zaštite mentalnog zdravlja izravno je obuhvaćeno u dokumentima *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*, *Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama*, *Plan i program mjera zdravstvene zaštite*, te neizravno u okviru niza zakona, strategija i planova. Unutar spomenutih dokumenata koriste se različiti izrazi – „duševne smetnje“ i „psihički poremećaji“ koji postaju „poteškoće mentalnog zdravlja“, „psihički bolesne osobe“ koje postaju „osobe s mentalnim oštećenjima“ ili „osobe s psiho-socijalnim invaliditetom“ – čime se iščitava tzv. „mitski obrat“ u diskurzivnim formacijama, o čemu detaljnije pišem u trećem poglavlju. Mrežom javno-zdravstvene službe 2015. godine utvrđena je mreža timova za zaštitu mentalnog zdravlja, prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti²⁰, iz čega je vidljiva zajednička kategorizacija mentalnog zdravlja i ovisnosti. No, kako to da se u hrvatskom društvu mentalno zdravlje i ovisnost kategoriziraju u istu ladicu? Odgovor leži u njihovoj rizičnosti, opasnosti i gubitku za individualnu i društvenu (čitaj: nacionalnu) dobrobit. U *Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020.* pretilost, konzumacija alkohola, droga i pušenje naznačeno je kao rizično ponašanje hrvatskog stanovništva. U tom se nizu eksplicitno ne nalaze mentalni poremećaji, no odmah u nadolazećem poglavlju definirano je mentalno zdravlje, odnosno mentalni/duševni poremećaji uzrokovani alkoholom, shizofrenija, depresivni poremećaji i reakcija na stres. Stoga se unutar hrvatske javne politike implicitno prepoznaje jednaka kategorizacija ovisnosti i mentalnih poremećaja kao opasnosti od rizika. Nadalje, formiranje znanja o mentalnom zdravlju kroz kategoriju rizika uočava se u spomenutom *Biltenu* (2018: 2), u kojem se koristi sintagma „veličina problema mentalnih poremećaja“ pomoću koje se naglašava biopolitički diskurs rizika i opterećenja:

²⁰ U sklopu Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2015. godine osnovana je Služba za promicanje zdravlja, kao referentni centar Ministarstva zdravstva za promicanje zdravlja. Zadaci Službe su: provedba aktualnog projekta Živjeti zdravo (o čemu detaljnije pišem u potonjem dijelu), predlaganje, poticanje i sudjelovanje u organizaciji i provođenju programa promicanja zdravlja, osiguranje potrebne preporuke i promicanje zdraviji način življenja (nepušenje, pravilna prehrana, redovita tjelesna aktivnost, odgovorno spolno ponašanje, jačanje sposobnosti pojedinca za prevladavanje kriznih stanja) putem zdravstvenog odgoja i prosvjećivanja kao i sredstava javnog priopćavanja, izrada odgovarajuće stručne predloške i/ili edukacijske i promotivne materijale, osiguranje stručne pomoći i podrške programima mijenjanja po zdravlje štetnih životnih navika, poticanje stvaranja preduvjeta da zdravlje način življenja bude jednostavniji i privlačniji od drugih opcija te posebnu pozornost posvetiti poticanju stvaranja takvog društvenog okruženja koje daje potporu usvajanju zdravijeg načina življenja, uključujući odgovarajuće legislativne aspekte. Na području promicanja zdravlja zadatak im je unaprijediti suradnju s drugim sektorima (obrazovnim, prehrambena industrija, poljoprivrede i sl.) (prema HZJZ, URL: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/>).

„Prema procjeni opterećenja bolestima za Hrvatsku za 2016. godinu, mentalni poremećaji na 4. su mjestu među vodećim skupinama, iza kardiovaskularnih i malignih bolesti te ozljeda. U okviru skupine mentalnih poremećaja najveći postotak opterećenja odnosi se na depresivne poremećaje (25,9%) kojeg slijede poremećaji uzrokovani alkoholom (17,1%) i anksiozni poremećaji (14,6%).“

Da su mentalni poremećaji na četvrtom mjestu vodećeg opterećenja bolestima i na devetom mjestu u bolničkom pobolu u Hrvatskoj, činjenica je koju iznosi HZJZ, interpelirajući opasnost od depresije, anksioznosti i ovisnosti, što predstavlja regulacijsku tehniku biopolitike.

Iako Hrvatska nastoji pratiti europski trend i standard po pitanju politike mentalnog zdravlja, aktualna hrvatska Vlada još uvijek nije realizirala nacionalnu strategiju o mentalnom zdravlju, što implicira da politika mentalnog zdravlja²¹ još uvijek nije politički prioritet u Hrvatskoj. Razvoj hrvatske politike mentalnog zdravlja nije dovoljno transparentan ni jasno opisan u literaturi, službenim dokumentima ili na mrežnoj stranici Ministarstva zdravstva i Vlade Republike Hrvatske. Posljednja, već ranije spomenuta, *Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016.*²² potvrđena je 2010. godine, dok se o novoj samo govori u obliku nacрта. U spomenutoj *Strategiji* (2010: 4), Vlada Republike Hrvatske navodi kako je zaštita mentalnog zdravlja izravno ili neizravno uključena²³ u *Strategiju održivog razvitka Republike Hrvatske, Nacionalni plan aktivnosti za prava i interese djece od 2006.-2012., Nacionalni program za mlade od 2009. do 2013. godine, Nacionalnu strategiju prevencije poremećaja u ponašanju djece i mladih od 2009. do 2013. godine, Nacionalnu strategiju suzbijanja zlouporabe droga, Nacionalni program pomoći stradalnicima i sudionicima Domovinskog rata, Nacionalnu strategiju izjednačavanja mogućnosti za osobe s*

²¹ Politika mentalnog zdravlja širok je pojam koji uključuje sve što država radi u ime mentalnog zdravlja, a što je planirano ili nije, bilo učinkovito ili ne, usmjereno prema bilo kojoj ciljnoj skupini. Ona je nužna za planiranje i usklađivanje svih usluga i aktivnosti, a upućuje na jasnu viziju o mentalnom zdravlju stanovništva u budućnosti, sa snažnim vrijednostima i principima koji se očituju u akcijskim planovima države (Novak i Petek 2018).

²² *Nacionalna strategija* iz razdoblja od 2011. do 2016. nedovoljno je precizno napisana, a nisu ju slijedili akcijski planovi ili javni izvještaji o njezinoj učinkovitosti (Novak i Petek 2018), što diskurs mentalnog zdravlja u Hrvatskoj konstruira kroz koncepte stigmatizacije, društvene isključenosti, tabuiziranost i nezainteresiranost hrvatske politike o mentalnom zdravlju.

²³ Time su, prema *Strategiji*, u provođenju programa zaštite mentalnog zdravlja u razdoblju od 2011. do 2016. godine u Republici Hrvatskoj sudjelovali Ministarstvo zdravlja, Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta, Ministarstvo socijalne politike i mladih, Ministarstvo zaštite okoliša i prirode, Ministarstvo graditeljstva i prostornog uređenja, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo unutarnjih poslova RH, Agencija za odgoj i obrazovanje, županijski zavodi za javno zdravstvo, jedinice lokalne i područne samouprave, zdravstvene ustanove, centri za socijalnu skrb, akademske institucije, stručna društva i mediji.

invaliditetom, Nacionalnu populacijsku politiku, Nacionalnu obiteljsku politiku, Zajednički memorandum o socijalnom uključivanju, Nacionalnu strategiju borbe protiv nasilja, Nacionalnu strategiju zaštite od nasilja u obitelji te Nacionalnu politiku za promicanje ravnopravnosti spolova. No, prema istraživanju Novak i Petek (2018: 365) stručnjaci iz sektora mentalnog zdravlja kreiranje hrvatske politike o mentalnom zdravlju opisuju kao nekvalitetno i u ovisnosti o „političkoj eliti“ koja je nezainteresirana za mentalno zdravlje. Takvo mišljenje javnosti podijelila je stručnjakinja Sena Puhovski koja je, naglašavajući opće blagostanje, u intervjuu za medije navela kako „nepostojanje Nacionalne strategije zaštite mentalnog zdravlja u Republici Hrvatskoj, govori o manjku percepcije hrvatskog društva o tome koliko je potrebno brinuti o mentalnom zdravlju i koliko je ono važno za cjelokupnu dobrobit pojedinca“ (Žapčić 2019). Stoga se unutar diskursa mentalnog zdravlja u Hrvatskoj prepoznaje neslaganje između političara i struke, a mediji su ti koji dodatno reproduciraju spomenute antagonizme.

U Hrvatskoj se primjećuje promjena organizacijskih načela javnih politika po pitanju istog, no mentalno zdravlje se i dalje većim dijelom kategorizira u zdravstvenu javnu politiku sukladno tradicionalnoj (uskoj) percepciji prema biomedicinskom modelu. Tradicionalno i usko shvaćanje mentalnog zdravlja u hrvatskom društvu veže se uz kategoriju duševnih poremećaja, odnosno odsustvo poremećaja, te proces institucionalizacije. Izjava psihologinje Sene Puhovski da se „mentalno zdravlje u suvremenim društvima već dugo ne definira kao naprosto odsustvo bolesti i iznemoglosti, već kao stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja“ (Žapčić 2019), aludira na usko poimanje i tradicionalan odnos prema mentalnom zdravlju kroz kategoriju patologije. Diskurs mentalnog zdravlja u hrvatskom društvu strukturiran je pomoću konstruiranih pojmova „poremećaji²⁴ i bolest mozga“. Sukladno tome, valja postaviti pitanje kakav je tradicionalan pristup, a kakav suvremen pristup (mentalnom) zdravlju?

Tradicionalna percepcija istine o (mentalnom) zdravlju dolazi iz dvadesetog stoljeća (točnije, genealoški iz kraja osamnaestog stoljeća), a temelji se na ideji normalnosti i

²⁴ Prema *Biltenu o mentalnim poremećajima u Republici Hrvatskoj* (2018: 1), isti se konotiraju kao javnozdravstveni izazov jer se definiraju kao „psihološka, biološka i socijalna disfunkcija pojedinca, a kriteriji za dijagnozu ispunjeni su kada su skupovi simptoma relativno teški, dugotrajni i popraćeni smanjenjem funkcionalne sposobnosti ili invaliditetom“. Duševni poremećaji, prema Zakonu o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom, definiraju se kao promjene u ponašanju i u reakcijama, za koje je, na osnovi medicinske, psihološke, defektološke i socijalne ekspertize utvrđeno da su uzrokovani organskim čimbenikom ili psihozom raznih etiologija. Prema *Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012-2020*, depresija i shizofrenija vodeći su duševni poremećaji u hrvatskom društvu te razlog hospitalizacije, što detaljnije problematiziram u nastavku.

patologije.²⁵ Odnosi se na takozvani biološki i genetski preporod o ljudskoj (ne)sposobnosti, kojim se nastojala proizvesti politika individualizirane ljudske vrijednosti i ljudskog kapaciteta. Reprodukcijom takvih politika društveni fenomeni reducirani su na individualna djelovanja, a oni nenormalni ili „biološki neispravni“ bivaju stigmatizirani, diskriminirani i isključeni (Rose 2001). S ciljem unaprjeđenja bogatstva, općeg blagostanja i kvalitete života, biomedicina i biotehnologija unutar političkog diskursa moći, nastoje kontrolirati i isključiti one pojedince koji su, prema mišljenju doktora (psihijatra), obitelji ili političara, „nenormalni“. Zbog čega započinje proces institucionalizacije. Umobolnice, kao „aglomeracije luđaka“ (Torre 2014: 27), obilježile su početak institucionalizacije koji je pokrenut od strane državne i lokalne vlasti s ciljem društvenog isključenja osoba koje ne mogu živjeti sukladno normama. Takav represivan i terapijski tretman još uvijek je praksa u hrvatskom kontekstu. Zbog interpelacije kategorija poremećaja i percipiranja istine o čistoći i ludilu, u hrvatskom društvu možete čuti fraze poput „nije ti on/a baš čist/a“, „sišao/la je s uma“, nije ti on/a baš normalan/na“, „spreman/na je za ludnicu“. Međutim, mutacijom upravljalatstva uspostavlja se suvremena pastoralna moć koja, ono što se nekada tretiralo kao (ne)normalno i patološko, sada postiže strategijom upravljanja rizikom (usp. Rose 2001: 22), a tu sam vrstu rizika prethodno opisala na primjeru ranjivih društvenih skupina, opasnosti mentalnog zdravlja i ovisnosti. Ova se suvremena *biopolitika rizika* može tumačiti kao veleprodajna politika upravljanja stanovništvom. Sada se rizik izrazito precizno identificira strategijom „individualne osjetljivosti“, koja se odnosi na ispitivanje ranjivosti pojedinca po pitanju specifičnog zdravstvenog stanja ili problematičnog ponašanja (Rose 2001). Ta se individualna osjetljivost širi kroz kategoriju osobne patologije. Roseovskim rječnikom, biopolitika postaje bioekonomija s ciljem otkrića bio-vrijednosti ljudskog života. Sukladno tome, unutar dominantnog diskursa u Hrvatskoj mentalno se zdravlje istovremeno artikulira kroz patologiju i rizik te resurs.

²⁵ Kategorija normalnosti kulturološki je definirana. To je ponajprije pojam za društveno razrađeni segment ljudskog ponašanja u bilo kojoj kulturi, dok termin nenormalnosti neke civilizacije, kao segment ponašanja, ne koriste. To je točka koja se češće odnosi na etiku nego na psihijatriji. Svjesni smo da se moralnost razlikuje u svakom društvu i prikladan je termin za društveno odobrene navike. Međutim, povijesno gledano, postoje dvije vrste sinonima za kategoriju normalnosti. Prvi se odnosi na koncept dobra: koncept normalnog varijanta je koncepta dobra. To je ono što je društvo odobrilo, ono što je društveno očekivano pa se radi o kulturno institucionaliziranim oblicima ponašanja. Problem razumijevanja nenormalnog ljudskog ponašanja u apsolutnom smislu neovisnom o kulturnim čimbenicima još je uvijek u budućnosti. Kategorije graničnog ponašanja, koje proizlaze iz proučavanja neuroza i psihoza naše civilizacije, kategorije su prevladavajućih lokalnih tipova nestabilnosti (Benedict 1959).

Unutar hrvatskih javnih politika niz narativa reproducira određenu formu znanja o mentalnom zdravlju kroz konstruiranu istinu o riziku, resursu, blagostanju, gubitku i opterećenju:

„Dobro mentalno zdravlje važan je resurs za pojedince, obitelji, zajednice i narode.“

„Mentalno zdravlje, kao nedjeljiv dio javnog zdravstva, pridonosi funkcijama društva i utječe na ukupnu produktivnost.“

„Mentalno zdravlja tiče se svakoga, jer se stvara u svakodnevnom životu kod kuće, u školi, na ulici, radnome mjestu i slobodnim aktivnostima.“ (mrežna stranica HZJZ).

Njihovom se reprodukcijom nastoji osigurati društvena kontrola, red i dobrobit na način da ove poruke pojedinci interpeliraju u svoje subjektivno djelovanje. Političke funkcije institucionalizirane su u svrhu upravljanja zdravstvom i zdravljem društva, pri čemu se od države više ne očekuje da riješi društvene potrebe i problem o zdravlju. Pojedinci i obitelj sada sami nadziru i upravljaju svojim zdravljem: svaki građanin i svaka građanka postaju aktivni partneri u održanju vlastitog i općeg boljitka (Rose 2001). Ova aktivna uloga svih pojedinaca, organizacija i zajednice u održanju općeg blagostanja vođena je idejom „volje za zdravljem“ (Rose 2001: 6). Zdravlje ljudi i aspiracije po pitanju istog bivaju kapitalizirane – izložene procesu komodifikacije i financijalizacije – ponašanje pojedinaca upravljano je „na udaljenosti“ kroz koncept slobode i rizika (ibid.). Da se odgovornost prebacuje na pojedinca kroz kategoriju samokontrole i osobne patologije, u hrvatskom se društvu reflektira kroz, već spomenute narative poput, „mentalnozdravstvena pismenost nije rezervirana samo za stručnjake, ona je važna za svakog pojedinca“ (HZJZ). Subjekti u neoliberalnom društvu smatraju se normalnim i funkcionalnim samo kad pokazuju spremnost da se natječu s drugima za ono što im je potrebno ili žele i kad preuzimaju „osobnu odgovornost“ za svoje probleme. Suprotno tome, pretpostavlja se da svaka osoba koja ne pokaže te kvalitete, zakazala je kao ekonomski akter i kao racionalno odgovorno biće (Soss *et al.* 2009, prema Esposito i Perez 2014). Zapravo, neprikazivanje takve vrste ponašanja obično se pripisuje nekoj vrsti osobne disfunkcije ili patologije. Stoga je na pojedincu da prevlada bilo koju vrstu patologije poduzimajući odgovarajuće korake – na primjer, traženjem odgovarajućeg medicinskog i psihijatrijskog liječenje, koje bi pojedincu omogućilo potrebno prilagođavanje ponašanja koje će dovesti do sretnijeg, produktivnijeg i

ispunjenijeg života. Neprihvatanje ove vrste „osobne odgovornosti“ obično pojačava pretpostavljenu patologiju osobe.

