

DR ANA ČEKEREVAC
REDOVNI PROFESOR

DR NATALIJA PERIŠIĆ
VANREDNI PROFESOR

UNIVERZITET U BEOGRADU – FAKULTET POLITIČKIH NAUKA
ODELJENJE ZA SOCIJALNU POLITIKU I SOCIJALNI RAD

SOCIJALNA POLITIKA U ZAŠTITI MENTALNOG ZDRAVLJA I PREVENCIJI BOLESTI ZAVISNOSTI

Apstrakt: Razmatranja zaštite mentalnog zdravlja i prevencije bolesti zavisnosti unutar nauke i prakse socijalne politike mogu se pozicionirati, između ostalog, u okviru države blagostanja.

Praktične adaptacije teorijskih pristupa državi blagostanja rezultovale su različitim politikama u oblasti mentalnog zdravlja, čiji su karakteristični tipovi opisani i analizirani u radu. U osnovi različitih pristupa politika u praksi nalaze se različite interpretacije kompleksnih relacija koje se mogu uspostaviti između koncepta slobode u socijalnoj politici i (ne)slobode koju kreiraju bolesti zavisnosti.

Stavke politike, njenog dizajna i logike, imaju ključni značaj u kontekstima države blagostanja, sa važnim i neposrednim posledicama za politike zaštite mentalnog zdravlja i prevencije bolesti zavisnosti. U radu se stoga razmatraju izazovi preoblikovanja „problema” bolesti zavisnosti u predmet politike i njegove interpretacije, a zatim i četiri osnovne argumentacije koje se nalaze u osnovi kreiranja politika zaštite mentalnog zdravlja.

Rad se zasniva na kvalitativnoj analizi postojeće literature iz oblasti socijalne politike o mentalnom zdravlju. Osnovni cilj je ukazivanje na veze između ovih oblasti, uz zagovaranje pristupa koji bi efektivno rezultovao koordinacijom i partnerstvima.

Ključne reči: socijalna politika, država blagostanja, mentalno zdravlje, bolesti zavisnosti

Uvod

Mentalno zdravlje najčešće je predmet proučavanja medicine i srodnih disciplina, unutar kojih se razmatra sa stanovišta toga da predstavlja zdravstveni i/ili medicinski problem. U društvenim naukama, naročito u sociologiji, i to u pristupima kod Mišela Fukoa i Irvinga Gofmana, ono se posmatra kao problem socijalne kontrole. Iako ne u identične, u slične „okvire” postavljaju se i bolesti zavisnosti. Zaštita mentalnog

zdravlja i prevencija bolesti zavisnosti, međutim, tretira se i kao oblast politike, iako tek odskora, znatno kasnije u poređenju sa brojnim drugim pojavama. To jeste iznenađujuće, naročito kada je u pitanju socijalna politika. Mentalno zdravlje jedan je od elemenata i faktora životnih i radnih uslova (koji su univerzalno obuhvaćeni različitim definicijama socijalne politike, odnosno predstavljaju njen sadržaj). Zdravstvena politika, zdravstvena zaštita i zdravstveno osiguranje predstavljaju tradicionalne oblasti promišljanja i istraživanja socijalne politike. Za razliku od toga, mentalno zdravlje i bolesti zavisnosti umnogome kasnije postali su njena područja.¹ Skorašnji napis Lidije Luis to potvrđuje: „Mentalno zdravlje ostaje na margini agende javne socijalne politike” (Lewis, 2009: 212), iako se među funkcijama socijalne politike (kao što su zaštitna funkcija, funkcija raspodele i preraspodele, funkcija homogenizacije, funkcija stimulacije i preventivna funkcija) u savremenim uslovima izdvaja preventivna funkcija, koja treba da utiče na sprečavanje nastanka nepovoljnih socijalnih situacija, kao što su oštećenje zdravlja, bolesti zavisnosti itd. Socijalni rad, koji je u najbližoj vezi sa socijalnom politikom, u odnosu na ostale „pomagačke” profesije, imao je izuzetno važan doprinos u promeni ove „paradigme” socijalne politike, kao profesija i praksa čiji je udeo u zaštiti mentalnog zdravlja i prevenciji bolesti zavisnosti sve prepoznatljiviji i veći.

Jedan od najočiglednijih izbora u proučavanju zaštite mentalnog zdravlja i prevencije bolesti zavisnosti, iz ugla političkih nauka, konkretno socijalne politike, jeste pozicioniranje ove problematike u okvire države blagostanja. Ljudi sa mentalnim bolestima uopšteno (unutar čega i onima sa bolestima zavisnosti) počeli su da se prepoznaju kao vulnerabilna ili ranjiva društvena grupa, kojoj je potrebna posebna pomoć i podrška društva. Ovaj „nalaz” imao je za posledicu kreiranje programa i mera kako prevencije, tako i podrške, u oblasti mentalnog zdravlja, kao i bolesti zavisnosti.

Zajedno sa potrebama, pravima, pravdom i jednakošću, sloboda predstavlja jedan od fundamentalnih koncepata socijalne politike, bez obzira na interpretacije. Pozitivne i negativne slobode, veza između sloboda i prava, otpor prema normama i institucijama čija je priroda isključujuća, predmet su brojnih debata u okviru socijalne politike. Ljudima sa mentalnim bolestima često je sloboda odricana i oduzimana, nagla-

¹ Podjednako sa neprepoznavanjem na nivou politike, ljudi sa mentalnim oboljenjima bili su ignorisani i od strane društva – „malo njih reklo bi da oni nisu marginalizovani. Ovaj segment populacije često se smatra najzanemarenijom grupom građana, i to oduvek” (Melke, 2010: 16).

