

OD MELANHOLIJE
DO POBUNE:
EMOCIONALNO
MAPIRANJE LEVICE
I FEMINIZMA



Edicija
Nove
perspektive

6

**OD MELANHOLIJE
DO POBUNE:
EMOCIONALNO
MAPIRANJE LEVICE
I FEMINIZMA**

Impresum

OD MELANHOLIJE DO POBUNE: EMOCIONALNO MAPIRANJE LEVICE I FEMINIZMA

Izdavač: Rosa Luxemburg Stiftung Southeast Europe

Urednica: Ksenija Forca

Autorke tekstova: Ana Blaževa, Lidija Vasiljević

Lektura/korektura: Bojan Krivokapić, Luka Matić

Dizajn: шкарт

Font: Typonine Sans

Tiraž: 500

Štampa: Standard 2, Beograd.

Godina izdanja: 2017

ISBN 978-86-88745-33-8

Ilustracija na koricama je inspirisana slikom Albrehta Direra (Albrecht Dürer)
Melanholija I iz 1514. godine.

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG SOUTHEAST EUROPE

Publikaciju nije dozvoljeno prodati.

Podržano od strane Rosa Luxemburg Stiftung Southeast Europe sredstvima nemačkog Saveznog ministarstva inostranih poslova. Ova publikacija ili njeni delovi mogu biti besplatno korišćeni uz odgovarajuću referencu na originalnu publikaciju.

Sadržaj publikacije ne odražava nužno poziciju Rosa Luxemburg Stiftung Southeast Europe. Za stavove i informacije u autorskim tekstovima odgovorne su same autorke.

Edicija
Nove
perspektive 6

SADRŽAJ

- 5 UVOD
- 11 **Lidija Vasiljević**
ROD, KLASA I POLITIKE
MENTALNOG ZDRAVLJA
- 73 **Ana Blaževa**
POLITIKE BRIGE
I UPOTREBA AFEKTIVNIH
POLITIKA U PREVAZILAŽENJU
MELANHOLIJE LEVICE
- 96 **O autorkama**



Publikacija koja je pred vama nastala je nakon tribine organizovane u oktobru 2017. godine u Društvenom centru Oktobar, pod nazivom „Od melanholije do pobune: emocionalno mapiranje levice i feminizma“. Ovaj događaj, kao i tekstovi koji slede, proizašli su iz dugogodišnjeg rada i istraživanja autorki u poljima mentalnog zdravlja, feminizma i političkog aktivizma.

Objavljivanje ovih tekstova je motivisano i time što je tema mentalnog zdravlja nedovoljno istražena, kao i nedovoljno tematizovana u političkim raspravama. Diskusije od javnog značaja najčešće ne uključuju promišljanja o politikama mentalnog zdravlja. Istovremeno su sve vidljiviji pokušaji da se unutar emancipatornih socijalnih pokreta i organizacija uzroci problema sa mentalnim zdravljem razumeju u ključu društvenih okolnosti u kojima smo socijalizovani. Naša namera je da doprinesemo upravo tim diskusijama koje uključuju celokupan ekonomski i društveni kontekst zajednice. Dodatno, rešenja izazova vezanih za mentalno zdravlje ne ostavljamo na pojedinkama, već mobilishemo ili tražimo da se mobilishu relevantne institucije i sistemi podrške koji bi omogućili drugačije i kvalitetne živote pojedinaca.

Pored toga što ukazujemo da bi zdravstveni sistem trebalo da bude adekvatan i dostupan svima, smatramo da je neophodno da u raspravama o mentalnom zdravlju zahtevamo dostojanstvene uslove rada, dostojanstvene plate, dostupno, adekvatno i nediskriminatorno obrazovanje, dostupne javne i stambene prostore, zdravu i dostupnu hranu, vodu, itd. Zbog toga, tekstovi pred vama podsećaju da ravnopravnost i uživanje ljudskih prava dosledno treba da uključuju i socijalna prava u svoje okvire. Tek u takvom sistemu mreže podrške pojedincima koji imaju izazove sa mentalnim zdravljem mogu biti održive, solidarne i dugotrajno uspešne.

Ovom publikacijom želimo da dovedemo u pitanje paradigme mentalnog zdravlja i normalnosti, kao i dominantan odnos prema

emocijama i afektivnom. Pritom polazimo od postavke da su mentalno zdravlje i normalnost neodvojivi od politike i dominantnog sistema vrednosti u kojem se definišu. Emocije su naša svakodnevica i od našeg odnosa prema njima zavisi svako naše delovanje, uključujući politički angažman. Afektivno i emotivno su neodvojivi delovi pojedinaca i sastavni deo dinamike svake grupe u kojoj radimo. Ako smo njima zastrašeni ili ih guramo u pozadinu, oni iz te pozadine upravljaju nama, odnosima unutar grupa i načinom na koji osmišljavamo strategije i politike delovanja. Tekstovi u ovoj publikaciji upravo pokazuju na koji su sve način emocije inherentni deo nas kao političkih bića, kako su povezane sa našim rodnim i socijalnim ulogama, sa stidom od siromaštva, sa traumama koje smo imali u detinjstvu, sa privilegijama i diskriminacijama koje imamo ili svakodnevno proživljavamo.

Podsetimo se da Svetska zdravstvena organizacija definiše zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, psihičkog i društvenog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i iznemoglosti. Psihičko, tj. mentalno zdravlje je posebno definisano kao stanje blagostanja u kojem svaka individua ima mogućnost da realizuje sopstveni potencijal, da se suočava sa normalnom količinom stresa u životu, da bude produktivna i kreativna i doprinese zajednici u kojoj živi.

Opšte pogoršanje mentalnog zdravlja, što pokazuju istraživanja Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje (SAD) i Svetske zdravstvene organizacije, prati nedostatak institucionalnog odgovora na taj trend. Na pomenuto upozoravaju brojni zdravstveni instituti te organizacije za ženska i ljudska prava. Ovaj problem naročito pogađa marginalizovane grupe kao što su žene i LGBTIQ+ osobe, koje su izložene različitim oblicima nasilja. Istraživanje o zdravlju žena i porodičnom nasilju nad ženama, koje je Autonomni ženski centar sproveo u Beogradu 2003. godine uz podršku Svetske zdravstvene organizacije, pokazuje da su žene koje su doživele neki oblik nasilja razmišljale o samoubistvu tri do pet puta češće nego žene koje nisu

imale takvo iskustvo. Podaci koje beleže LGBTIQ+ organizacije širom sveta, pa i kod nas, pokazuju visok stepen nasilja koje lezbejke i biseksualne žene doživljavaju u toku života. Skoro polovina žena koje su iskusile fizičko i seksualno nasilje su pokušale da izvrše samoubištvo. Pored toga, izveštaj Svetske zdravstvene organizacije iz 2011. godine o uticaju ekonomske krize na mentalno zdravlje, ukazuje na visok stepen narušenog mentalnog zdravlja u društvima u kojima su izražene socio-ekonomska deprivacija, društvena fragmentacija i nezaposlenost. Narušeno mentalno zdravlje se u različitim političkim režimima kroz istoriju na različite načine tumačilo i imenovalo, a zatim i tretiralo kao posebno stanje pojedinca/ke koje treba sakriti, ukloniti i/ili lečiti. Institucionalni tretman mentalnog zdravlja ostao je problematičan kada je reč o tretiranju žena i neheteroseksualnih osoba, ali i kada je reč o tretiranju siromašnih i pripadnika drugih ugroženih društvenih grupa. Iako to prilično sigurno ukazuje na povezanost mentalnog zdravlja – ali i zdravlja uopšte – sa socio-ekonomskim statusom, kao što smo već napomenuli, ova se tema retko otvara u političkim raspravama. U mentalno zdravlje se gleda i ono se imenuje onda kada postaje sistemski narušeno. Ovim tekstovima vraćamo pažnju na to da se gleda u afektivno pre nego što ono postane problem.

Autorke Lidija Vasiljević i Ana Blaževa, svaka na svoj način, otvaraju i odgovaraju na pitanja zašto je tema mentalnog zdravlja u patrijarhatu i kapitalizmu prognana na marginu, te da li se na levcima i u feminističkim krugovima reprodukuje ovaj progon? I jedan i drugi tekst preispituju kako dominantne ideologije oblikuju naš odnos prema mentalnom zdravlju i osobama koje pate, te kako iste te ideologije oblikuju odgovore društva kako bi ove patnje rešilo ili umanjilo. Oba teksta koriste feminističke i leve teorije i prakse kao okvire za analizu i promišljanje strategija koje bi doprinele boljem i kvalitetnijem životu zajednice i pojedinaca.

Centralna tema teksta autorke Lidije Vasiljević je analiza percepcije klase u politikama mentalnog zdravlja. Ona koristi feministički antidiskriminatorni pristup, koji uključuje strategije, mere i tehnike koje preveniranju i minimiziranju diskriminatorne prakse u području brige o mentalnom zdravlju. Autorka pokazuje da je relevantan faktor povećanja rizika od mentalnih bolesti zanemarivanje socijalnih prava, kao i otežan pristup resursima sa kojima se suočavaju pripadnici marginalizovanih grupa. Ukazuje na to kako su promene politika mentalnog zdravlja uticale na preraspodelu moći u društvu, a posebno uvođenje politika mentalnog zdravlja koje su aktivno uključivale zajednicu u procese smanjenja društvene stigmatizacije. Navodi da je jedan od značajnih pristupa u ovim procesima bio princip solidarnosti u kojem razmišljanje o potrebama drugog predstavlja jednu od centralnih pozicija. Ova pozicija, tvrdi Lidija Vasiljević, predstavlja veliki izazov u saradnji koterapeuta, u terapiji i edukaciji, kao i u širim političkim okvirima delovanja zajednice, zato što naglašava nejednakost u odnosima i zahteva konstantno preispitivanje pozicija i odnosa u procesu razmene. Zajednica tako može ograničavati pojedince, ukoliko se u okviru nje reprodukuju odnosi moći i opresije. Istovremeno, gradeći odnose na principu solidarnosti, ona pojedincu može pružiti jaku emocionalnu i drugu vrstu podrške. Ana Blaževa otvara pitanje relevantnosti afekta u političkom promišljanju, te kako se afektivno koristi u reprodukciji kapitalističkog sistema kroz paradigmu mentalnog zdravlja. Ona istražuje na koji način je moguće afektivno koristiti u progresivnim političkim strategijama levih i feminističkih kolektiva, da bi te strategije bile održive i doprinele kvalitetnom životu zajednice bazirane na solidarnosti. U savremenom kapitalističkom društvu problemi vezani za mentalno zdravlje predstavljaju individualni otpor i borbu protiv uslova koji ne podržavaju osnovne potrebe pojedinca i zajednice. Izazov levice je da integriše iskustva anksioznosti, depresije, *burnouta* i drugih psihičkih izazova u sopstvene ideološke okvire. Ana Blaževa predlaže koncepte

politike brige koji koriste feministički pristup u političkoj promeni, povezujući reproduktivnu sferu i domen afektivnog u promišljanju i organizovanju političkih strategija i zajednice. Podseća nas da promena koju levi kolektivi i aktivisti/aktivistkinje pokušavaju da pokrenu ima potrebu za jakom mrežom podrške, i to ne samo u smislu saradnje koja se obično ostvaruje, već takođe u smislu afektivne brige.

Na kraju, namera je da pomenute teme o kojima autorke pišu doprinesu diskusiji kako se progresivni društveni pokreti mogu odnositi prema politikama i paradigmama vezanim za mentalno zdravlje. Tekstovi pred vama ukazuju, ali i daju odgovore na ključna pitanja koja u toj diskusiji treba postaviti: Zašto o afektivnom i mentalnom zdravlju govore uglavnom žene? Kako se potencijal afektivnog područja može koristiti u političkim organizacijama i socijalnim pokretima? Kako su i zašto emocije/afekti relevantni za političko delovanje? Na koji način je političko uključeno u procese isključivanja, procene i kontrole pojedinaca? Kakav uticaj imaju levi i feministički pokreti na ove procese? Kako se emocije i afektivno koriste u reprodukciji kapitalističkog sistema? Kako emocije i afekti mogu biti iskorišćeni u političkim strategijama i praksama levice i kako levica može koristiti afektivne politike u prevazilaženju sopstvene melanholije?

Ksenija Forca

Lidija Vasiljević

ROD, KLASA I POLITIKE MENTALNOG ZDRAVLJA



Uvod

Jedan od prepoznatljivih simptoma skretanja političkog diskursa udesno je tendencija izolovanja socijalnih problema od njihovih manifestacija. U praksi se pokazalo da svaki društveni sistem sebi obezbeđuje zaštitu time što skriva ili uklanja osobe sa psihičkim poteškoćama. Hronično bolesni, socijalno neadaptibilni, beskućnici, bivši korisnici psihijatrijskih usluga, žrtve nasilja, lako se mogu etiketirati kao društveni problem, usled učestalosti psihičkih kriza. Na taj se način rešavanje uzroka nastanka mentalnih bolesti (i održavanja sistema statusa quo) praktično onemogućava, te se minimiziraju mogućnosti analize problema u političkom diskursu, gde im je i mesto.

Karakteristika savremenog doba je i sve češći izostanak empatije za one koji su u krizi i intenziviranje razlika između „njih” i „nas”. Sve to deluje onespokojavajuće za osobe kojima je potrebna pomoć, a koje nisu u mogućnosti da je materijalno obezbede, tj. plate. Pravo i aktuelno pitanje postaje: Koliko je problema potrebno da se čovek slomi?

Franc Fanon¹ (Frantz Fanon) se pitao, možemo li zaista imati

1 Franc Fanon (Frantz Fanon) je rođen na Martiniku, a većinu svog života je proveo u Francuskoj i Alžiru (1921 -1961). Kada je otpušten iz vojne službe, završio je medicinu i specijalizirao psihijatriju. Od 1953. kada je postao šef psihijatrije u Alžiru, gde je lečio kako Alžirce, tako i Francuze, otpočinjje borbu protiv rasizma, kroz svoje naučne radove i knjige i u psihijatrijskoj praksi. U prvoj knjizi *Black Skin, White Masks* (1952), Fanon piše o otuđenju crnaca od sopstvene kulture pod uticajem kolonizatora. Ubrzo daje otkaz u bolnici i priključuje se Alžirskom revolucionarnom pokretu za nezavisnost. Pod uticajem Marksove filozofije, kao i egzistencijalizma i psihoanalize stvara jedno od najpoznatijih dela *The Wretched of the Earth* (1961), u kojem zastupa tezu o neophodnosti revolucije u borbi protiv kolonizatora. Smatrao je da revolucionarno nasilje može ujediniti potlačene i doneti „kolektivnu katarzu”.
<http://biography.yourdictionary.com/frantz-fanon#8eob0kx0TmrSszlo>, mart 2018.

autentičan, ljudski, intiman odnos s nekim ako se u odnosu na njega/ nju osećamo inferiorno? Odgovor je svakako – ne. Takav odnos se ne može graditi u okvirima pravila hijerarhije, klasizma, heteronormativnosti i patrijarhata. Siromaštvo i razlike među socijalnim klasama su već nekoliko decenija jedna od tema kojima se bave teoretičari i praktičari na polju mentalnog zdravlja. Otvaraju se pitanja povezano- sti gubitka posla, nivoa stresa, stigmatizacije, kao i opresije s poja- vom određenih dijagnostičkih kategorija. Psihologija se bavi pitanji- ma poput nivoa samopoštovanja, slike o sebi i kapaciteta za nošenje sa stresorima i okidačima u socijalnom okruženju, dok teorije u okviru socijalnog rada promišljaju teme multidimenzionalnih modela zdravlja i bolesti. Politike mentalnog zdravlja još uvek stidljivo, kao veoma nova oblast (iako etablirana još 1960-tih godina) probijaju svoj put u interdisciplinarnom području analize pitanja klase, roda i psihoterapije.

Tekst koji sledi, predstavlja prošireni odlomak iz doktorske di- sertacije *Anti diskriminativni pristup i rodna inkluzivnost u politikama mentalnog zdravlja* koji je za potrebe ove publikacije usmeren na pitanja klase, roda i feminističkog pristupa u okvirima politika metal- nog zdravlja. Problemi na koji su stavljeni posebni akcenti su sledeći: kako pripadnost socijalnoj klasi utiče na doživljaj sebe i sopstvene normalnosti kao i koliki su kapaciteti za prevladavanje problema? Za- tim, kako razumeti pitanja privilegija u kontekstu savetodavnog rada i kako uticati na edukovanje budućih psihoterapeuta u cilju prepo- znavanja sopstvenih slepih mrlja vezanih za socijalni *background* kli- jenata kao što su: nerazumevanje specifičnosti određenih socijalnih grupa, projektovanje vrednosnih sistema pomagača u terapijskom radu, kao i sistemi verovanja i funkcionisanja ciljnih grupa s kojima rade.

Deo rada odnosi se na kratku istoriju normalnosti, pitanja stigme, stereotipa i opresije, preko isključivanja i diskriminacija u okvirima terapijskog rada, do primera dobrih praksi na liniji levice i feminizma.

Naravno, pored uvida u ova kompleksna i sporna pitanja, koja zahtevaju i strukturalne promene (bar kad je saradnja psihijataru i bolnica u pitanju, bez kojih je izlečenje ponekad nemoguće), dobro je imati na umu reči Irvina Jaloma (Irvin Yalom)², tvorca egzistencijalističke psihoterapije, da je najvažniji faktor terapijskog boljitka upravo sam odnos, kontakt i emocija.

Od momenta svog utemeljenja, psihoterapija je bila rezervisana za pripadnike privilegovanih socijalnih grupa. Time je i u velikoj meri odražavala vrednosne sisteme svojih dominantnih korisnika, pripadnika viših i srednjih slojeva društva. Pitanje klase u psihoterapiji i u mentalnom zdravlju uopšte, jedno je od najviše zanemarenih oblasti istraživanja. S jedne strane, javlja se problem klasnog isključivanja (zanemarivanja i diskriminisanja) određenih društvenih slojeva, s druge strane, javlja se segregacija koja je posledica ekonomskih faktora.

Dostupnost usluga psihoterapije i savetovanja opterećena je ekonomskim poteškoćama koje utiču na funkcionisanje sistema javnog zdravlja, ali i na opseg cena privatnih terapijskih seansi. Svaka finansijska i društvena kriza za sobom povlače s jedne strane veći broj potencijalnih korisnika ovakvih usluga (ljudi u krizi), a s druge strane, manju spremnost pojedinaca (i njihovih porodica) da odvoje novac za oblike pomoći, za nešto od čega se „ne umire“. Pripadnici/e marginalizovanih grupa, socijalno i ekonomski depriviranih klasa, mnogo teže dolaze kako do informacija o načinima pomoći koja im je dostupna, tako i do usluga sistema zdravstvene zaštite.