Foucaultovskim rječnikom, narativ „Nema zdravlja bez mentalnog zdravlja“ unutar hrvatske javne politike predstavlja izjavu koja konstruira temu mentalnog zdravlja i znanje o istome u medicinskim, ekonomskim i regulacijskim relacijama rizika i resursa. Takva forma znanja uvijek je oblik moći koji regulira percepciju istine o mentalnom zdravlju. Materijaliziranje diskursa reproduciranog od strane hrvatskih javnih politika očituje se kroz definiranje mentalnog zdravlja kao *javnozdravstvenog problema*. U *Okviru za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja* (2004: 16) od strane HZJZ-a, problemi mentalnog zdravlja definiraju se kao:

„rastuće opterećenje koje pridonosi visokim društvenim troškovima, dugotrajnom dizabilitetu (onesposobljenosti), smanjenju ekonomske produktivnosti, povećanoj smrtnosti i golemim ljudskim patnjama.“

Ovakva forma znanja o mentalnom zdravlju reflektira neoliberalnu logiku nacionalne države. To je ono što se u Foucaultovom rječniku krije pod konceptom upravljalatva i tehnike biomoći. Osnovne biološke značajke ljudske vrste postaju predmetom političkih strategija, u ovom slučaju (mentalno) zdravlje, smrtnost i životni vijek. Tehnologije biomoći fokusiraju se na znanje, intervenciju i regulaciju tijela ljudi i njihovih bioloških fenomena (Foucault 1997, prema Crome 2009). Kroz narative o riziku, brizi o mentalnom zdravlju i opterećenju, koje sam gore ilustrirala, u hrvatskom društvu reproducira se volja za (mentalnim) zdravljem, a koja je pojačana i instrumentalizirana novim strategijama reklama i potrošačkog tržišta o zdravlju.

Vitalne (samopodrazumijevajuće) norme etopolitike konstruiraju različite definicije mentalnog zdravlja koje reproduciraju znanje o patologiji, poremećajima, riziku, produktivnosti i blagostanju. Psihijatar Robert Torre, koji svojim izjavama diskurs mentalnog zdravlja u Hrvatskoj konstruira različito od većine stručnjaka i političara, navodi kako se unutar hrvatskog društva reproducira nova definicija zdravlja koja predstavlja „odsustvo predznaka bolesti i/ili čimbenika rizika za razvoj pojedinih bolesti. Stoga se mentalno zdravlje počelo definirati i odsutnošću predznaka psihičkih poremećaja, čime je nastavljen proces opće psihijatrizacije“ (Torre 2014: 54). Time se ukazuje na novi molekularni prikaz uma od strane biološke psihijatrije (Rose, 2001) zbog čega je uslijedio porast dijagnoza novootkrivenih poremećaja poput anksioznosti i depresije (Healy 1997, prema Rose 2001), o čemu detaljnije pišem u

sljedećem poglavlju. Unutar biomolekularnog modela, percepcija mentalnog zdravlja²⁶ temelji se na binarnom odnosu dobrog (pozitivnog) i narušenog (negativnog) mentalno zdravlje. Dobro mentalno zdravlje je stanje u kojem osoba ostvaruje svoje sposobnosti, može prevladati stres svakodnevnog života, raditi produktivno te pridonositi zajednici. S druge strane, narušeno mentalno zdravlje uključuje probleme/poremećaje mentalnog zdravlja i oštećeno funkcioniranje povezano s distresom, simptomima ili klinički izraženim mentalnim poremećajima (HZJZ 2004).²⁷ Kroz kategoriju pozitivnog (dobrog) mentalnog zdravlja, ono se percipira kao resurs, dok se narušeno (negativno) mentalno zdravlje tumači kao opterećenje i problem. Ovom se klasifikacijom pojedincima interpelira princip „najsposobniji opstaju i profitiraju“ zbog čega svatko teži ka sreći i vlastitoj pozitivnoj mentalnoj slici, a da do toga dođe, konzumirat će sve što im tržište nudi i pratit će dominantne društvene zahtjeve. Dominantni društveni zahtjevi po pitanju mentalnog zdravlja u Hrvatskoj intezivno počinju pratiti diskurzivne formacije i politička načela Europske unije, koja promicanje zdravlja definira kao postupak usmjeren vraćanju snage, znanja, vještina i drugih resursa vezanih za zdravlje, za zajednice, pojedince, obitelji i cijelu populaciju. Drugim riječima, mentalno zdravlje se percipira unutar ekonomskih relacija, stoga hrvatske javne politike pozitivno mentalno zdravlje artikuliraju kao 1) doprinos društvenom, ljudskom i gospodarskom bogatstvu, a probleme mentalnog zdravlja kao 2) izrazito opterećenje, trošak, smanjenje ekonomske produktivnosti i kvalitete života.

Putem infografike (vidi *Slikovni prilog 1.*), koja je dostupna na službenoj mrežnoj stranici HZJZ, reproduciraju se narativi rizika i gubitka, upozoravajući građane/građanke na rizik od depresije i ekonomskog gubitka jer ih depresija i/ili anksioznost, kao novi psihički poremećaj, može sprječavati u njihovoj svakodnevnoj produktivnosti. Prema Ann Cvetkovich (2012) depresija je ono što, u afektivnom smislu, opisuje neoliberalizam i globalizaciju – suvremeno stanje političke ekonomije. S obzirom da se u neoliberalnoj sadašnjosti radi o medikalizaciji života, depresija se tumači kao kategorija koja upravlja i medikalizira učinke povezane s praćenjem korporativne kulture i tržišne ekonomije ili s potpuno zanemarivanjem iste. Sukladno tome, infografika šalje sljedeću poruku: „Godišnji gubici SVJETSKE ekonomije zbog nesposobnosti uslijed depresije i anksioznosti iznose 1 000 000 000 000 dolara.

²⁶ Mentalno zdravlje se, unutar zdravstvene politike, tumači kao koncept kojeg određuju: individualni čimbenici i iskustva (kao što su događaji u djetinjstvu i sl.), društvena međudjelovanja (interakcije), društvene strukture i resursi te kulturne vrijednosti (HZJZ 2011: 5). Međutim, takva se koncepcija istog dugi niz godina nije dominantno interpelirala u društvo, već se materijalizirala kroz kategoriju poremećaja i institucionalizacije (čitaj: isključenosti i stigmatizacije).

²⁷ Iz dokumenta *Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja* (HZJZ 2004).

Svaki dolar uložen u borbu protiv depresije vraća se kao novci koje proizvedu zdravi ljudi“. Kreatori ovog infografa (čitaj: javne politike), naglasili su riječi: gubitak, svjetska ekonomija, nesposobnost, novi psihički poremećaji depresije i anksioznosti i zdravi ljudi. Time hrvatska javna politika konstruira kategorije koje građani/građanke interpeliraju u svoj subjektivitet težeći da budu te zdrave, produktivne sretne i sposobne osobe koje doprinose vlastitom blagostanju, ali i onom nacionalnom. Takvim narativima i formama znanja javne politike osiguravaju upravljanje stanovništvom znajući da će građani/građanke napraviti sve kako bi dostigli sreću i dobit, kako bi ispunili „svoju ulogu“ u društvenom, školskom i radnom životu. Alain Ehrenberg (1998) sugerira da se diskurs depresije pojavljuje kao odgovor na zahtjev da sebstvo postane suverena individua definirana sposobnošću stvaranja različitih projekata i planova: oni koji ne uspiju dostići taj zahtjev, patologizirani su kao depresivni (prema Cvetkovich 2012: 12). Ono što se u privatnoj sferi naziva depresijom, afektivni je registar društvenih problema i ono što ljude koči da otkriju izvore svoje nesretnosti. Također, ova želja za tjelesnim postojanjem i vitalnošću sebstva, eksperiment je subjektiviteta (Lury 1998) ili ono što Rose i Novas (2000) nazivaju „somatskom individualnošću “ (prema Rose 2001: 18). Reproducirajući „novu“ patologiju i diskurs opasnosti od rizika, od pojedinaca se očekuje da si postave osobni cilj da vlastito tijelo učine sposobnim, fizički i psihički kako bi doprinijeli vlastitom i općem blagostanju.

Drugim riječima, diskurs mentalnog zdravlja u hrvatskom društvu istovremeno se artikulira kroz *bioklinički model* i proces (neoliberalne) *ekonomizacije* zdravlja. Ovakvo višestruko artikuliranje diskursa mentalnog zdravlja uspostavlja se zbog ontologije ljudskog postojanja koja se promijenila s obzirom na kapitalistički režim i konzumerizam. Upravljanje i maksimizacija života postaje zadatak svih uz pomoć znanosti i poduzetnih korporacija. Mentalno zdravlje se u hrvatskom društvu percipira kroz tržišno-ekonomske kategorije gubitka, opterećenja i profita (produktivnosti), ali i kroz biomedicinsku kategoriju poremećaja i patologije, popraćeno (i dalje) problemom stigmatizacije, diskriminacije i socijalne isključenosti.²⁸ Budući da između normalnog i (psiho)patološkog ne postoji jasna, već zamagljena granica kontinuuma, započinje psihijatrizacija i medikalizacija života, o čemu detaljnije pišem u sljedećem poglavlju.

²⁸ O problemu stigmatizacije i kako se artikulira unutar diskursa mentalnog zdravlja, detaljnije pišem u potonjem dijelu rada.

3. MEDIKALIZACIJA NESREĆE I PSIHIJATRIZACIJA ŽIVOTA

Kako je došlo do *psihijatrizacije* i kako se ona kao problem artikulira unutra diskursa mentalnog zdravlja? Objašnjenje leži u *dijagnostičkoj hiperinflaciji*, *dijagnostičkom ekspanzionizmu* te *medikalizaciji* normalnosti, odnosno interpelaciji sve većeg broja ljudi u svijet mentalnih poremećaja, psihofarmaka i terapije.

Kao što sam prethodno naglasila, diskurs mentalnog zdravlja u Hrvatskoj mijenja se prema imperativima nadnacionalnih entiteta Europske unije i globalnog (zapadnog) tržišta. Budući da u trenutnom vremenu globalizacije dominira neoliberalizam i tržišna stvarnost koju ta ideologija zahtijeva, biomedicinska i potrošačka interpretacija mentalnog zdravlja reproducirana je širom svijeta (Thomas *et al.* 2005, prema Esposito i Perez 2014) pa tako i u hrvatskom društvu. Diskurs mentalnog zdravlja u Hrvatskoj obavijen je narativima o djelotvornosti lijekova od strane stručnjaka i medija koji građanima/građankama reprezentiraju podatke znanstvenih istraživanja o učinkovitosti i/ili štetnosti lijekova, a njihovu istinitost naglašavaju pomoću primjera „velikih“ razvijenih zemljama velikog integriteta, poput Velike Britanije, SAD-a, Švedske, Francuske i Njemačke. Time se perpetuira mišljenje o učinkovitosti psihofarmaka zato jer su istu potvrdili Britanci, Amerikanci, Nijemci, Šveđani – što reflektira globalnu hijerarhiju moći. Jedan od takvih medijskih narativa naslova „Sada konačno znamo jesu li antidepresivi učinkoviti“ je ovaj sljedeći:

„studija pokazala da milijuni ljudi u svijetu koji - s oklijevanjem, skepsom ili nadom - uzimaju antidepresive, mogu i dalje to tako činiti bez osjećaja krivnje, srama ili sumnje u njihovu djelotvornost, piše britanski list.“ (*Večernji list* 2018)

Takva reprezentacija implicira odnos moći koji zapadne države imaju unutar dominantnog diskursa u Hrvatskoj, velike zapadne moći koja konstruira režim istine unutar hrvatskog društva. Iznoseći podatke „prestiznih“ istraživanja, primjere iz „velikih“ razvijenih zemalja, hrvatski građanin/građanka biva interpeliran/a u djelotvornost i dobrobit lijeka, konzumacije određenog proizvoda, terapije i drugih tržišnih rješenja osobne psihičke patnje. To je ono što Foucault (1980) ističe kada govori da postoje brojni odnosi moći koji prožimaju društveno tijelo, a koji se provode kroz akumulaciju i cirkulaciju diskursa, odnosno kroz *ekonomiju diskursa istine*.

Drugim riječima, jedan od glavnih učinaka moći jest da se određena tijela, određene geste, diskursi i želje identificiraju kao pojedinci, jer pojedinci su primarni učinci moći. Bitno

je da se hrvatski građani/građanke identificiraju u tim narativima o lijekovima, novim poremećajima, rješenjima za postizanje osobne sreće, da se počinju ponašati sukladno tome. Takav učinak moći i istine nadalje se reproducira putem izjava stručnjaka, poput one psihijatra Jakovljevića koji tvrdi da su psihofarmaci: „odlični, ako se pravilno primjenjuju (...) iskrivljena informacija je da antidepresivi stvaraju ovisnost“ (Srdoč 2018), a kojeg se u naslovu članka naziva „psihijatrom koji zna sve o lijekovima“, te izjavom psihijatra i političara Čelića:

„Današnja psihofarmakoterapija uz odgovarajuće psihoterapijske metode osigurava veliku vjerojatnost da će ta osoba moći nastaviti živjeti u svome okruženju, samostalno i bez tuđe pomoći.“ (*Direktno.hr* 2017)

Time unutar diskursa liječnici, psihijatri posjeduju značajan društveni status i moć (znanje) kao stručnjaci s velikim slovom „S“, oni koji „znaju pravu istinu“. Foucaultovski gledano, učinak moći lociran je u znanstveno područje medicine: medicina postaje jedina objektivna istina o ljudskom tijelu i bolestima. Liječnici su upravljani „kodovima znanja“, temeljnim kodovima kulture, koji upravljaju njenim jezikom uspostavljajući red. Psihijatar (liječnik) poprima značenje najpouzdanije i mudre osobe, značenje pravednog i moralnog osiguravatelja (Foucault 1961, prema Hubert i Rabinow 1983).

Naime, globalna pojava lijekova imala je izuzetne učinke na svijet psihijatrije, ali i na održavanje društvenog reda u terminima upravljalštva i biomoći. Takozvana farmakološka revolucija započela je tridesetih godina prošlog stoljeća u društvima Zapada sa žarištem u SAD-u, a svoj vrhunac doživjela je šezdesetih godina (Esposito i Perez 2014; Torre 2014). Pritom se, osamdesetih godina prošlog stoljeća, farmaceutske tvrtke službeno počinju uplitati (interpelirati u subjekt pojedinca kao dio dominantnog diskursa) u područje mentalnog zdravlja te se ponovno reproducira tradicionalna teza da su mentalni poremećaji zapravo „bolest mozga“. Psihofarmakološki lijekovi (antidepresivi, anksiolitici) unutar diskursa mentalnog zdravlja reproduciraju ogromne učinke za održavanje reda u društvu. Tim farmakološkim učincima država se, zajedno sa psihijatrijom, „riješila“ problema održavanja reda i čistoće društva, a samim time maksimizirala profit tržišta, ali i onaj vlastiti. Lijekovi su se pokazali revolucionarnim upravo zato što su relativno brzo, sigurno i lako stvorili bolesnike kojima se može upravljati i koje se može kontrolirati. Ovaj se globalni trend, odnosno dominantan diskurzivni proces krije pod nazivom *medikalizacija* života i ljudske nesreće, ono što Torre (2014) objašnjava procesom dijagnostičke hiperinflacije i ekspanzionizma. Gubi se granica između patološkog i normalnog, snižava se prag dijagnosticiranja poremećaja, umnožavaju se

novi i „novootkriveni“ poremećaji, reproducira se „psihijatrizacija normalnosti“. Uspostavlja se normalizacija psihičkih poremećaja (zbog ekonomizacije i profita). Kategorija normalnog poprima novo značenje: sada je sve teže „ostati normalan“, većina u društvu ima određen oblik „novootkrivenih“ poremećaja.

Hrvatske javne politike kroz javnozdravstvene akcije, plakate, grafikone uvjeravaju nesretno stanovništvo da je njihova egzistencijalna patnja zapravo bolest (usp. Torre 2014). Dominantna biomedicinska paradigma polazi od teze da svaki normalan pojedinac u suvremenom životu, zbog izloženosti velikom stresu, može razviti ozbiljan psihički poremećaj pa se stoga takva ista percepcija istine interpelirala u hrvatsko društvo kroz dominantne diskurzivne formacije (zdravstvene) politike, izjava stručnjaka, liječnika, ljekarnika i medija. Učinci su to takozvane logike neofeudalizma: rješenje suočavanja s problemom mentalnog zdravlja tržišnog su karaktera, a usredotočuju se na pojedinca. Primarno rješenje koje se nudi ljudima koji su možda depresivni, anksiozni ili nezadovoljni jest prevladavanje svojih „osobnih bolesti“ igranjem uloge potrošača. Drugim riječima, potiče ih se da konzumiraju lijekove kao primarni način suočavanja sa svojim problemima, čime se reproducira kultura konzumerizma (Bauman 1998) i terapijska kultura (prema Esposito i Perez 2014). Potvrda navedenog u hrvatskoj društvenoj svarnosti, kao materijaliziranje neoliberalnog diskursa, iščitava se kod vodeće hrvatske farmaceutske tvrtke *Pliva* koja na svojoj službenoj stranici govori o duševnim poremećajima uzrokovanim suvremenim načinom života koji je ispunjen stresom i brigama. U te „duševne poremećaje“ ubraja anksioznost i fobiju, sindrom kroničnog umora, opsesivno-kompulzivni poremećaj te druge somatoformne poremećaje, a kao temeljno i učinkovito rješenje za te poremećaje preporuča isključivo lijekove i psihoterapiju.