šavanjem njihove zavisnosti i odsustva kapaciteta, bez sprovođenja bilo kakvih strategija osnaživanja i izlaska iz problema.

Posledično, ovaj rad fokusiran je na proučavanje dvosmernog uticaja: uticaja kreiranja politike na oblast mentalnog zdravlja i uticaja razvoja u oblasti mentalnog zdravlja na kreiranje politike. Sačinjavaju ga dva dela, prvi – u kom se razmatraju konkretne politike, i drugi – u kom se analiziraju sastavni elementi politika u praksi.

1. Država blagostanja i politike zaštite mentalnog zdravlja i prevencije bolesti zavisnosti

1.1. Politike i promena paradigme

Politike mentalnog zdravlja, unutar političkih nauka, najčešće obuhvataju naknade i usluge na koje mogu da ostvare pravo oni koji imaju mentalne poremećaje i mentalne bolesti. Ove politike obuhvataju zdravstvene usluge, usluge smeštaja, personalnu podršku, nadoknadu dohotka i zapošljavanje. Ana Rodžers i David Pilgrim sumiraju: „Termin politike mentalnog zdravlja se na početku 21. veka odnosi na zakonske mehanizme, smernice politika i investicije u usluge [...] delimično se odnosi na kontrolu ponašanja, delimično na unapređenje blagostanja, delimično na ublažavanje stresa, a delimično na otklanjanje disfunkcije” (Glasby, Tew, 2015: 20).

Među državama postoje znatne razlike sa stanovišta pristupa u oblasti zaštite mentalnog zdravlja unutar programa države blagostanja. Oslanjajući se na Esping-Andersenovu teoriju režima blagostanja², Simon Gudvin je u svojoj knjizi „Komparativna politika mentalnog zdravlja”, iz 1997. godine, kao tipične primere političkih pristupa u oblasti zaštite mentalnog zdravlja naveo liberalizam, konzervativizam i socijalno-demokratiju³.

Model liberalne politike mentalnog zdravlja, u koji se može klasifikovati Engleska, Gudvin je povezo sa ranim razvojem i brzim tempom promena. Kao osnovne karakteristike naveo je naglasak na rehabilitaciji i usluge niskog kvaliteta za korisnike. Model konzervativne politike mentalnog zdravlja, kakav postoji u Francuskoj, odlikuje se kasnom pojavom i sporim promenama, prema njegovoj argumentaciji. Naglasak je

² Gesta Esping-Andersen je na osnovu kriterijuma dekomodifikacije, stratifikacije i odnosa privatnog i javnog ustanovio podelu na liberalni, korporativni i socijalno-demokratski režim blagostanja (Esping-Andersen, 1990).

³ Vrednost ove, kao i svih ostalih tipologija *per se* predmet je sporenja među autorima (Perišić, 2016: 12–14).

na održavanju *statusa kvo* i minimalnoj pomoći države po osnovu principa supsidijarnosti. Na kraju, model socijal-demokratske politike mentalnog zdravlja, karakterističan za Švedsku, kasno je počeo da se razvija, ali su promene brze, smatra ovaj autor. U njemu je naglasak na socijalnim pravima, a usluge za korisnike su kvalitetne (Melke, 2010: 25).

Trend koji se može uočiti u modelima politika mentalnog zdravlja u svim državama, iako u različitim opsezima, jeste promena „paradigme” od institucionalne zaštite ka zaštiti u zajednici: „prestalo se smatrati da psihijatrijska dijagnoza nužno rezultuje potrebu za staranjem, već da je potrebno kreirati alternative za one kojima je potrebna podrška u svakodnevnom životu” (Melke, 2010: 16). Ova promena, međutim, bila je gradualna, a ne radikalna, započeta još od pedesetih godina prošlog veka (Shen, 2013: 53; Glasby, Tew, 2015: 20, 77)⁴. Brojni autori ukazivali su na razloge za to, navodeći, između ostalih, primenu novih lekova za tretman mentalnih bolesti, pokret socijalne psihijatrije, povišenu toleranciju zajednice, promene mehanizama finansiranja programa blagostanja, itd. Ekspanzivne definicije mentalnih bolesti, specijalizacija usluga i njihova uvećana dostupnost učinili su da institucionalna zaštita prestane da se smatra jedinim relevantnim ili podesnim odgovorom politike (Canton, 1998: 353). U osnovi ove orijentacije nalazi se prepoznavanje i priznavanje efekata života u instituciji, nasuprot životu u zajednici, u krajnjem slučaju i toga da institucionalizacija može umanjiti kapacitete pacijenta za vođenje nezavisnog života (Goodwin, 1998: 261).