2 Irvin Jalom (Irvin Yalom, 1931) je američki psihijatar i psihoterapeut, jevrejskog porekla, koji se smatra utemeljivačem egzistencijalističke psihoterapije. Značajan je autoritet u oblasti teorije i prakse grupnog rada gde se *The theory and practice of group psychotherapy* (1970) (Teorija i praksa grupne psihoterapije, Beograd: Psihopolis, 2014) smatra svojevrsnim priručnikom za edukovanje psihoterapeuta. Široj javnosti je poznat po novelama, esejima i romanima koji obrađuju probleme psihoterapije, od kojih su mnogi prevedeni i na srpski jezik: Kad je Niče plakao, Lečenje Šopenhauerom, Gledanje u sunce, Problem Spinoza, Čari psihoterapije, itd.

Problem neadekvatnosti tradicionalnog, a često i dominantnog pristupa mentalnom zdravlju, predstavlja posledicu diskriminacionih politika u društvima generalno, koje se zatim prenose i na druge specifične oblasti, što za posledicu ima njegove štetne, redukcionističke i neadekvatne prakse. Ipak, savremene tendencije politika mentalnog zdravlja jasno odlikuje sve veća potreba i spremnost za inkluzijom i pristupima koji će otkloniti ove negativne pojave.

Na meti kritike su, pre svega, stručnjaci koji se bave psihoterapijom. Kod njih se uočava nedostatak želje i spremnosti za sticanjem znanja koja se odnose na društvene grupacije čiji im se pripadnici obično ne obraćaju za pomoć (veoma često su to pripadnici nepriviligovanih socijalnih slojeva). Na meti kritike su i sistemi zdravstvene zaštite, teorijske pretpostavke na kojima se psihoterapeutske pristupi i metode zasnivaju, politike javnog zdravlja koje su integrisane u sistem procene normalnosti korisnika, načini dijagnostikovanja bolesti, kao i brojni pristupi i metode koji su se razvili u okviru psihoterapije.

Antidiskriminativni pristupi predstavljaju različite strategije, mere i tehnike, čijom se primenom sprečavaju, ublažavaju ili minimiziraju diskriminativni procesi u okvirima mentalnog zdravlja. Ovakvi pristupi dele platformu uvažavanja i jednakog tretmana svih rasnih, klasnih, nacionalnih, etničkih, religijskih, kao i seksualnih opredeljenja i neophodan su deo savremenih i politički korektnih pristupa u različitim oblicima pružanja psihosocijalne podrške.

Oblast naučnog rada koja se bavi teorijskim postulatima vezanim za inkluzivne psihoterapijske i savetodavne prakse ne odlikuje obilje literature, pa ni dovoljan broj metodoloških priručnika koji bi mogli poslužiti kao neka vrsta vodiča u praktičnom radu. U krugovima teoretičara i praktičara koji se bave savetodavnim i istraživačkim radom sa pripadnicima marginalnih grupa, pa i u široj, nenaučnoj javnosti, može se uočiti tendencija da se pitanja i problemi iz te oblasti pojednostavljaju ili pak da se na neadekvatan način politizuju. Takođe, pitanja koja se postavljaju u vezi sa kategorijama roda, rase, klase i

invaliditeta, kao i pitanja u vezi sa privremenim tranzitnim stanjima (poput iskustva izbeglištva), nedovoljno su uključena u psihoterapijsku i savetodavnu praksu i u edukativne programe.

Otvaranje pitanja antidiskriminativnih praksi i inkluzije u oblasti mentalnog zdravlja neophodan je preduslov za institucionalizovanu primenu proklamovanih principa u praksi, što bi trebalo da bude dugoročni cilj predloženih promena.

1. Poreklo politika normalnosti



Početak uvođenja normiranja/procene normalnosti, predstavljao je koliko naučni toliko i politički proces, zato što su u kriterijume procene uvek ugrađivane društvene, ekonomske i etičke norme karakteristične za određeni period. Normalnost je u srednjem veku određivana u kontekstu vere, da bi razvitkom građanskog društva u prvi plan bili stavljeni utilitarni kriterijumi i briga za „normalnu većinu“. Tretman klijenata umnogome je zavisio od njihove pripadnosti određenom staležu, od njihovog pola/roda i rase, a svakako i od njihove platežne moći. Kriterijumi su se menjali, ali je proces promene bio konstantno praćen stigmatizacijom i diskriminacijom klijenata. Te pojave su prisutne i danas, što je problem s kojim se moraju suočiti svi praktičari u oblasti mentalnog zdravlja (Szasz, 1972).

Shvatanja kategorija normalnosti i abnormalnosti ili nenormalnosti (ludila), i njihovih međusobnih granica i odnosa, bila su, još od vremena njihovog uvođenja u medicinski diskurs, opterećena subjektivnošću zadatih kriterijuma. Pokušaji uvođenja objektivnih klasifikacija, baziranih na različitim vrstama merenja i statističkih proračuna, rešavali su jednu vrstu problema, ali su obično otvarali nova pitanja i probleme (Lago & Smith, 2003).

Kad je reč o ženama i pripadnicima marginalizovanih društvenih grupa, istorijski razvitak u određenju pojma normalnosti imao je

svoja posebna obeležja. Upravo je diskriminacija žena (kao najveće manjinske grupe) bila jedan od razloga za uvođenje korenitih promena u ovoj oblasti. Tokom srednjeg veka i renesanse smatralo se da se mentalno obolele osobe nalaze na pola puta između ljudi i životinja. Isto tako, verovalo se da se spaljivanjem žena koje su bile optužene za veštičarenje zajednica vernika čistila od zlih čini. Tomas Sas (Thomas Szasz) je prvi autor koji je napravio paralelu između srednjovekovnog totalitarnog verskog i političkog režima, u kojem se pravila jasna razlika između zdravog i nezdravog duha, i savremene psihijatrije koja s jednakim, neprikosnovenim autoritetom, igra ulogu boga u životima pojedinaca (Szasz, 1972).

Prve ustanove za mentalno zdravlje osnovane su u Evropi u 17. veku. Njihovi tvorci nisu bili vođeni isključivo motivom brige za mentalno obolele osobe, već su se upravljali i logikom ekonomske isplativosti takve vrste ustanova.³ Praksa smeštanja prosjaka i besposličara u azile, pod geslom lečenja, primenjivala se i kasnije u mnogim državama; na taj način se obezbeđivala besplatna radna snaga. To je kulminiralo pojavom politike Trećeg Rajha i institucije logora za izolaciju političkih neistomišljenika.

U srednjem veku i renesansi, mentalno bolesni ljudi posmatrani su u kontekstu predstave i zabave za narod. Njihovo zatvaranje u ustanove, što je praksa s kojom se započelo u doba klasicizma, stavilo ih je u drugačiji kontekst: od tada, oni su kod „normalnih“ pobuđivali zazor, stid i strah od pojave sopstvenog ludila. Mišel Fuko (Michael Foucault) ludilo poredi sa korpom za prljav veš u kojoj se nalazi sramota i balast čitavog čovečanstva – ona se, stoga, mora sakrivati.⁴

3 Početkom 16. veka u Parizu je, pod vlašću Anrija IV (Henry IV), živelo 100 000 stanovnika. Čak 30 000 ljudi su bili prosjaci. Država ih je iskoristila kao radnu snagu time što ih je zatvorila u azile u kojima su bili prinuđeni da rade. Videti: Fuko, 2013, 61.

4 „U poređenju sa neprekidnim dijalogom razuma i ludila, u vreme renesanse, klasiističko zatvaranje je bilo učtkivanje. Ali ono nije bilo potpuno: jezik u je u njemu više bio uključen u stvari no istinski ukinut. Zatvoreni domovi, tamnice, ćelije pa i sama mučenja zapodevaju između razuma i bezumlja jedan nemi dijalog-borbu. Sada je taj dijalog prekinut: ćutanje je potpuno; između ludila i razuma više ne postoji zajednički jezik.“ Videti: Fuko 2013, 233-234.

Čin uspostavljanja dijagnoze, kako Fuko takođe iznosi, nimalo nije naivan, jer je bolesnik, da bi uopšte mogao da bude izlečen, prinuđen da se uklopi u predviđene dijagnostičke uzuse i uđe u „kulturni prostor umne poremećenosti“. Izlazak iz bolesti, sleđenjem predviđenih koraka, predstavlja ulaznicu u društvo i njegove priznate vrednosti, a svako odstupanje se posmatra kao anomalija, koja se danas može izraziti i statistički.⁵ Institucije društvene kontrole učestvovala su u promovisanju sistema mentalnog zdravlja kakav je odgovarao državi i vlasti.

Normalnost kao standard mentalnog zdravlja dobila je naučni legitimitet pojavom psihijatrije u 19. veku, kada je medicina preuzela brigu i kontrolu nad mentalnim zdravljem. Tada se, u ime države, započelo s institucionalnom praksom lečenja. Mentalne bolesti su sistematizovane po ugledu na fiziološka oboljenja, a pristupi u okviru psihijatrije su formirani po ugledu na pristupe u okviru opšte medicine. Do kraja 19. veka broj mentalnih bolesti bio je dvostruko uvećan, a ključna namena mentalnih azila bila je da razdvoje građanstvo od mentalno obolelih osoba za koje se smatralo da same snose krivicu zbog stanja u kojem se nalaze.

Do izvesnih promena došlo je tek nakon Drugog svetskog rata. Erik Erikson (Eric Ericson), tvorac kljentocentrične terapije, zastupao je mišljenje da normalnost nije univerzalna, a Erih From (Erich Fromm) i drugi humanistički orijentisani filozofi i psiholozi su izneli tezu da je stepen normalnosti određene osobe ekvivalentan njenom kapacitetu da ostane verna svojim sopstvenim vrednostima. Tokom 1960-tih godina javlja se antipsihijatrija, koja je, uz druge emancipatorske pokrete i modele, zastupala za to vreme nov pristup men-

5 Ugrađivanje osećaja krivice u mentalno obolele, od momenta kada počinju da se doživljavaju kao deo ljudskog roda, opstaje i danas. Od pojave psihoanalize uzrok poremećaja se traži u samoj ličnosti, iako se inicijalni greh svaljuje na društvo ili na porodicu, te se, uz pomoć psihoanalitičara, krivica prorađuje kroz transfer ili guši medikamentima. Psihijatrijska klinika tako postaje okosnica procesa «normalizacije», dok se lekovima stvara nova, ili prepravlja stara neadekvatna biografija.

talnom zdravlju. U proces rada uključuju se socijalne komponente, uvodi se pitanje društvene odgovornosti za mentalno obolele osobe, i kod klijenata se prepoznaju kapaciteti za potpuni oporavak. Krajem 1960-tih i tokom 1970-tih godina 20. veka pojavljuju se prvi inkluzivni, anti-opresivni pristupi i modeli.⁶

Zanemarivanje socijalnih determinanti zdravlja predstavlja, kako se ispostavilo, relevantan faktor povećanja rizika od mentalnih bolesti, što je direktno povezano sa problemom otežanog pristupa resursima s kojim se suočavaju pripadnici marginalnih grupa. Uvođenje politika mentalnog zdravlja koje su aktivno uključivale zajednicu u proces destigmatizacije mentalno obolelih osoba predstavljalo je jedno od mogućih rešenja ovog problema.

U oblasti socijalnog rada kreiraju se indikatori i merila koji doprinose adekvatnijem tretmanu svih korisnika/korisnica. Istraživanja koja su sprovedena u ovoj oblasti podržala su hipotezu da faktori kao što su pounutreni rasizam, homofobija, konstantna izloženost nasilju, itd. povećavaju šanse za nastanak mentalnih poremećaja, te su pomenuti faktori prepoznati kao nosioci rizika po mentalnu dobrobit. Otvorila su se pitanja hijerarhija opresije i načina na koji predrasude postaju nosioci značenja i temelji diskriminativnog odnosa prema onima koji su shvaćeni kao drukčiji. Uzroci nastanka predrasuda nalaze se, kako je ustanovljeno, i u desničarskoj autoritarnosti, orijentaciji socijalne dominacije, određenim kognitivnim dispozicijama (npr. sa tendencijom da se razmišlja u kategorijama), motivacionim faktorima (npr. sa potrebom za samopotvrđivanjem), različitim socijalnim faktorima, itd. Možemo zaključiti da je pojava klasne diskriminacije utemeljena u društvenoj opresiji koja je osnova neravnopravnosti.

6 Oni su, za razliku od tradicionalnih pristupa, bili višedimenzionalni, tj. uključili su socijalne varijable u proces procenivanja mentalnog zdravlja (*Tenglandov model prihvatljivog opšteg zdravlja, Saludoginogeni model, Strukturirani model pozitivnog mentalnog zdravlja, Feministički model* i dr).



1.1 Suštinske odlike opresije koje treba razumeti

Opresiju možemo odrediti kao stanje stvari u okviru kojeg su životne šanse ljudi ograničene procesima koji to stanje kreiraju i održavaju, te se ona kontinuirano reprodukuje. Opresija se sprovodi putem odbacivanja, isključivanja i nametanja osećaja inferiornosti, čime se kod osoba izaziva osećaj neadekvatnosti i bespomoćnosti. Zbog toga je važno insistirati na tome da su opresija i diskriminacija prisutne u politikama mentalnog zdravlja, kako bi se stvorio osnov za uspostavljanje praksi koje im se suprotstavljaju (Darymple & Burke, 2006). Pitanje opresije uključuje, pre svega, razumevanje njenih uzročnih mehanizama i perpetuiranja u svakodnevnom životu. Ključ boljeg razumevanja opresije i dobar način da se ona kao tema uvede u edukaciju i superviziju je kroz elaboriranje sledećih međusobno povezanih pitanja: individualizma i individualizacije, kao i kompeticije i eksploatacije.

Individualizam je konstitutivno ideološko jezgro kapitalističkog sistema u kojem individua ima veći značaj od društva, a ponašanje koje je inspirisano i izvedeno iz individualizma kao principa je takmičenje. Takmičarski princip ne uzima u obzir vrednost kooperacije, osim ako ona ne služi cilju razvoja timskog duha i postizanju grupnih rezultata u takmičenju, gde se tim doživljava kao identitetski element (Linville & Fisher, 1993).

Princip neeksploatacije (solidarnosti bazirane na kooperativnosti), suprotno navedenom, zahteva pristup u kojem razmišljanje o potrebama drugog predstavlja jednu od centralnih pozicija. Ovakva pozicija predstavlja veliki izazov u sferi međusobne saradnje koterapeuta ili same terapije i edukacije, jer implicira nejednakost u odnosu moći (legitimno znanje i hijerarhiju u odnosu uloga koje imamo), pri čemu se zahteva konstantno preispitivanje tog odnosa u procesu razmene.

Često se u procesu učenja događa da kod klijenata ili edukanata naiđemo na internalizovanu opresiju, na koju zatim, kao terapeuti ili

edukatori, možemo delovati na različite načine⁷. Psihoterapeut/kinja (koji je nije osvestio) je može ojačavati kroz transakciju sa klijentom/kinjom patologizirajući ga/je, ili pak, na sebe preuzimati krivicu i stid zbog prepoznatog ponašanja. Iako neadekvatnost oba odgovora spada u ličnu dimenziju ispoljavanja opresije, pojedinac/pojedinka može reflektovati i institucionalnu opresiju. Na taj način izbegava ličnu odgovornost i pripisuje je instituciji, zanemarujući oblast interpersonalnih odnosa gde se opresivnost perpetuira, te ispoljava kroz nametanje autoriteta (i autoritarnosti).

Da bi se bolje razumela opresija i mehanizmi njenog održavanja, potrebno je osvrnuti se na pojam stigmatizacije, koja je stara koliko i samo društvo. Reč je o intenzivnoj i veoma opasnoj pojavi, koja u svom pounutrenom obliku može delovati kao okidač za donošenje odluke o prestanku lečenja, pa i kao okidač za pokušaj suicida. Stigmatizacija, za razliku od reparacije, predstavlja oblik socijalne kontrole u kojem se ne pravi razlika između same osobe i njenog ponašanja, niti se to ponašanje doživljava kao trenutno. Zapravo, stigmatizacija se odnosi na postupak izolovanja (isključivanja) pojedinaca iz društva. Društvo uspostavlja kriterijume za kategorizaciju ljudi, određujući skup karakteristika koje se smatraju društveno poželjnim. Kako Gofman navodi, postoje tri osnovna kriterijuma tog tipa: 1) tribalni identitet (rasa, pol, religija, nacija, klasa); 2) individualne karakteristike osobe (slabost volje, neprirodne strasti, rigidna uverenja – upravo ona se javljaju kod mentalno obolelih osoba, kao i kod ovisnika); 3) fizički deformitet (Gofman, 2009, 111).

Istraživanja pokazuju da je 40% osoba kojima je dijagnostikovana šizofrenija, zbog uticaja stigmatizacije, prekinulo započeto lečenje, a isti taj procenat osoba prestao je redovno da uzima propisane antipsihotike (Regier et al. 1993; Cramer & Rosenbeck, 1998). Uočā-

7 Džons navodi četiri nivoa na kojima se ispoljava rasizam: lični, interpersonalni, institucionalni i kulturni nivo, koji se vrlo lako mogu primeniti i na razumevanje same opresije (Jones 1972; prema: Lago&Smith, 2003).

vanje stigme i razvijanje aktivnih vidova otpora predstavljaju, stoga, najzahtevnije i najvažnije zadatke u okviru antidiskriminativnog pristupa politikama mentalnog zdravlja. Edukacija, direktan rad sa stigmatizovanim osobama (izlazak iz sigurne zone), organizovanje kampanja podrške, rad na podizanju nivoa svesti o ovoj negativnoj pojavi, predstavljaju neke od načina suprotstavljanja stigmati.

Umesto da deluju osnažujuće, tradicionalni modeli savetodavnog rada evidentno perpetuiraju tradicionalne socijalne uloge i održavaju predrasude, a to dodatno pogoršava stanje klijenata/kinja.

1.2 Politika psihijatrije i pobuna



„Svaka institucija zarobi nešto vremena i interesovanja pojedinaca i pruža im nešto nalik celom jednom svetu“ (Gofman, 2011, 111).

Borba za drugačije viđenje psihijatrije, a samim tim i politike mentalnog zdravlja, dobija politički i društveni karakter krajem šezdesetih godina XX veka (naročito kroz pokret '68), a jedan od njegovih zajedničkih imenitelja bila je inicijativa za decentralizaciju moći koju institucije poseduju i borbu za oslobađanje od njihove kontrole i represije nad pojedincem. Ova borba se svakako i ponajviše odnosila na mentalne azile, tzv. ludnice. Tada se oslobađa prostor za vaninstitucionalne inicijative i grupe podrške⁸, te stasava jedan od najuspešnijih sistema koji je ponudio alternativu klasičnoj politici azila, tzv. italijanski model.