„Psihoterapija i liječenje lijekovima osnova su liječenja duševnih poremećaja izazvanih suvremenim načinom života (...) jer je liječenje psihoterapijom i/ili lijekovima izuzetno učinkovito i omogućava osobi daljnje normalno funkcioniranje.“ (*Pliva*)

Sukladno tome, možemo reći da neoliberalni medicinski diskurs, sustav zdravstvenog osiguranja i zdravstvene skrbi ne konotira kao ljudsko pravo, već kao robu (Jasso-Aguilar i Waitzkin 2012; Shaffer i Brenner 2004; Thomas *et al.* 2005) zbog čega se pacijenti tretiraju kao kupci (prema Esposito i Perez 2014). Prije su se unutar umobolnica tretirali kao zatvorenici, a sada kao potrošači. Trenutni dominantni pristupi unutar psihijatrije, i područja mentalnog zdravlja općenito, usredotočeni su prvenstveno na poticanje pojedinaca na bolju integraciju u tržišno društvo ili pomaganje u boljem suočavanju s različitim izazovima i rizicima kroz

potrošačko djelovanje. Interpelirani smo u narative o stresu, anksioznosti, sagorijevanju, o (ne)sreći, kvaliteti života, u priče putem kojih smo bombardirano nizom simptoma, savjeta, rješenja po pitanju istih. Tim nizom simptoma skoro svaka osoba u društvu svoju patnju može identificirati kroz kategoriju poremećaja. Pa tako svjedočimo popularizaciji psihoterapije, literature za samopomoć i uzimanja lijekova u hrvatskom društvu, čime se degradirala društvena važnost psihijatrijske struke. Prema podacima Hrvatske agencije za lijekove i medicinska pomagala (HALMED, 2019) psiholeptici²⁹ se nalaze na drugom mjestu potrošnje lijekova za 2019. godinu po terapijskim skupinama, što u financijskom okviru iznosi 885.387.022 kuna. Drugim riječima, prošle godine se svakodnevno trošilo preko 110 definiranih dnevnih doza psihofarmaka na tisuću hrvatskih stanovnika. Ovaj konzumerizam popraćen je medijskim naslovima „Postaje li Hrvatska država na antidepresivima? Sve više Hrvata traži pomoć psihijatra“ (Bijuk 2019), „Podravina troši najviše psihofarmaka, Istra i Split najmanje“ (Mihaljević 2019), kojima se artikulira heterogeni učinak. U prvom članku psihologinja objašnjava kako je konzumacija psihofarmaka kratkoročno rješenje zbog kojeg pojedinci bježe od svojih emocija. Ovakav trend i način života ponovno se objašnjava neoliberalnom logikom: živimo u kulturnom kontekstu koji potiče oblike bijega koji jačaju tržišnu stvarnost. Interpelirani pojedinci „bježe“ u svijet televizije, video igara, tračeva, društvenih mreža, pa tako i u svijet psihofarmaka, literature za samopomoć, čime nastavljaju igrati ulogu potrošača, indoktrinirani u sustav vrijednosti koji održava prevladavajuću tržišnu stvarnost (Esposito i Perez 2014).

Uz to, ova komodifikacija zdravlja i hiperkonzumerizam ide korak dalje. Na tržištu, kao „čudotvorno rješenje“ individualnih nevolja psihičkih poremećaja, ne nude se samo psihofarmaci, već i drugi proizvodi poput pokrivača³⁰ koji „djeluje kao zagrljaj“ pa liječi anksioznost, te medicinska terapija uređaja *MagStim* za magnetsku stimulaciju depresije i anksioznosti:

„Uređaj MagStim za transkranijalnu magnetsku stimulaciju (TMS), kojim se magnetskom stimulacijom mozga bezbolno liječe indikacije poput depresije, anksioznih poremećaja, PTSP-

²⁹ Psihofarmaci su lijekovi koji djeluju na središnji živčani sustav, a u tu skupinu spadaju anestetici, analgetici, psiholeptici (anksiolitici, hipnotici, sedativi...) i psihoanaleptici (antidepresivi, psihostimulansi, lijekovi protiv demencije) te lijekovi za liječenje ovisnosti o alkoholu i drogama (Agencija za lijekove i medicinske proizvode, 2019).

³⁰ Analiza članka *Gloria*. 2019. „Djeluje poput zagrljaja: Uspavljuje, pomaže kod ADHD-a, anksioznosti, kronične boli i depresije“, 23. svibnja, <https://zivim.gloria.hr/disem/djeluje-poput-zagrljaja-uspavljuje-pomaze-kod-adhd-a-anksioznosti-kronicne-boli-i-depresije/8904695/>.

a te ovisnosti kao što su kockanje, pušenje ili alkoholizam, prije dva tjedna u bolnicu je stigla još modernija verzija tog aparata“ (Cvrtila 2016).

Narativi o „čudesnoj terapiji“ koja liječi depresiju, PTSP i anksioznost reproducirani su unutar, foucaultovski rečeno, *ekonomije diskursa istine* o mentalnom zdravlju. Neoliberalna logika komodifikacije i izbor potrošača u središtu su tretiranja „mentalnog zdravlja kao *branda*“, posebno u posljednjih nekoliko desetljeća. Osaženi, gore spomenutim, neoliberalnim naglaskom na tržišnim rješenjima, osobnoj odgovornosti, komodifikaciji i izboru potrošača kao veznika „slobodnog društva“, farmaceutske i psihijatrijske ustanove uspjele su povećati svoju ulogu i utjecaj u redefiniranju uobičajenog ljudskog ponašanja i emocionalnog stanja, poput tumačenja depresije i anksioznosti kao učinke profitabilnih bolesti – tržišna ekonomija promijenila je strukturu diskursa. Društvena konstrukcija bolesti zapravo postaje korporativna konstrukcija (Esposito i Perez 2014).

Iz tog razloga pojedinci bivaju kroz svoju svakodnevicu bombardirani reklamama koje ih „uvlače“ u svijet konzumerizma i interpeliraju ih u ideju stresa i (ne)sreće, a kao potvrdu dajem jedan ilustrativni primjer reklamnog plakata (vidi *Slikovni prilog 2.*) u gradu Zadru koji se nalazi ispred trgovačkog centra *City Galleria*. Ovaj reklamni plakat samo je jedan od primjera (tržišne) interpelacije pojedinaca u identifikacijsku kategoriju stresa (kao rizika) – sadržaj plakata potiče građane/građanke da se poistovijete s reprezentiranom idejom i/ili problemom – s ciljem njihovog konzumerističkog djelovanja. Plakat reproducira (tržišni) imperativ individualne brige pojedinca o vlastitom zdravlju („Učinite nešto!“) te perpetuira ideju o sreći, budući da se na plakatu nalazi nasmiješena ženska osoba koja se konzumacijom reklamiranog lijeka riješava problema stresa. Takvi reklamni plakati i narativi mobiliziraju identifikaciju s „agentima mentalnog zdravlja“ kroz konzumerizam popularne kulture. Prema Renati Salecl (2004), u suvremenom društvu sve je više tema (pa tako i tema mentalnog zdravlja) pod pritiskom konzumerizma, što objašnjava činjenicom da je ono što zovemo „stvarnost“ sve više fragmentirano. U tom kontekstu suvremeno društvo karakterizira stvaranje novih „zajednica – zajednica“ za klijente raznih kapitalističkih tvrtki (prema Božić-Vrbančić 2010: 4) zbog čega svjedočimo popularizaciji grupa za podršku, proizvoda za samopomoć. Drugim riječima, putem takvih reklama, spomenutih medijskih članaka i izjava stručnjaka vrši se društvena kontrola koja je sveprisutna, a naoko neupadljiva. Foucaultovskim rječnikom, određeni aspekti upravljalatva, ili tehnologije upravljanja populacijom, kriju se između ostalog i u medikalizaciji života i ljudske patnje.

S druge strane, unutar diskursa mentalnog zdravlja u Hrvatskoj, postoje stručnjaci koji se suprotstavljaju takvom mišljenju pa psihofarmake opisuju kao štetne lijekove koji izazivaju ovisnost, ne djeluju ili su kratkoročno rješenje te povećavaju prisutnost suicidalnih misli kod osobe. Na ovakvu iluziju o djelotvornosti psihofarmaka upozorava, već spomenuti, psihijatar Torre (2014), koji navodi da su psihijatri postali psihofarmakolozi, oni koji služe farmaceutskoj industriji. On upozorava kako je došlo do manipulativne moći farmaceutske industrije unutar medicinskog polja psihijatrije zbog koje njegovi kolege psihijatri svoje pacijente tretiraju kao objekte i robu, zahvaljujući kojima će profitirati. Koristeći termin kolonizacije mentalnog zdravlja od strane farmaceutskih tvrtki, Torre u jednom od intervjua naglašava da se

„šalje kriva poruka, da je sav oporavak osoba sa psihičkim poremećajima oporavak koji se dešava po institucionalnom, medicinskom modelu, koji se bazira na tezi da su svi psihički poremećaji poremećaji mozga. Sav se oporavak tu temelji i iscrpljuje u davanju psihofarmaka, a psihijatri se pretvaraju psihofarmakologe.“ (Gromača Vadanjel 2015)

Torre dijagnostičku hiperinflaciju i ekspanzionizam objašnjava činjenicom da se „normalne“ osobe proglašavaju bolesnima pod diktaturom farmaceutske industrije, te iz tog razloga prognozira poraz psihijatrijske struke koju će zamijeniti terapijski tretmani psihologa, samopomoći i drugih konzumerističkih proizvoda.

„Sigurno je da su farmaceutske tvrtke bile glavni pogonski motor da se normalno proglasi psihopatološkim, a normalni bolesnima radi proširenja tržišta za svoje farmake. Psihopatološkima su se počela proglašavati stanja i ponašanja koja su još jučer bila tolerirana kao blaža odstupanja od uobičajenoga.“ (Borković 2011)

Kreiranju takvog narativa, koji je manje zastupljen unutar dominantnog diskursa u Hrvatskoj, pridonosi i liječnica Lidija Gajski³¹ koja govori o sukobu interesa i korupciji u medicini. U jednom od intervjua za Slobodnu Dalmaciju (2009), Gajski navodi kako:

³¹ Objavila knjigu *LJEKOVI ILI PRIČA O OBMANI* (2009). Ovom je knjigom prva hrvatska liječnica koja je progovorila o farmaceutskom uplivu i korupciji unutar medicinskog sustava. Sa svojim stavovima i podacima Gajski prethodi Torreovoj knjizi, budući da se Robert Torre u svojoj knjizi o pravo istini o psihijatriji, poziva na Gajski.

„zdravi ljudi postaju rizični i trebaju lijekove. A to je smisao svega – što veća potrošnja lijekova koji su, usput rečeno, vrlo upitne djelotvornosti, te povećanje zarade farmaceutske industrije (...) Antidepresivi iz skupine SSRI u početku su bili registrirani samo za teške oblike depresije, a danas imaju 12 indikacija, među kojima je i blaži anksiozni poremećaj.“

Ovakva se farmaceutska dominacija i ideja o osobnoj patologiji širi i na niže (zdravstvene) razine, točnije na liječnike opće prakse koji mogu propisati određen psihofarmak, a sve zbog svog osobnog interesa i profita. Gajski i Torre tvrde kako unutar zdravstva i medicine dolazi do „privatnog biznisa“, do takozvanog „elitnog transkontinentalnog turizma“ (Torre 2014: 45). Pod tim terminom Torre objašnjava praksu prikrivenog marketinga između liječnika i farmaceutskih tvrtki. Farmaceutske tvrtke liječnicima plaćaju turistička putovanja pod paravanom medicinske izobrazbe, financiranja stručnih skupova, simpozija i slično. Naravno, osim ovdje navedenih glasova (Torre i Gajski), koji se suprotstavljaju dominantnom farmaceutskom diskursu, postoji i čitav niz liječnika koji se djelomično slaže s njima ili ih u potpunosti opovrgava. No, ono što je važno za ovu analizu nije točnost ili netočnost njihovih navoda, već ukazivanje na stvaranje diskurzivnog prostora koji omogućava ovakvu raspravu uokvirenu tržišnom logikom. Zdravlje postaje transakcijska zona između političke brige o sposobnosti nacije i individualnoj brizi o sebi samima (Rose 1999) kroz ekonomsku leću tržišne logike. Novim politikama miješaju se društvene (tržišne) i vitalne norme stavljajući prioritet na one društvene i moralne. Prema Roseu (2001), društveni akteri postaju aktivni sudionici „etike normalnosti“ – potrošači koji sami upravljaju svojim zdravljem kroz niz navika koje nam se nude na tržištu.

Ambivalentna stručna i medijska reprezentacija psihofarmaka i drugih potrošačkih navika kao savjeta protiv depresije i drugih poremećaja, pojedince interpelira u takozvanu „iluziju o djelovanju psihofarmaka“. S jedne strane, pojedinci bivaju bombardirani narativima o čudotvornosti psihofarmaka, o ekspertnosti i učinkovitosti psihijatrije i psihoterapije, a s druge strane o nedjelotvornosti, štetnosti, ovisnosti i marketinškoj korupciji.

3.1. Poremećaji mozga: od stigme i institucionalizacije do destigmatizacije i terapeutske kulture

Nadalje, ova je farmaceutska revolucija praćena (de)stigmatizacijskim procesom psihičkih poremećaja. Sve se više unutar medija i civilnog sektora, kao i struke i javnog

zdravstva, govori o mentalnog zdravlju sa destigmatizirajućim konotacijama, s ciljem skidanja etikete sramote i stigme.³² Održavaju se festivali mentalnog zdravlja, skupovi, dani i/ili tjedan psihologije (najčešće u sklopu sveučilišta i struke), javnozdravstveni projekt „Živjeti zdravo“ te mnoge druge kampanje i inicijative civilnog sektora poput one Hrvatskog saveza udruga za mentalno zdravlje (učinak civilnog društva unutar diskursa mentalnog zdravlja detaljnije razrađujem u potonjem dijelu rada). Već sam ranije spomenula kako se, u sklopu zdravstvene politike (djelovanja HZJZ), mentalno zdravlje počelo reprezentirati kroz inicijative i kampanje poput „Borimo se protiv depresije“, „Depresija: razgovarajmo“, koje navode svoj cilj osviješćivanja i destigmatizacije psihičkih poremećaja u javnosti. Kampanja „Depresija: razgovarajmo“ održana je 2017. godine povodom Svjetskog dana mentalnog zdravlja³³, kojom se nastojalo progovoriti o depresiji kao globalnoj temi javnozdravstvenog interesa. U sklopu kampanje održan je Festival mentalnog zdravlja u Parku Zrinjevac u Zagrebu na kojem su sudjelovali stručnjaci iz područja mentalnog zdravlja i civilnog sektora. No, ovo nije jedini festival mentalnog zdravlja, isti se već šest godina (od 2014.) održava u Rijeci pod imenom *Mentalfest*.³⁴ Ovogodišnji riječki *Mentalfest* (2020) bavio se temom „Mentalno zdravlje za sve: veće ulaganje – veća dostupnost“, zalažući se za „psihijatriju u zajednici“ i smanjenje (re)hospitalizacije osoba s psihičkim poremećajima. „Psihijatrija u zajednici“ psihijatrijska je služba komunalnog tipa koja se implementirala u suvremena društva pa se tako pokušava i u hrvatsko. Ovom vrstom terapije, oporavak osobe događa se u zajednici, koji iziskuje podršku okoline – od liječnika i ostalih stručnjaka do zajednice i obitelji.

Međutim, Torre smatra kako se ovaj tip psihijatrije sporo implementira u hrvatskom društvu zbog daljnje dominacije institucionalnog procesa i takozvane krize psihijatrije. Prema njegovu mišljenju, psihijatriju je nadjačala terapijska i psihofarmakološka kultura:

³² Termin „stigma“ uveli su Grci i odnosio se na tjelesne oznake osmišljene da istaknu ono što je neobično ili loše u vidu moralnog status „obilježenog“. Oznake su usječeni na tijelo ili su dobiveni spaljivanjem određenih mjesta na tijelu kako bi se znalo koju osobu treba izbjegavati, naročito na javnim mjestima (Goffman 2009). Prema Ervingu Goffmanu (2009) stigma je karakteristika koja osobu čini drugačijom, nenormalnom, društveno manje poželjnom jer njezin identitet nije u skladu s društveno-očekivanim „virtualnim“ identitetom. Diskurzivne formacije društva određuju kategorije koje će se stigmatizirati: načine kategorizacije osobnosti i karakteristika koje se smatraju uobičajenim i normalnim.

³³ Određenje Svjetskog dana mentalnog zdravlja, odobrenog od strane WHO-a, konstruira diskurs mentalnog zdravlja s ciljem vidljivosti teme i pojedinačne brige o istome, što reflektira Foucaultovu teoriju upravljalštva biomoći i Roseove etopolitike.

³⁴ Organizator *Mentalfesta* je Dom za odrasle osobe Turnić te Grad Rijeka, a ovogodišnji festival održan je u sklopu projekta „Rijeka – zdravi grad“, koji je prepoznao važnost mentalnog zdravlja (vidi mrežnu stranicu *Grad Rijeka*, URL: <https://www.rijeka.hr/otvoren-festival-mentalnog-zdravlja-mentalfest>).

„moguće je da se neće uspostaviti psihijatrija u zajednici, nego zajednica koja podliježe literaturi za samopomoć³⁵ i drugim terapeutskim tehnikama, a institucionalna psihijatrija ostat će isključivo u instituciji, a ne u zajednici. Time psihijatrija postaje „drugorazredna služba“ koja samo treba propisivati psihofarmake“ (Torre 2014: 9).