Interesovanje istraživača socijalne politike za oblast mentalnog zdravlja umnogome se može povezati sa promenom orijentacije u oblasti mentalnog zdravlja. Sve do perioda do kog je dominirala institucionalna paradigma ono je bilo izrazito skromno. Marginalni položaj oblasti mentalnog zdravlja unutar zdravstva odražavao se na njegov marginalni status u akademskoj sferi (Lewis, 2009: 212). De-institucionalizacija, propraćena potrebom da se osobama obolelim od mentalnih bolesti obezbedi obuhvatnija zaštita, i to u zajednici, počela je da dolazi u fokus istraživanja u socijalnoj politici. Ona je zahtevala kreiranje neuporedivo diverzifikovanih mera i programa socijalne politike, ne isključivo, ali umnogome zbog ukazivanja na vulnerabilnost populacije sa problemima mentalnog zdravlja. Tome je, između ostalog, doprinela i tenzija između nezavisnosti korisnika kao cilja kojima se rukovodi ova politika i rizika koji mogu nastati u zajednici kao posledica toga, ali i slobode kao fundamentalne vrednosti, nasuprot ograničenjima i prinudama. Pristup

⁴ Neki autori ukazuju i na ponovni trend institucionalizacije, konkretno u Engleskoj i Nemačkoj, u kojima je evidentirano povećanje broja bolesničkih kreveta u oblasti forenzičkog mentalnog zdravlja (Medeiros, McDaid, Knapp, 2008: 17).

orijentisan prema ljudskim pravima unutar društvenih nauka uopšteno uticao je takođe na interesovanje socijalne politike za mentalno zdravlje. Funkcije socijalne politike su međusobno zavisne i deluju na pojedinca, porodicu, društvene grupe i društvo u celini. Jedan od najvažnijih impulsa u socijalnoj politici svakako predstavlja koncept socijalnog uključivanja, univerzalno prihvaćen danas, čija je jedna od četiri dimenzije oblast zdravlja, unutar čega i mentalnog.

1.2. Sloboda u promeni paradigme

U javnosti, mentalne bolesti često se povezuju sa rizicima i opasnostima po slobodu i živote drugih. Doprinos medija u rasvetljavanju faktičkog stanja izuzetno je ograničen i može se okarakterisati kao podrška stereotipima i predrasudama. Nasuprot tome, „veza između nasilja i mentalnih bolesti je slaba, a implementacija zaštite u zajednici [...] nije rezultovala nikakvim uvećanjem pretnje po javnu bezbednost” (Glasby, Tew, 2015: 83).

Sumirajući nalaze istraživanja na globalnom nivou, autori su ukazali na sledeće:

- Izuzetno mali broj osoba obolelih od mentalnih bolesti počini ubistva, štaviše udeo ubistava koje su počinili ljudi sa teškim mentalnim oboljenjima unutar sveukupnog broja ubistava pokazuje tendenciju smanjenja;
- Najčešće su meta ubistava osoba obolelih od mentalnih bolesti članovi njihovih porodica ili ljudi koje poznaju, a ne nepoznate osobe;
- Iako je mentalno zdravlje faktor od značaja za činjenje ubistva u malom procentu, neki drugi faktori, a to su upravo zloupotreba supstanci, tj. prisustvo bolesti zavisnosti, i prethodna nasilnička ponašanja, imaju veći uticaj (Glasby, Tew, 2015: 84).

Procena rizika, u istom istraživanju, pokazala se nepouzdanom: „tamo gde je procenjivano da neka grupa ima visok rizik 80% njih nije počinilo nikakav akt nasilja [...] suprotno tome, oko jedne trećine prijavljenih incidenata napravili su oni koji su identifikovani kao osobe sa niskim rizikom” (Glasby, Tew, 2015: 85). Ovo je navelo istraživače da zaključe da je umnogome efektivnije i efikasnije ulagati u povećanje dostupnosti i kvaliteta usluga za osobe sa mentalnim oboljenjima, nego u procedure procene rizika, ali je realnost suprotna tome.

Reperkusije promene paradigme u zaštiti mentalnog zdravlja na slobode važan su segment promišljanja, ali i prakse. Liberalno orijentisani teoretičari pretpostavljaju slobodu ostalim vrednostima, tumačeći

je, između ostalog, kao negativnu i kao pozitivnu. Pod negativnom slobodom oni podrazumevaju slobodu od prinude i ograničenja. Međutim, sloboda od prinude ima određene granice, koje se u liberalizmu načelno „podižu” tamo gde ugrožavaju slobode drugoga. Na taj način, slobode su ipak uslovne i podložne ograničenjima. Odgovori liberala na to gde su granice izuzetno su diverzifikovani, sa libertarijancima na jednom kraju i paternalistima na drugom. Libertarijanci se zalažu za najveći stepen sloboda, zagovarajući, između ostalog, da bi sve droge trebalo legalizovati „po osnovu toga da individue treba da budu slobodne da učine šta žele sa svojim telima” (Lister, 2017: 226). Paternalisti pak smatraju da država treba da sačini regulaciju o tome šta je dozvoljeno, a šta zabranjeno, i to u ime dobra za širu zajednicu i/ili same pojedince.

Za razliku od slobode *od*, pod pozitivnom slobodom se u liberalizmu podrazumeva sloboda *za*. Pozitivna sloboda odnosi se na kapacitete individua da prave izbore, na osnovu onoga što oni smatraju vrednim, i na njihovu autonomiju. U tom slučaju, nije dovoljno odsustvo prinude da bi se govorilo o postojanju slobode, važno je praktikovanje, tj. demonstriranje „kapaciteta pravljenja izbora i donošenja odluka koje su, na neki način, autentično njihove” (Lister, 2017: 228). Tomas Hil Grin, u čijem filozofskom središtu se nalazi koncept pozitivne slobode, bavio se, između ostalog, izučavanjem problema alkoholizma radnika svog doba, kao pristalica liberalizma blagostanja (Fitzpatrick, 2011: 53). Za njega je bila neprihvatljiva argumentacija prema kojoj zabrana pijenja vodi ka gubitku ličnih sloboda, i to iz dva razloga: „prvo, sloboda nikada nije značila da ljudi imaju pravo da rade ono što im se sviđa bez obzira na posledice svojih akcija po sebe i po druge; drugo, ograničavanje tendencije ljudi da mnogo piju je u interesu opšte slobode [...] neka prava imaju prednost u odnosu na ostala” (George, 2012: 248).