⁸ Veliki uticaj na dalji tok dešavanja u antipsihijatrijskom pokretu imaju mreže nastale u SAD, poput Alternative psihijatriji, osnovane 1975. godine na inicijativu Dejvida Kupera (David Cooper), Feliksa Gatarija (Felix Guattari) i Franka Bazalje (Franco Basaglia), Mreže protiv psihijatrijskog ugnjetavanja (SAD), Psihijatrijske solidarnosti (Australija), Kuće za pobege iz ludnice (Holandija) i druge (iz Alternative psihijatriji 1986).

Kako navodi Lučijano Karino (Luciano Karino), autor koji se rukovodi antipsihijatrijskom orijentacijom, „[s]vima je poznato da su zdravlje, normalnost i javne službe područja u kojima se interes ideologije i društvenih grupa koje su na vlasti može jasno prepoznati, i da je dejstvo ludnice terapeutsko u istoj meri u kojoj logor predstavlja vaspitnu instituciju“ (vidi Gofman). Pre 1968. godine, zamerke na račun medicinskog modela iznete su od strane Lenga, Sasa, Gofmana i Fukoa. Njihovo zajedničko polazište bila je kritika opresije koja se sprovodila nad pacijentima, jer je ona vodila njihovoj degradaciji i stigmatizaciji.

Bez obzira na velike pomake koji su nastali nakon perioda osvešćivanja i nužne politizacije pitanja normalnosti, još uvek se normalnost predominantno definiše u skladu sa predstavom belog, uspešnog, heteroseksualnog muškarca. Odlike pojedinca su od sekundarne važnosti, jer institucionalizovani kriterijumi mentalnog zdravlja sa njega skidaju svaku vrstu odgovornosti, čineći ga elementom institucije sistema. Baveći se problemom razmišljanja izvan institucija, Daglas (Douglas) iznosi tezu o ritualizovanom mišljenju kojim mi, korisnici usluga institucija, njima dozvoljavamo da donose odluke umesto nas, prepuštajući se određenom kulturnom kodu, koji smanjuje individualnu odgovornost (Douglas, 1986: 59). Institucije umanjuju teskobu onih koji deluju izvan njih, a kojima su one potrebne kako bi mogli da uspostave razliku između sebe i drugih. Institucije oblikuju određene vrste znanja, i kolektivno i individualno sećanje, te se mogu definisati i kao „mašine za mišljenje“ (Douglas, 1986: 59).

Tokom poslednje tri decenije, u političkoj istoriji psihijatrije dominiraju dve suprotstavljene struje. Prema prvoj perspektivi, psihijatrija je, zapravo, mehanizam socijalne kontrole devijacija. Prema drugoj perspektivi, ona predstavlja sistem lobiranja, kojem je cilj ostvarenje prava na različitost. Treća perspektiva je proistekla iz druge perspektive, manje je radikalna od nje, ali je i realnija. Ona naglašava dobrobit pacijenata, teži ka tome da ostvari pozitivan uticaj na sistem mentalnog zdravlja i da pozitivno utiče na oblast političkog.

Da li postoje (i kakvi su) oblici otpora koji se mogu praktikovati u oblasti mentalnog zdravlja? Da bi se oni realizovali neophodno je da, na mikro planu, postoji određena doza kritičkog otklona kod pacijenta u odnosu na terapijske metode, dok se od terapeuta, na makro planu, očekuje da će se kritički odnositi naspram moralno neprihvatljivih globalnih politika mentalnog zdravlja. Obznaniti prikrivenu politizaciju terapije, značilo bi razmišljati o načinu na koji se tretiraju klijenti, o orijentacijama samih terapeuta, kao i o formama putem kojih se diskurs otpora može inkorporirati u terapijsku kulturu.

Značenje pojmova normalnosti i patologije treba posmatrati u odnosu na njihovu antropološku i društvenu dimenziju. Na osnovu dominantnih kulturoloških i vrednosnih sistema uspostavljaju se razlike između ponašanja koje se označava kao normalno, obično i poželjno, i ponašanja koje se označava kao patološko, neadekvatno i nepoželjno. Stigmatizacija, koja je postojala u različitim istorijskim periodima, zavisila je od toga u kojoj meri su određene osobe bile procenjivane kao opasne, kao i od pitanja kako one utiču na društvo, i da li je s njima moguće uspostaviti smislenu komunikaciju.

Koncept normalizacije, iako nastao usled potrebe da se promovira ljudska prava i jednakost, često se od strane institucija koristi kao instrument kojim se nameću dominantne vrednosti i stavovi onima koji, u bilo kojem smislu te reči, odudaraju od većine (Chappell, 1992. prema Lupton, 2002). Normalnost je, stoga, neodvojiva od politike i dominantnog sistema vrednosti i uvek je obojena predrasudama. U okviru psiholoških teorija ličnosti takođe su, zavisno od teorijskih orijentacija njihovih autora, kao i zavisno od njihovih ličnih predubedenja, prisutna različita shvatanja pojma normalnosti.



2. Kako ne misliti svojom klasom

2.1 Socijalne determinante zdravlja

„Ukoliko mentalno zdravlje posmatramo kao kontinuum, gde je na jednom kraju briga/blagostanje a na drugom kontrola/prinuda, primetno je da su manjinske grupe (rasne, klasne, ekonomski deprivirane) previše prisutne na kraju kontrole, a premalo na kraju brige.“ (Baines, 2011: 31)

U okviru biomedicinskog modela smatra se da postoji veza između sveukupnog i mentalnog zdravlja (statusa) pojedinca. S druge strane, svaka osoba se smatra odgovornom za sopstveno zdravlje (na njega, osim naslednog faktora, utiču rizično ponašanje, osetljivost na stres itd). Ovaj model ne uključuje socijalne faktore (npr. socijalnu nejednakost) i njihov značaj za zdravlje pojedinaca, iako je, na osnovu podataka sakupljenih na terenu, jasno da su oni u tom smislu veoma važni (Bywaters et.al. 2010. prema Bedoe & Maidment, 2014: 1111-1112).

Uticaj socijalnih faktora na zdravlje ogleđa se i u činjenici da pojedinci, koji pripadaju nižim slojevima društva i teže dolaze do kvalitetne medicinske nege, češće oboljevaju od psihičkih bolesti. Ovakva pojava se objašnjava faktorima rizika, poput postojanja neadekvatnih životnih uslova, niskih primanja, veće nezaposlenosti i barijere mogućnostima otklanjanja ovih problema.

Nakon što su u oblast socijalnog rada inkorporirane ideje preuzete iz oblasti političke ekonomije, pojavljuje se ideja da se ključni uzroci za probleme koji se javljaju u oblasti mentalnog zdravlja nalaze u samoj društvenoj strukturi. Oni proističu iz toga što dominantne društvene grupe akumuliraju moć i resurse radi ostvarenja vlastite koristi (Heiman, B Julia, R. Gladue, Brian A., Roberts, Carl W., L. Piccolo, Joseph, 1986).

Iz tog ugla gledano, društvena dimenzija prakse terapijskog rada bi trebalo da se fokusira na preraspodelu moći i resursa, kako bi se unapredila opšta zdravstvena situacija stanovništva (isto). U oblasti socijalnog rada se, pod uticajem navedenih shvatanja i tendencija, sve češće javlja uverenje da bi primarne mehanizme intervencije trebalo usmeriti ka promeni strukturno određenih uslova života. U protivnom, održavanjem postojećih društvenih nejednakosti, održaće se i siromaštvo, a samim tim i bolesti.

Odnos između siromaštva i mentalnog zdravlja je kompleksan i multidimenzionalan. U okviru užeg određenja ovog odnosa akcentat je stavljen na nedostatak novca i materijalnih poseda, dok se, u okviru šireg određenja, akcentuje problem siromaštva, pri čemu se posebno uzimaju u obzir njegove posledice (nemogućnost korišćenja socijalnih i edukativnih resursa i sl). Siromaštvo, nezaposlenost, nizak stepen obrazovanja, deprivacija i beskućništvo rasprostranjeni su u siromašnim zemljama, ali pogađaju i neke od bogatih zemalja sveta. Kod siromašnih ljudi, koji su lišeni mogućnosti da dobiju adekvatnu zdravstvenu i drugu pomoć, može se registrovati veća frekvencija pojave mentalnih poremećaja, ponekad izazvanih zloupotrebom alkohola i korišćenjem droga i njihovim slabijim kvalitetom, što je svakako opasnije.

Viša stopa se može objasniti dvojako, postojanjem većeg broja klijenata među siromašnima, ali i pomeranjem mentalno obolelih u siromaštvo (Karban, 2011). Na primer, uzročni mehanizam može biti značajniji za anksiozne i depresivne poremećaje, dok bi *drift theory* (teorija pomeranja naniže) imala veći uticaj na višu prevalencu psihotičnih poremećaja i zloupotrebe supstanci među siromašnima (ova dva mehanizma se međusobno ne isključuju) (isto).

Pojedinci mogu biti predisponirani za nastanak mentalnih poremećaja zbog njihove socijalne situacije, a oni kod kojih se bolest razvije mogu da se suoče sa daljim lišavanjem koje je rezultat njihove bolesti. Takvo lišavanje uključuje niže nivoe sticanja obrazovanja,

nezaposlenost i, u ekstremnim slučajevima, beskućništvo. Mentalni poremećaji mogu da prouzrokuju teške i trajne nesposobnosti, uključujući i nesposobnost za rad. Pojedine bolesti i problemi (depresivna stanja, samopovređivanja, broj uspešnih suicida, itd) pokazuju znatno veću prevalenciju kod ekonomski deprivirane populacije, čime se vrlo eksplicitno ukazuje na njihovu klasnu dimenziju (Guinell, 1995). Takođe, pojedini oblici neuroze učestaliji su kod pripadnika nepri-vilegovanih klasa (Meltziger, 1995. prema Lago & Smith 2004), a u Britaniji je zabeležena tri puta veća učestalost pojave šizofrenije kod osoba koje potiču iz radničkih porodica.⁹ Pored determinanti u okviru politika mentalnog zdravlja analiziraju se i paradigme, koje predstavljaju skup verovanja, vrednosti i pristupa koji su karakteristični za pripadnike određene zajednice (Kuhn, 1996. prema Wiggins, 2003). Među savremenim paradigmama, ističe se *Političko-ekonomska paradigma*, jer zauzima kritički stav prema političkim i ekonomskim strukturama koje imaju uticaj na zdravstveno stanje. U prvom planu je interakcija između države, ekonomije i civilnog društva, naročito produkcije i distribucije bogatstva, kao i veza između relativne moći socijalnih klasa, akumulacije kapitala i organizacije radne snage. Ovakva kontrola tržišta usluga mentalnog zdravlja utiče na (ne)dostupnost usluga za pojedine klase ili kategorije. Putem ove paradigme formulisana je kritika postojeće nejednakosti u sferi zdravlja koja je rezultat dispariteta moći unutar struktura. Takođe, izneta je i kritika dominantnog biomedicinskog pristupa, kao institucionalnog izraza socijalne kontrole, kojim se osnažuje rasizam i patrijarhat, a samim tim i interesi kapitalističkog sistema (Lupton, 2002)¹⁰.

9 Kada je reč o slučajevima poput *anorexi-a nervosa*, najveći broj klijentkinja potiče iz srednje ili više klase. Videti: Hoek, 2003.

10 Zdravlje se vidi kao odraz stanja političke ekonomije jednog društva. Dobro zdravlje je stanje fizičke i emocionalne dobrobiti, koja uključuje pristup i kontrolu nad osnovnim materijalnim i nematerijalnim resursima koji održavaju i podstiču život na zadovoljavajućem nivou.

2.2 Socijalne determinante paradigmi mentalnog zdravlja



U okviru diskursa koji naglašava socijalnu determinisanost mentalnog zdravlja, naglašava se negativan uticaj koji socijalni uslovi mogu imati po zdravlje (Bryant, 2009). Ti uslovi uključuju: siromaštvo, niske prihode, rod, rasu, polnu nejednakost, loše uslove života i stanovanja, nizak stepen obrazovanja, rano roditeljstvo, loše radne uslove, socijalno isključivanje (Commission on Social Determinants of Health, 2008; Marmot & Wilkinson, 2006; Raphael, 2008). Iako je prepoznavanje odnosa između socijalnih faktora i faktora koji proističu iz uticaja okoline odavno poznato, uključujući radove Rudolph Virchowa i Engelsa, taj odnos sve do 1970. godina nije bio jasno definisan (Raphael, 2006; Graham, 2004. prema Murray & Clendon, 2011).

Do izvesnog napretka na tom polju dolazi 1980. godina, zahvaljujući istraživanjima koja su sprovedena u Velikoj Britaniji (*Black Report, Health Divide*). Na osnovu njih je potvrđeno da je mentalno zdravlje određene osobe blisko povezano sa njenim socio-ekonomskim statusom. (Townsend, Davidson & Whitehead, 1992. prema Tones & Tilford, 2001). U okviru diskursa koji se bavi socijalnim determinantama mentalnog zdravlja, polazi se od pretpostavke da se faktori rizika odnose, pre svega, na socijalne i ekonomske uslove života u određenoj sredini; pokazalo se, naime, da upravo oni imaju odlučujući uticaj na zdravlje. Ovaj teorijski pravac, koji uzima u obzir psihološko stanje pojedinca, ali i uticaje ekonomskih činilaca i socijalnog okruženja na njegovo zdravlje, usmeren je, pre svega, na pružanje dobrobiti. Konačno, perspektiva socijalnog poređenja naglašava uticaj društvenih hijerarhija na zdravlje. Pretpostavka je da percepcije i iskustva društvene nejednakosti dovode do stresa i negativnih zdravstvenih ishoda (Meyer, 2003).



2.3 Diskriminacija na osnovu socijalnih klasa

Viđenje klase, u ovom tekstu, bazirano je na polazištima nekoliko savremenih autora koji ovom pojmu prilaze pre svega putem naglašavanja njene institucionalne strukture i mnogobrojnih ukrštanja. Andersen i Kolins (Andersen & Collins) ističu neindividualističku dimenziju klase, govoreći o tome da je treba posmatrati pre svega kao manifestaciju i konsekvencu postojanja sistema moći i reprodukcije strukturalnih nejednakosti (što važi i za pitanja roda, rase, etniciteta, seksualnosti i starosti). Strukture uključuju ekonomske sisteme, porodicu i kulturalne hegemonije, kreirajući razdore u okvirima privilegovanih i neprivilegovanih grupa. Kao takve, postojeće institucije održavaju nejednake pristupe izvorima moći i utemeljuju opresivne odnose, koji zatim konstituišu lične i političke osnove klasizma (Andersen & Collins, 2007). Pounutranjavanjem institucionalnog i društvenog klasizma stvara se intrapersonalni klasizam (internalizovani odnosi privilegija ili opresija) kao i interpersonalni rasizam koji se ispoljava u vidu stereotipa, predrasuda i diskriminacije. Fluidnost i relacioni aspekt klasnog identiteta o kojem su pisali Liu i saradnici (Liu et al. 2004) govori o aspektu pomeranja individualnog doživljaja, iskustva i vrednosnog određenja sopstvene klase. Kao primer, mogu se navesti veliki ekonomski krahovi, promene sistema na nacionalnom ili lokalnom nivou koje dovode do promene odnosa među klasama (krah kolonijalnog sistema, građanski ratovi, preraspodela resursa usled promene vlasti – naglih zaokreta na levo ili na desno, kreiranje novih klasa, itd). Važan aspekt određenja klase je i intersekcionalnost klasne i drugih dimenzija socijalnih identiteta (rasa, rod, etnicitet, seksualno opredeljenje). Ovi odnosi među identitetskim nivoima jedne osobe, takođe su skloni transformacijama, koje mogu biti suptilne ali i drastične, a na njih takođe utiču promene sistema spolja (Hooper, 2010).

U okviru jedne klase mogu postojati različite klasne odlike, a one zavise od unutrašnjih statusnih razlika. Pripadnost socio-ekonomskoj klasi određena je, pre svega, visinom prihoda pojedinca, dok se njegov status određuje u zavisnosti od društvenih uloga i stila života (lifestyle). Klasizam predstavlja jedan od oblika diskriminacije, jer podrazumeva situaciju u kojoj se pripadnicima više i srednje klase pružaju određene vrste privilegija u odnosu na pripadnike nepriviligovanih klasa. Državni i pravni akti, zakoni i institucionalno određena pravila i propisi, formulisani su tako da štite prava jednih, a idu na štetu drugih (Liu, Soleck, Hopps, Dunston & Pickett, 2005)¹¹.

Postojeće privilegije, kao i institucionalno produkovana opresija, rezultat su socijalno konstruisane hijerarhije i jasno definisanih klasnih odnosa koji se zasnivaju na nejednakosti. Klasizam počiva na odnosima moći, u okviru kojih se sistemski negiraju potrebe pripadnika nižih klasa, jer su oni percipirani kao ljudi koji se nalaze na kraju lanca ishrane. Predrasude koje su prisutne u okviru nižih instanci socijalne strukture, a usmerene su ka višim instancama, nemaju jednaku težinu kao predrasude ovih drugih, jer njima je onemogućen pristup izvorima društvene moći putem kojih bi eventualno mogli ugroziti održanje postojećeg sistema.

Privilegije koje su kod pripadnika viših klasa internalizovane, još tokom detinjstva, postaju deo sistema vrednosti i očekivanja (uzimaju se zdravo za gotovo, bez promišljanja o nepravdi i nepravednoj raspodeli resursa u društvu), sem ukoliko ne postoji društvena –

¹¹ Kontekstualni faktori klase su kompleksni i komplikovani zbog multiplih determinanti, subkategorija, višestrukih značenja i negiranja svog postojanja, kao što je to slučaj u pojedinim društvima poput SAD (Langston, 2000). Jedan od mitova o mogućnosti prevazilaženja klasnih razlika, ispoljavanjem vrednosti visoko kotiranih u američkoj kulturi, je mit o «američkom snu». Ono što se zapravo tada dogodilo je da su, migriranjem u Ameriku, Britanci sa sobom poneli zaleđe svojih klasnih rezervi (znanja, veštine, novac, kontakte), te su pripadnici «viših klasa» nastavili da vladaju, siromašniji da rade, ali se otvorila mogućnost kreiranja nove srednje klase kojoj je ostavljeno prostora za malo manipulacije u svojim okvirima.

klasna svest¹². Na sličan način niže socioekonomske klase internalizuju opresiju prihvatajući svoje trenutne mogućnosti unutar klase i sistema (u nekom procentu slučajeva). Manja očekivanja od društva, pa i od sebe, mogu uticati na formiranje određenih karakteristika ili životnih uverenja o konstantnoj težini života, teškoj dostizanju uspeha i zadovoljstva, ambivalencijama u odnosu na svoje želje i potrebe. Psihoterapeuti i savetnici treba da budu u stanju da prepoznaju određene odlike ispoljavanja ličnosti kroz stavove i uverenja koja su klasno obojena (Dunston & Pickett, 2005).