Farmaceutska industrija preuzela je moć nad znanošću i povjerenje u istu. Kao što sam već ranije naglasila, retorika diskursa mentalnog zdravlja u hrvatskom društvu obuhvaća dva pola: bioklinički institucionalni i neoliberalni tržišni. Drugim riječima, ili se provodi institucionalizacija kao rješenje poremećaja, ili psihofarmaci i terapeutske tehnike (samo)pomoći, što ne dopušta produkciju „psihijatrije u zajednici“ kao (poželjnog) oblika deinstitucionalizacije. Dominacija istoga može se tumačiti kao da se hrvatske javne politike, kao kreatori stvarnosti, ne žele odreći psihijatrijske uloge nadziranja duševno poremećenih, niti tržišnog profita, no savjetodavni agenti u području mentalnog zdravlja im nisu toliko potrebni. Zbog toga sam na početku razrade naglasila kako je diskurs mentalnog zdravlja konstruiran dvojako: kroz institucionalizaciju i kategoriju patoloških poremećaja te tržišni imperativ neoliberalne logike.

Ovakvi primjeri javnozdravstvenih akcija za uklanjanje stigme s psihičkih poremećaja i traženja stručne pomoći, mogu se iščitati na dva načina: paralelno s farmaceutskim marketingom ili kao javnozdravstveni interes s ciljem blagostanja, koja se povezuje s mogućnošću stvaranja profita. S farmaceutskom revolucijom i pojavom novih poremećaja započinje odlijepljivanje stigmatizirajuće etikete s psihičkih poremećaja kako bi se učinkovitije reproducirala konzumacija lijekova i terapija, odnosno kako bi se reproducirala terapeutska kultura. Pritom hrvatske javne politike, (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Državni zavod za statistiku, hrvatska ministarstva, mediji), reprezentiraju (točne) tvrdnje o rastu broja osoba koje

³⁵ U hrvatskom društvu psihoterapija najviše se reprezentira kroz popularnu kulturu, prvenstveno kroz knjige za samopomoć. Zbog zatvorenosti hrvatskog društva i još uvijek prisutne stigme, prihvatljivije je baviti se vlastitim psihičkim stanjem u privatnosti vlastitog doma, nego u ordinaciji psihijatra ili drugih stručnjaka. Što se hiperkonzumacije istih, u Hrvatskoj je od 1998. do 2008. objavljeno je oko 640.000 primjeraka knjiga za samopomoć i pritom potrošeno 10 milijuna eura, a trend objavljivanja ovakvih naslova se nastavlja i dalje (Jutarnji list 2008, prema Žurić Jakovina 2015). Hrvati/ce posežu za literaturom o samopomoći jer tako svoje probleme rješavaju u svoja četiri zida, u privatnom prostoru s obzirom da, unatoč javno(zdravstvenoj) borbi protiv stigme, stigmatizacija psihičkih poremećaja i dalje postoji.

pate od neke vrste psihičkog poremećaja, o broju hospitalizacije radi istog, kako bi se povećala djelotvornost kontrole, društvenog reda te konzumacije i profita.

Kako bi se odgovorilo na pitanje kako to da se u hrvatski dominantan diskurs postupno strukturira destigmatizacijski proces psihičkih poremećaja i traženja stručne pomoći, potrebno je opisati što je prethodilo (i još uvijek cirkulira) kao diskurzivna formacija istine o mentalnim (duševnim) poremećajima, bolesnicima i odlasku k psihijatru. Kako to da je došlo do procesa destigmatizacije – znači li to da mu je prethodila javna stigma?

Naime, diskurs mentalnog zdravlja u Hrvatskoj obavijen je heterogenim učincima i artikulacijom niza kategorija. Jedna od njih je, već spomenuta, kategorija luđaka kao duševnog bolesnika i njegova institucionalizacija u umobolnice. Prije nego li je došlo do farmakološkog prodora u hrvatski (mentalno-zdravstveni) kontekst, ali i nakon, te prije perpetuiranih neoliberalnih ideja i tržišnih imperativa, mentalno zdravlje percipirano je isključivo kao težak duševni poremećaj koji remeti društveni red zbog čega je duševne bolesnike potrebno institucionalizirati i društveno isključiti. Takav dominantan režim istine reproducirao je (ili još uvijek reproducira) stigmatizirajuće konotacije i averziju spram psihičkih poremećaja i psihičkih bolesnika. Međutim, kod artikulacije društvene isključenosti uočavam kontradiktornost hrvatskih javnih politika. S jedne strane izdvajaju (isključuju, marginaliziraju) osobe s psihičkim poremećajima klasificirajući ih kroz kategoriju invaliditeta i ranjivosti te kroz proces institucionalizacije, dok s druge strane kroz *Strategiju borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti u Republici Hrvatskoj (2014.- 2020.)* pokušavaju suzbiti tu isključenost navodeći da se psihički oboljele osobe zbog svoje socijalne isključenosti i ranjivosti nalaze među najsiromašnijima.

Nadalje, tabuizirani narativi, mitovi i stereotipi s averzivnom konotacijom, reproducirani su kao dio diskurzivne formacije „ludila“, potpomognute medijskom reprezentacijom. Dominacija stigmatizirajućeg i stereotipnog shvaćanja psihičkih poremećaja u hrvatskom se društvu artikulira putem (medijskih) mitova koji portretiraju duševne bolesnike kao opasne, neodgovorne, nepredvidljive, nasilne ili lijene. Ovaj oblik medijske reprezentacije mogu izravno povezati s takozvanim „medikaliziranim nativizmom“ (Kraut 1994), koji ima učinak povezanosti bolesti s opasnošću i zarazom (prema Wald 2008: 8) pa se zbog toga u dominantnom diskursu reproducira stigmatiziranje psihičkih bolesnika. Priscila Wald (2008) takvu konstruiranost društvene stvarnosti opisuje pomoću koncepta „izbijajućih narativa“ koji promiču stigmatizaciju pojedinaca, skupina, ponašanja i životnih stilova te mijenjaju ekonomiju. Neki od senzacionalističkih medijskih naslova onaj je o napadaču na Markovom

trgu, koji je pucao ispred zgrade hrvatske Vlade i pritom ranio policajca: „Šef sindikata policije o napadu na Markovom trgu: Radilo se o psihički poremećenoj osobi ili terorističkom činu“ (*Danas.hr* 2020) ili pak „Ubojica je psihički poremećen. Možda da je podvojena ličnost“ (Begić 2019). Prema Dari Edney (2004) mediji predstavljaju glavni izvor informacija o psihičkim bolestima za javnost. Velika većina ljudi znanje i informacije o psihičkim poremećajima dobivaju iz medija, naročito interneta, a budući da isti reprezentiraju stereotipne portrete i individualne kategorije ludila i nenormalnog, stigma neprestano dominira u retorici diskursa mentalnog zdravlja. Reprezentirajući problematiku mentalnih bolesti putem negativnih društvenih stereotipa i ukorijenjenih predrasuda, intenzivira se negativna percepcija koju velik dio društva ima o mentalnim bolesnicima. Navedene etikete, ahmedovski gledano, hrvatski građani/građanke interpelirali su kao ljepljive riječi, riječi koje razlikuju normalne osobe od nenormalnih, psihičke zdrave od nezdravih te one koji radno pridonose boljitku zajednice od onih koji su rizičan teret. Ovdje se radi o stereotipiziranju psihičkih bolesnika i njihovu pozicioniranju kao objekta što prema Ahmed (2004) počinje od emocionalnosti kao tvrdnje o subjektu ili kolektivu koja ovisi o odnosima moći koji drugima daju značenje i vrijednost. Diskurzivne formacije stvaraju percepciju duševnih bolesnika kao prijetnje, nesposobnih za obavljanje bilo kakvih poslova zbog čega se društveno diskriminiraju i isključuju, a mentalno (psihičko ili duševno) zdravlje kao tema biva tabuzirana.

Međutim, ovoj dominantnoj senzacionalističkoj reprezentaciji suprotstavljaju se pojedini stručnjaci u području mentalnog zdravlja i politički akteri, koji time pridonose diskurzivnoj retorici različitosti. Jedan od njih je Ivan Čelić, saborski zastupnik HDZ-a i pročelnik Klinike za psihijatriju Vrapče. Pošto se na nacionalnoj razini o mentalnom zdravlju najviše govori uoči obilježavanja Svjetskog dana mentalnog zdravlja ili uoči neke nacionalno tragedije, tako je i Čelić za medije progovorio o društvenom statusu mentalnih bolesnika unutar nacionalnog sustava, o njihovoj nezapošljivosti zbog diskriminacijskih i stereotipnih stavova, te o negativnom učinku medijskog senzacionalizma. Teme koje je Čelić, kao stručnjak s velikim „S“, otvorio u intervjuu za medije (*Direktno.hr*. 2017), ocrtava dominantnu konstruiranost hrvatskog diskursa. Ponovno se govori o radnoj i socijalnoj funkcionalnosti osobe sa psihičkim poremećajem, njihovoj zapošljivosti, te o dobnom problemu oboljelih, naročito mladih koje se povezuje s ovisnošću, a starije sa stresom, sindromom izgaranja, na poslu. Uz to, istaknuo je problematiku medijskog senzacionalizma koji pridonosi stigmatizirajućem stavu javnosti pa mu se trebamo oduprijeti.

Drugim riječima, dominantne diskurzivne formacije u svakodnevnoj društvenoj stvarnosti materijalizirane su kroz predrasude, strah i averziju te stigmatizirajuće ponašanja prema psihičkim bolesnicima. Zbog toga u svojoj svakodnevici mogu čuti izraze „ne pravi se lud“, „tko je lud, ne budi mu drug“, „on/a psihički je nesigurna i nestabilna osoba“ i mnoge druge. Ludilo je izmijenilo ljudske odnose i osjećaje, a javni strah reproduciran je strahom od zatvaranja u izolirane totalne institucije (usp. Foucault 1988). Upravo je institucionalizacija, odnosno rođenje „umobolnica luđaka“, konstruiralo kategoriju stigme koja se snažno interpelirala na subjektne pozicije unutar dominantnog diskursa mentalnog zdravlja. Stigma je osmišljena da istakne ono što je nenormalno ili loše u vidu moralnog statusa „obilježenog“ (Goffman 2009), čime se unutar strukture diskursa postiže različitost i društveni antagonizam. Budući da nitko ne želi biti izoliran, osjećati sram i biti društveno etiketiran/a kao „luđak“, s vidljivošću stigme kreatori stvarnosti osigurali su tehniku upravljalatva i društvenu (samo)disciplinu. Stoga se artikulacija stigme unutar dominantnog diskursa može iščitavati kao upravljalčka tehnika. Javne politike su s razlogom reproducirale stigmatu u kontekstu duševnih bolesti i psihičkih poremećaja, a sada ju s razlogom nastoje odlijepiti s kovanice mentalnog zdravlja.

3.2. Mitski obrat

Uz Čelića i druge stručnjake koji na destigmatizacijski način progovaraju o psihičkim poremećajima, u posljednje vrijeme riječ „antistigma“ lijepi se unutar dominantnog diskursa mentalnog zdravlja. Stručnjaci, političari, akteri civilnog društva, uz nadnacionalne organizacije, djeluju s ciljem „razbijanja mitova“ o psihičkim poremećajima. Intenzivan destigmatizacijski angažman hrvatskih javnih politika, od strane javnog zdravstva i stručnjaka, započeo je uslijed pandemije koronavirusa i zahtjeva Europske unije, a od strane civilnog sektora ranije. Ovaj oblik društvene transformacije kao posljedica pandemije – prvo, pandemije psihofarmaka pa aktualne pandemije koronavirusa – može se tumačiti kao *mitski obrat* (Wald 2008: 10). (Novi) diskurzivni narativi počinju mijenjati društveni svijet, ekonomiju, globalno zdravstvo i opće blagostanje, reproducirajući nove moralne i društvene norme, društvene oblike života i svakodnevice (Wald 2008). U vrijeme pandemije koronavirusa nastoji se interpelirati ideja o „novom normalnom“ koja proizvodi heterogene učinke na društvo, samim time i učinke na diskurs mentalnog zdravlja. Mentalno zdravlje kao društvena tema postaje vidljivija nego ikad. Tome izravno pridonosi javnopolitički projekt „Živjeti zdravo“, financiran od strane Europske unije. U sklopu istog, Hrvatski zavod za javno zdravstvo pokrenuo je nacionalne strategije i programe za smanjenje stigmatizacije osoba narušenoga mentalnog zdravlja, počeo

je reproducirati priručnike poput onog za učitelje i nastavnike u sklopu *Programa zdravstvenog opismenjavanja odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih PoMoZi Da*, te niz plakata i infografika. Drugim riječima, kako bi se interpelirao tzv. mitski obrat u materijaliziranu hrvatsku stvarnost, javne politike „obasipaju“ hrvatske građane/građanke s infografikama i plakatima, medijskim oglašavanjima o smanjivanju stigmatizacije i brizi za mentalno zdravlje. Jedan od takvih infografa je onaj pod nazivom „Riječi su važne“³⁶ (vidi *Slikovni prilog 3.*), putem kojeg se hrvatskim građanima/građankama izravno postavlja pitanje „kako govore kada govore o mentalnome zdravlju“ upozoravajući na stigmatu, mitove i zablude povezane s mentalnim poremećajima. U nastavku prilažem ilustrativni citat sa službene stranice Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo unutar kojeg iščitavam komponentu „mitskog obrata“ i destigmatizacije javne politike:

„Jedan od načina kako možemo djelovati na smanjivanje stigmatizacije i diskriminacije je i našom brigom o tome kako govorimo kada govorimo o mentalnom zdravlju ili osobama koje pate. Pročitajte infografiku „Riječi su važne“ i razmislite kako vi govorite kada govorite o mentalnom zdravlju. Jezik i značenja koja se pridaju riječima mogu utjecati na one koji vas slušaju ili o kojima pričate. Svojim izborom riječi možete potaknuti razumijevanje mentalnog zdravlja u odnosu na probleme mentalnog zdravlja i mentalne bolesti/poremećaje, razbijanje stereotipa i mitova i naglasiti oporavak. Imajte na umu kako suočavanje s problemima mentalnoga zdravlja, kao i mentalnim bolestima/poremećajima nije izbor osobe te mi svojim ponašanjem, stavovima i govorom možemo pružiti podršku i pomoći toj osobi, a ne ju stigmatizirati!“ (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2020).

U sintagmama „našom brigom o tome kako govorimo o mentalnom zdravlju“, „svojim izborom riječi“, „imajte na umu“ prepoznajem upravljačku tehniku i prebacivanje odgovornosti na pojedinca s paravanom slobodnog izbora i „voljom za zdravlje“. Ova se infografika može iščitati kao tehnika *etopolitike*. Život življen na određen način objekt je

³⁶ „Ova infografika je nastala u okviru međunarodne organizacije *Mental Health Europe* (koja se zalaže za pozitivno mentalno zdravlje i dobrobit te prava osoba s iskustvom psihičke patnje uslijed narušenog mentalnog zdravlja ili mentalnih bolesti/poremećaja“ (<https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/kako-govorite-kada-govorite-o-mentalnome-zdravlju/>).

presuda: etopolitika manifestira se samotehnikama pomoću kojih se ljudi međusobno prosuđuju i djeluju s ciljem samopoboljšanja (Rose 2001). Na pojedincu je da presudi kako će pričati o mentalnom zdravlju, da se time kategorizira u društveni vrijednosni sustav. Putem infografa pojedinci se upozoravaju da izbjegavaju etikete *luđak/inja, on/a je shizofreničar/ka, depresivan/a, psihički bolesnik/ca, osobe s mentalnim poremećajim, duševno oboljeli/poremećeni / bolestan* – etikete koje sam u gornjem dijelu rada navela kao snažno interpelirane kategorije unutar hrvatskog dominantnog diskursa. Umjesto njih, sada se unutar diskursa nastoje zalijepiti riječi *osoba s poteškoćama ili problemima mentalnoga zdravlja, osoba narušenoga mentalnog zdravlja, korisnici usluga zaštite mentalnoga zdravlja*. Također, kategorije *pacijent/ica, simptomi depresije*, više nisu dobrodošli u mentalnozdravstvenom rječniku, nego je potrebno govoriti o doživljaju i iskustvu mentalnog problema, poput *osobe koje proživljavaju probleme/poteškoće mentalnoga zdravlja / pate od narušenoga mentalnoga zdravlja*. Pojedince se upozorava da „pripaze na jezik“ jer „stereotipi ili klišeji u izražavanju mogu štetiti osobama“. Tim infografom reproducira se „novo“ znanje o mentalnom zdravlju:

„Smatramo da mentalno zdravlje nije samo prisustvo ili izostanak bolesti. Ono uključuje i osjećaj blagostanja i doživljaj pozitivnih emocija: riječ je o nama, našim životima, poslu, odnosima, tjelesnome zdravlju i društvenome okruženju.“
(Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2020)

Sljedeći plakat HZJZ (vidi *Slikovni prilog 4.*) izravno pokušava „razbiti mitove“ reprezentirajući „činjenice“ nasuprot stereotipu. Prvi mit: „mentalno zdrave osobe nikada ne osjećaju emocionalne tegobe i/ili proživljavaju teške trenutke i krize“, opovrgava se činjenicom: „Smatra se da se osobe koje imaju dobro i/ili očuvano mentalno zdravlje mogu uspješno nositi i oporaviti od neizbježnih životnih stresova, ostvarivati ispunjavajuće odnose s drugima te uspješno upravljati svojim osjećajima i ponašanjem. Međutim, to ne znači da i one ne proživljavaju teške trenutke ili ponekad ne doživljavaju emocionalne tegobe i krize“. Sljedeći mit koji nastoje suzbiti je onaj da „potražiti stručnu pomoć odražava osobnu slabost ili karakternu manu“, što ilustriraju kao „znak otpornosti, snage i odlučnosti“. Dok treći mit o tome da „ništa ne možemo učiniti kako bismo poboljšali svoje mentalno zdravlje i održali osobno zadovoljstvo te načine nošenja sa životnim stresom, nastoje suzbiti idejom „ne uzimajte mentalno zdravlje zdravo za gotovo“. Sada je diskurs mentalnog zdravlja obojan nizom savjeta i svakodnevnih aktivnosti koje doprinose pozitivnom mentalnom zdravlju, sreći i kvaliteti života, a ja ih tumačim kao tehnike upravljaštva vođene neoliberalnom (tržišnom) logikom.