Jedan od mogućih ishoda (različitih varijanata) liberalizma mogla bi biti i sloboda individua da konzumiraju supstance koje izazivaju zavisnost ili da se bave aktivnostima koje se smatraju zavisnošću, kao što je već navedeno. Ova sloboda, međutim, samo je formalna. Suštinski, ona bi učinila individuu neslobodnom – prvonavedena sloboda mogla bi ga dovesti u prinudu, tj. nemogućnost prestanka uzimanja supstanci ili bavljenja aktivnošću. Sloboda neprihvatanja tretmana, takođe, povezana je sa određenim reperkusijama. Istovremeno, ograničenja su povezana sa slobodom: „ukoliko aktivnosti ljudi sprečavaju izbore, na primer, kroz zloupotrebu droga ili alkoholizam, intervencija će im omogućiti očuvanje slobode i nezavisnosti” (Lister, 2017: 226).

Sloboda sadrži upravo ambivalencije, o čemu se mnogo raspravljalo, između ostalog, unutar egzistencijalističke tradicije. Seren Kjerkegor

ukazivao je na to da se ljudi suočavaju sa nizom izbora tokom života „bez mogućnosti oslanjanja na sudove moralnosti koji mogu ukazati na najbolju opciju” (Fitzpatrick, 2011: 59). Odlika slobode je, smatra on, strahovanje, anksioznost i neizvesnost (Fitzpatrick, 2011: 59). Sigmund Bauman otišao je korak dalje. Pošto se pravila ponašanja više ne mogu postaviti kao apsolutna, biti slobodan, smatrao je on, znači procenjivati šta je ispravno, a šta nije. Savremeno društvo je društvo tzv. likvidne modernosti, tj. promenljivosti. Čovekova želja za ontološkom sigurnošću neće nestati, ali zahteva transformaciju, konkretno „da povežemo narative [različitih] epizoda u smislenu celinu; a fragmentišuća, ne-linearna priroda modernosti, sprečava nas da to uradimo” (Fitzpatrick, 2011: 60). Posledično bekstvo od slobode predmet je razmatranja brojnih filozofa, psihijatarata i psihologa.

2. Koncipiranje „političkog” u oblastima zaštite mentalnog zdravlja i prevencije bolesti zavisnosti

2.1. Predmet i koncept politike

Prema definiciji Tomasa Daja, koja potiče još iz sedamdesetih godina prošlog veka, „javna politika je sve ono što vlade odluče da urade ili da ne urade” (Knoepfel, Larrue, Varone, Hill, 2011: 23). Ona je „artefakt obojen aspiracijama političara, javnosti, interesnih grupa i drugih činilaca” (Shen, 2013: 46). Politika predstavlja reakciju na određeni problem, koji se u društvu definiše kao javni. Prevođenje problema u javni problem nije uvek direktno. Brojni faktori utiču na to da li će i kada neki problem biti prepoznat kao javni. Ako se problem neutralno definiše kao nesklad između postojećeg i željenog, onda je javni problem društvena realnost koju vlada smatra neprihvatljivom. Međutim, ni navedeno nije dovoljno, stoga što vlade ne odgovaraju egalitarno i automatski na sve probleme (Spiker, 2013). To znači i da će neki problem ostati u sferi privatnosti, tj. da neće preći u sferu javnosti, tj. politike. Razlozi za to su brojni: pošto se problemi posmatraju posredstvom svojih simptoma, neki ne moraju biti vidljivi ili se pak može smatrati da nisu u vezi sa nekom pojavom (Knoepfel, Larrue, Varone, Hill, 2011: 21).

Od izuzetnog značaja je interpretacija, tj. definisanje problema. Tako bolesti zavisnosti mogu obuhvatati različite bolesti i biti definisane na različite načine; odgovornost za njih može biti pripisivana privatnoj sferi, tj. porodici, ali i društvu; posledično, odgovornost za njihovo tretiranje ne mora biti ili može biti na društvu; načini tretiranja će se razlikovati u zavisnosti od toga da li je to izbor pojedinca ili neadekvatnost društva; ciljne grupe mogu se shvatiti usko ili široko itd.

Politika mora da bude praćena zakonodavstvom i njegovom primenom. Perfektna primena zakonodavstva, tj. perfektna administracija ne postoji. Brojne deformacije, čak i dobro koncipirane politike, moguće su u praksi. Osim toga, politike po pravilu proizvode i željene i neželjene, i predviđene i nepredviđene efekte (Spiker, 2013: 322). S tim u vezi, teorija predstavlja dva konkurentna objašnjenja motivacije donosioca odluka da usvoje i implementiraju neku politiku: eksterna legitimnost i interna efikasnost. Eksterna legitimnost potiče od toga što globalni akteri formulišu i uokviravaju probleme, a nacionalne države žele da ih „prate”. Rizik se, međutim, može sastojati u tome da neka politika, iz bilo kog razloga, nije primenljiva u nekom nacionalnom kontekstu. S druge strane, interna efikasnost ukazuje na usklađivanje i koordinaciju, tj. na racionalne odgovore unutar sopstvenog konteksta. Može se, međutim, desiti da oni ne budu primereni ili usklađeni sa globalnim promenama u politikama (Shen, 2013: 47). Jedan od važnih primera za navedeno jeste koncept socijalnog uključivanja koji promovise Evropska unija u Evropi. On, ravnopravno sa prihodima, zapošljavanjem i obrazovanjem, sadrži dimenziju zdravlja, između ostalog mentalnog zdravlja, kao što je već navedeno, kao dimenzije socijalnog uključivanja pojedinaca. Od 2005. godine Evropska unija započela je sa koncipiranjem strategija mentalnog zdravlja, koje promovise kao važne, ne samo za države članice, nego i države kandidate.