Opšte je mišljenje da pripadnici niže klase nisu u stanju da razumeju i usvoje način života koji je drugačiji od njihovog i predrasude u vezi s tim su vrlo izražene. Pripadnici nižih klasa često su diskriminirani na osnovu nižeg stepena obrazovanja, nedostatka znanja i iskustva u određenim oblastima koje im nisu bile dostupne kao i u situacijama u kojima ne prepoznaju sadržaje koji se socijalno visoko vrednuju u višim klasama. Do takvih situacija dolazi prilikom komuniciranja s pripadnicima srednje klase (između ostalog, i u kontekstu psihoterapijskog tretmana), koji mogu ostaviti gorak ukus u ustima, zarad percipiranja sopstvene niže vrednosti.



2.4 Intersekcijalnost klase, roda i seksualne orijentacije

Analiza pitanja i problema koji proističu iz klase obično se previđa (ili se smatra nedovoljno značajnom) u slučajevima kada se klasna opresija, za koju se veruje da ju je najlakše prevazići, javlja u kombinaciji s drugim vrstama opresije (rodno i rasno zasnovanom opresijom, opresijom zasnovanom na seksualnoj orijentaciji, itd).

12 Klasna svest je koncept kojim se opisuje spoznaja, odnosno svest pripadnika određene društvene klase o vlastitom položaju unutar nekog društva. U marksističkoj teoriji se u tom smislu razlikuje «klasa po sebi» od «klase za sebe», pri čemu je potonja svesna svog položaja, odnosno spremna da se organizuje kako bi postigla vlastite klasne ciljeve.

U visoko segregiranim društvima siromaštvo jednako pogađa sve pripadnike niže klase, bez obzira na njihovu rasnu pripadnost ili seksualnu orijentaciju. Belom muškarcu koji ima minimalna primanja veoma je teško da o sebi misli kao o nekome ko ima bilo kakvu vrstu privilegija (u kapitalističkom, tržišnom sistemu, njegove mogućnosti su veoma skućene). Prilikom razmatranja klasnih pitanja potrebno je uzeti u obzir i rodnu dimenziju, u suprotnom, pitanje rodni odnosa će ostati zanemareno (Celement & Myles, 1994). Slično tome, jedna žena afroameričkog porekla ili u našem kontekstu Romkinja, neće smatrati da su pitanja koja se postavljaju u okviru feminističke teorije za nju u bilo kojem smislu relevantna, ukoliko feminizam ostane fokusiran isključivo na probleme belih žena srednje klase. Način na koje se reprodukuju rodni i klasni sistemi vrednosti zavisi i od politika koje se vode na mikro nivou, kao i od kulturno utvrđenih normi ponašanja u određenoj sredini.

2.5 Problem klase u psihoterapiji i savetovanju



„Klasne razlike su prisutne svugde oko nas, bilo da smo mi toga svesni ili ne, a problem klase predstavlja jedan od značajnih faktora za razumevanje i analizu izvora opresije u politikama mentalnog zdravlja“ (Dominelli, 1997, 27)

Pripadnost određenoj društvenoj klasi bitno utiče na to kakav *pogled na svet* je klijent/klijentkinja usvojio/usvojila, kao i na to kakvo je znanje i iskustvo kojim on/ona trenutno raspolaže. Faktor klasne pripadnosti, stoga, predstavlja jedan od značajnih izvora informacija za terapeuta.

Klasna pripadnost klijenata proističe iz mreža društvenih odnosa koje oni grade, i direktno je povezana sa njihovom socijalnom i ekonomskom pozicijom (da li oni, kao pripadnici neke društvene klase

imaju pristup određenim resursima, kakve su njihove perspektive kada je reč o obrazovanju, napredovanju u karijeri, odlascima na putovanja, izborima mesta stanovanja, itd), zatim sa usvojenim kulturnim normama (one obuhvataju, između ostalog, sisteme vrednosti i orijentacija, određene obrasce mišljenja, ponašanja i komunikacije, itd), sa načinima na koje reaguju na životne probleme i izazove. Osim što širi društveni sistem, preko klasnih razlika, direktno ili indirektno održava, a u nekim slučajevima i sistemski produbljuje odnose neravnopravnosti među pripadnicima različitih klasa, on utiče i na kreiranje uslova koji ljude usmeravaju ili ne usmeravaju ka psihoterapiji. Klasna pripadnost, tako, predstavlja još jedan od indikatora problema zbog kojih se ljudi obraćaju za pomoć psihoterapeutu, ali i jedan od ključnih uzroka njihovog nastanka, što smo razmatrali u prethodnim poglavljima.

Nedostatak senzitivnosti kad je reč o pitanjima i problemima koji su povezani s faktorom klasne pripadnosti bi se, analogno izrazu „slepilo za boje“, mogao označiti kao „slepilo za klasna pitanja“. Naime, kod psihoterapeuta i drugih praktičara koji deluju u okviru sistema brige o mentalnom zdravlju može se uočiti tendencija da se faktor klasne pripadnosti previdi i/ili zanemari, što se opravdava tobožnjom neutralnošću terapeuta. Značaj faktora klasne pripadnosti se, tako, minimalizuje, što može dovesti do nedostatka samorefleksivnosti kod samih terapeuta. Oni, usled toga, razvijaju sklonost da problemima s kojima se njihovi klijenti suočavaju pristupaju posmatrajući ih kroz prizmu vrednosnih stavova i normi karakterističnih za klasu kojoj sami pripadaju.

Budući da obično nisu u mogućnosti da izdvoje novac za vaninstitucionalne oblike lečenja, pripadnici nepriviligovanih društvenih klasa se retko odlučuju za psihoterapiju. Sam institucionalni sistem brige o zdravlju predstavlja, samim tim, jedan od okvira za reprodukciju klasnih odnosa u društvu. Privatna psihoterapeutska praksa pokriva mahom potrebe pripadnika više i srednje klase, dok se pri-

padnici niže srednje klase, kao i radnici, nezaposleni, studenti, itd, za tu vrstu pomoći uglavnom obraćaju besplatnim službama u okviru ustanova mentalnog zdravlja, ukoliko su one predviđene na nivou države, ili pak nevladinim organizacijama u okviru njihovih projekata (Kearney, 1996).

2.6 Uticaj klasnih pitanja na kreiranje odnosa klijent – psihoterapeut



S obzirom na limitirane materijalne mogućnosti određenog broja ljudi (u nekim društvima velike većine) i važnijih (hitnijih) životnih potreba, pripadnici nižih statusnih grupa svoje potrebe za psihološkom pomoći manje vrednuju. Drugi deo problema tiče se smanjenih mogućnosti izbora, vrste terapije/pomoći, metode, terapeuta, jer su upućeni na vrstu pomoći koja im je finansijski dostupna.

Psihoterapija, naročito individualna (s posebnim akcentom na psihoanalizu) često se procenjuje kao elitistička, jer je dostupna veoma malom broju korisnika. Cene drugih modaliteta, naročito kada su u pitanju grupno-terapijske metode, pokazuju nešto veću fleksibilnost, tj. dostupne su većem broju klijenata. Svaka finansijska i društvena kriza za sobom povlači porast broja potencijalnih klijenata (ljudi u krizi, ali i slabije platežne moći).¹³ U institucijama javnog zdravlja slabo plaćeni psihijatri i psiholozi često nisu motivisani za rad, a zbog smanjivanja broja zaposlenih dalje opada kvalitet usluge, kao i sigurnost zaposlenih u radu s težim psihijatrijskim bolesnicima.

Manjak zaposlenih negativno utiče i na prosečno vreme zadržavanja kod psihijatra, koje iznosi desetak minuta, što je nedovoljno za određivanje dijagnoze, koju kasnije teško možete revidirati. Za tako kratko vreme, često se preskoče važne životne činjenice, poput

¹³ Privatno lečenje u Srbiji košta u proseku od 80 do 200 evra mesečno, što mali broj osoba može sebi da priušti, a kvalitet usluge za taj novac nije (uvek) zagarantovan.

iskustva izbeglištva i rata, seksualnog zlostavljanja, izloženosti nasilju, mobingu ili nekim značajnim životnim stresovima. Sve manje ulaganje u javno zdravstvo (deo mera štednje koje se sprovode u većini evropskih zemalja) negativno se odražava i na primenjivanje terapije lekovima, na šta ukazuje davanje isprva veće doze lekova koja se zatim smanjuje po potrebi. Posledica takvog postupka jeste loša reakcija pacijenata na lek (mučnina, otupelost, nesvestica), pa i stvaranje zavisnosti. Umesto toga, pacijenta bi trebalo zadržati na odeljenju dok se „dijagnoza individualno ne uklopi“, što se izbegava zarad uštede na bolničkim troškovima.¹⁴ Što se tiče postojanja klasnih razlika u okviru terapijskog procesa, ustanovljeno je da su klijenti mnogo češće osobe lošijeg imovinskog stanja od svojih terapeuta, a prevlađujuće teme kod nižih socio-ekonomskih slojeva uglavnom su vezane za deprimiranost usled loših životnih uslova, posla, stresa (Tidwell, 1992).



2.6.1 Koraci uključivanja klasno inkluzivnog promišljanja u terapijski proces

Momenat uspostavljanja prvog kontakta uključuje verbalnu i neverbalnu komunikaciju (mimika, gestovi, telesni stav), koja vrlo brzo govori o tome kojoj socijalnog klasi pripadamo. Svi elementi komunikacije mogu biti, i najčešće jesu, klasno obojeni. Rečnik koji koristi terapeut/terapeutkinja (odabir reči, bogatstvo vokabulara, jezičke konstrukcije, izgovor) uslovljen je poreklom, obrazovanjem i načinom prihvatanja vrednosti klase kojoj osoba pripada. Kroz različite nivoe

¹⁴ U pokušaju da bolje razumeju svoje stanje i predvide tok bolesti, usled škrтости informacija koje dobijaju od svojih lekara, klijenti se okreću različitim izvorima na internetu poput vikipedije i foruma. Posledica dostupnosti informacija o dijagnostici, lekovima kao i alternativnim formama lečenja na internetu može biti stvaranje lažne ili uprošćene slike o bolesti, simptomima, lekovima i terapiji, kao i opasan podsticaj nekima da se leče sami (i izbegnu javljanje stručnim licima).

komunikacije, vrednovanje samog jezika, korišćenje izraza i fraza karakterističnih za određenu socijalnu grupu, ili nesvesnu upotrebu slenga, takođe možemo zaključiti iz koje socijalne grupe klijent dolazi.

U fazi upoznavanja i uspostavljanja prvog kontakta, prilično je važno da terapeuti imaju uvid u načine uspostavljanja komunikacije. Ukoliko primete da u svom izražavanju koriste formu koja u velikoj meri odudara od klijentovog izražavanja potrebno je imati dozu fleksibilnosti (tj. ne treba se kruto držati specifičnog jezika srednje/više klase), jer će se time blokirati otvorena komunikacija.

Velika je važnost *setinga*¹⁵ (prostora) u kojem se terapija odvija, a koji nam može pružiti informacije o tome kojoj klasi psihoterapeut/ psihoterapeutkinja pripada i kakav je njegov/njen socijalni status, iako bi, zapravo, ovakve informacije trebalo da budu van domašaja klijenata. Prostor u kojem se terapija odvija trebalo bi da bude neutralan, i da sadrži što manje predmeta koji funkcionišu kao označitelji socijalnog statusa terapeuta. *Seting* mentalnih institucija (bolnički *seting*) je obično hladan i formalan, te nekim klijentima može ulivati strahopoštovanje. On, na jednom nivou, deluje kao marker za uspostavljanje klasnih granica, jer se povezuje s posedovanjem znanja i moći, koji se dovode u vezu sa pripadnicima srednje ili više klase.

Izbor relevantnog materijala i način na koji ga interpretiramo je klasno definisan. Jezik koji upotrebljavaju pripadnici više i srednje klase, pa i jezik koji upotrebljavaju psihoterapeuti u svojoj praksi, može, u zavisnosti od načina na koji se vrednuje, predstavljati jedan od potencijalno opresivnih faktora. Naš način prosuđivanja, pa i sam jezik koji upotrebljavamo dok interpretiramo sadržaje koje nam klijent saopštava, nije oslobođen normi i vrednosti klase kojoj pripadamo. Terapeuti bi morali osvestiti ovaj proces; u protivnom, postoji mogućnost da ćemo projektovati sopstvene norme i vrednosti na

15 *Setting*, predstavlja prostor gde se seanse odvijaju, kao i vreme odvijanja psihoterapijskog rada, a sam po sebi se smatra elementom terapijskog procesa, jer utiče na njegov rezultat.

klijente, što može biti ne samo pogrešno, nego i kontraproduktivno (Kearney, 1996).

Terapeutovo interpretiranje sadržaja koje klijent iznosi predstavlja, zapravo, proces u kojem on (terapeut) učitava značenje u te sadržaje. Time se reprodukuje odnos moći između terapeuta i klijenta, koji je od početka postojao, a terapija gubi izgleda da uspe. Klijentu, na taj način, svakako nećemo pomoći; štaviše, propustićemo šansu da sa njim izgradimo konstruktivan terapijski savez (Hargaden & Summers, 2000).

Problemi koji se mogu javiti u analizi i tumačenju iznetog materijala najčešće spadaju u pogrešnu percepciju deficita klijenta što podrazumeva neproverenu pretpostavku da klijenti poseduju određene materijalne objekte (kola, vikendicu, kuću, tehničke aparate) ili nematerijalne sadržaje (znanje, razumevanje, procese i emocije), koji su norma za srednju klasu. Klijenti se zbog takve naše pretpostavke (ukoliko ovakve materijalne i nematerijalne stvari ne poseduju) mogu osećati veoma loše ili na gubitku. Od pretpostavke da su stigli kolima na psihoterapijsku seansu (usled čega im može biti veoma neprijatno ako ih ne poseduju), do načina na koji u okviru svoje socijalne grupe percipiraju, vrednuju i iskazuju emocije. Intervencije koje ne uzimaju u obzir klasne razlike, štetne su za terapijski savez.

Iako globalno postoji velika mogućnost nerazumevanja, pri susretu osoba koje pripadaju različitim klasnim referentnim sistemima, kada je u pitanju terapijski savez značaj (mogućnost načinjene štete) je mnogo veći, jer je terapeut agens promene, a promena mora biti inicirana od strane klijenata i vođena na način koji je adekvatan. Uloga terapeuta je da se ovim pitanjem aktivno pozabavi, osigura slobodan prostor da klijenti izraze svoje osobenosti, na način na koji je to neophodno i prepozna njihovu potrebu da udovolje kriterijumu (ili očekivanim vrednostima terapeuta), a zatim te potrebe interpretira ne samo kroz psihoindividualne psihološke mehanizme, već u funkciji socijalnih – klasnih faktora (Kearney, 1996. prema Lago &

Smith, 2003). Neophodno je razumeti i načine na koji klasne odlike interferiraju s pitanjima roda, tako da se važne teme poput braka, seksualnosti, majčinstva, separacije, prelamaju kroz interseksionalnost roda i klase.

2.7 Uticaj klase na obrazovanje kadrova



Jezik edukacije u većini oblasti, pa i u procesu etabliranja edukacije za buduće psihoterapeute, zasićen je i definisan vrednostima srednje klase. Karakteristike srednje klase tako postaju neumitno deo sistema u koji kroz edukaciju uključujemo druge, predstavljajući ga kao standard. Fokus na individualističkim (a ne kolektivističkim) vrednostima takođe oblikuje stavove i kriterijume normalnosti kod budućih terapeuta. Kearni (Kearney) govori o vrednosno određenim znanjima koja se prenose (umesto o klasno jedinstvenom znanju), od kojih ona koja su prihvatljiva za većinu dobijaju naučni legitimitet (koji se postavlja iznad legitimiteta drugih znanja).

Pitanje klase bi trebalo da bude jedno od centralnih pitanja u učenju savetodavnog rada, jer određuje identitet osoba s kojima ćemo raditi (Kearny, 1996). U okviru multikulturalnog i transkulturalnog obrazovanja, fokus je na rasi i kulturološkim razlikama, te se ne obraća dovoljno pažnje na socio-ekonomska i politička pitanja pripadnosti klasi. Prenošenje znanja duboko je utemeljeno u socijalne norme, koje su, pak, ponovo pod uticajem klase, i poznate su kao klasne norme. Vrednosti srednje klase često nose konzervativne stavove koji su rodno nesenzitivni (Lago & Smith, 2004). Ukoliko ne zauzimamo stav u odnosu na klasna pitanja, na prećutan način podržavamo održavanje sistema klasne nejednakosti.



3. Doprinosi levo orijentisanih kritičkih teorija u okvirima politika mentalnog zdravlja

3.1 Razvoj indikatora i merila mentalnog zdravlja

Pokret za mentalnu higijenu, osnovan početkom 20. veka, umnogome je doprineo razvitku koncepta mentalnog zdravlja. On je u početku bio fokusiran na poboljšanje nege hospitalizovanih klijenata, a kasnije se posvetio razvoju mera prevencije. Istraživanja sprovedena tokom 1980. godina doprinela su boljem razumevanju pojma mentalnog zdravlja. Ono se koncipira na različite načine, u zavisnosti od toga da li se određuje u odnosu na pozitivne emocije (poput osećanja sreće), osobine ličnosti (koje uključuju psihološke resurse samopoštovanja i sposobnosti prihvatanja sebe), ili rezilijentnost (kapacitet da se suočimo s poteškoćama života). Različiti aspekti i modeli mentalnog zdravlja doprinose boljem razumevanju pojma pozitivnog mentalnog zdravlja.¹⁶

Doprinos istraživanju u razvoju indikatora mentalnog zdravlja se prepoznaje kroz: epidemiološke studije mentalnog zdravlja, internacionalne studije kvaliteta života, posmatranje korelacija između društvenih determinanti, nejednakosti i zdravlja, psihometrijske studije, opservacije iz zdravstvenog nadzora i praksi. U predlaganju indikatora mentalnog zdravlja potrebno je uzeti u obzir različite perspektive promocije zdravstvenih radnika i stručnjaka za mentalno zdravlje. Stoga, bilo kroz fokus na širu grupu ili na pojedince, bitno je postaviti okvir pozitivnog mentalnog zdravlja unutar društveno-političkog, ekonomskog i kulturnog okruženja, što utiče na distribuciju materijalnih i društvenih resursa kroz niz institucionalnih i pojedinačnih mehanizama.