Time se reproducira industrija sreće – sreća postaje disciplinarna tehnika upravljalatva, roba i imperativ (Ahmed 2010), o čemu detaljnije pišem u nadolazećem poglavlju. Također, u sklopu projekta „Živjeti zdravo“ tema mentalnog zdravlja artikulira se unutar zdravstvene, obrazovne i radne politike, obuhvaćajući kategorije krize, dobi, rada te savjetodavne službe. Retorika diskursa počinje cirkulirati putem imperativa: „Pronađite načine do većeg osobnog zadovoljstva u životu. Pet jednostavnih aktivnosti mogu svakodnevno poboljšati naše osobno zadovoljstvo i sreću, smanjiti stres i anksioznost te potaknuti pozitivno mentalno zdravlje“ (vidi službenu stranicu HZJZ). Poticanje pojedinaca da pronađu načine za veće osobno životno zadovoljstvo implicira na konzumerizma, komodifikaciju zdravlja i sreće.

Što se tiče obrata uslijed pandemije Covid-19, mediji, političari i stručnjaci svakodnevno (od početka pandemija: od veljače 2020.) javno govore o važnosti mentalnog zdravlja, kako izolacija i posljedice koronakrize utječu na psihičko stanje pojedinca, dajući određene savjete. Uslijed koronakrize povećana je kupnja literature za samopomoć³⁷, kao i traženje stručne savjetodavne pomoći, što ukazuje na promjenu diskursa mentalnog zdravlja. Tema mentalnog zdravlja postala je iznimno vidljiva u javnoj sferi zbog hrvatske Vlade koja je izravno počela nuditi smjernice u području mentalnog zdravlja, aktivno je uključila stručnjake u program zaštite mentalnog zdravlja, a isto je pojačano medijskom reprezentacijom. *Program za očuvanje mentalnog zdravlja borbom protiv negativnih utjecaja tjeskobe i stresa* Vladin je paket preporuka nastao u vrijeme pandemije koronavirusa, kojim nude pomoć stručnjacima u pružanju usluge skrbi iz područja mentalnog zdravlja. Paket se sastoji od niza savjeta, opisnog djelovanja, narativa koje bi pojedinac trebao performirati, odnosno interpelirati kao vlastito svakodnevno djelovanje. Kako bi došlo do ciljanog učinka, javnom politikom se reproduciraju narativi o otpornosti na stres i brizi o vlastitom mentalnom zdravlju, gdje se ponovno artikulira kategorija rizika (ugroze), poremećaja i zdravog.

„mnoge osobe u stresu pokazuju poteškoće u funkcionalnom, zdravom nošenju s tjeskobom i nalaze se u riziku nastanka poremećaja mentalnog i/ili tjelesnog zdravlja. Također svojim, stresom izazvanim, rizičnim ponašanjem, mogu ugroziti ne samo

³⁷ Ne postoje točno evidentirani podaci, no hrvatski lanac knjižara *Hoću Knjigu* za RTL Direkt govori o dvostrukom porastu potražnje i prodaje knjiga za samopomoć (RTL.hr, 2020. „Self-help prijevarena je slična pornografiji, poziva ljude da žive u halucinaciji“, 15. srpnja <https://www.rtl.hr/vijesti-hr/novosti/hrvatska/3851178/self-help-prijevara-je-slicna-pornografiji-poziva-ljude-da-zive-u-halucinaciji/> Posjećeno 10. 11.2020.).

sebe nego i druge ljude.“ (Hrvatski zavod za javno zdravstvo 2020)³⁸

Hrvatska Vlada unutar tog paketa građanima/građankama pruža paket savjeta za vježbe disanja, relaksacije uz glazbu, mišićnu relaksacija, te da se protiv uznemirujućih misli i suočavanja sa stresom orijentiraju na religioznost i duhovnost. Ova kategorija religioznosti unutar diskursa mentalnog zdravlja ocrta dominantan politički, društveni i religiozni vrijednosni sustav hrvatskog društva. Religioznost se unutar dominantnog diskursa artikulira kao protektivan učinak na mentalno zdravlje, čime javne politike kreiraju hrvatsku stvarnost u skladu s tradicionalnim i nacionalnim načelima.

Opisana promjena diskurzivnih formacija i intenzivan politički angažman u području mentalnog zdravlja u hrvatskom društvu može se iščitati kao umreženost i reprodukcija dominantnog europskog (nacionalnog) diskursa Europske unije. Sada je hrvatsko društvo bombardirano raznim inicijativama, kampanjama, medijskom reprezentaciji o učinku koronakrize na psihičko stanje nacije, a mnogi političari, akteri popularne kulture u svoj su javni rječnik uklopili temu mentalnog zdravlja. Posljedice pandemije Covid-19 na mentalno zdravlje u hrvatskom se društvu artikuliraju kao rizik za opće blagostanje. Iz tog je razloga mentalno zdravlje, uslijed pandemije koronavirusa, u hrvatskom društvu postalo vidljivije nego ikad do sad. Pa tako svjedočimo izjavi sadašnjeg predsjednika Republike Hrvatske, Zorana Milanovića, koji koronakrizu naziva „borbom za zdravlje, ali prije svega za mentalno zdravlje čovječanstva“ (Krile Belak 2020), a takav forma znanja perpetuirana je od strane stručnjaka koji koronu nazivaju i psihičkom bolešću. Članak naslova „Korona je i psihička bolest: U Stožer uključite psihologe, rastu anksioznost i PTSP“ (Matijević 2020), samo jedan je u nizu koji reprezentira mišljenje stručnjaka (psihologa, psihijatar, socijalnog psihologa) kako „nema zdravlja bez psihičkog zdravlja. Ljudi u Stožeru bave se fizičkim zdravljem, oni su samo obrana od zaraze, ali ne i obrana psihičkog zdravlja i kvalitete života“ (ibid). Riječ „obrana“ u ovom kontekstu ponovno konotira kategoriju rizika, opasnosti, što se prema Wald (2008) povezuje s kategorijom zaraze. Također, uspoređivanje fizičkog i psihičkog zdravlja unutar dominantnog diskursa predstavlja suprotstavljanje dominantnoj binarnosti, budući da je do sada materijalizirani diskurs, psihičko zdravlje marginalizirao u usporedbi sa fizičkim.

³⁸ Vidi na službenoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/program-za-ocuvanja-mentalnog-zdravlja-borbom-protiv-negativnih-utjecaja-tjeskobe-i-stresa/> .

Na kraju, za analizu destigmatizacijske retorike diskursa mentalnog zdravlja, ne smije se izostaviti uloga civilnog društva. Civilno društvo u području mentalnog zdravlja (njihov angažman) postao je najvidljivije do sada zbog medijske potpore (čitaj: reprezentacije) i činjenice da je tema mentalnog zdravlja postala vidljiva – tema od javnozdravstvenog (čitaj: političkog) interesa. Tema mentalnog zdravlja postala je politički prioritet i interes zbog zahtjeva koje nalažu nadnacionalni entiteti – Europska unija i Svjetska zdravstvena organizacija. Stoga programi i inicijative s ciljem destigmatizacije psihičkih poremećaja, osviješćivanja javnosti o traženju stručne pomoći, koje organiziraju udruge mentalnog zdravlja (civilni sektor) postaju vidljive javnosti. Budući da aktualna hrvatska Vlada nije implementirala *Nacionalnu strategiju razvoja mentalnog zdravlja* za tekuću i nadolazeće godine, *SUMEZ – Hrvatski savez udruga za mentalno zdravlje*, udruga *Ludruga – 100% Ljudi*, *Životna linija* i *Svitanje* u listopadu ove godine pokrenule su inicijativu „12 i 5 za mentalno zdravlje“, kojom šalju apel hrvatskoj Vladi. Djelovanjem civilnog sektora u diskursu mentalnog zdravlja artikulira se ideja pravednosti. Ideju pravednosti Rose (1985) objašnjava pomoću termina *ideologija prava*³⁹ koji obuhvaća strategije za reformu mentalnog zdravlja. Proliferacija psihoterapeutskih tehnologija i demarkacija prostora – unutar diskursa društvene kontrole – suzbija slobodu, autonomiju i privatnost pojedinca. Stoga diskurs o pravima, u kontekstu mentalnog zdravlja, uključuje moralni diskurs o prirodi i vrijednosti čovjeka, politički diskurs o obvezama, ograničenjima i moći države te tehnološki diskurs koji uključuje prikladne mehanizme regulacije (Rose 1985).

Hrvatska (zdravstvena) politika počela je intenzivnije propitivati (čitaj: kontrolirati) djelovanje građana/građanki po pitanju brige o mentalnom zdravlju upućujući izravno pitanje „Ulažete li u svoje mentalno zdravlje?“⁴⁰, koje se iščitava kao upravljalačka tehnika i tržišni imperativ. Riječ ulaganje poprima ekonomske konotacije te je u povezanosti s konzumerizmom i idejom o sreći (Ahmed 2010), o kojoj detaljnije pišem u nastavku.

³⁹ Ideologija prava nastoji uspostaviti zdravstvenu i socijalnu usluga za mentalne bolesnike koja bi bila neovisna od političkih, administrativnih i profesionalnih utjecaja. Pravni, ekonomski i administrativni razvoj unutar diskursa mentalnog zdravlja unaprijedio bi institucionalne uvjete, prava bolesnika i razvoj zajednica sa osobama s problemima mentalnog zdravlja. Sljedeće, strategija ideologije prava nastoji ograničiti diskreciju psihijataru i regulirati njihovu aktivnost što uključuje rad ne-medicinskih stručnjaka po pitanju odluke o hospitalizaciji osoba s problemima mentalnog zdravlja. Pomoću tih strategija cilj ideologije prava jest zaštititi individue od kršenja njihovih temeljnih prava i građanskog statusa (Rose 1985).

⁴⁰ Plakat je moguće vidjeti na službenoj mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/plakat-ulazete-li-u-svoje-mentalno-zdravlje/> .

4. INDUSTRIJA SREĆE

Ideja o sreći – sreća kao roba i upravljalачka tehnika – mogla se iščitati iz već prethodno navedenih primjera u radu, naročito onih primjera koji su se izravno odnosili na konzumerizam. Pritom mislim na knjige za samopomoć, konzumaciju lijekova, terapijsku potrošnju te (stručne i medijske) članke koji pojedince obasipaju savjetima kako do sretnog i kvalitetnog života.

Jedan od takvih članak je onaj naslova „Stručnjaci dokazali – postoji recept za sreću, evo vodiča u 10 koraka“ ili onaj „Sve što vam u životu treba: Pet savjeta naj sretnijeg čovjeka na svijetu“ (*Večernji list* 2016), kao i čitav niz knjiga za samopomoć koje su se na hrvatskom tržištu pojavile kasnije nego u drugim dijelovima zapadnog svijeta, no u posljednjih nekoliko godina bilježe izuzetnu popularnost kod hrvatskih građana/građanki. Ideja sreće dominantna je građevna komponentna hrvatske društvene stvarnosti i retorike diskursa mentalnog zdravlja. Sreću perpetuiraju svi, od stručnjaka, medija, do znanstvenika koji provode razna istraživanja na tu temu, a tako i same javne politike. Interpelacija sreće moguća je zbog praznine koju pojedinac osjeća, praznine koju konstantno pokušava popuniti. Iz psihoanalitičke perspektive (Lacan 1966, prema Woodward 1997), upravo je sreća ta praznina koju pojedinac nastoji dostići. Kao praznina koja proganja subjekt u njegovoj nemirnoj i neprestanoj žudnji jer svi smo, kao subjekti, interpelirani u takve forme znanja i tržišne zahtjeve zbog čega konstantno žudimo za srećom (za pozitivnim mentalnim zdravljem) kako bi naš identitet bio potpun. Iz tog razloga sreća kao imperativ i/ili želja usmjerava djelovanje pojedinaca (neoliberalnih potrošača) oblikujući koherentni svijet.

Naime, ideja o sreći, s ciljem općeg blagostanja, rađa se u drugoj polovici dvadesetog stoljeća, a početkom dvadeset i prvog stoljeća (danas) nadopunjuje se opasnošću od rizika (Rose 2001), rizika kojeg ste imali priliku iščitati više puta u gornjem dijelu rada. Sreća postaje disciplinarna tehnika upravljalštva: uspostavlja se agenda društvenog blagostanja i sreće, stvara se industrija sreće koja se reproducira natjecateljskim karakterom neoliberalizma (Ahmed 2010). Drugim riječima, mentalno zdravlje i ljudsko blagostanje postaju funkcija konzumerizma. Zamjena građanina nacionalne države s neoliberalnim potrošačem zahtijeva modificirane metode kontrole razuma, mentalnog zdravlja i sreće, a upravo konzumerizam postaje nova strategija upravljalštva i regulacije. Dominantna neoliberalna logika jest da se ljudska sreća i liječenje mentalnih poremećaja može postići isključivo potrošnjom (Esposito i Perez 2014).

Natjecateljski karakter neoliberalizma, koji omogućava konstantnu konzumaciju sreće, u hrvatskom je društvu vidljiv kroz niz usporedba reprezentiranih putem medija zbog kojih su hrvatski građani/građanke bombardirani alarmantnim naslovima poput „Hrvatska je najnesretnija država u regiji“ (*Direktno.hr* 2019), uspoređujući ju s drugim europskim državama, naročito susjednim. Takva vrsta alarmantnih i senzacionalističkih medijskih naslova može se iščitati kao diskurzivna upravljalачka tehnika jer se njima nastoji upozoriti pojedince na nacionalno stanje, usmjeriti ih ka ponašanju i djelovanju koje će smanjiti tu „hrvatsku nesreću“. Pritom, takva vrsta usporedbe i neoliberalni moto konkurentnosti artikulira problem nejednakosti, nejednakosti koja se kapilarno reproducira kroz sve razine društvene svakodnevice, o čemu nešto opširnije pišem u posljednjem potpoglavlju. Dakle, nejednakost postaje mjera napretka i sreće, a maksimalna sreća najveće je dobro.

Sreća kao roba postaje mjerljiva zbog čega svjedočimo nacionalnim indeksima sreće, (znanstvenim) izvještajima te raznovrsnim tržišnim ponudama koje će u naše živote donijeti sreću. Pa tako i Hrvatska posjeduje vlastitu industriju sreće⁴¹ te provodi istraživanje *CRO-WELL*⁴² u sklopu Instituta društvenih znanosti Ivo Pilar. Sreća se mjeri ispitivanjem pojedinčeva zadovoljstva kvalitetom života, ispitujući njegovu/njezinu konzumaciju hedonizma. Pritom se pripadnost i zajedništvo nacije i/ili grupe, ne/zaposlenost stanovništva, visina plaće i dohotka, sigurnost, sloboda, stabilnost i mir u državi, zdravlje, aktivnosti pojedinaca, socijalne mreže te odnos prema okolišu definiraju kao čimbenici sreće (Tadić 2011: 319). Drugim riječima, artikuliraju se kategorije zdravstvenog, poslovnog i obiteljskog zadovoljstva – kategorije koje konstruiraju retoriku dominantnog diskursa u Hrvatskoj. Te kategorije artikuliraju definiciju života, definiciju koja reflektira diskurzivnu formu znanja. Drugim riječima, diskurzivna formacija sreće temelji se na binarnom odnosu ugodnog, dobrog i smislenog život, pri čemu se jedino smisleni život definira kao sretan život.⁴³

⁴¹ Industrija sreće suvremeni je globalni fenomen društva (Ahmed 2010), stoga se hrvatska izvješća i istraživanja sreće i kvalitete života pohranjuju u *Svjetsku bazu podataka o sreći* koja sprema sva istraživanja o indeksima sreće u državama (vidi: <https://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/>).

⁴² U Hrvatskoj je u listopadu 2015. pokrenuto znanstveno longitudinalno istraživanje o dobrobiti, a trajalo je do rujna 2019., čija je voditeljica dr. sc. Ljiljana Kaliterna Lipovčan. Prvi cilj jest istražiti stupanj u kojem se dobrobit mijenja tijekom vremena, dok drugi ispitati dobrobit kao nužan dio povoljnih ishoda i pozitivnih životnih događaja (Institut društvenih znanosti Ivo Pilar, URL: <https://www.pilar.hr/2015/09/cro-well-hrvatsko-longitudinalno-istrazivanje-dobrobiti/>).

⁴³ „Ugodan život bi se prema nekim modernim psihološkim definicijama mogao opisati kao život pozitivnih emocija. Dobar život je život u kojem jačamo naše snage, vrline i talente. Smislen život uključuje sve prije navedeno i još nešto – onaj osjećaj da znate zašto ste ovdje, znate da će sve biti u redu s vama, osjećate neki mir koji izmiče definiciji. Ugodan život, pa i dobar život mogli bismo definirati kao život ispunjen zadovoljstvima, no smislen život je zapravo jedini – sretan život“ (Kaliterna Lipovčan 2008, URL: <https://www.pilar.hr/2008/11/hrvatska-industrija-sree/>).

Prema riječima takozvane „hrvatske doktorice za sreću“, Ljiljane Kaliterna Lipovčan, sretan čovjek je onaj koji radi, optimistično gleda na budućnost, koji ostvaruje dobre odnose s bližnjima i koji je relativno zadovoljan svojim zdravljem.