Na kraju, od sredine devedesetih, u političkim naukama naglasak je na tome da se politike ne smeju kreirati isključivo ili samo na osnovu mišljenja stručnjaka, nego da se moraju više oslanjati na evaluaciju, ishode, na to šta funkcioniše u praksi (Hudson, Lowe, 2011: 274). Politike, međutim, nisu uvek zasnovane na dokazima, nego na onome što je jednostavno funkcionisalo u praksi, do tada⁵ (Spiker, 2013: 326–330). S druge strane, u nekim oblastima politika, donosioci odluka izveštavaju da im je na raspolaganju previše međusobno različitih dokaza, te da je najveći problem uskladiti interese različitih strana i aktera koji učestvuju u jednoj politici – profesionalaca, pacijenata, njihovih porodica, a da se u isto vreme obezbedi da se realizuje ono što je definisano kao cilj politike, i to u okviru postojećih finansijskih sredstava (Glasby, Tew, 2015: 21). Razlikovanje između država inovatora i država ponavljača je veliko, sa stanovišta pristupa informacijama i dokazima uopšteno (Shen, 2013: 49).

Tako se, na primer, u devetnaestovekovnim zapisima Tomasa Hila Grina o alkoholizmu, koji on naziva pijanstvom, i to kod tzv. radničke klase, iščitavaju svi elementi onovremene politike, koji su ovde opisani

⁵ Teorija putne zavisnosti argumentuje da politike „putuju u šinama” i da je teško uvesti promene u njih.

i koji se mogu proceniti kao potencijalno kontroverzni i uslovljeni društvenim interpretacijama. Tako on argumentuje da je zakonodavstvo bilo koncipirano ne tako da redukuje potrošnju alkohola u javnom prostoru, koliko da koncentriše objekte u kojima je bilo dozvoljeno pijenje alkohola u one oblasti gradova u kojima su živeli siromašni, koji tome nisu mogli da se odupru. Alkoholizam je ipak smatran javnim, a ne privatnim problemom, s obzirom na njegov uticaj na društvo u celini. Četiri stavke, koje su od značaja za politiku, Grin je izdvajao:

1. „opijanje stvara ‘društvenu nelagodu’ uglavnom u oblastima u kojima živi radnička klasa”;
2. vodi ka osiromašenju i „degradaciji” sveukupne porodice;
3. predstavlja „štetu po druge, sa stanovišta zdravlja, novčanika i sposobnosti”;
4. „veliko je opterećenje za slobodan razvoj čovekovih moći za društveno dobro, verovatno teže opterećenje nego što proističe iz svih drugih uzroka zajedno koji se mogu prevenirati” (George, 2012: 248).

2.2. Argumentacije u osnovi politika mentalnog zdravlja

Kada je politika mentalnog zdravlja u pitanju konkretno, četiri argumentacije ili „okvira” imale su i/ili imaju i dalje najveći uticaj, sa različitim implikacijama po problematiku bolesti zavisnosti.

Prva argumentacija nalazi se u osnovi *modela generičkih zdravstvenih usluga*. Debate o tome da li se oblast mentalnog zdravlja uklapa u generičke pristupe zdravstvenoj zaštiti često su vođene. Izmeštanje psihijatrijskih službi iz izdvojenih azila i njihovo integrisanje u opšte bolnice, u kojima predstavljaju jedno od niza odeljenja, imalo je veliki simbolički i praktični značaj za promovisanje ideje da je mentalna bolest isto što i svaka druga bolest. U ovom okviru, „primarni fokus službi za mentalno zdravlje nalazi se na administriranju medicinske i drugih formi tretmana od strane medicinski vođenih multidisciplinarnih timova – uz podesno određivanje forme tretmana primarno na osnovu medicinske dijagnoze osobe” (Glasby, Tew, 2015: 22).

Nedostatak ovog pristupa proističe iz toga što se ne uklapa svaka mentalna bolest u logiku modela „procena – tretman – otpust”, koji se najčešće nalazi u osnovi pristupa u zdravstvu uopšteno. Specifičnost oblasti mentalnog zdravlja jeste u tome što mnogi koji su oboleli od mentalnih bolesti imaju dugotrajne, promenljive i kompleksne potrebe, koje se preklapaju između zdravstvene i socijalne zaštite. Isto se odnosi i na bolesti zavisnosti. Bolesti zavisnosti ne uklapaju se u potpunosti ni u

pristup tretiranja zdravstvenih stanja koja drugo traju – mnogima zaista bude bolje, ali poboljšanje ne mora biti linearno ili u potpunosti direktno i neposredno. Postoji, naime, potreba da se kreiraju prilagođeni modeli organizacije i pružanja usluga u ovoj oblasti mentalnog zdravlja, koji se umnogome razlikuju od dominantnog pružanja usluga u zdravstvu (Glasby, Tew, 2015: 22).