¹⁶ Razvoju ovog pristupa najviše su doprineli Selidžman, Diner i ostali predstavnici pozitivne psihologije, koji su osećanja sreće, zadovoljstva i blagostanja odredili kao indikatore mentalnog zdravlja.

Indikatori mentalnog zdravlja posmatraju se na nivou kulturnih, socijalnih i političko-ekonomskih procesa; distalnih mera društvene organizacije na nivou zajednica, škola, lokalnih naselja i radnih mesta; proksimalnih demografskih mera, materijalnih i društvenih okolnosti i ponašanja porodica; psiholoških, bioloških, društvenih, materijalnih i demografskih karakteristika pojedinaca i zajednica (Korkeila, 2000; Lahtinen et al. 1999; National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES) and European Commission, 2000; Stephens Dulberg & Joubert, 1999). Na makro nivou postignuti su određeni rezultati, te su indikatori mentalnog zdravlja dati u okviru Indeksa ljudskog razvoja (Human Development Index – HDI), koji je razmatran 2000. godine od strane UN. HDI je koncipiran u odnosu na meru postignuća, i fokusiran je na individualne ishode, kao i na ekonomski položaj zemlje. On uključuje i faktore pola (Gender Development Index), i indeks rodnog osnaživanja (Gender Empowerment Index).

3.1.1 Uključivanje zajednice prema korisnicima usluga i destigmatizacija



Pitanja uključenosti zajednice i njenog značaja za ostvarivanje mentalne dobrobiti pojedinaca, koja uključuju i političku dimenziju, predmet su mnogih debata. Zajednica može ograničavati pojedince, ukoliko se u okviru nje reprodukuju odnosi moći i opresije iz šireg socijalnog konteksta. S druge strane, ona pojedincu može pružiti jaku emocionalnu potporu, u vidu različitih vrsta socijalnog kapitala. Socijalni kapital uključuje strukturalnu/kognitivnu, povezujuću/premošćujuću i horizontalnu/vertikalnu dimenziju (De Silva, 2005).¹⁷

17 Programi koji promovišu poboljšanje mentalnog blagostanja, kao i jačanje kapaciteta rezilijentnosti, poput «Izabрати zdravlje» (*Choosing health*) i *Making it happen*, predlažu koordinirane intervencije na tri nivoa: jačanja individua, jačanja zajednice i umanjivanja strukturalnih barijera u odnosu na mentalno zdravlje. Videti: Parott et.al 2008.

Socijalni rad i projekti međustrukovne saradnje, podrazumevaju učešće čitavih zajednica, i predstavljaju važne faktore promocije, održavanja, kao i prevencije poteškoća u oblasti mentalnog zdravlja. Praksa svakodnevnog promovisanja mentalnog zdravlja značila bi da se kapaciteti pojedinaca uvećavaju, da se pruža otpor stigmatizaciji, te da se preduzimaju mere koje bi unapredile mogućnosti ojačavanja društvene inkluzije. To bi svakako doprinelo umanjivanju stigmatizacije klijenata/klijentkinja, posebno osoba koje se percipiraju kao slabije karike sistema (ranjive osobe, osobe sklone intenzivnim emocionalnim reakcijama i povlačenju u sebe).

Stanje ranjivosti, koje se javlja kod ljudi koji su u ugroženoj poziciji, a prouzrokovano je iskustvom nesigurnosti i beznađa, brzinom društvenih promena, rizikom od nasilja i narušavanjem fizičkog zdravlja, dovodi do pojave ili eskalacije mentalnih bolesti. Paralelno s tim, veliki broj korisnika usluga odlučuje da prekine započeti tretman; tim putem oni, zapravo, pokušavaju da izbegnu stigmatizaciju i etiketiranje. Stigma direktno oštećuje korisnike, jer umanjuje njihovo samopouzdanje i udaljava ih od mogućnosti izlječenja. Neophodno je kreirati programe koji bi bili usmereni na destigmatizaciju, na nivou čitave zajednice, kao i pružanjem pomoći pojedincima kod kojih je proces autostigmatizacije doveo do socijalne izolacije, stagnacije ili pogoršavanja kliničke slike.

Stigma takođe utiče na vezu između mentalnih bolesti i sistema krivičnog pravosuđa. Do kriminalizacije mentalnih bolesti dolazi u slučajevima kada, umesto sistema mentalnog zdravlja, interveniše policija, kako bi se odgovorilo na pojavu krize mentalnog zdravlja kod određenih osoba. To doprinosi još izraženijoj prevalenciji simptoma bolesti (Teplin, 1984). Osim toga, tendencija je da ljudi s mentalnim bolestima provode više vremena u zatvorima nego oni koji nisu mentalno oboleli (Teplin, 1984). U slučajevima kada drugi prestupnici nisu tolerantni prema osobama s psihičkim problemima, otvara se pitanje pooštavanja njihovih zatvorskih kazni, kao i pitanje drugači-

jih mogućnosti tretiranja mentalno obolelih osoba (Jemeka, Trupin & Chiles, 1989; Lamb & Weinberger, 1998. prema Corrigan, 2008).

Negativne ishode stigmatizacije mentalno obolelih osoba trebalo bi posmatrati i u kontekstu opšteg zdravstvenog sistema. Stigmatizovane osobe teže pristupaju sistemu zdravstvene zaštite i njihove šanse da dobiju zdravstveno osiguranje su manje nego kada govorimo o pripadnicima drugih grupa (isto).

3.1.2 Nastanak ideje o oporavku



Ideja da zajednice treba da pružaju podršku osobama sa mentalnim poteškoćama, kako bi se one reintegrisale, oporavile od bolesti i održale mentalnu stabilnost (community mental health), javlja se tek u posleratnom periodu. U SAD-u i Velikoj Britaniji se tada pojavljuju inicijative putem kojih se, uz podršku od strane vladinih institucija, promovise ideja o pružanju komunalne podrške osobama sa mentalnim poteškoćama.¹⁸ Pomenute inicijative su dobile dodatni zamajac zahvaljujući antiratnim i drugim socijalnim pokretima (antirasističkim, feminističkim, studentskim) i socijalnom optimizmu koji je obeležio 1960. godine, posleratnoj obnovi, veri u nauku i medicinu, i protestima protiv rata u Vijetnamu.

18 Inicijativa komunalnog razvoja se bazira na principima socijalne pravde i održivosti životne sredine. Ovakva vrsta inicijativa otvara mogućnost za kritičko osvešćivanje odnosa moći u društvu. Prakse koje se sprovode na nivou mikrozajednica su podsticajne za društvo u celini, jer pokazuju da je moguće postaviti zajedničke ciljeve, organizovati zajedničke aktivnosti i kreirati inkluzivno društveno okruženje. Participacija i inkluzija, ukoliko se sprovode na adekvatan način, imaju moć da na pozitivan način transformišu društvenu realnost. Međutim, ukoliko su takve vrste inicijativa zasnovane na pogrešnim pretpostavkama, rezultat će izostati, a nepovoljne posledice se mogu manifestovati ne samo na nivou lokalnih zajednica, već i na nivou čitavog društva. Participacija se, u takvim slučajevima, zasniva na ispraznoj demagogiji i ispoljava se kao novi vid tiranije. U tom vidu, ona ne doprinosi promenama, već redukuje transformativne procese, težeći da održi *status quo* i postojeći odnosi moći (Cooke & Kothari, 2001).

Od 1970. naovamo, pre svega zahvaljujući inicijativi za deinstitucionalizaciju osoba sa mentalnim poteškoćama, pojačani su naponi da se bivši korisnici usluga psihijatrijskih ustanova integrišu u društvenu zajednicu, kako bi se prevazišli problemi s kojima se oni suočavaju u ekonomskoj, socijalnoj i političkoj sferi. Sredinom 1970. godina ovaj pokret menja kurs i orijentiše se ka pružanju korektivnih usluga (Chu & Trotter, 1974. prema Anthony, 1993). U to vreme, formira se pokret korisnika psihijatrijskih usluga, u kojem su, osim osoba sa mentalnim poteškoćama, učestvovali i članovi njihovih porodica, kao i bivši pacijenti (isto).

Organizacije korisnika usluga ustanova mentalnog zdravlja postaju važni pokretači pozitivnih promena. Sami korisnici unapređuju kvalitet rada, uvodeći grupe samopomoći ili, pak, nove aktivnosti u već postojeće programe; oni, tako, postaju kreativniji i zanimljiviji za one kojima su i namenjeni. Međutim, organizacije korisnika nisu uspele da ostvare međusobnu saradnju. Takođe, nedostajalo im je i teorijsko uporište, koje se moglo odrediti na širokom spektru orijentacija, od antipsihijatrijskog pristupa (koji negira potrebu za dijagnostikom), do tradicionalnog medicinskog pristupa (u tom slučaju, ostvarila bi se puna saradnja sa institucionalnom psihijatrijom). Organizacije korisnika su inicirale formiranje tzv. *grass roots* pokreta, koji je bio namenjen osnaživanju kapaciteta bivših pacijenata, ali su, s druge strane, kreirale i razdore među korisnicima njihovih usluga, i time onemogućile formiranje jedinstvenog, snažnog internacionalnog pokreta.¹⁹

Period 1990-ih i 2000-tih obeležava tzv. *novi komunitarizam*, sa ciljem da se ojača civilno društvo, učešće građana, kao i kontrola nad samim procesom institucionalnog lečenja.

19 Prva Konferencija ljudskih prava i psihijatrijske opresije održana je na Univerzitetu Detroit (održavala se jednom godišnje od 1973. do 1985). Tokom tog perioda ona je prošla kroz nekoliko transformacija, kako je obim pokreta rastao, završivši kao Internacionalna konferencija za ljudska prava protiv psihijatrijske opresije.

Za razliku od aktivizma 1960-ih, u kojima su lideri ovih udruženja pokušavali da izleče društvo, 1990-te su donele veći fokus na udruživanje korisnika, njihovih porodica, civilnog sektora i saradnju sa vladinim organizacijama. Tada se nova psihijatrija zajednice, ojačana mnogim socijalnim pokretima, ipak više okreće potrebama individue, ispuštajući iz vida šire društvene nivoe ovog problema. Još jedan od prostora koji je potrebno osvojiti, a koji uključuje socijalno inkuzivni pristup je inkorporiranje određenih elemenata komunalne psihologije, koja podrazumeva aktivnosti usmerene na dobrobit klijenata, zahteva promenu pristupa, poboljšanje uslova i uključivanja kooperativnog načina delovanja (Constantine et al. 2007; Smith, 2009). Ovakav pristup otvara mogućnosti međustrukovne saradnje, zagarivanje potreba manjinskih grupa, kao i obuku i uključivanje članova zajednice koji nisu iz struke. Članovi zajednice mogu biti i korisnici usluga mentalnog zdravlja.

Zdravstvena zaštita lica u zajednici sprovodi se kroz definisane planove i programe, individualne ili grupne tretmane u zajednici, a u cilju zadržavanja ovih lica i njihovog ostanka u porodičnoj i socijalnoj sredini, odnosno prevencijom njihovog ponovnog stacionarnog lečenja. Terapijska praksa bazirana na modelu oporavka predstavlja sintezu profesionalnog i životnog iskustva, stapajući se u jedinstvenu bazu znanja (Glover, 2005, Lago & Smith, 2004). Ukoliko društvo ne prepozna kapacitete koji leže u oporavku, propustiće šansu da fragmentirani sistem pomoći transformiše u model otvoren za sve nivoe poteškoća koje se javljaju vezano za ovaj proces, što bi značilo i ujedinjenje različitih profesionalaca oko istog cilja.

Bivšim korisnicima institucionalnih psihijatrijskih usluga je danas omogućeno da dobiju pomoć i podršku u okviru projekata namenjenih unapređenju mentalnog zdravlja u zajednici, kao i u okviru programa socijalne rehabilitacije. U okvirima ovakvih projekata i programa akcenat je na ponovnom uspostavljanju psihološkog balansa, kako bi bivši korisnici institucionalnih psihijatrijskih usluga postali

rezilijentni na stresore i reintegrirali se u društvo. Takođe, tu su i udruženja korisnika, koja ostvaruju međusobnu saradnju na različitim nivoima. Nacionalne službe mentalnog zdravlja se na različite načine brinu o bivšim pacijentima i o njihovom zbrinjavanju. Međutim, svi ti pristupi se zasnivaju na ideji o neophodnosti njihove postupne rehabilitacije, što za sobom povlači i odgovarajuće vrste praksi.

Procesi uključivanja u zajednicu mogu biti mnogostruko koncipirani, ali svakako uključuju obezbeđivanje odgovarajućih rezidencijalnih uslova boravka u tzv. kućama na pola puta, obezbeđivanje rezidencijalnih smeštaja koji su namenjeni osnaživanju kapaciteta (long stay care home), smeštanje pacijenata u hostele za pružanje podrške (oni su namenjeni pacijentima koji su relativno samostalni), kao i organizovanje različitih alternativnih oblika zajedničkog stanovanja koji su zasnovani na samoorganizovanju. Podrška se realizuje i putem programa namenjenih unapređivanju međusobne podrške i komunikacije među bivšim korisnicima, pružanjem podrške u zapošljavanju i razvoju kreativnosti (radionice glume, muzike, umetničkih rukotvorina), pružanjem podrške u procesu razvoja psihosocijalnih veština i dr.

Pri procenjivanju stanja bivših korisnika usluga institucija mentalnog zdravlja ne uzimaju se u obzir, bar ne u dovoljnoj meri, faktori rase, klase i socijalnog položaja. Veliki broj povratnika živi u neadekvatnim životnim uslovima i nema osnovna sredstva za život, te takvi uslovi otežavaju proces njihove psihološke stabilizacije. Pri procenjivanju njihovog stanja (da li su se i u kojoj meri oporavili) trebalo bi, pre svega, razmotriti imaju li pristup društvenim resursima, vezama i kontaktima, i da li su dobili šansu da obnove sopstvene kapacitete, jer to je ono što im omogućava da nađu zaposlenje. S tim u vezi, bitno je napomenuti da je brzina oporavka direktno povezana s tim kojoj socijalnoj grupi povratnici pripadaju.

Inicijative koje se organizuju na nivou zajednice ne bi trebalo samo da prate šta se dešava povratnicima, već i da osiguraju da njihov tretman bude adekvatan. Ideja je da se povratak na kliniku or-

ganizuje jedino ukoliko dođe do realnog pogoršanja stanja, pri čemu se na nivou zajednice preduzimaju sve potrebne mere kako bi se to sprečilo.

Iako pokret koji propagira komunalnu podršku osobama sa mentalnim poteškoćama nije u značajnijoj meri proširen, zahvaljujući njemu otvoren je prostor za formulisanje drugačijih pristupa. Takvi društveni pokreti i inicijative, koji su u 21. veku praćeni primenom superiornijih medicinskih i menadžerskih tehnologija, danas aktivno saraduju sa vladinim institucijama.

U praksi se pokazalo da svaki društveni sistem teži da očuva unutrašnju koherentnost, te sebi obezbeđuje zaštitu time što uklanja osobe sa psihičkim poteškoćama; one su, kako se veruje, nesposobne za donošenje racionalnih odluka, i nisu u stanju da se integrišu u društvo. Društvo, na osnovu krajnje arbitrarnog sistema procene, određuje koji tip deprivacije treba da stupi na snagu, da li je on opravdan i neophodan, i da li je *presudu* eventualno moguće izmeniti.

Umešanost društva se, u takvim okolnostima, može pratiti na dva nivoa. Prvi nivo je nivo dijagnostifikovanja problema, na kojem se utvrđuje da je kod određene osobe prisutan određeni stupanj socijalne onesposobljenosti, a na drugom nivou se određuje odgovarajući korektivni tretman. Kroz tehnologije pružanja pomoći (one uključuju davanje lekova, rehabilitaciju, procenjivanje sposobnosti osobe da se nosi sa simptomima bolesti, kognitivne tehnike kojima se ublažavaju posledice halucinacija, itd) mogu se unaprediti sposobnosti osobe i umanjiti njeni nedostaci. Ipak, uspešnost intervencija i podrške određuje se u zavisnosti od toga u kojoj meri su unapređeni kapaciteti osobe društveno upotrebljivi, u okviru unapred postavljenog sistema društvenih uloga i aktivnosti (Mitra, 2006).



3.2 Pitanja moći

3.2.1. Povezanost problema moći i jezika

Distanciranje psihijatrije, i uopšte zdravstvene struke, u odnosu na discipline kao što su istorija ili filozofija, lišilo ju je mogućnosti da spozna svu moć koju poseduje jezik. Čak i za iskusnije praktičare, čin dijagnostifikovanja bolesti predstavlja neku vrstu nužnog zla i izvodi se s pojačanom dozom opreza. Jezik se u tom kontekstu upotrebljava, pre svega, kao sredstvo saopštavanja dijagnoze, a tek potom kao sredstvo komunikacije sa klijentom.

Jezik je uključen u proces uspostavljanja i održavanja odnosa moći u društvu; ta njegova karakteristika označava se kao politički aspekt jezika. Stručna terminologija koju lekari upotrebljavaju stavlja ih u poziciju stručnih interpretatora iskustva klijenata. Upotrebom naizgled benignih reči poput kliničko, plan lečenja, medicinski slučaj i slično, kreira se kontekst u kojem klijentova abnormalnost ili patologija bivaju stavljene u prvi plan, a lekaru je data uloga izvođača intervencije. Moć da se zdravstveni problem definiše nalazi se, tako, u rukama lekara. Jednom označen kao abnormalan (mentalno oboleo), klijent biva odgurnut na rub društva, gde njegova individualna gledišta i interesovanja nikome nisu bitna.

Jezik i diskursi kreiraju razlike između mentalno bolesnih i mentalno zdravih. Biti označen kao lud ili imati mentalnu bolest, prvobitno je impliciralo potrebu boravka u mentalnim ustanovama. Humanitarni, politički i finansijski pritisci su udahnuli život modelu oporavka. Pošto su bili vođeni rezultatima, programi oporavka su se oslanjali na tehnike koje daju najbolje rezultate. Takav pristup podrazumevao je klijentocentričnost, postojanje goruće želje da se klijentima pomogne u procesu njihovog oporavka i u njihovoj potrazi za smislenim životnim ulogama, fokusiranje na proces njihovog integrisanja unutar zajednice, kao i određene načine intervenisanja u životnim okruženjima klijenata.