„Većina ljudi u Hrvatskoj umjereno je sretna, procjene osjećaja sreće pokazuju konstantan porast od 1995., kada su prvi put rađena. Recimo da se sreća hrvatskih građana od tada povećala za dva stupnja na skali od 1-10 i sada je oko 7, što je relativno visoko.“ (Kaliterna Lipovčan 2008)⁴⁴

U njenim se riječima iščitavaju diskurzivne formacije upravljačke tehnike ponovno kroz kategoriju rada (sposobnosti) i pozitivnog mentalnog zdravlja, a sintagma da je većina ljudi u Hrvatskoj „umjereno sretna“ potvrđuje mjerljivost sreće i njenu komodifikaciju. Indeks sreće zamjenjuje tradicionalna mjerenja stope nezaposlenosti, bruto nacionalnog dohotka, očekivanog životnog vijeka, smrtnost novorođenčadi i slično, što ukazuje na foucaultovsku mutaciju upravljaštva i tehnologiju biomoći. Sama činjenica da se u hrvatskoj javnosti (medijskom reprezentacijom) određene aktere naziva „doktoricom za sreću“ ukazuje na rađanje „nove znanosti o sreći“ što Ahmed (2010: 4) povezuje s povijesnim razvojem političke ekonomije u relaciji s kapitalizmom te s blagostanjem i (ne)jednakošću.

Nadalje, interpelacija sreće naglašena je konstruktom „nepromišljajuće sreće“ (Ahmed, 2010: 18) koju pojedinac internalizira primarnom i sekundarnom socijalizacijom. Svakodnevno djelovanje pojedinca usmjereno je ka toj nepromišljajućoj sreći pa se stoga taj koncept, foucaultovski gledano, očitava kao tehnika upravljaštva društvom jer ta nepromišljajuća sreća diskurzivno je proizvedena. U hrvatskom društvu, analizirajući diskurs mentalnog zdravlja, kao nepromišljajuće sreće prepoznala sam pozitivno mentalno zdravlje, rad (karijeru), slobodno vrijeme, brak i obitelj te duhovnost i religioznost, no ponajviše se fokusiram na kategoriju pozitivnog mentalnog zdravlja i rada, budući da je diskurs mentalnog zdravlja konstruiran s ciljem produktivnosti, blagostanja, funkcionalnosti pojedinca i profita. Duhovnost i religioznost unutar dominantnog diskursa cirkuliraju kao društveno vrijednosno načelo, zajedno s institucijom braka i obitelji (heteronormativnosti), pa takva diskurzivna artikulacija religije i duhovnosti proizvodi učinak o „spasenju“ od svakodnevnih nevolja i problema (čitaj: psihičkih nevolja). Uz to, slobodno vrijeme artikulira se kao nepromišljajuća sreća jer proizvodi učinak konzumacije pojedinaca čime omogućuje profit (ali i upravljanje društvom).

⁴⁴ URL: <https://www.pilar.hr/2008/11/hrvatska-industrija-sree/>

U kontekstu rada i povezanosti s mentalnim zdravljem, neizbježno je spomenuti kako živimo u razdoblju prekarnosti⁴⁵ koji ima višestruke učinke na retoriku diskursa mentalnog zdravlja. Konceptom prekarnosti može se objasniti opće ontološko stanje ranjivosti, u ovom slučaju ranjivost pojedinaca unutar diskursa mentalnog zdravlja. Naime, prekarnost se može tumačiti kao suvremeni oblik neoliberalnog kapitalizma, ali i kao transpovijesna i egzistencijalna sila (Butler 2004). U Butlerinom prikazu prekarijat se tumači kao nesigurnost, iliti neizvjesnost, kao različitost jer je nejednako raspoređena. Takvo ontološko shvaćanje prekarnosti pomaže pri interpretaciji suvremenog iskustva anksioznosti, gubitka nade u budućnost i drugih psihičkih nevolja suvremenog pojedinca. Drugim riječima, takva vrsta nejednakosti artikulira se unutar diskursa mentalnog zdravlja, a uključuje ekonomski element klase te nacionalnu kategoriju ranjivosti, koju sam opisala u prvom poglavlju. Kategorija različitosti (i nejednakosti), kao učinak upravljačke tehnike prekarnosti, u hrvatskom se društvu diskurzivno artikulira kroz učinke binarnosti roda, dobi i klase, o čemu detaljnije pišem u nadolazećem posljednjem poglavlju.

Prije nego krenem na najavljeno posljednje poglavlje, još jednom ću naznačiti kako je perpetuirana dominantna forma znanja o sreći izuzetna upravljačka tehnika kojom se usmjerava pojedince kako da žive. Ideja sreće (nepromišljajuće sreće) ne dovodi se u pitanje zbog neoliberalnog paravana slobodnog izbora i tehnologije opasnosti od rizika. Kreiranje i reproduciranje industrije sreće u dominantan diskurs – da se materijalizira kroz upute kako živjeti, da se kreiraju forme znanja što je sreća, što je kvalitetan život – tehnika je etopolitike jer etopolitika odlučuje što je ispravno u životu (Rose 1999; Rose 2001).

4.1. Tko si može priuštiti biti mentalno (ne)zdrav: pitanje kapilarne prekarnosti

Iz samog naslova potpoglavlja može se iščitati neoliberalna tržišna logika koja je u potpunosti komodificirala zdravlje, no previla ga idejom pravednosti, slobode i rizika. Neoliberalizam proizveo je niz nesigurnosti koje se artikuliraju u društvenoj stvarnosti kroz učinak marginalizacije i ranjivosti pa tako i u području mentalnog zdravlja.

Prethodno sam spomenula prekarijat koji ocrtava socioekonomsku situaciju suvremenog društva, ali i puno dublje ontološko stanje ranjivosti ljudskog života. Ova neoliberalna logika, kao tehnika moći, svojom diskurzivnom artikulacijom proizvela je

⁴⁵ Prekarnost i/ili prekarijat ekscipitno se odnosi na činjenicu da velikom dijelu svjetske populacije nedostaje stabilan rad i stalni prihodi. Međutim, prekarnost je višestruki koncept povezan s nizom pojmova, uključujući nesigurnost, prekarizaciju i prekarijat, koji iznose povijesne argumente o kapitalizmu, izriču pomak u klasnim odnosima i predviđaju nova društvena kretanja i političke borbe. Prekarijat opisuje i konceptualizira neoliberalni nepredvidljivi kulturni i ekonomski aspekt života (Butler, 2004), a samim time aspekt mentalnog zdravlja.

heterogene učinke u društvenoj stvarnosti. Nejednakost i različitost učinila je imanentnom komponentom unutar strukture dominantnog diskursa mentalnog zdravlja. Analizirajući materijaliziranje diskurzivnih formacija, učinke istih u stvarnom životu, uočila sam neprestanu cirkulaciju cijene po pitanju mentalnog zdravlja praćenu lošijom socioekonomskom situacijom većine pojedinaca u hrvatskom društvu. Apel psihologinje Sene Puhovski da podrška mentalnom zdravlju postane dostupnija svima, „a ne samo onima povlaštenima – poput onih koji mogu platiti određene usluge ili onih koji žive u velikim gradovima“ (Žapčić 2019), samo jedan je primjer koji me naveo na nužno uključivanje kategorije klase u strukturu diskursa mentalnog zdravlja. Sama moja upotrijebljena riječ „apel“ naznačuje hrvatsku stvarnost i kreiranu hrvatsku politiku. Medijska i stručna reprezentacija stresa, psihičkih nevolja na poslu, ali i generalna nesigurnost u bilo kojoj sferi hrvatske stvarnosti koja se odnosi na stres na poslu, u školama ili među vršnjacima upućuje na prekarnost. Takva prekarnost stoga stvara subjekte koji su u nemilosti marginalnosti, anksioznosti, depresije i paranoje (Molé 2010), a „spas“ pronalaze u konzumerizmu, što reproducira neoliberalnu logiku i omogućuje profit.

Hrvatska stvarnost po pitanju mentalnog zdravlja i brige o istome i dalje je institucionalnog tipa i biomedicinske percepcije s izraženom centralizacijom u većim hrvatskim gradovima te određenim stigmatizirajućim konotacijama. S obzirom na slabiji javnozdravstveni angažman i zdravstveni pristup ka mentalnom zdravlju, (ne)dostupnost i cijena mentalnog zdravlja artikulira se kao negativan učinak pri kreiranju javnih politika. Unatoč destigmatizacijskom i deinstitutionalizacijskom procesu, koji je počeo cirkulirati unutar hrvatske stvarnosti, kategoriziranje mentalnog zdravlja u „osjetljivu temu“ i dalje artikulira učinak tabua i stigme, a samim time i kategoriju patološkog i „ludila.“ Premda je hrvatsko društvo, unatrag nekoliko godina, bombardirano (civilnim) inicijativama o brizi mentalnog zdravlja te dostupnim „čudotvornim lijekovima“, to isto si većina hrvatskih građana ne može priuštiti ili pak psihičke probleme skrivaju u privatnom prostoru. Takav neoliberalni diskurzivni učinak – učinak „povlaštenosti“ – ukazuje na retoriku diskursa koja i dalje polarizira tradicionalni (bioklinički) pristup te artikulira klasni element prekarijata.

No, nije samo klasa kategorija koja artikulira različitost (nejednakost) unutar strukture diskursa. Diskurzivna artikulacija dobi također proizvodi učinak različitosti, što sam naznačila u drugom poglavlju. Neoliberalna biomoć životnu rutinu ljudima oblikuje diskursom opasnosti od rizika nadgledajući one najrizičnije pojedince (Rose, O'Malley i Valverde 2006), a u hrvatskom slučaju to su mladi (djeca). Briga o mentalnom zdravlju mladih perpetuirana je unutar hrvatskog društva zbog, već spomenute, povezanosti ovisnosti i mentalnog zdravlja kao

kategorije rizika. Čitav niz programa i inicijativa Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo na to ukazuje: *Okrugli stol o zdravlju mladih u svjetlu cjenovne politike za alkohol i duhanske proizvode, program Zdravlje mladih u svjetlu cjenovne politike za alkohol i duhanske proizvode* i tako dalje. Hrvatska javnost kreirana je na način da mentalno zdravlje mladih percipira kao opasnost za opće blagostanje. Hrvatske javne politike upozoravaju javnost o prisutnosti psihičkih problema mladih i njihove konzumacije opojnih sredstava, a najrecentiji primjer jest projekt Ministarstva zdravstva *Probir rizika u mentalno zdravlje školske djece*, unutar kojeg se izravno artikulira kategorija rizika. Kao cilj tek pokrenutog projekta koji će svoju implementaciju doživjeti u narednih nekoliko godina, navodi se utvrđenje rizika na vrijeme kako bi stručna pomoć bila što uspješnija s očuvanom kvalitetom života, adolescentnog razvoja i obrazovanja. Ministarstvo zdravstva opasnost od rizika reprezentira evidentiranim podacima na razini zdravstvene zaštite za 2018. godinu, u kojoj je registrirano ukupno 2.279 hospitalizacija zbog mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja u dobi do 19 godina što predstavlja udio od 5,9% u ukupnim hospitalizacijama zbog mentalnih poremećaja.⁴⁶

Postoje jasno kreirane politike za mlade koje izravno govore o mentalnom zdravlju mladih, a očituju se u *Nacionalnoj strategiji za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. godine*, programima i praksi u obrazovnom sustavu, sustavu socijalne skrbi te nizom javnozdravstvenih akcija. Hrvatski zavod za javno zdravstvo pokrenuo je *Program osiguravanja optimalne zdravstvene skrbi za osobe s poremećajima mentalnog zdravlja*, u sklopu čega nastoji implementirati smjernice za usluge zaštite mentalnog zdravlja djece i adolescenata u Hrvatskoj. Spomenuta diskurzivna artikulacija najveći učinak proizvodi u području obrazovnog sustava što potvrđuju javnopolitički programi *Edukativni program unapređenja zdravstvene pismenosti odgojno-obrazovnih djelatnika u školama u području mentalnog zdravlja djece i mladih*, *Zdravstvena pismenost odgojno-obrazovnih djelatnika u području mentalnoga zdravlja djece i mladih*. Uoči Svjetskog dana mentalnog zdravlja (čije se definiranje može tumačiti kao tehnologija upravljalatva), HZJZ objavljuje infografiku *Mentalno zdravlje mladih u Hrvatskoj* prikazujući rezultate istraživanja pokazatelja mentalnog zdravlja učenika u dobi od 16 godina u razdoblju od 1999. do 2019., a očekivani učinak je poticanje rasprave o zaštiti i očuvanju mentalnog zdravlja mladih te odgovornosti odraslih za njihovo mentalno zdravlje. Izravno upućivanje na odgovornost odraslih strategija je upravljalatva koju Rose (2001) objašnjava putem genetske odgovornosti i biološke etike koje

⁴⁶ Vidi na službenoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. URL: <https://www.hzjz.hr/priopcenja-mediji/odrzano-je-svecano-pokretanja-pilot-projekta-probir-rizika-u-mentalnom-zdravlju-skolske-djece/> (2020-11-11).

su interpelirane putem pastoralne moći. Uz sve navedeno, neizbježno je analizirati ulogu medija po pitanju artikulacije proizvedenih učinaka. Medijska reprezentacija doprinosi reprodukciji spomenutih ideja rizika, bombardirajući javnost senzacionalističkim člancima o rizičnosti društvene skupine mladih. Članci naslova „Roditelji, zbog ovih simptoma dijete treba odvesti psihijatru!“ (Matijašević 2017), „Dramatično upozorenje Svjetske zdravstvene organizacije: Sve više djece koristi antidepresive!“ (Martinović 2016), samo jedni su u nizu.

5. ZAKLJUČAK

Diskurs mentalnog zdravlja u hrvatskom društvu artikulira heterogene učinke i značenja, a primarno je konstruiran dvojako kroz: 1) biomedicinsku i 2) neoliberalnu (tržišnu) formu znanja. Mentalno zdravlje istovremeno je konotirano kao patologija i rizik za društvo, a s druge strane kao resurs za opće blagostanje, pri čemu je konstruirana kategorizacija (duševnih, psihičkih i mentalnih) poremećaja, te pozitivnog i negativnog mentalnog zdravlja. Suvremeno poimanje mentalnog zdravlja razlikuje se od prethodnog (tradicionalnog) poimanja mentalne bolesti – ono sada uključuje čovjekovu funkcionalnost, produktivnost, blagostanje i osobnu odgovornost. Takvom konstruiranošću diskursa uočavaju se tehnike upravljalatva s ciljem uspostave društvenog reda te konzumerizma i produktivnosti pojedinca pod okriljem zajedničkog cilja – blagostanja. Dominantan javni i institucionalni diskurs o mentalnom zdravlju u suvremenom hrvatskom društvu preusmjeren je ka ekonomskim interesima i subjektivnim ulaganjima. Stoga se kovanica „mentalno zdravlje“ najbolje razumije u odnosu na društveni, politički i ekonomski kontekst, a ne isključivo kroz medicinski model mentalnih poremećaja i bolesti.

Percepcija i znanje o mentalnom zdravlju mijenjaju s obzirom na povijesni i društveni kontekst, a unutar hrvatskog društva prepoznaje se blaga transformacija diskursa sukladno tokovima globalizacije, neoliberalizma i pandemije Covid-19. Naime, mentalno zdravlje u hrvatskom kontekstu primarno pripada zdravstvenoj političkoj domeni, psihijatrijskoj ekspertizi i totalnim institucijama. Društvena zaliha „zdravorazumskog“ znanja o mentalnom zdravlju temelji se na, foucaultovski rečeno, tradicionalnoj biomedicinskoj percepciji reproduciranoj idejom normalnosti i patologije koju prati proces institucionalizacije i stigmatizacije. U okvirima mutacije upravljalatva – ono „(ne)normalno“ i „patološko“, postaje „opasnost od rizika“ zbog čega se mentalno zdravlje u hrvatskom društvu istovremeno počinje percipirati kao rizik i resurs: postaje *bioekonomija*. Premda je mentalno zdravlje kao rizik i opasnost, koje državi stvara opterećenje i trošak, artikulirano unutar svih društvenih domena, učinak rizika najprisutniji je pri percipiranju mlađe populacije kao „ranjive i rizične“ skupine. Javne politike hrvatsku stvarnost kreiraju pomoću paravana slobodnog izbora te konstrukcijom rizika i opasnosti. Drugim riječima, hrvatska stvarnost kreirana je na način da se negativno mentalno zdravlje percipira kao opasnost za blagostanje društva, pri čemu se mentalno zdravlje kategorizira zajedno s ovisnošću (ovisnost i negativno mentalno zdravlje definirani kao društveni rizik) i kao oblik invaliditeta jer je poremećena funkcionalnost osobe. Unatoč

tradicionalnoj (uskoj) percepciji mentalnog zdravlja kao poremećaja, u hrvatskoj se stvarnosti počeo materijalizirati globalni *trend* „novootkrivenih“ poremećaja i konzumacije proizvoda popularne i terapijske kulture. Mentalno se zdravlje percipira kao „individualna osjetljivost“ i „osobna patologija“, a pojedincu je interpelirana „volja za zdravljem“ zbog čega postaje regulirani potrošač. „Volja za zdravljem“ hrvatskim je građanima/građankama dodatno perpetuirana idejom o sreći: sreća postaje imperativ i težnja kao najveće dobro. Ukratko, uspostavljena je agenda društvenog blagostanja i sreće, a oni koji ne uspiju dostići te tržišne (neoliberalne) zahtjeve, patologizirani su. Upravljačka ideja o kvalitetnom (sretnom) životu u hrvatskom je društvu artikulirana kroz različite učinke koji su imanentni prekarnosti – stvaraju nesigurnost i nejednakost kroz dobnu, rodnu i klasnu pripadnost subjekata koji su u nemilosti marginalnosti, anksioznosti, depresije, stresa i paranoje. U hrvatskom su društvu pozitivno mentalno zdravlje, rad (karijera), slobodno vrijeme, brak i obitelj te duhovnost i religioznost interpelirane kao „nepromišljajuće sreće“. Zbog imperativa sreće hrvatski građanin postaje potrošač, a konzumerizam se perpetuira kao „jedini lijek“ za sve osobne nevolje i psihičke poremećaje.