Model generičkih socijalnih usluga počiva na drugoj argumentaciji. On se prevashodno zasniva na lokalnim organima vlasti, tj. lokalnim zajednicama, uključuje i organizacije civilnog društva, a osnov rada je procena u skladu sa definicijama potreba i rizika. Potrebe se shvataju sa stanovišta dodatne podrške, koja onima sa bolestima zavisnosti, na primer, može biti potrebna da bi vodili život prihvatljivog kvaliteta i prihvatljive samostalnosti. Rizik se, pak, shvata na načine koji su donekle međusobno kontradiktorni: rizik da će obolela osoba naneti štetu sebi, da će naneti štetu drugima, rizik da će nastati zloupotrebe i rizik da će se postojeće stanje pogoršati do te mere da zahteva intenzivniju intervenciju, kao što je smeštaj u ustanovu. Od početka devedesetih godina došlo je do suštinskog preokreta u načinima na koje se koncipiraju politike kao odgovor na identifikovane potrebe ili rizike. Tako pristup „obezbeđivanja socijalnih usluga” (u kom je zadatak socijalnog radnika da identifikuje paket usluga koje odgovaraju na potrebe i rizike) sve više ustupa mesto pristupu „socijalne akcije” u kom socijalni radnik radi sa važnim drugim osobama i relevantnim akterima u široj društvenoj zajednici (Glasby, Tew, 2015: 22–23).

Kao i prethodni, i ovaj model ima nedostatke, kada se implementira u životne situacije osoba sa bolestima zavisnosti. Tako, na primer, pristup „obezbeđivanja socijalnih usluga” funkcioniše najbolje onda kada osoba ima relativno očigledne, nepromenljive i predvidljive potrebe, kao što može biti slučaj kod onih koji imaju fizičke nedostatke. S druge strane, to ne mora biti slučaj sa onima koji se suočavaju sa bolešću zavisnosti (Glasby, Tew, 2015: 23).

Treća argumentacija je u sprezi sa *socijalnim modelom invaliditeta i pokretima za samostalan život*. U njoj se akcenat pomera sa pojedinca, na načine na koje fizičko i socijalno okruženje nameću ograničenja izvesnim grupama ljudi. Fokus je na tome da invalidnost predstavlja poništavanje ljudskih prava, i to zbog isključujućih praksi i politika društava. Kao rezultat ovog modela, na društvenom nivou, počelo je da se promišlja o preprekama za ostvarivanje prava, kao i o isključivanju i diskriminaciji onih koji imaju mentalne bolesti ili su zavisnici. Posledično, počeli su da se koncipiraju zakoni koji sankcionišu diskriminaciju ljudi po osnovu invaliditeta, itd. Iako je u početku naglasak stavljan na fizički invaliditet,

on se proširio tokom vremena, tako da obuhvati i mentalne bolesti (Glasby, Tew, 2015: 23). Bez obzira na razlike između osoba sa različitim vrstama invaliditeta, zajedničko im je iskustvo diskriminacije, isključivanja i prepreka za participaciju u društvu (Lister, 2017: 260).

Istovremeno, na društvenom nivou, započeta su brojna prilagođavanja, ne samo prostorna, kako bi osobe sa mentalnim bolestima mogle da pristupe zaposlenju. Na individualnom nivou, osobama sa invaliditetom omogućene su naknade i usluge, tj. različite vrste resursa, u svrhu obezbeđivanja podrške koja im je potrebna da bi učestvovala u potpunosti u društvenom životu.

Ni ovaj model nije bez nedostataka. Trenutno je najveći njegovo prevođenje, tj. dosledno zasnivanje na pristupu ljudskih prava. Osim toga, jedan od karakterističnih navoda jeste i sledeći: „nas će i dalje gledati kao vulnerabilnu grupu kojoj treba nega, umesto da nas vrednuju kao aktivne građane, nadležne za svoje živote” (Lister, 2017: 261).

Na kraju, četvrta argumentacija sadržana je u *modelu oporavka* (engl. *recovery*). Svetska zdravstvena organizacija je 2012. godine definisala oporavak kao pristup koji je fokusiran na „dobijanje i zadržavanje nade, razumevanje nećijih sposobnosti i nesposobnosti, uključivanje u aktivan život, personalnu autonomiju, društveni identitet, značenje i svrhu života i pozitivan osećaj *selfa*” (Anfossi, 2018: 2). Ovaj model potekao je iz okvira grupa i pokreta korisnika i porodica onih koji se suočavaju sa problemima u oblasti mentalnog zdravlja. Unutar ovog modela u najvećoj meri došlo je do rekonceptualizovanja termina. Termini, čija je interpretacija do tada bila „u posedu” profesionalaca, počeli su da se interpretiraju i iz ugla pacijenata. Tako se značenje oporavka premestilo sa kliničkog fokusa na remisiju simptoma, na ideju oporavka kao života vrednog življenja, bez obzira na opstajanje izvesnih simptoma (Glasby, Tew, 2015: 24). Ovi pristupi umnogome naglašavaju ekonomski aspekt kao važan segment oporavka, odnosno zaposlenje, i društvene okolnosti, odnosno blagostanje.

Oporavak, međutim, ima izuzetno različita značenja, teško ga je izmeriti i slično. Raspoloživi dokazi ukazuju da oporavak zahteva ne samo oporavak od simptoma, nego i od stigme povezane sa bolestima zavisnosti. Stigma je negativan efekat tretmana, ali i nezaposlenosti. Korisnici opisuju oporavak kao „proces osveščivanja značenja onoga što im se dešavalo i ponovnog konstruisanja identiteta, i to pozitivnog” (Glasby, Tew, 2015: 24). Ovaj proces nije linearan, u njemu je moguć povratak u bolesti. Pristup oporavka, pak, naglašava značaj procesnosti i uključivanja i mobilisanja različitih aktera. Poslednjih godina ne insistira se samo na zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti osoba obolelih od

mentalnih bolesti, nego i na unapređenju oblasti njihovog zapošljavanja, kao i stanovanja.