Iako su danas dostupni humaniji tretmani, a terminologija je sofisticiranija nego ranije, jezik i dalje ostaje sredstvo putem kojeg ljudi bivaju definisani kao abnormalni subjekti. U savremenom modelu oporavka, uloge su jasnije strukturirane, ali su moć i pravo definisanja i dalje u rukama lekara. Takvi odnosi moći, koji se reflektuju u stručnom vokabularu, u suprotnosti su sa naporima usmerenim ka tome da se pacijenti integrišu u zajednicu i ostvare svoja prava na samoodređenje. Tokom 1960-ih godina, Fuko se bavio istraživanjem odnosa između jezika i moći. Jedan od rezultata njegove opsežne analize je i ukazivanje na mehanizme manipulisanja znanjem, kako bi se zadržale pozicije moći.

Naučne titule, kao i jezik koji upotrebljavaju, profesionalcima služe kao sredstva putem kojih se uspostavlja razlika između njih, kao subjekata kojima je data moć označavanja, i neprofesionalaca. Komunikacija profesionalca i ne-profesionalca (klijenta) može uključivati razgovor o najrazličitijim temama: ciljevima koje klijenti teže da ostvare, njihovim odgovornostima i očekivanjima, načinima na koje oni vide sebe, kako žele da se integrišu u širu zajednicu, itd. Međutim, kontekst u kojem se ta komunikacija odvija jasno je definisan, i kreiran je upravo uz pomoć jezika koji se upotrebljava od strane oba komunikacijska aktera, od kojih je jedan definisan kao drukčiji u odnosu na ostatak društva, a drugi predstavlja eksperta koji mu može pomoći da prevaziđe svoje patološke sklonosti, kako bi se reintegrirao u društvo.

Komunikacija se, u osnovi, sastoji iz slanja i primanja određenih poruka, a svaka poruka ima svoj sadržaj i formu. Sadržajem poruka prenose se informacije o činjenicama, osećanjima ili iskustvima. Kada je reč o formi poruke, njom se uspostavljaju određeni odnosi moći među učesnicima u komunikaciji. Lekareva poruka pacijentu poprima formu komande. Odnos moći između lekara i pacijenta, i njihove jasno podeljene komunikacijske uloge, kreiraju kontekst u kojem je lekar, zbog svog stručnog znanja i veština, stavljen u privilegovan

položaj, dok su klijentova znanja i veštine marginalizovani, bez obzira na njegova životna postignuća. Tako i znanja i veštine mnogih ljudi koji se smatraju mentalno bolesnima prolaze neopaženo, ostajući neiskorišćena.²⁰ Nasuprot tome stoji podatak da je ljudski mozak, kako su to antropolozi pokazali, kadar da proizvede čudesne stvari, nezavisno od uslova u kojima čovek obitava (Pinker, 2010).

Pitanje moći u društvu promoviše dominantni diskurs (ideje i prakse), koje često patologiziraju i devaluiraju prakse ne-dominantnih kultura i marginalizovanih grupa. Na taj način se samoproklamuju kao predstavnici društva kada procenjuju pojedinca. Anderson (Anderson) navodi:

„Dominantni glas, kulturološki izdefinisani i profesionalni, obično govori i odlučuje u ime marginalizovanih grupa – rodni, ekonomskih, etničkih, političkih, rasni manjina. Bilo da je vrsta terapije izdefinisana ili ne, nekada slučajno a nekada namerno, terapeuti subordiniraju ili žrtvuju klijenta unapred izdefinisanim širem kontekstu koji je pre svega patrijarhalan, autoritaran i hijerarhijski.“ (Anderson, 2008, 71)

Reči i kontekst koji one kreiraju neumitno dovode do situacije u kojoj se klijent i njegovi talenti podređuju profesionalnom znanju stručnjaka. Takvu situaciju određuje sam jezik, iako se danas promoviraju programi kojima je cilj da obema stranama daju moć da se samodeterminišu i međusobno osnažuju i uvažavaju. U okviru savremenih teorija kritikuje se mentalno ugnjetavanje pacijenata psihijatrijskim rečnikom, pri čemu se naglašavaju potrebe za umanjivanjem broja stručnih izraza i učestalijim korišćenjem reči koje bi bile u funkciji facilitatora pozitivnih promena.

20 Dominantna kultura ne vrednuje na adekvatan način doprinos drugih, nedominantnih kultura, kao ni doprinose marginalizovanih grupa, poput mentalno „obolelih“ osoba. Pridavanjem značaja njihovim znanjima i veštinama svi bismo, kao ljudi, bili jednako tretirani. Međutim, u društvu u kojem živimo ne gleda se kakav je ko, već ko se (i u kojoj meri) razlikuje od drugih.



3.2.2 Teorije moći

Među teorijama koje objašnjavaju značenje i uticaj moći, izdvajaju se Lukasov trodimenzionalni model moći, koji obuhvata kritiku Veberovog koncepta legitimne moći, i Fukoovo postmodernističko shvatanje moći.

Lukasov (Lucas) trodimenzionalni model moći predstavlja, zapravo, neki vid razrade prethodno postojećih jednodimenzionalnih i dvodimenzionalnih modela (Barcharch & Baratz, 1962). Moć je, prema Lukasovom shvatanju, socijalno strukturirana, te on u svom modelu teži uključivanju *treću dimenziju moći* (Lucas 1974, jun 2010), koja se odnosi na njen socijalni aspekt.

Interesi onih koji su u poziciji moći i interesi onih koji su isključeni su, prema Lukasovom shvatanju, kontradiktorni, i lako mogu prerasti u konflikt. Prema Hugmanovom mišljenju (Hugman), trodimenzionalni model moći reflektuje se na oblast socijalnog rada na dva osnovna načina. Socijalni radnici ponekad nisu svesni toga da deluju iz pozicija moći, te bi trebalo ispitati na koji način oni percipiraju sebe i sopstvenu ulogu, kao i njihov stvarni položaj u okviru strukture socijalnog rada (Hugman, 1991: 45). Delovanjem u okviru sistema brige o mentalnom zdravlju, koji predstavlja deo medicinskog mainstreama, socijalni radnici i sami doprinose učvršćivanju evropocentričnog, maskulinog pogleda na svet, koji se nalazi u osnovi medicinskih teorija i terapijskih ideja (Graham, 2002; Hugman, 2013). Ukoliko socijalni radnici ne postanu svesni činjenice da deluju unutar socijalne strukture koja isključuje manjinsku populaciju, jer je dizajnirana tako da podrži norme dominantnog društva, oni neće biti u stanju da preispituju svoj način delovanja i nastaviće s praksom isključivanja određenih delova društva. Lukas, Hugman i Graham analiziraju poziciju socijalnih radnica i radnika, no ova analiza pozicija moći se može primeniti i na druge pomagačke profesije.

Lukas takođe dovodi u pitanje koncept konsenzusa, čime se stvara platforma za preispitivanje Veberovog koncepta legitimne upotrebe moći. (1970). Lukas, nasuprot pomenutim autorima, uvodi ideju socijalne nemoći, tvrdeći da društveni konsenzus može biti prividan, budući da i sam nastaje kao rezultat delovanja društvene moći. Drugim rečima, ako je neko saglasan sa određenim akcijama koje se sprovode u okviru društva, treba da se zapitamo šta je tu osobu na to navelo. Prema Lukasovom mišljenju, društvene pozicije profesionalaca imaju više uticaja na odluke koji ljudi donose, nego argumenti koje oni koriste kako bi opravdali sopstveno delovanje. Ovo se nameće kao centralno pitanje i u oblasti mentalnog zdravlja, jer socijalni radnici nastupaju s autoritetom nekoga ko se u svom delovanju oslanja na zakonske legislative. Korisnici servisa se usaglašavaju s time da li treba da idu u psihijatrijsku ustanovu, ili da ostanu u njoj, ne kroz svojevoljni pristanak, već posredstvom delovanja legitimne moći socijalnog radnika, a ona se zasniva na Zakonu o mentalnom zdravlju (Hugman, 1991, 34).

Prema Fukoovom shvatanju, komunikacija i znanje zauzimaju centralno mesto u sistemu odnosa moći unutar društva. Fuko je, zapravo, ukazao na neraskidiv odnos znanja i moći (Fuko, 2013). Značaj koji se pridaje profesionalnim znanjima marginalizuje znanja lokalnih ili potčinjenih grupa, stoga Fuko pomera fokus na mehanizme konstituisanja profesionalnog znanja i profesionalnog diskursa, smatrajući ih ključnim osloncima moći unutar društva.

3.3 Feminizam i levica u okvirima politika mentalnog zdravlja



Razvoj feminističke teorije (naročito pojava trećeg talasa feminizma), kao i razvoj postmodernih i kvir teorijskih orijentacija stvorili su osnov za kritiku osnovnih pretpostavki na kojima su bila zasnovana dotadašnja empirijska istraživanja. Feministički orijentisana terapija nastala je kao odgovor na potrebu prevazilaženja seksizma i stereotipizacije žena u oblasti mentalnog zdravlja. Uporedo s tim, došlo je do razvoja rodno inkluzivne, feministički orijentisane teorije. Značajno je, u tom smislu, pomenuti Venštajnovu studiju pod nazivom „Psihološki konstrukt žene“ (Weisstein, 1968. prema: Rosenwater & Walker, 1985), u kojoj se obznanjuje da je psihologija zanemarila i isključila žene iz svog korpusa znanja. To postaje osnov za razvoj *feminističke psihologije* kojoj je cilj da preoblikuje psihologiju i transformiše je u nauku koja odražava stvarni život žena (Worell, 2000. prema Muray, 2004).

Feministička psihološka teorija, kao osnov feminističke psihologije i psihoterapije, uvela je određene novine koje su artikulisane putem osnovnih feminističkih postulata: inkluzivnosti, ravnopravnosti, priznavanja vrednosnih sistema, kao i zastupanja promena, koji su poslužili kao temelj za kreiranje savremenih anti-opresivnih pristupa. Feministička terapija i radikalna feministička terapija oponiraju seksizmu i androcentričnosti psiholoških teorija, i podstiču uključivanje rodnih aspekata u postojeće terapijske modalitete, što vodi ka uspostavljanju novih, kvalitativno drukčijih kriterijuma. Radikalna feministička terapija je veoma delotvorna kada je reč o ohrabivanju žena da se otvore prema važnim i osetljivim pitanjima, i daje zamajac za delovanje grupa podrške i grupa samopomoći. Ona sintetiše elemente različitih, blisko povezanih teorijskih pristupa (antipsihijatrije, strukturalizma, telesne psihoterapije i transakcione analize), fokusirajući se na analizu društvenih mehanizama represije koji negativno utiču na žene.

Zahvaljujući teorijskim i metodološkim promenama, a pre svega zahvaljujući uvođenju rodno senzitivnog načina interpretiranja tehnika i intervencija, sve je manje prostora za neadekvatno tretiranje žena u oblasti mentalnog zdravlja. Proces integrisanja postojećih modaliteta sa feminističkom psihoterapijom može se odvijati u više pravaca, između ostalog i putem jačanja kapaciteta i rezilijentnosti žena, kroz rad na pitanjima i problemima koji se vezuju za identitet i reparaciju trauma, prevencijom retraumatizacije, sprečavanjem burnout-a, itd. Jedan od važnijih doprinosa feminističkog pristupa ogleda se i u tome što on podstiče povezivanje društvenog aktivizma sa radom na sebi, odnosno insistira na vezi između ličnog oporavka i pružanja pomoći drugima. Aktivističko delovanje, koje je usmereno na pružanje podrške osobama koje su preživele nasilje, zasniva se na pružanju podrške žrtvama, zagovaranju njihovih prava i prevenciji nasilja. Nakon prvobitne faze oporavka i adekvatnog treninga, osoba koja je preživela nasilje se može uključiti u preventivni ili terapijski rad s osobama koje su prošle kroz sličnu vrstu iskustva.



3.3.1 Radikalna feministička terapija

Smatra se da feministička terapija predstavlja treći talas radikalne terapije.²¹ Ona se najbrže razvijala i, zbog činjenice da je uticala na različite terapijske orijentacije, stekla je veliki ugled. Kada je reč o funkciji same terapije, kao i o načinu pristupa klijentima koji se posmatraju kao homogena grupa ljudi kojima se, bez obzira na razlike koje postoje među njima, želi pomoći da bolje funkcionišu, feministički pristup i pristup antipsihijatrije su, u mnogome, slični.

Feministička terapija predstavlja proces osveščivanja i mobilisanja ličnih snaga te se njome, ukoliko se principi na kojima se ona zasniva integrišu u svakodnevni život, može podsticati psihički rast i razvoj.

21 Prva dva talasa radikalne terapije dovode se u vezu sa razvojem pristupa i metoda antipsihijatrije i sa politizacijom principa mentalnog zdravlja.

Politička nadmoć i dominacija jedne grupe nad drugom onemogućavaju lični razvoj i guše slobodu i individualnost, bez obzira na to da li grupu koja dominira čini bela, muška, bogata ili obrazovana većina. Stoga se ravnopravnost shvata kao osnovni princip, kako u terapiji, tako i izvan nje (Burstow, 1996). Radikalni feminizam se, za razliku od liberalnog feminizama, zalaže za temeljne socijalne promene, ukidanje seksizma i, pre svega, ukidanje patrijarhata, kao baze svih oblika nejednakosti (isto). Opresija nad ženama, po mišljenju radikalnih feministkinja, predstavlja osnovni oblik društvene represije, iz kojeg proističu rasna, klasna (ekonomska) i kulturna represija.

Iako je nastala na tragu grupa za podizanje svesti i aktivističkih formi savetovanja, radikalna feministička terapija ne pristaje ni na kakvu vrstu kompromisa s metodama koje su predmet feminističke kritike, zastupajući stav da je u terapijskom procesu najvažnije baviti se nasiljem nad ženama (Brodsky, 1995. prema Nicholson, 1997).²² Ona se sastoji iz elemenata koji čine korpuse različitih (mada u vrednosnom smislu blisko povezanih) teorijskih pristupa, kao što su radikalna feministička teorija, antipsihijatrija (koja kritikuje tradicionalni sistem normiranja, kao i psihijatriju uopšte), strukturalizam, pa i telesna psihoterapija i transakciona analiza. Osnovni metodološki postupak sastoji se u podizanju nivoa svesti klijentkinje, putem analiziranja represivnih uloga koje žene imaju u društvu.²³ Boni Burstov (Bonnie Burstow), radikalna feministička terapeutkinja, insistira na tome da je potrebno dekonstruisati obrasce dominacije nad ženama, koji su u službi održavanja odnosa nejednakosti. Cilj feminističkog pristupa u terapiji je, po Burstov, osveščivanje i dekonstruisanje

22 Osnovni principi koje radikalne terapijske forme preuzimaju iz grupa za podizanje svesti su: isticanje jednakosti, razumevanje da opresija i socijalni uslovi zauzimaju centralno mesto kada je reč o problemima žena, pretpostavka da deljenje ličnih sadržaja doprinosi boljem razumevanju socijalnih i političkih pitanja, kao i razumevanju odnosa između osveščivanja i delovanja.

23 Dve osnovne jednačine radikalne feminističke terapije su: Ugnjetavanje + laž + izolacija = otuđenje;
Delovanje + svest + kontakti = moć (snaga). Videti: Winicoff prema Burtov, 1994: 17

obrazaca koje smo, kao žene, pounutrile, i koje živimo. Klijentkinji treba pomoći da, nakon što to učini, donese odluku kako će dalje postupati, shodno novoizgrađenom, alternativnom (nedominantnom) obrascu delovanja.²⁴



3.3.2 Feministička grupna terapija

Feministički aktivizam podržava rad u grupi, koji je usmeren na razvijanje solidarnosti i podrške među klijentkinjama. Zapravo, logičan naredni korak, nakon individualnog feminističkog savetovanja, bio je razvoj posebnog modaliteta grupnog rada. Glejzer i Diriling (Gleiser/Diriling) su bile prve feministkinje koje su, tokom 1940ih godina, pokušavale da osnuju grupe za podršku. Međutim, do procvata grupne feminističke psihoterapije dolazi tek 1960ih godina, zahvaljujući inicijativama u oblasti socijalne zaštite i drugim oblicima aktivizma. Uporedo s razvojem metodologije feminističkog grupnog rada, otvara se sve veći broj kriznih centara namenjenih žrtvama silovanja, traume i incesta, u kojima je princip rada bio veoma sličan feminističkom.

Rad u grupi se odvija u okviru ritualnog, sigurnog prostora, u kojem se klijentkinje povezuju jedna s drugom, te su se mnogi autori bavili upravo tim njegovim arhetipskim i isceljujućim karakteristikama (Moreno, 1950; Erikson, 1969; Yalom, 1995). Grupa je, kako Kristeva (Kristeva) ističe, usklađena sa cikličnim principom poimanja vremena, a to stoji u vezi sa ženskim ciklusom i principom nelinearnosti. Takođe, rad u grupi se zasniva na „majčinskim“ principima ponavljanja i podrške, što je prilagođeno ženskom subjektivitetu. Značaj navedenih karakteristika postaje jasniji kada se analizira kroz prizmu simboličkog, metaforičkog i nesvesnog, što može predstavljati deo

24 Model prevazilaženja obrazaca je preuzet iz teorije skripta transakcione analize (TA); izlazak iz skripta predstavlja, zapravo, put ka ozdravljanju, spontanosti i slobodi izbora. Akcenat je na donošenju novih odluka – ta ideja je preuzeta iz tzv. *Redecision terapije*, novoustanovljenog pristupa u okviru TA.

terapijskog procesa (Kristeva, 1990).

Uvođenje novih psihoterapijskih metoda, primalna terapija, Lengova (Leng) bioenergetska metoda i sl, s jedne strane, i uticaj ideja levice i hipi pokreta, s druge, doveli su do velikog interesovanja za oblast telesnog i neverbalnog. Uvode se pristupi i metode koji podstiču ekspresiju i eksperimentalno uključivanje simbolike. Feministički pristup grupnoj psihoterapiji zasniva se na brojnim teorijskim radovima; u njima su iznošena iskustva žena, kritikovani su opresivni društveni sistemi, elaborirane su feminističke i humanističke postavke.