Dominantan diskurs u Hrvatskoj umrežen je s onim nadnacionalnim (globalnim) pa se tako gubi granica između patološkog i normalnog, snižava se prag dijagnosticiranja psihičkih poremećaja umnožavajući „novootkrivene“ poremećaje zbog čega se medikalizacija života artikulira kao učinak upravljaštva. Komodifikacija i korporatizacija zdravlja ukazuje na to da neoliberalizam zahtijeva mnogo više od pukog tržišnog gospodarstva, ono zahtijeva potrošačko društvo u kojem je definiranje blagostanja i normalnosti, zdravlja i bolesti, razuma i sreće determinirano tržišnim zahtjevima koje društvo doživljava kao „prirodne“ i „neutralne“ zakone. Kako bi se ta tržišna logika sve više perpetuirala, hrvatske javne politike provode niz destigmatizacijskih akcija unutar kojih nastoje promijeniti usko shvaćanje mentalne bolesti i poremećaja, prateći europski (globalni) dominantni diskurs. Takozvani „mitski obrat“ unutar hrvatskog konteksta pojačan je recentnom pandemijom Covid-19 zbog koje je tema mentalnog zdravlja u javnosti postala najvidljivija do sad. Hrvatska politika počela je intenzivnije propitivati (kontrolirati) djelovanje građana/građanki po pitanju brige o mentalnom zdravlju upućujući izravno pitanje o ulaganju i brizi o mentalnom zdravlju, čime se mijenja dosadašnja reprezentacija mentalnog zdravlja. Unatoč destigmatizacijskom i deinstitucionalizacijskom procesu, koji je počeo cirkulirati unutar hrvatske stvarnosti, kategoriziranje mentalnog zdravlja u „osjetljivu temu“ i dalje artikulira učinak stigme, a konzumacija psihofarmaka i psihoterapije u Hrvatskoj se i dalje „skriva“ u privatnoj sferi. Premda je hrvatsko društvo, unatrag nekoliko

godina, bombardirano (civilnim) inicijativama o brizi mentalnog zdravlja te konzumerističkim dostupnim „čudotvornim lijekovima“, to isto si većina hrvatskih građana ne može priuštiti, zbog čega možemo govoriti o učinku neofeudalizma u hrvatskoj stvarnosti.

„Nema zdravlja bez mentalnog zdravlja“ i „Nemoj biti lud/a“ jezične su konstrukcije koje odzvanjaju u svakodnevici hrvatskog društva, a impliciraju ambivalentnost retorike dominantnog diskursa, odnosno višestrukost učinaka javnih politika. Međutim, nedvojbeno je reći kako se mentalno zdravlje postavlja kao bioekonomija s tržišnim (profitnim) i političkim (nacionalnim) ciljem. Hrvatske javne politike kroz artikulaciju mentalnog zdravlja nastoje hrvatskim građanima/građankama postaviti bio-vrijednost njihova života u skladu s neoliberalnim tržišnim zahtjevima te zahtjevima koji nisu na teret nacionalnom blagostanju i društvenom redu. Polarizirana artikulacija diskursa može se tumačiti kao da se hrvatske javne politike, kao kreatori stvarnosti, ne žele odreći psihijatrijske uloge nadziranja duševno poremećenih, niti tržišnog profita, no savjetodavni agenti u području mentalnog zdravlja im nisu toliko potrebni.

Na kraju naglašavam kako je moj pristup, cliffordovskim rječnikom, parcijalna istina zbog čega moja analiza nije potpuna. Zbog toga bih voljela predložiti daljnje antropološko problematiziranje teme javnih politika, njihovih učinaka na suvremeno društvo. Javne politike artikuliraju niz problema, a mentalno zdravlje samo jedan je od njih. Problematiziranje javnih politika mentalnog zdravlja relevantno je zato jer takve reprezentacijske prakse dovode u pitanje (de)humanizaciju i uvjet (strukturalnog) nasilja.

LITERATURA

- Ahmed, Sara. 2004. *The Cultural Politics of Emotion*. London & New York: Routledge.
- Ahmed, Sara. 2010. *The Promise of Happiness*. Durham: Duke University Press.
- Agencija za lijekove i medicinske proizvode. 2019. *Izješće o potrošnji lijekova u Republici Hrvatskoj za 2019. godinu*. Zagreb: HALMED.
- Begić, Velimir. 2019. „Ubojica je psihički poremećen. Možda da je podvojena ličnost“, *24. sata*, 11. veljače, 2019. <https://www.24sata.hr/news/edin-gacic-je-mozda-sizofren-i-dobro-obucen-da-se-skriva-613457> (2020-11-10).
- Benedict, Ruth. 1959. „Anthopology and Abnormal.“ U: *An Anthropologist at Work: Writings of Ruth Benedict*, ur. Margaret Mead, 262-283. Boston: Houghton Mifflin.
- Bijuk, Srna. 2019. „Postaje li Hrvatska država na antidepresivima? Sve više Hrvata traži pomoć psihijatra“, *Dnevnik.hr*, 11. ožujka, 2019. <https://dnevnik.hr/vijesti/hrvatska/sve-vise-hrvata-pije-lijekove-za-smirenje-i-trazi-pomoc-psihijatara---552458.html> (2020-11-08).
- Biti, Ozren. 2018. *Nadzor nad tijelom: vrhunski sport iz kulturološke perspektive*. Zagreb: Institut za etnologiju i folkloristiku.
- Borković, Goran. 2011. „Torre: američki farmaceuti egzistencijalnu patnju proglasili su oštećenjem mozga da bi nam propisali Prozac“, *Forum*, 24. studenog, 2011. <https://forum.tm/vijesti/torre-americki-farmaceuti-egzistencijalnu-patnju-proglasili-su-ostecenjem-mozga-da-bi-nam> (2020-11-09).
- Božić-Vrbančić, Senka. 2008. „Diskurzivne teorije i pitanje europskog identiteta.“ *Etnološka tribina* 31 (38): 9-38.
- Božić-Vrbančić, Senka. 2010. „Strong European emotions: The politics of culture in the EU.“ *Emotion, Space and Society* 30 (69): 90-94.
- Božić-Vrbančić, Senka. 2018. *Tarara: Maori i Hrvati na Novom Zelandu*. Zagreb: Jesenski & Turk.
- Brlas, Siniša i Marina Gulin. 2010. *Psihologija u zaštiti mentalnog zdravlja*. Virovitica: Zavod za javno zdravstvo „Sveti Rok“ Virovitičko-podravske županije.
- Butler, Judith. 2004. *Precarious life: the powers of mourning and violence*. London: Verso.
- Buva, Mia. 2015. „Otkrijte 7 razlika između depresije kod žena i muškaraca“, *Večernji list*, 29. siječnja, 2015. <https://www.vecernji.hr/lifestyle/otkrijte-7-razlika-izmedu-depresije-kod-zena-i-muskaraca-986946> (2020-11-12).
- Clifford, James. 1992. „Uvod: Neobjektivne istine.“ *Dometi* 25 (3-4): 103-117.
- Crome, Keith. 2009. „The nihilistic affirmation of life: biopower and biopolitics in the will to knowledge.“ *Parrhesia* 6: 46-61.
- Culler, Jonathan. 2001. „Teorija – što je to?“ U: *Književna teorija: vrlo kratak uvod*, ur. Jonathan Culler, Zagreb: AGM.
- Cvetkovich, Ann. 2012. *Depression: A public Feeling*. Durham: Duke University Press.

Cvrtila, Marijana. 2016. „Čudesna terapija: u Hrvatsku stigao aparat koji liječi depresiju i PTSP“, *Slobodna Dalmacija*, 24. listopada, 2016. <https://slobodnadalmacija.hr/vijesti/hrvatska/cudesna-terapija-u-hrvatsku-stigao-aparat-koji-lijeci-depresiju-i-ptsp-431337> (2020-11-11).

Danas.hr. 2020. „ŠEF SINDIKATA POLICIJE O NAPADU NA MARKOVOM TRGU: ‘Radilo se o psihički poremećenoj osobi ili terorističkom činu‘“, 12. listopada, 2020. <https://net.hr/danas/hrvatska/sef-sindikata-policije-o-napadu-na-markovom-trgu-radilo-se-o-psihički-poremećenoj-osobi-ili-terorističkom-činu/> (2020-11-10).

Direktno.hr. 2017. „Ivan Čelić: O psihičkim je poremećajima važno govoriti bez senzacionalizma“, 10. listopada, 2017. https://direktno.hr/zivot/zdravlje/ivan-celic-o-psihičkim-poremećajima-vazno-govoriti-bez-senzacionalizma-100510/?fbclid=IwAR12tjsEYDo3FdSrZJGAI13J2dGyYTYwVkb-sGtG_Dy-dPw-ep2j9GGodA (2020-11-08).

Direktno.hr. 2019. „Prema istraživanjima Hrvatska je najnesretnija država u regiji“, 31. ožujka, 2019. <https://direktno.hr/zivot/indeks-srece-prema-istrazivanjima-hrvatska-je-najnesretnija-drzava-u-regiji-151460/> (2020-11-10).

Edney, Dara R. 2004. *Mass Media and Mental Illness: A Literature Review*. Ontario: Canadian Mental Health Association.

Esposito, Luigi i Fernando Perez. 2014. „Neoliberalism and the Commodification of Mental Health.“ *Humanity & Society* 38 (4): 414-442.

European Communities i Health and Consumer Protection. 2005. *Green paper: Improving the mental health of the population. Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussels: European Commission.

Foucault, Michel. 1972. *The Archaeology of knowledge and the discourse on language*. New York: Pantheon Books.

Foucault, Michel. 1980a. „Body/power.“ U: *Power/Knowledge: Selected Interviews & Other Writings 1972-1977*, ur. Colin Gordon, 55-63. New York: Pantheon Books.

Foucault, Michel. 1980b. „The Politics of Health in the Eighteenth Century.“ U: *Power/Knowledge: Selected Interviews & Other Writings 1972-1977*, ur. Colin Gordon, 78-109. New York: Pantheon Books

Foucault, Michel. 1980c. „Two lectures.“ U: *Power/Knowledge: Selected Interviews & Other Writings 1972-1977*, ur. Colin Gordon, 166-183. New York: Pantheon Books.

Foucault, Michel. 1988 [1965]. *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Vintage Books.

Foucault, Michel. 1991. „Governmentality.” U: *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, ur. G. Burchell, C. Gordon i P. Miller, 87-104. University of Chicago Press & Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Foucault, Michel. 1994. *Znanje i moć*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.

Foucault, Michel. 1995. *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Vintage Books.

Gaćarić, Kristina. 2020. „Žene i muškarci različito proživljavaju depresiju, 7 glavnih razlika“, *24.sata*, 6. travnja, 2020. <https://miss7zdrava.24sata.hr/zdravlje/zene-i-muskarci-razlicito-prozivljavaju-depresiju-7-glavnih-razlika-19537> (2020-11-12).

Gloria. 2019. „Djeluje poput zagrljaja: Uspavljuje, pomaže kod ADHD-a, anksioznosti, kronične boli i depresije“, 23. svibnja, 2019. <https://zivim.gloria.hr/disem/djeluje-poput-zagrljaja-uspavljuje-pomaze-kod-adhd-a-anksioznosti-kronicne-boli-i-depresije/8904695/> (2020-11-09).

Goffman, Erving. 2009. *Stigma: zabeleške o ophođenju sa narušenim identitetom*. Novi Sad: Mediterran Publishing.

Goffman, Erving. 2011. *Azili*. Novi Sad: Mediterran Publishing.

Grad Rijeka. URL: <https://www.rijeka.hr/> (2020-11-11).

Gromača Vadanjel, Tatjana. 2015. „Prava istina o psihijatriji: Ugledni psihijatar Robert Torre: Sve manje i manje onih koji su normalni“, *Novi list*, 8. ožujka, 2015. https://www.novilist.hr/zdravlje-ljepota/ugledni-psihijatar-robert-torre-sve-manje-i-manje-onih-koji-su-normalni/?meta_refresh=true (2020-11-08).

Habermas, Jürgen. 1982. *Problemi legitimacije u kasnom kapitalizmu*. Zagreb: Naprijed.

Hall, Stuart. 2003. *Representation : cultural representations and signifying practices*. London: SAGE Publications i Thousand Oaks: The Open University.

Howarth, David, Aletta Norval i Yannis Stavrakakis. 2000. *Discourse theory and political analysis: identities, hegemonies and social changes*. Manchester i New York: Manchester University Press.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo. URL: <https://www.hzjz.hr/> (2020-11-06).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi. 2011. *Mentalno zdravlje – javnozdravstveni izazov*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za epidemiologiju kroničnih masovnih bolesti i Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo. 2018. *Bilten o mentalnim poremećajima u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Hubert, Dreyfus L. i Paul Rabinow. 1983. *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. Chicago: The University of Chicago Press.

Institut društvenih znanosti Ivo Pilar. URL: <https://www.pilar.hr/> (2020-11-12).

Krile Belak, Anita. 2020. „Milanović: One koji spominju uvođenje policijskog sata treba strpati u maricu. Ne želim za to ni čuti. Što da stanemo kao kad je umro Tito u 15.05?“, *Slobodna Dalmacija*, 30. listopada, 2020. <https://slobodnadalmacija.hr/vijesti/hrvatska/milanovic-one-koji-spominju-uvodenje-policijskog-sata-treba-strpati-u-maricu-ne-zelim-za-to-ni-cuti-sto-da-stanemo-kao-kad-je-umro-tito-u-15-05-1054354> (2020-11-10).

Martinović Bratonja, Ljerka. 2016. „Dramatično upozorenje Svjetske zdravstvene organizacije: Sve više djece koristi antidepresive!“, *Novi list*, 16. ožujka, 2016. <https://www.novilist.hr/zdravlje-ljepota/dramaticno-upozorenje-svjetske-zdravstvene-organizacije-sve-vise-djece-koristi-antidepresive/> (2020-11-13).

Matijašević, Ivana. 2017. „Roditelji, zbog ovih simptoma dijete trebate odvesti psihijatru!“, *Tportal.hr*, 10. studenog, 2017. <https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/roditelji-zbog-ovih-simptoma-dijete-trebate-odvesti-psihijatru-20140613> (2020-11-13).

Matijević, Božena. 2020. „Korona je i psihička bolest: U Stožer uključite psihologe, rastu anksioznost i PTSP“, *Večernji list*, 31. listopada, 2020. <https://www.vecernji.hr/vijesti/korona-je-i-psihiicka-bolest-u-stozer-ukljucite-psihologe-rastu-anksioznost-i-ptsp-1442559> (2020-11-10).

Mihaljević, Robert. 2019. „Podravina troši najviše psihofarmaka, Istra i Split najmanje“, *Večernji list*, 12. rujna, 2019. https://www.vecernji.hr/vijesti/podravina-trosi-najvise-psihofarmaka-istra-i-split-najmanje-1344692?fbclid=IwAR0U26NAOGfVVGZARAAaVxt9ko5sn0RPcLWS6Eu93FriPGSU-sbT_r5IfR8 (2020-11-08).

Ministarstvo obrazovanja i znanosti Republike Hrvatske. URL: <https://mzo.gov.hr/> (2020-11-07).

Molé, Noelle J. 2010. „Precarious subjects: anticipating neoliberalism in Northern Italy’s workplace.“ *American Anthropologist* 112 (1), 38-53.

Nacionalna strategija zaštite mentalnog zdravlja za razdoblje od 2011. do 2016. 2010. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. 2012. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske i Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske.

Nacionalna strategija za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2020. godine. 2014. Zagreb: Ministarstvo socijalne politike i mladih.

Novak, Miranda i Ana Petek. 2015. „Mentalno zdravlje kao politički problem u Hrvatskoj.“ *Ljetopis socijalnog rada*, 22 (2): 191-221.

Okvir za javnozdravstvenu akciju na području mentalnog zdravlja. 2004. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Program za očuvanje mentalnog zdravlja borbom protiv negativnih utjecaja tjeskobe i stresa. 2020. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.

Pliva. URL: <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/15561/Dusevni-poremecaji-i-suvremeni-nacin-zivota.html> (2020-11-11).

Rose, Nikolas. 1985. „Unreasonable Rights: Mental Illness and the Limits of the Law.“ *Journal of Law and Society* 12 (2): 199 -218.

Rose, Nikolas. 2001. „The Politics of Life Itself.“ *Theory Culture Society* 18 (6): 1-30.

Rose, Nikolas. 2000. „Government and control.“ *British Journal of Criminology*. 40: 321 -339.

Rose, Nikolas, Patt O’Malley i Mariana Valverde. 2006. „Governmentality.“ *Annual Review of Law and Social Science* 2: 83-104.

Shore, Cris i Susan Wright. 1997. *Anthropology of Policy: Critical Perspectives on Governance and Power*. Abingdon: Routledge.

Silobrić Radić Maja, Vlasta Hrabak-Žerjavić i Branimir Tomić. 2004. *Mentalne bolesti i poremećaji u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

Slobodna Dalmacija. 2009. „Dr. Lidija Gajski: Farmaceutska industrija vara bolesne i zdrave“, 23. lipnja, 2009. <https://slobodnadalmacija.hr/vijesti/hrvatska/dr-lidija-gajski-farmaceutska-industrija-vara-bolesne-i-zdrave-56891> (Posjećeno 8.11.2020).