Jedna od inovacija unutar ovog pristupa jeste osnivanje tzv. *recovery* koledža. Razvoj ovih koledža, u onoj formi u kojoj danas egzistiraju, intenziviran je tek tokom poslednje decenije.⁶ U njegovoj osnovi nalazi se nastojanje da se osobama sa mentalnim bolestima, kao i bolestima zavisnosti, omogući da povrate kontrolu nad sopstvenim životima i da upravljaju svojim stanjem (Anfossi, 2018: 2). Zasniva se na nekoliko odrednica:

1. saradnja, tj. ko-proizvodnja između ljudi koji imaju lična i ljudi koji imaju profesionalna iskustva sa mentalnim bolestima;
2. postojanje zgrade, u kojoj su smeštene učionice, zajedno sa bibliotekom;
3. funkcionisanje prema principima koledža, što podrazumeva nepostojanje tretmana i principa rada dnevnih centara;
4. otvorenost za sve zainteresovane strane – osobe sa mentalnim bolestima, članove njihovih porodica, staratelje, one koji se profesionalno bave pružanjem podrške osobama sa mentalnim bolestima;
5. svaki polaznik ima ličnog „tutora” koji ga informiše i savetuje;
6. ne predstavlja zamenu za tradicionalne koledže, jer je namera da promoviše participaciju i građanstvo, ali ima kurseve o načinima „vraćanja” u proces formalnog obrazovanja itd;
7. unapređenje i podsticanje principa oporavka u svim aspektima rada (Perkins, Repper, Rinaldi, Brown, 2012: 3–5).

Implementacija ove argumentacije, takođe, skopčana je sa brojnim problemima, ponajviše stoga što je „razmišljanje u politici mentalnog zdravlja i dalje nekonzistentno i fragmentisano – i na nacionalnim i na lokalnim nivoima” (Glasby, Tew, 2015: 27).

Zaključak

Kao što je ukazano, bez obzira na argumentaciju i logike u osnovi politika, oblast mentalnog zdravlja danas okupira pažnju unutar socijalne politike. Istraživači se sve više bave perspektivom korisnika usluga službi mentalnog zdravlja i njihovim socijalnim uključivanjem, razlikama između staranja (engl. *care*) i lečenja (engl. *treatment*), izazovima sa

⁶ U Velikoj Britaniji, prvi *recovery* koledž osnovan je 2009. godine u Zapadnom Londonu. Prethodili su im *recovery* obrazovni centri u Sjedinjenim Američkim Državama, koji su funkcionisali prema drugačijim principima (Anfossi, 2018: 2).

kojima se suočavaju članovi porodice korisnika usluga službi mentalnog zdravlja i zavisnika, stigmom i antidiskriminatornim praksama, zastupanjem, vezama i partnerstvima između socijalnog i zdravstvenog sektora.

Dodatno, socijalni rad, onako kako je definisan u kodeksima na međunarodnom nivou, pozicioniran je u središte odnosa između korisnika i društva: s jedne strane, socijalni radnici promovišu socijalnu pravdu i socijalnu promenu sa svojim korisnicima i u interesu svojih korisnika, dok, s druge, oni promovišu kapacitete organizacija, službi i zajednica da zadovolje njihove potrebe. Ovo nastojanje predstavlja refokusiranja sa pacijenta ka građaninu. U tome socijalna politika treba da doprinese svojim pristupima baziranim na ljudskim pravima i punoj participaciji svih u društvu.

Međutim, jedan od problema, koji je neophodno prevazići, koncipiranjem efektivnijih strategija, proističe iz konstrukcije države blagostanja, tj. njenog dizajna politika u celini. U pitanju je strukturna prepreka – razdvojenost politika na različite sektore. Tako, na primer, za oblast mentalnog zdravlja može biti relevantna opaska da je država blagostanja tradicionalno zasnovana na pretpostavci da postoje ljudi koji su bolesni (i koji se „obraćaju” zdravstvenom sistemu) i ljudi koji su ranjivi (i koji se „obraćaju” sistemu socijalne zaštite). Tek je pojava tzv. novih socijalnih rizika ukazala na postojanje ljudi sa kompleksnim potrebama. Mnogo decenija je prošlo pre nego što je problematika mentalnog zdravlja i bolesti zavisnosti počela da se postavlja u drugačije okvire, te da se i usluge i programi kreiraju na drugačiji način. U pitanju su združene (engl. *joined-up*) usluge koje potiču iz dva i više sektora. Oblast mentalnog zdravlja trenutno zahteva uključivanje najmanje četiri sektora, i to zdravstvene zaštite, socijalne zaštite, zapošljavanja i stanovanja. Upravo programi u zajednici zahtevaju prevazilaženje „granica” različitih sektora uključenih u zaštitu, podršku i pomoć i angažovanje različitih profesionalaca. Uloga praktičara iz oblasti zdravstvene i socijalne zaštite nekompletna je bez uključivanja savetodavaca za zapošljavanje itd. Veliki izazov proističe stoga što je često izlazak u zajednicu bio praćen smanjivanjem broja bolničkih postelja, ali ne i razvijanjem dovoljnih resursa u zajednici, vodeći ka beskućništvu ili odlasku u zatvor.