U osnovne principe feminističke grupne terapije spadaju: podrška članicama grupe u prihvatanju novih nestereotipnih uloga; ohrabrivanje promene; davanje prednosti empatiji nad stručnom procenom; aktivno deljenje informacija o sebi, koje doprinosi minimiziranju postojećih razlika u ulogama (Ballow & Gabalac, 1985). Redefinisanje uloge terapeuta i demistifikovanje odnosa moći, kao principi grupnog rada, postali su predmet spora među feminističkim terapeutkinjama, te su one formirale dve različite vrste pristupa. U okviru jednog pristupa zastupala se ideja da je facilitiranje grupnih procesa tehnički neophodno sprovesti, dok su zagovornice drugog pristupa odbacile to mišljenje, smatrajući da niko ne treba da bude u poziciji koja je iznad ili izvan terapijskog procesa, koji bi, po njihovom mišljenju, trebalo da se odvija spontano, bez vođstva. Oba pristupa razvijala su se paralelno, pri čemu je spontani pristup smatran radikalnijim. Njega praktikuju grupe koje se bave autorefleksijom, podizanjem svesti, aktivizmom itd; tu, zapravo, i nije reč o psihoterapijskom radu, u strogom smislu te reči.²⁵

25 Kliničke socijalne radnice, koje primenjuju feministički pristup, oslanjaju se u svom radu na različite orijentacije i tehnike: kognitivno-bihejvioralnu, psihodinamsku (Chodorow, 1978; Eichenbaum & Orbach, 1983; Gould, 1984; Jordan & Surrey, 1986, prema Land, 1995), psihosocijalnu (Ruderman, 2003), sistemsko-porodičnu (Ault-Riche, 1986; Luepnitz, 1988; Robbins, 1983, prema White, 2006), i konstruktivističku (Neimeyer, 1993, prema Lee, 1997). Socijalni rad predstavlja posebno delikatnu oblast delovanja. Ženama žrtvama nasilja i socijalno i ekonomski ugroženim kategorijama stanovništva potrebna je pomoć, ali u njemu opstaju modeli tradicionalizma, kontrola države i represivni sistemi birokratske kontrole nad pojedincem. Vid: Dominelli, 2002.



3.4 Unapređivanje mentalnog zdravlja

„Oporavak uključuje razvoj novih značenja i svrhe u životu pojedinca, kada se izdigne iz katastrofičnih posledica mentalne bolesti.“ (Anthony, 1993, 13)

Mentalno zdravlje je deo odgovornosti zajednice, a ne samo briga pojedinaca, tako da bi trebalo i da se bavi problemom cena zdravstvenih usluga, koje su već nedostupne mnogima, a nastaviće da se povećavaju. Istraživanja u oblasti unapređenja mentalnog zdravlja ukazuju na sledeće faktore: važnost intervencije u ranom detinjstvu (npr. kućne posete za trudnice, predškolske psihosocijalne intervencije), važnost ekonomskog i socijalnog osnaživanja žena (npr. poboljšanje pristupa obrazovanju); socijalnu podršku starijoj populaciji (npr. iniciranje kućnih poseta, formiranjem centara u zajednici i uspostavljanjem dana za stare); programe usmerene na vulnerabilne grupe; aktivnosti promocije mentalnog zdravlja u školama, intervencije mentalnog zdravlja na radu (npr. program prevencije stresa), stambene politike (npr. poboljšanje stanovanja), programe prevencije nasilja i programi razvoja zajednice.

Po mišljenju Vilijamsa (Williams) i Morisa (Morris), perspektiva javnog zdravstva mogla bi se unaprediti na više načina. Pre svega, to se može učiniti formulisanjem politike koja je usmerena na unapređenje mentalnog zdravlja stanovništva, kao i obezbeđivanjem jedinog pristupa odgovarajućim i ekonomski isplativim službama, uključujući službe za unapređenje mentalnog zdravlja i prevenciju. Potom, trebalo bi obezbediti adekvatnu brigu i zaštitu ljudskih prava institucionalizovanim bolesnicima sa najtežim mentalnim poremećajima i konstantno procenjivati i pratiti kvalitet mentalnog zdravlja na nivou čitavih zajednica, a posebno kod pripadnika vulnerabilnih društvenih grupa kao što su deca, žene i starije osobe. Takođe, treba promovisati zdrave životne stilove i uticati na smanjenje faktora

rizika za nastanak mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja (nasilna i destruktivna porodična okruženja, zlostavljanje i građanski konflikti i sl), i to kroz praksu konstantnog podržavanja socijalne kohezije i ljudskog razvoja. Konačno, trebalo bi podsticati istraživanja uzroka mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, unapređivati efikasno lečenje, i konstantno pratiti i evaluirati sistem mentalnog zdravlja (Williams & Williams-Morris, 2000).

Za osobe koje su se suočile sa izazovima ozbiljnih psihijatrijskih dijagnoza, te bile na institucionalnom lečenju, oporavak predstavlja veoma važnu fazu, put od limitiranosti iskustva bivanja pacijentom do povratka autonomnom i samodefinišućem životu. Ostvarenje rezilijentnosti na dotadašnje stresore i okidače, jedan je od osnovnih elemenata procesa izlečenja, koji omogućava adaptaciju na problematične okolnosti, ali mobilize i energiju u procesu povratka kapaciteta, izlaska iz pasivnosti i rezignacije, te samostigmatizacije.

Zaključna razmatranja: praktikovanje kritičke samo-refleksije



a) Biti subjekat, pa čak i samo svedok socijalne nejednakosti je bolno i destabilizujuće iskustvo. Kao posledica teških osećanja koja se javljaju kod obe strane terapijskog saveza javlja se povlačenje, izbegavanje pa čak i osporavanje mogućnosti bilo kakvog napretka u tom odnosu. Kada su u pitanju klijenti koji su dugotrajno izloženi socijalnoj izolaciji neuspeh je nešto što se podrazumeva, a nepoverenje prema institucijama skoro pa automatska reakcija. S druge strane, pomagači su i sami „zaraženi“ vrednosnim sudovima koje odlikuju mišljenje u dihotomijama, otpori i stereotipi prema različitostima te klasno obojena razmišljanja, jezik i percepcija. Opterećeni su osećajem krivice preživelih ili nose u sebi osećaj ljutnje i bespomoćnosti zbog nepravde nanete njihovim

klijentima. Ova osećanja, ne moraju po pravilu biti prepreka, već mogu postati i način istinske razmene, jer mesto povređenosti je i mesto najtananijeg spajanja. Uspostaviti most, među (često) veoma udaljenim svetovima, podrazumeva empatiju i razumevanje različitih nivoa koji ovaj proces čine kompleksnim, ali i jedinim mogućim putem. Ohrabrujući praksu koja naglašava rasvetljavanje zona rizika kod obe strane i koja razotkriva skrivene privilegije koje onemogućavaju pristup jednakosti, ali i legitimnosti nošenja odgovorne uloge pomagača, omogućavamo promenu. Samorefleksije mogu voditi ka stvaranju bogatije teorije koja će voditi razumnijim praksama, utemeljenim na pravi način. Utoliko pre, ako razumemo sopstvenu istoriju i iskustva vezana za socijalnu klasu, moći ćemo adekvatnije da damo glas i punu pažnju klijentovim oblicima otpora i negodovanja, kao i da njegovu/njenu težinu artikulišemo u jasnu poruku.

- b) Zanemarivanje socijalnih determinanti zdravlja predstavlja, kako se ispostavilo, relevantan faktor povećanja rizika od mentalnih bolesti, što je direktno povezano sa problemom otežanog pristupa resursima s kojim se suočavaju pripadnici diskriminiranih grupa. Uvođenje politika mentalnog zdravlja koje bi aktivno uključivale zajednicu u proces destigmatizacije mentalno obolelih osoba predstavljalo bi jedno od mogućih rešenja ovog problema. Istraživanja koja su sprovedena u ovoj oblasti podržala su hipotezu da faktori kao što su pounutreni rasizam, homofobija, konstantna izloženost nasilju, itd. povećavaju šanse za nastanak mentalnih poremećaja, te su pomenuti faktori prepoznati kao nosioci rizika po mentalnu dobrobit. U oblasti kritičkog socijalnog rada dugo se raspravljalo o ovakvim i sličnim problemima. Otvorila su se pitanja hijerarhija opresije i načina na koji predrasude postaju nosioci značenja i temelji diskriminativnog odnosa prema onima koji su shvaćeni kao drukčiji. Uzroci nastanka predrasuda nalaze se, kako je ustanovljeno, u desničarskoj autoritarnosti, orijentaciji

socijalne dominacije, određenim kognitivnim dispozicijama (npr. sa tendencijom da se razmišlja u kategorijama), motivacionim faktorima (npr. sa potrebom za samopotvrđivanjem), različitim socijalnim faktorima, itd.

- c) Pokret za mentalnu higijenu, osnovan početkom 20. veka, umnogome je doprineo daljem razvitku koncepata i praksi u oblasti mentalnog zdravlja. Iako je u početku fokus bio na poboljšanju nege hospitalizovanih klijenata, već 90-ih je u prvi plan stavljen razvoj mera prevencije, što doprinosi boljem razumevanju pojma pozitivnog mentalnog zdravlja koji se postavlja kao kontrateža dotadašnjoj patologizaciji. Važno je imati na umu da je borba za egalitarnost, jedna od najvažnijih borbi koju vodimo na ovom frontu. Putem jezika, odnosno njegovom upotrebom u sklopu različitih diskursa, kreiraju se razlike između mentalno bolesnih i mentalno zdravih, pri čemu diskurzivno označavanje osobe kao mentalno obolele implicira neophodnost njenog hospitalizovanja u mentalnim ustanovama. Kroz različite programe oporavka kreiran je humanitarni, politički i finansijski pritisak na donosiocel odluka, čime je otvorena mogućnost za drugačiji način posmatranja klijenata kojima je aktivno pružana podrška u procesu njihovog oporavka i reintegrisanja u društvo.
- d) Opresija se sprovodi putem odbacivanja, isključivanja i nametanja osećaja inferiornosti, čime se kod osoba izaziva osećaj neadekvatnosti i bespomoćnosti. Zbog toga je važno insistirati na tome da su opresija i diskriminacija prisutne u politikama mentalnog zdravlja, kako bi se stvorio osnov za uspostavljanje praksi koje im se suprotstavljaju. Problem diskriminacije je potrebno analizirati, dovodeći ga u vezu sa različitim kategorijama korisnika, jer svest o specifičnim odlikama različitih diskriminiranih grupa umanjuje mogućnost nastanka opresije i suptilnih oblika diskriminacije u okviru terapijskog setinga. U okviru terapijskog rada potrebno je baviti se i pitanjima internalizovanog rasizma, homofobije i

seksizma koji su prisutni kod pripadnika ugroženih grupa, budući da pripadnici dominantnih klasa obično ne promišljaju o nepravednoj raspodeli resursa u društvu. I sami praktičari u oblasti psihoterapije i savetovanja najčešće pripadaju dominantnim društvenim klasama, te je nužno edukovati ih i podsticati na samorefleksiju.

- e) Fenomen stigmatizacije je star koliko i samo društvo, te su njegovi koreni izuzetno duboki. Reč je o intenzivnoj i potencijalno veoma opasnoj pojavi, koja u svom pounutrenom obliku može delovati kao okidač za donošenje odluke o prestanku lečenja, pa i kao okidač za pokušaj suicida. Uočavanje stigme i razvijanje aktivnih vidova otpora predstavljaju, stoga, najzahtevnije i najvažnije zadatke u okviru antidiskriminativnog pristupa politikama mentalnog zdravlja. Edukacija, direktan rad sa stigmatizovanim osobama (izlazak iz sigurne zone), organizovanje kampanja podrške, rad na podizanju nivoa svesti o ovoj negativnoj pojavi, predstavljaju neke od načina suprotstavljanja stigmati.
- f) Umesto da deluju osnažujuće, tradicionalni modeli savetodavnog rada perpetuiraju tradicionalne socijalne uloge i održavaju predrasude, a to dodatno pogoršava stanje klijenata. Stoga je, pored opšte demokratizacije politika mentalnog zdravlja, zastupljen i trend razvoja specifičnih oblasti interesovanja, kao što su rad sa ženama i seksualnim različitostima, rad sa osobama s invaliditetom i pripadnicima drugih manjinskih grupa itd, što otvara put sprovođenju savremenih inkluzivnih modela. Razvoj feminističke teorije (naročito pojava trećeg talasa feminizma), kao i razvoj postmodernih i kvir teorijskih orijentacija, stvorili su osnov za *kritiku osnovnih pretpostavki* na kojima su bila zasnovana dotadašnja empirijska istraživanja. Feministički orijentisana terapija utiče i na razvoj rodno inkluzivne, feministički orijentisane teorije, gde se Venštajnova (Weisstein) studija pod nazivom „Psihološki konstrukt žene“ (Weisstein, 1968. prema Rosenwater & Walker, 1985),

smatra jednim od začetaka. To postaje osnov za razvoj feminističke psihologije kojoj je cilj da preoblikuje psihologiju i transformiše je u nauku koja odražava stvarni život žena (Worell, 2000. prema Muray, 2004). Radikalna feministička terapija je veoma delotvorna kada je reč o ohrabivanju žena da se otvore prema važnim i osetljivim pitanjima, i daje zamajac za delovanje grupa podrške i grupa samopomoći. Ona sintetiše elemente različitih, blisko povezanih teorijskih pristupa (antipsihijatrije, strukturalizma, telesne psihoterapije i transakcione analize), fokusirajući se na analizu društvenih mehanizama represije koji negativno utiču na žene.

Zahvaljujući teorijskim i metodološkim promenama, a pre svega zahvaljujući uvođenju rodno senzitivnog načina interpretiranja tehnika i intervencija, sve je manje prostora za neadekvatno tretiranje žena u oblasti mentalnog zdravlja. Proces integrisanja postojećih modaliteta sa feminističkom psihoterapijom može se odvijati u više pravaca, između ostalog i putem jačanja kapaciteta i rezilijentnosti žena, kroz rad na pitanjima i problemima koji se vezuju za identitet i reparaciju trauma, prevencijom retraumatizacije, sprečavanjem *burn-out*-a, itd. Jedan od važnijih doprinosa feminističkog pristupa ogleda se i u tome što on podstiče povezivanje društvenog aktivizma sa radom na sebi, odnosno insistira na vezi između ličnog oporavka i pružanja pomoći drugima. Aktivističko delovanje, koje je usmereno na pružanje podrške osobama koje su preživele nasilje, zasniva se na pružanju podrške žrtvama, zagovaranju njihovih prava i prevenciji nasilja. Nakon prvobitne faze oporavka i adekvatnog treninga, osoba koja je preživela nasilje se može uključiti u preventivni ili terapijski rad s osobama koje su prošle kroz sličnu vrstu iskustva.

Pitanja i problemi u vezi sa seksualnim različitostima neodvojiva su od analize heteroseksizma i heteronormativnosti koji deluju kroz odbijanje terapeuta da uoči, prihvati ili adekvatno

pristupi pitanjima marginalizovanog seksualnog opredeljenja, bilo aktivnim izbegavanjem ili suptilnim i pasivnim otporom. S obzirom na to da prikriveni seksizam i različiti oblici averzija prema seksualnim različitostima ugrožavaju terapijski rad i stvaraju različite oblike emotivnih, kognitivnih i bihevioralnih malfunkcija, praktičari LGBT afirmativnog pristupa se zalažu za dekonstruisanje ovih štetnih pojava kroz afirmaciju ličnog izbora i putem intenzivnog rada na pounutrenoj opresiji.

Terapeuti koji nisu u dovoljnoj meri samorefleksivni, skloni su, s druge strane, da probleme s kojima se njihovi klijenti suočavaju posmatraju kroz prizmu vrednosnih stavova i normi karakterističnih za klasu kojoj sami pripadaju. Ukoliko terapeuti ne prepoznaju značaj klasnih razlika, odnosno propuste da tu vrstu razlika preispituju kroz terapijsku praksu, rad sa klijentima, edukantima i grupama može vrlo lako postati proces u kojem terapeut učitava značenje u te sadržaje. Time se reprodukuje odnos moći između terapeuta i klijenta, koji je i inače od početka prisutan, a terapija gubi izgleda da uspe, jer nema mogućnosti i uslova da se izgradi konstruktivan terapijski savez (Hargaden & Summers, 2000). Da bi se klasno inkluzivno promišljanje uključilo u terapijski proces neophodno je uspostaviti razumljiv komunikacijski kod (terapeuti treba da izbegavaju upotrebu klasno obojenih fraza i floskula) i adekvatan i neutralan seting, kao i imati svest o tome da je rizično učitavati klasno obojen vrednosni sistem u odabiranje relevantnog materijala za interpretaciju. Ovakav pristup je relevantan i kad je reč o uspostavljanju adekvatnog edukativnog setinga, jer je edukativni proces povezan sa socijalnim, pa samim tim i klasnim normama.

- g) Pitanje hijerarhije među subkategorijama manjinskih grupa važno je, bar u okviru psihoterapije, sagledati u okvirima reprezentacije, prezentacije i interpretacije identiteta u procesu terapijskog rada. Ukoliko bismo dekonstruisali kulturni identitet klijenta i usred-

sredili se na odvojena identitetska pitanja rase, klase ili seksualne orijentacije, klijent bi mogao ostati bez podloge. Stoga se terapeutima koji se pri radu suočavaju sa složnošću identitetskih kategorija preporučuje da kreiraju individualne mape osetljivosti identiteta. One mogu služiti kao neka vrsta putokaza za bezbedniji terapijski proces.

Proces supervizije je takođe važan deo učenja, ali je usklađen sa ovim pristupom samo ukoliko uvažava autonomiju i različite sisteme vrednosti supervizanata i ako im omogućava da osveste sopstvene stavove, predrasude i dileme o ljudima sa kojima će raditi. Supervizija je političan proces, kao što je to i terapija, a zadatak supervizanta je da tokom terapijskog procesa otvara pitanja jednakosti i moći, kao i da promišlja o mogućnostima preispitivanja tradicionalnih modela. Na ovaj način razvija se empatija ili duboko razumevanje, u ovom slučaju za one koji su drugačiji od većine (Rogers, 1957).

h) Na osnovu svega što je rečeno može se zaključiti da različiti terapijski pristupi i modeli, uprkos brojnim međusobnim razlikama, treba da imaju jednu zajedničku karakteristiku, a to je upravo insistiranje na antidiskriminativnoj i rodno inkluzivnoj praksi u psihoterapiji i savetovanju. U takvu vrstu pristupa spada i rodno inkluzivna antiopresivna psihoterapijska praksa razvijanja ličnih kapaciteta,²⁶ bilo da se ona primenjuje u individualnom radu, ili pak u integrativnom psihodramskom grupnom radu, savetovanju i superviziji. Ovaj pristup se koristi u psihoterapijskom i edukativnom radu s klijentima i edukantima i integriše različite vrste teorijskih i metodoloških pretpostavki. On se, pre svega, zasniva na feminističkoj psihologiji i terapijskom pristupu i na egzistenci-

26 Ovaj pristup je proizišao iz prakse autorke teksta i prvi put je ovako definisan u doktoratu pod naslovom, „Antidiskriminativni pristup i rodna inkluzivnost u politikama mentalnog zdravlja“ odbranjen na Fakultetu političkih nauka, Odsek za socijalni rad i socijalnu politiku Univerziteta u Beogradu 23. 9. 2016.

jalističkoj psihoterapiji. Budući da se egzistencijalistička psihoterapija, kao i psihodrama, zasniva na egzistencijalističkoj filozofiji, u pristup je uključena i psihodramska metoda.