Srdoč, Silvana. 2018. „Jeftinim liječenjem depresije u ovisnost: Što o alarmantnom istraživanju kaže psihijatar koji zna sve o lijekovima?“ *Tportal.hr*, 11. studenog, 2018. <https://www.tportal.hr/vijesti/clanak/jeftinim-lijecenjem-depresije-u-ovisnost-sto-o-alarmantnom-istrazivanju-kaze-psihijatar-koji-zna-sve-o-lijekovima-foto-20181101> (2020-11-08).

Strategija borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti u Republici Hrvatskoj (2014.-2020.). 2014. Zagreb: Radna skupina za izradu i praćenje provedbe strategije borbe protiv siromaštva i socijalne isključenosti.

Tadić, Maja. 2011. „Što mjerimo kada mjerimo sreću? Metodološki izazovi istraživanja sreće.“ *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja* 20 (2): 317-336.

Torring, Jacob. 2005. „Discourse Theory: Achievements, Arguments and Challenges“ U *Discourse Theory in European Politics: Identity, Policy and Governance*, urednici D. Howarth, J. Torring. London: Palgrave.

Torre, Robert. 2014. *Prava istina o psihijatriji: kako zaustaviti planetarnu epidemiju uzimanja psihofarmaka*. Zagreb: Profil Knjiga.

Tportal.hr. n.d. „Stručnjaci dokazali – postoji recept za sreću, evo vodiča u 10 koraka“, <http://tnative.tportal.hr/kako-biti-sretan-vodic/> (2020-11-12).

Večernji list. 2018. „Sada konačno znamo jesu li antidepresivi učinkoviti“, 24. veljače, 2018. <https://www.vecernji.hr/lifestyle/sada-konacno-znamo-jesu-li-antidepresivi-ucinkoviti-1228523> (2020-11-08).

Večernji list. 2016. „Sve što vam u životu treba: 5 savjeta najsretnijeg čovjeka na svijetu“, 18. listopada, 2016. <https://www.vecernji.ba/svijet/sve-sto-vam-u-zivotu-treba-5-savjeta-najsretnijeg-covjeka-na-svijetu-1122065> (2020-11-12).

Vlada Republike Hrvatske. 2012. *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020*. Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske.

Vlada Republike Hrvatske. URL: <https://vlada.gov.hr/> (2020-10-11).

Wald, Priscila. 2008. *Contagious: Cultures, Carriers, and the Outbreak Narrative*. Duke University Press.

Wedel, Janine *et al.* 2005. „Anthropology of Public Policy“, *Annals of the American Academy of Political and Social Science* (600): 30-51.

Woodward, Kathryn. 1997. *Concepts of Identity and Difference*. Walton Hall: The Open University.

World Health Organization. 2004. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Summary report.

World Database of Happiness: Archive of research findings on subjective enjoyment of life. URL: <https://worlddatabaseofhappiness.eur.nl/> (2020-11-11).

Zakon o zdravstvenoj zaštiti. 2019. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske

Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. 2014. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.

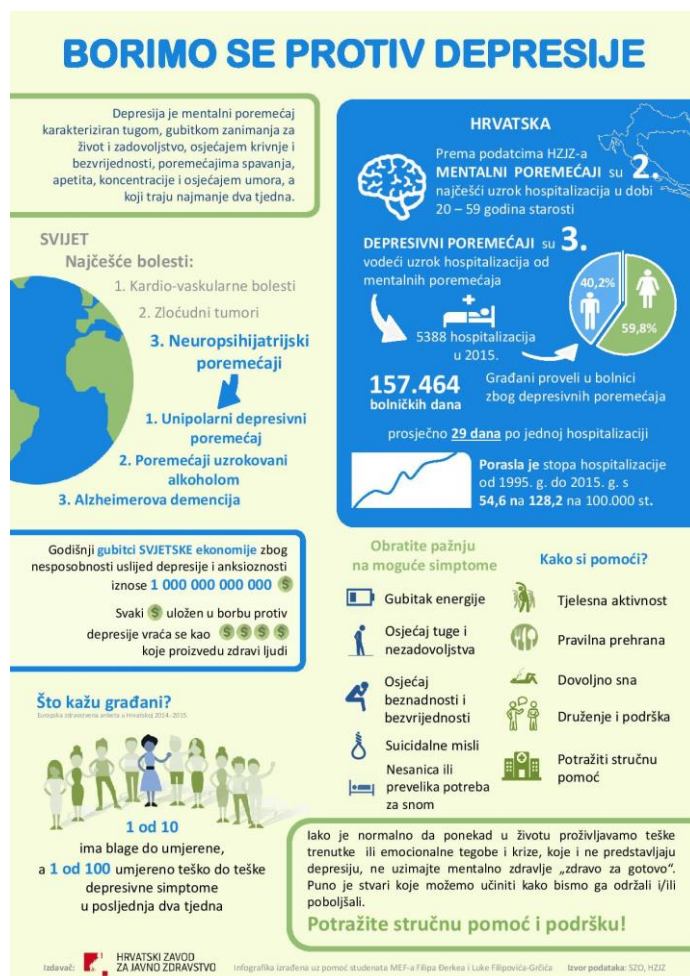
Zakon o Hrvatskom registru o osobama s invaliditetom. 2001. Zagreb: Vlada Republike Hrvatske.

Žapčić, Andreja. „Podrška mentalnom zdravlju treba biti dostupnija svima, a ne samo povlaštenima“. *RTL.Vijesti*, 24. travnja, 2019. <https://www.rtl.hr/vijesti-hr/novosti/hrvatska/3437657/sto-radi-drzava-podrska-mentalnom-zdravlju-treba-biti-dostupnija-svima-a-ne-samo-povlastenima/> (2020-10-31).

Živjeti zdravo. URL: <https://zivjetizdravo.eu/> (2020-11-09).

Žurić Jakovina, Iva. 2015. „Projekcije na terapiji: o medijskoj reprezentaciji psihoterapije u Hrvatskoj.“ *Medijska istraživanja* 21 (1): 35-56.

PRILOZI



Slikovni prilog 1.

Slikovni prilog 1. predstavlja plakat iliti infografiku pod naslovom „Borimo se protiv depresije“. Slika je preuzeta sa službene mrežne stranice Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. 6. travnja 2017., <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/borimo-se-protiv-depresije/> (Posjećeno 10.11.2020.)



Slikovni prilog 2.

Slikovni prilog 2. Fotografija fotografirana u Zadru ispred trgovačkog centra *City Galleria* dana 8. studenog 2020. Autorica fotografije je Danijela Paska.

RIJEČI SU VAŽNE

KAKO GOVORITE KAD GOVORITE O MENTALNOME¹ ZDRAVLJU?

Kad je riječ o mentalnome zdravlju i mentalnim bolestima/poremećajima,¹ riječi koje upotrebljavamo znače više nego što mislimo. Način na koji govorimo o mentalnome zdravlju i osobama koje doživljavaju poteškoće² mentalnoga zdravlja može ojačati negativne stereotipe i biti stigmatizirajući, a da to i ne primijetimo. Jezik je moćan alat za podizanje svijesti i borbu protiv stigmatizacije, pa u nastavku donosimo nekoliko savjeta kako biti pažljiviji pri izboru riječi i kako izbjeći da nekoga svojim izborom riječi nenamjerno uvrijedimo. Potrudili smo se izabrati izraze koji ne stigmatiziraju, no jasno nam je da je svaka osoba jedinstvena i da se neke osobe možda neće poistovjetiti s takvim jezikom.

OPREZNO S ETIKETAMA: NE POISTOVJEĆUJTE OSOBE S NJIHOVIM PSIHIČKIM STANJIMA

Osoba koja proživljava probleme mentalnoga zdravlja mnogo je više od svojega iskustva ili svoje dijagnoze. Ni vi sebe ne biste mogli opisati samo jednom riječju, zar ne? Izbjegavajte dijagnostički stručni jezik kad govorite o ljudima: dijagnoza ne čini cjelokupni identitet jedne osobe!³

RECITE:

- „osoba s poteškoćama ili problemima mentalnoga zdravlja“
- „osoba narušenoga mentalnog zdravlja“⁴
- „korisnici usluga zaštite mentalnoga zdravlja“
- „osoba s iskustvom psihičke patnje“
- „stručnjak po iskustvu“⁵

IZBJEGAVAJTE:

- „ludak / ludakinja“
- „On / Ona je shizofreničar / shizofreničarka / depresivan / depresivna.“
- „psihički bolesnik / psihička bolesnica“
- „osobe s mentalnim poremećajima“
- „duševno obojeleni / poremećeni / bolestan, duševno obojela / poremećena / bolesna“

GOVORITE O DOŽIVLJAJU I ISKUSTVU, A NE O SIMPTOMIMA I PSIHIČKOME STANJU

Mentalno zdravlje tiče se svih nas i svi u nekome trenutku možemo iskusiti psihičke smetnje zbog određenih događaja ili okolnosti u našem životu. Osobni doživljaj poteškoća mentalnoga zdravlja može se znatno razlikovati od osobe do osobe. Ako već govorimo o nečijemu narušenom mentalnom zdravlju, bolje je da govorimo o onome što osoba doživljava umjesto da upotrebljavamo psihijatrijske nazive. Nazivi kao što su „bolest“ ili „oboljenje“ mogu biti korisni jer neke ljude mogu potaknuti na to da potraže pomoć i podršku, ali također nam mogu otežati razumijevanje psihičkih poteškoća kao širokoga raspona doživljaja i osjećaja.

RECITE:

- „osoba koja doživljava promjene raspoloženja“
- „Ona/on čuje glasove ili ima neobična vjerovanja.“
- „On/ona je dobilo/dobila dijagnozu.“
- „netko tko trenutčno proživljava“
- „osoba koja prima pomoć i podršku za“
- „osobe koje proživljavaju probleme/poteškoće mentalnoga zdravlja / pate od narušenoga mentalnoga zdravlja“
- „suočavanje s emocionalnim ili psihičkim poteškoćama / proživljavanje emocionalnih ili psihičkih poteškoća“

IZBJEGAVAJTE:

- „pacijent / pacijentica“
- „simptomi depresije“
- „On / ona boluje od bipolarnoga poremećaja.“
- „mentalno oboljenje / mentalna bolest“
- „Boluje od“

Slikovni prilog 3.

PRIPAZITE NA JEZIK, STEREOTIPI ILI KLIŠEJI U IZRAŽAVANJU MOGU ŠTETITI OSOBAMA KOJE PROŽIVLJAVAJU PSIHICKU PATNJU

U svakodnevnome jeziku previše se često pogrešno koristimo psihijatrijskim dijagnozama, bez obzira na to koji je naš materinski jezik. Jezici se stalno razvijaju i moramo biti posebno oprezni da ne potkrepljujemo klišeje te da ne potičemo i jačamo negativne stereotipe o mentalnome zdravlju. Mediji također imaju velik utjecaj na stavove ljudi i trebaju se bolje educirati o tome kako izbjegavati senzacionalističke pojmove i usvojiti realniju i senzibilniju sliku mentalnoga zdravlja.

RECITE:

„Statistike pokazuju da većina osoba koje pate od narušenoga mentalnog zdravlja nije nimalo sklonija nasilju od ostalih. Osobe koji pate od psihičkih poteškoća nažalost češće su žrtve nasilja ili ozljeđivanja.“

IZBJEGAVAJTE:

„Baš sam OKP (opsesivno-kompulzivna), već sam dvaput ovoga tjedna čistio/la našu spavaću sobu.“
„Što je s tim vremenom, kao da je bipolarno.“
„Policija je uhitila psihonapadača koji napada nožem.“
„Zatvoren je shizofreničar koji je poslao pismo.“

Zapitajte se:

Pridonosi li vašoj priči spominjanje činjenice da se neka osoba suočava s problemima mentalnoga zdravlja?

„Stopa oporavka nakon psihoterapije prvi je put prešla 50 %.“ Što kad bismo o mentalnome zdravlju češće izjavljivali afirmativnije? Trenutačno se to nedovoljno radi.

„Ovaj sam tjedan već dvaput očistio/la spavaću sobu, baš sam uredan/na.“ Kad razgovarate s prijateljima, objavljujete na blogu ili društvenim mrežama, izbjegavajte se koristiti stručnim nazivima koji se odnose na probleme mentalnoga zdravlja kao frazama.

M·H·E
Mental Health Europe

Mental Health Europe (MHE) najveća je nezavisna mrežna organizacija koja okuplja korisnike zdravstvenih usluga, stručnjake i pružatelje usluga u području mentalnoga zdravlja u Europi. U MHE-u zagovaramo psihosocijalni pristup mentalnomu zdravlju koji, umjesto da narušeno mentalno zdravlje odredi kao bolest ili oboljenje prouzročeno isključivo biološkim čimbenicima, u obzir uzima i život i društveno okruženje neke osobe i te čimbenike smatra jednako važnima u razumijevanju svih aspekata mentalnoga zdravlja. Smatramo da mentalno zdravlje nije samo prisustvo ili izostanak bolesti. Ono uključuje i osjećaj blagostanja¹ i doživljaj pozitivnih² emocija: riječ je o nama, našim životima, poslu, odnosima, tjelesnome zdravlju i društvenome okruženju.

Ostvareno uz potporu Programa Europske unije o pravima, jednakosti i građanstvu.

¹ U hrvatskome jeziku često govoremo o psihološkom ili duševnome zdravlju. U prijevodu ove infografike koristili smo samo tri riječi: „Mentalno je zdravlje puno više od prisutstva ili odsutnosti bolesti: odnosi se na cjelovitost i dobrobit osobe.“ U nastavku prijevoda koristili ćemo se nazivom mentalna bolest ili mentalni poremećaj samo iz razloga jasnoće, da je u svakodnevnome jeziku uporaba tih kategorija i etiketa stigmatizirajuća, važno je individualno iskustvo i doživljaj toga iskustva. ² Osim što je puno više od dijagnoze, osoba koja pati od psiholoških poteškoća... osjeća društveni smislenost. ³ Iako se govore o psihološkim, mentalnim poremećajima, osoba koja pati od psiholoških poremećaja. ⁴ Način koji se najviše koristi za opisivanje osoba koje proživljavaju ili su proživjele poteškoće mentalnoga zdravlja odnosi imale su i imaju iskustva i poteškoćama mentalnoga zdravlja. ⁵ Odnositi i „općinski“

Slikovni prilog 3.

Slikovni prilog 3. predstavlja plakat iliti infografiku pod naslovom „Riječi su važne“ u sklopu projekta „Živjeti zdravo“, 6. lipnja 2020. Slika je preuzeta sa službene mrežne stranice Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/kako-govorite-kada-govorite-o-mentalnome-zdravlju/> (Posjećeno 11.11.2020.)

MIT: Mentalno zdrave osobe nikada ne osjećaju emocionalne tegobe i/ili proživljavaju teške trenutke i krize.

ČINJENICA: Smatra se da se osobe koje imaju dobro i/ili očuvano mentalno zdravlje mogu uspješno nositi i oporaviti od neizbježnih životnih stresova, ostvarivati ispunjavajuće odnose s drugima te uspješno upravljati svojim osjećajima i ponašanjem. Međutim, to ne znači da i one ne proživljavaju teške trenutke ili ponekad ne doživljavaju emocionalne tegobe i krize.

MIT: Potražiti stručnu pomoć odražava osobnu slabost ili karakternu manu.

ČINJENICA: Traženje i prihvaćanje pomoći upravo je znak otpornosti, snage i odlučnosti. Razgovor sa stručnom osobom može pomoći unapređenje osobnih potencijala i boljem upravljanju vlastitim životom. Na taj način osoba može ostvariti kvalitetnije odnose s drugima i sa samim sobom, može sagledati životne događaje iz „drugog kuta“, može otkriti svoje prednosti i snage i utvrditi područja koja može poboljšati kako bi se lakše nosila sa svim životnim usponima i padovima.

MIT: Ništa ne možemo učiniti kako bismo poboljšali svoje mentalno zdravlje i održali osobno zadovoljstvo te načine nošenja sa životnim stresom.

ČINJENICA: Puno je stvari koje možemo učiniti kako bismo održali i/ili poboljšali svoje mentalno zdravlje, kao što ulažemo i u održavanje i poboljšanje našeg telesnog zdravlja. Ne uzimajte mentalno zdravlje „zdravo za gotovo“. Ako ne možete sami, potražite stručnu pomoć i podršku.

VJERUJTE – PROMJENE SU MOGUĆE.

Razmislite. Pronađite načine do većeg osobnog zadovoljstva u životu. Učinite prvi korak. Budite ustrajni.

- **DONESITE ODLUKU - MIJENJAJTE SEBE** ✓
- **UČINITE PRVI KORAK VEĆ DANAS** ✓
- **RAZMIŠLJAJTE NA POZITIVAN NAČIN** ✓
- **AKO NE MOŽETE ŠAMI, POTRAŽITE STRUČNU POMOĆ I PODRŠKU** ✓
- **BUDITE USTRAJNI** ✓



**ZA
MENTALNO
ZDRAVLJE**

**Učinite prvi korak.
Ako ne možete sami,
upitajte svog liječnika ili
drugog stručnjaka za savjet.**



Slikovni prilog 4.

Slikovni prilog 4. predstavlja plakat iliti infografiku pod naslovom „Za mentalno zdravlje“. Slika je preuzeta sa službene mrežne stranice projekta Živjeti zdravo, <https://zivjetizdravo.eu/category/mentalno-zdravlje/> (Posjećeno 11.11.2020).