Sve navedeno neophodno je personalizovati. Može se desiti da zaposlenje predstavlja ogroman problem za osobu sa (istorijatom) bolesti zavisnosti, te da je celishodnije usmeriti je prema programima obrazovanja ili pak uspostavljanju ponovnih afektivnih veza sa porodicom i sl.

Značaj prevencije ne može se dovoljno naglasiti, uz poboljšano targetiranje prema grupama sa povećanim rizikom. Pri tome, ne smeju se zaboraviti ni nove bolesti zavisnosti i njihov uticaj na decu i na mlade.

Grupe sa povećanim rizikom, kada su u pitanju bolesti zavisnosti, jesu „osobe sa negativnim iskustvima, poput seksualnog zlostavljanja, zanemarivanja i nasilja u detinjstvu, što znatno uvećava rizik od kasnije zavisnosti. Stresne situacije, poput nezaposlenosti, takođe predstavljaju poseban rizik i moraju biti specifičnije tretirane u prevenciji zavisnosti” (Drug Commissioner of the Federal Government, 2012: 13). S tim u vezi je i osnaživanje primarne zdravstvene zaštite, u svrhu ranog dospevanja do osoba koje su pod rizikom, a zatim i rane intervencije, za što veći broj njih.

Rodno senzitivni programi svakako biće sve važniji, iako istraživanja u slučajevima brojnih bolesti zavisnosti pokazuju slične obrasce za žene i muškarce. Tako istraživanja pokazuju da „potrošnja ilegalnih droga i zloupotreba alkohola i dalje jesu više problem kod muškaraca, dok su žene naklonjenije iznadprosečnoj stopi zloupotrebe lekova koji se mogu dobiti na recept” (Drug Commissioner of the Federal Government, 2012: 15).

Literatura

1. Anfossi, A. (2018). *The current state of Recovery Colleges in the UK: final report*. Nottingham: Nottinghamshire Healthcare.
2. Canton, R. (1998). Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 20(3): 353–354.
3. Drug Commissioner of the Federal Government (2012). *National Strategy on Drug and Addiction Policy*. Dostupno na https://www.drogenbeauftragte.de/fileadmin/dateien-dba/Drogenbeauftragte/2_Themen/1_Drogenpolitik/Nationale_Strategie_Druckfassung_EN.pdf Pristupljeno 1. 12. 2018. godine.
4. Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
5. Fitzpatrick, T. (2011). *Welfare Theory – An Introduction to the Theoretical Debates in Social Policy*. New York: Palgrave Macmillan.
6. George, V. (2012). *Major Thinkers in Welfare – Contemporary Issues in Historical Perspective*. Bristol: Policy Press.
7. Glasby, J., Tew, J. (2015). *Mental Health Policy and Practice*. London: Palgrave.
8. Goodwin, S. (1998). Independence, Risk and Compulsion: Conflicts In Mental Health Policy. *Social Policy & Administration*, 31(3): 260–273.
9. Hudson, J., Lowe, S. (2011). *Understanding the Policy Process – Analysing Welfare Policy and Practice*. Bristol: Policy Press.
10. Knoepfel, P., Larrue, C., Varone, F., Hill, M. (2011). *Public Policy Analysis*. Bristol: Policy Press.
11. Lewis, L. (2009). Introduction: Mental Health and Human Rights: Social Policy and Sociological Perspectives. *Social Policy and Society*, 8(2): 211–214.

12. Medeiros, H., McDaid, D., Knapp, M. (2008). *Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities*. London: MHEEN.
13. Melke, A. (2010). *Mental health policy and the welfare state – A study on how Sweden, France and England have addressed a target group at the margins*. Gothenburg: Intellecta Infolog.
14. Lister, R. (2017). *Understanding Theories and Concepts in Social Policy*. Bristol: Policy Press.
15. Perišić, N. (2016). *Socijalna sigurnost – pojmovi i programi*. Beograd: Fakultet političkih nauka.
16. Perkins, R., Repper, J., Rinaldi, M., Brown, H. (2012). *Recovery Colleges – Implementing Recovery Through Organizational Change*. London: Centre for Mental Health.
17. Shen, G. C-N. (2013). *Global Mental Health Policy Diffusion, Institutionalization, and Innovation – doktorska disertacija*. Berkeley: University of California.
18. Spiker, P. (2013). *Socijalna politika – teorija i praksa*. Beograd: Fakultet političkih nauka.

Ana Cekerevac
Natalija Perisic

SOCIAL POLICY IN THE MENTAL HEALTH PROTECTION AND ADDICTION DISEASES' PREVENTION

Abstract

Considerations of mental health protection and addiction diseases' prevention within the theory and practice of social policy can be positioned, inter alia, within the topic of the welfare state.

Practical adaptations of theoretical approaches to the welfare state resulted in the variety of policies in the field of mental health. Their types are described and analyzed in this paper. The roots of different policy approaches in the practice stem from the differences in the interpretations of complex relations that can be established between the concept of freedom in social policy and (un)freedom created by addiction diseases.

Policy items, its design and logic, are crucial in the contexts of welfare states, with important and immediate implications for the policies of mental health protection and addiction diseases' prevention. Therefore, the paper discusses the challenges of transforming a „problem” of addiction disease into the subject matter of policy and its interpretation. Further, it considers four basic

argumentations underlying the creation of the policy of mental health protection.

The paper is based on the qualitative analysis of the literature on mental health in the field of social policy. Its main aim is to explore the relations between the the fields of mental health and social policy, while advocating for an approach that would effectively result in the coordination and partnerships.

Key words: social policy, welfare state, mental health, addiction diseases.