Kroz psihodramu, koja se fokusira na oslobađanje od neadekvatnih, stereotipnih obrazaca ponašanja, otvaraju se pitanja kulturno nametnutih konstrukata. Psihodramske tehnike pokazale su se kao veoma zahvalne prilikom prorade feminističkih koncepata o društveno usvojenim rodnim ulogama. One proističu iz socijalnog pritiska, i kao takve potpadaju pod koncept tzv. kulturne konzerve. Pristup koji integriše psihodramu sa drugim modalitetima, kao što su Transkaciona analiza i sistemska porodična terapija, omogućava da se na psihodramskoj sceni radi na transgeneracijskim porukama (zabranama, dozvolama), emocijama i životnom skriptu, dok integracija psihodrame s art-ekspresivnim tehnikama omogućava kreativno ispoljavanje emocija bez verbalizacije, lakše uspostavljanje kontakta sa nesvesnim delom psihe klijenata, kao i mekši prelaz na zahtevnije teme u okviru rada s grupom (izražavanje konfliktnih emocija i separacija, rad na traumama i sl). U tehnike koje se mogu koristiti za eksploraciju rodnih identiteta spadaju i dekonstrukcija bajki, rodno mapiranje, transgeneracijski album s fotografijama i druge.



Preporuke za dalji razvoj u ovoj oblasti

Smatram, pre svega, da treba podsticati istraživače da proučavaju teorijske i praktične aspekte unapređenja psihoterapije i politika mentalnog zdravlja, pri čemu im predloženi razvoj njenih antidiskriminativnih i inkluzivnih praksi može, po mom mišljenju, biti od velike koristi. Ova oblast nije dovoljno istražena, te je neophodno kreirati povoljno društveno okruženje u kojem se može raditi na unapređivanju stavova, određenja, pristupa, metoda i intervencija koji se s njom mogu dovesti u vezu.

Dalji razvoj teorije i prakse u ovoj oblasti uslovljen je, dakle, brojem i kvalitetom budućih istraživanja. Ona bi trebalo da pruže osnov za integrisanje principa antiopresivnosti, antidiskriminativnosti i rodne inkluzivnosti u mejnstrim psihoterapije i savetovanja. Reč je o dugoročnom procesu, koji, osim što zahteva zalaganje istraživača/istraživačica različitih disciplinarnih provenijencija, podrazumeva i interdisciplinarnu i međusektorsku saradnju. Stoga treba predložiti mere koje bi kroz zajedničko formulisanje strategija dovele do unapređenja politika mentalnog zdravlja, pri čemu treba pre svega imati u vidu tretman pripadnika manjinskih (diskriminiranih) grupa. Kako bi se ti ciljevi ostvarili, neophodno je delovati na više nivoa: politički (npr. kroz mere afirmativne akcije), putem kontinuirane i sistemat-ske edukacije (kroz kritičku evaluaciju dosadašnjih pristupa i njihovo unapređenje) i praktično (kroz promovisanje predloženih pristupa i metoda koji u praksi omogućavaju adekvatniji položaj svih aktera u sistemu zdravstvene zaštite, i njihovu ravnopravnost).

Zastupam mišljenje da oblast antidiskriminativnog i rodno inkluzivnog pristupa i prakse treba koncipirati i izgraditi kao polje saradnje stručnjaka različitih disciplinarnih zaleđa. Oni bi, osim što se bave naučno-istraživačkim radom, trebalo da deluju i kao relevantni društveni akteri u svojim oblastima. Adekvatna saradnja podrazumevala bi temeljno planiranje, dobre partnerske odnose, otvorenost za različita viđenja problema, konstantno unapređivanje načina odlučivanja, kao i dalju demokratizaciju pristupa. Praksa svakodnevnog promovisanja antiopresivnog, antidiskriminativnog i rodno inkluzivnog pristupa u oblasti mentalnog zdravlja omogućiće povećanje kapaciteta institucija, grupa i pojedinaca/pojedinki, aktivno učešće zajednice, kao i egalitarnu i demokratsku formu edukovanja i supervizije. Ovakve promene će svakako usloviti efikasnost u pružanju otpora stigmatizaciji i umanjiti odnose nejednakosti između aktera u procesu psihoterapije i savetovanja.

Izbor iz literature:

Andersen ML, Collins PH. "Why race, class and gender still matter". In: Andersen ML, Collins PH, editors. *Race, class, and gender: An anthology*. 6th edition Thomson Wadsworth; CA: 2007. 404–412.

Anthony WA. "Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990s". *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993; 16:11.

Burstow, Bonnie *Radikalna feministička psihoterapija*. prevod: Gordana.V. Popović, Zagreb: Centar za žene žrtve rata, 1992.

Baines, Dean. "Doing Anti-oppressive Practice: Social Justice" *Social Work education*, vol. 30 2011.

Ballow, M. Gabalac, N. *Feminist Position on Mental Health*, Charles C. Thomas Publication. Ltd. 1985.

Heiman, B Julia, R. Gladue, Brian A., Roberts, Carl W., L. Piccolo, Joseph "Historical and Current Factors Discriminating Sexually Functional from Sexually Dysfunctional Married Couples", *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 12, 1986. issue 2: 163-174

Bedoe, Liz & Maidment, Jane 2014 "Social work practice for promoting help and wellbeing" in *Social work education* vol. 33, 2014, 1111-1112

Celegant, W & Myles, J. *Relations of Ruling: Class and Gender in Postindustrial Societies*, Montreal: McGill-Queen's University Press, 1994.

Bill Cooke, Uma Kothari. "Participation: The new tyranny?", Zed Books, 2001.

Constantine MG, Hage SM, Kindaichi MM, Bryant RM. "Social justice and multicultural issues: Implications for the practice and training of counselors and counseling psychologists". In *Journal of Counseling & Development*. 2007, 85: 24–29.

- Cramer, J and Rosenbeck, R** *Compliance with medication regements for menthal and physical dosorders*, *Psychiatric services* 48 , 1998, 196-201
- Dalrymple, J. & Burke, B** *Anti-oppressive practice; social care and the low*. Berkshire UK: Open University Press, 2006.
- De Silva M et al.** "Social capital" in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005, 59: 619–627.
- Dominelli, Lena** *Anti-Racist Social Work*, London: Macmillan Press, 1997, 192-197
- Fuko, Mišel,** *Istorija ludila u doba klasicizma*, prevod: Jelena Stakić, Beograd: Mediteran publishing, 2013.
- Gofman, Erving,** *Azili*, Novi Sad: Mediteran publishing, 2011. Guinell 1995 vidi Goffman 2011.
- Hargaden, H and Summers, G** "Class, Shame and Self-righteousness" from conference papers, Carterbury: Institute of Transactional Analysis conference, 2000.
- Hooper LM.** *The unmet needs of depressed adolescent patients: How race, gender, and age relate to evidence-based depression care in rural areas*. Primary Health Care Research and Development. 2010.
- Hoek HW, van Hoeken D.** "Review of the prevalence and incidence of eating disorders": in *Journal for Eating Disorder*. 2003; 34: 383–96
- Hugman, R.** *Culture, Values and Ethics in Social Work: Embracing Diversity*. London: Routledge, 2013.
- Hugman, R, M.** (1991) *Power in carrying professions*. *British Journal of Social Work* Volume 23, Issue 4, 1991, 423-424.
- Jun, Heelson** *Social justice, multicultural counselling, and practice*, London: Sage, 2010.
- Karban, Kate** *Social work and mental health*. Cambridge UK: Polity press, 2011.
- Kearnay, A.** *Counselling, class and politics – Undeclared influence in therapy*: Manchester: PCCS

- Kristeva, Julia.** (1994) *Crno sunce*, Svetovi, Novi Sad, 1994.
- Lago, C.& Smith. B** (2003) *Anti – discriminatory Counselling practice*. Sage publications ltd, 2003.
- Langston, D.** „Tired of playing monotony“ in *Readings for diversity and social justice* (pp. 397-400) New York: Routledge, 2000.
- Linville, P. W., & Fischer, G. W.** “Exemplar and abstraction models of perceived group variability and stereotypicality”. *Social Cognition*, 11, 1993, 92-125.
- Liu WM, Ali S, Soleck G, Hopps J, Dunston K, Pickett T.** Using social class in counselling psychology research. *Journal of Counselling Psychology*, 2004; 51: 3–18.
- Liu WM, Pickett T, Allen IE.** “White middle-class privilege: Social class bias and implications for training and practice”. *Journal of Multicultural Counselling and Development*. 2007; 35: 194–206.
- Lott B, Bullock HE.** *Psychology and economic injustice: Personal, professional, and political intersections*. Washington D.C: American Psychological Association, 2007.
- Lupton. R, Power.** *A Social exclusion and neighbourhoods*, in J. hills and J. Le Grand (Eds) *Understanding social exclusion*. Oxford: Oxford University press. Oxford, 2002.
- Meyer IH.** “Prejudice as stress: Conceptual and measurement problems”. *American Journal of Public Health*. 2003; 93: 262–265
- Mitra S.** The capability approach and disability. *Journal of Disability Policy Studies*. 2006; 16: 236–247.
- Mitra, Aniruddha** *Three Essays on the Economics of Discrimination and Conflict Dissertation*, University of Illinois, 2008.
- McMurray, A,** *Clendon Community Health and Wellness: Primary Health Care in Practice Elseveir Australia*, 2011.
- Murray, S.** *Mixed media: feminist presses and publishing politics*. Pluto Press, 2004.
- Nicholson, L.** *The second wave –a reader in feminist theory*.

Routledge: New York, 1997.

Pinker, Steven *The Language Instinct: How The Mind Creates Language*. Harper-Collins, 2010.

Roberts, G. & Hollins, S Recovery: Our common purpose. *Psychiatry research* 129, 2007. 257-265

Robertson, C "Dysfunction in training organisations". *Self and society* 21 (4), 1993, 31-15

Rogers, Carl. "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change". *Journal of Consulting Psychology*, 21, 1957, 95-103.

Szasz, Thomas *The Myth of Mental Illness*, New York: Harper and Row, 1972.

Teplin, L. A. "Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill" *American Psychologist*, 39(7), 1984, 794-803. DOI: 10.1037/0003-066X.39.7.794

Tidwell, R. "Crisis counselling: a right and a necessity for members of the underclass". *Counselling Psychology Quarterly*, Vol. 5, 1992, 245-250.

Tidwell, R. "Crisis counselling: a right and a necessity for members of the underclass". *Counselling Psychology Quarterly*, Vol. 5, 1992, 245-250.

Tones Keith & Tilford, Sylvia. *Effectiveness, efficiency and equity*. Nelson Thornes Ltd. (third edition), 2001.

Wiggins, J. *Paradigms of Personality Assessment*. New York: The Guilford press, 2003.

Abstract

Mental health is one of the more important, but nevertheless neglected areas of interest for psychology, psychotherapy and social work, but surely has its impact in politics. In its approach to clients, the health care system should be guided by the principle of equal rights and opportunities, which entails not only accessibility of services but also a neutral and impartial approach to clients, regardless of their background. Unfortunately, this is not always the case in practice. Problems that mental health practitioners face because of that are related to inequality, discrimination and exclusion of certain groups. Lack of appropriate anti-discriminatory and gender-inclusive approaches in mental health policies results in an unequal and inadequate treatment of certain social and political categories, particularly women, marginalized groups, and individuals facing multiple discriminations. The inadequacy of the traditional, and often dominant, approach to mental health is a consequence of discriminatory policies in the society in general, which are subsequently extended to specific areas, resulting in harmful, reductionist and inadequate practices.

The central theme of the paper is the analysis of the perception of the class, in the politics of mental health, analysed from the leftist and feminist discourse and through the frame of anti-discriminatory approach. The anti-discriminatory approaches include different strategies, measures and techniques preventing, mitigating or minimizing discriminatory mental health practices, which are described in this article, according to the central theme. These approaches share the platform of recognition and equal treatment of all class, racial, gender, ethnic, religious and sexual identities. The theoretical analysis offers an overview and chronology of the development of anti-discriminatory, anti-oppressive and inclusive therapeutic and counselling methods, with its focus on the class and social issues

included an analysis of psychological, psychotherapeutic and social theories which have influenced the development of anti-discriminatory policies.

This paper can be useful to researchers in the field of politics, social work, gender studies and human sciences, as well as to mental health and social work practitioners.

Ana Blaževa

POLITIKE BRIGE I UPOTREBA AFEKTIVNIH POLITIKA U PREVAZILAŽENJU MELANHOLIJE LEVICE



Uvod

U ovom radu se bavim afektima i teorijskim okvirima u kojima se oni razmatraju kao i njihovom relevantnošću za političko promišljanje. Analiziram kako se afekti koriste u reprodukciji kapitalističkog sistema kroz paradigme mentalnog zdravlja i kako mogu biti korišćeni u okviru političkih strategija i levih feminističkih praksi. Rad je inspirisan prezentacijom i debatom: *Od melanholije do pobune: emotivno mapiranje levice i feminizma*, održanom u oktobru 2017. godine u Beogradu. Domet ovog teksta je ograničen okvirom ovog događaja i mojim sopstvenim mogućnostima da objedinim granice naučne discipline i lično proživljeno iskustvo. Stoga, tekst predstavlja skup koncepata i iskustava koji su oblikovali moje razmišljanje u traženju značenja i perspektiva političkih strategija. Pozadina tog promišljanja je zasnovana na interdisciplinarnom obrazovanju iz psihologije, Geštalt terapije, studija roda i kulturoloških studija, kao i na iskustvima u društvenim pokretima i levim kolektivima u savremenoj istoriji Makedonije.

U tekstu argumentujem zašto su i na koji način afekti bitni u promišljanju političkog iz leve perspektive. Koristim Spinozinu definiciju afekta da bih ukazala na potencijale koje afektivno ima u kreiranju dinamike moći i socijalnih odnosa koji moć proizvode. Takođe, razmatram socijalni aspekt afektivnog koji obuhvata relaciju fenomenologiju afekata i ove procese i iskustva pozicionira u domenu društvenog i političkog.

Da bih potkrepila promišljanja važnosti društvenog aspekta predlažem koncept interkorporealnosti, tj. naše povezanosti u socijalnom polju kroz otelotvoreno afektivno iskustvo. Osvrćem se i na nova tumačenja u neuro-naukama koja ukazuju na ovu povezanost. Polazeći sa pomenutih stanovišta o afektima razmatram poziciju afektivnog, uglavnom u diskurzivnom domenu mentalnog zdravlja, kao i mogućnosti koje znanja i iskustva u ovom polju mogu imati za leve socijalne pokrete i zajednice.

Na kraju se bavim afektivnim politikama kroz feminističku perspektivu, povezujući ovaj domen i domen reproduktivnog, koristeći Silviju Federiči (Silvia Federici) kao noseću inspiraciju. Kao rezultat tog povezivanja predlažem koncepte politike brige i afektivne politike kao mogući odgovor na problem melanholije levice. U predlogu za dalja razmatranja afektivne politike uključujem i znanja iz Geštalt psihoterapije. U terapiji, afektivni domen je glavno polje istraživanja u kojem se radi sa afektima, kroz ono što ovde konceptualizujem kao *reflektivnu svesnost*. Ovaj koncept se odnosi na svest koju imamo kao otelovljena bića, kao i na okruženje i kontekst u kojem živimo i učestvujemo. Kroz teoriju promene i reflektivnu svesnost kao temelj svesnog sudelovanja u promeni razmatram mogućnosti jačanja levih socijalnih pokreta i zajednica.



Kolektivni potencijal naše moći da delujemo – teorijski okviri razmatranja afekta

U ovom delu teksta predstavljam nekoliko teorijskih okvira koji uramljuju moj istraživački rad i moja promišljanja afektivnog i političkog. Koristim Spinozinu definiciju afekta, koja je obrađena kroz analizu koncepta moći, dok kroz ideje Sare Ahmed razmatram kulturne politike emocija, koncept interkorporealnosti i socijalni/društveni aspekt afekta.

Jedna od mojih glavnih teza je da ne možemo govoriti o politici izvan proživljenog iskustva i da je afektivno jedan od fundamentalnih aspekata naših zajedničkih proživljenih iskustava. Zato predlažem univerzalnost afektivnih iskustava kao jedan od izazova za levicu pri promišljanju i istraživanju mogućnosti za političku organizaciju i delovanje. U ovom radu ću nešto kasnije detaljnije razmatrati univerzalnost afektivnog zajedno sa fenomenologijom interkorporealnosti. Za sada ću koristiti Spinozinu definiciju afekta kako bih analizirala političke mogućnosti koje proističu iz afektivnog. U Spinozinoj *Etici*, deo III, definicija 3, termin afekat je definisan na sledeći način:

„III: Pod afektom razumem stanja (afekcije) tela kojima se moć delanja samoga toga tela povećava ili smanjuje, pomaže ili ograničava, a, u isto vreme, i ideje tih stanja.“ (Spinoza, 1983, str. 103).

Spinozina definicija sadrži dva ključna aspekta afektivnih politika kojima želim ovde da se bavim: on definiše afekat kao modifikaciju ili varijaciju koja nastaje u telu (aspekt otelotvorenja) i koji povećava ili umanjuje njegovu moć delovanja (aspekt moći). Uz ta dva aspekta, treći je društveni i proističe iz Spinozinog elaborata na temu načina na koji telo biva pod uticajem afekta kroz interakciju sa drugim/spoljnim telima (Deo II u *Etici*, Spinoza, 1983).

Najočiglednije povezan sa političkim domenom je aspekt moći, što Spinoza prepoznaje kao *moć da se deluje*. Francuski istoričar filozofije Gueru (Guerlout) daje jedan od uvida u Spinozin koncept koji objašnjava njegov dualni koncept moći terminima koji se odnose na političko. On je objasnio prvi aspekt moći *potentia* kao osnaživanje ili moć da se deluje i drugi *potestas* kao pravno-političke moći koje se zasnivaju na dominaciji i otuđenju (Prema Rudik, Guerlout 1968, str. 24). Uzimam ova shvatanja moći i afekata (kao moći za delovanjem) kao polaznu tačku za analizu dvaju koncepata politika koje predstavljam kao suprotstavljene: politike moći i politike brige.

Još jedan važan prikaz Spinozine misli kroz prizmu onoga što se označava kao *afektivni obrt* (affective turn) u političkoj filozofiji dat je u delu Suzan Rudik. Ona objašnjava da je Spinozina *potentia* (potency) imanentna i konstitutivna esencija živog bića koje želi ono što je dobro za sopstveno postojanje, a *potestas* (power) je transcendentna moć upravljanja koju poseduju vladari (Rudik, 2010, str. 24).

Ova diferencijacija takođe može da dà različite perspektive Fukovskog koncepta moći. Fuko (Foucault) je objasnio kako je moć dostupna svima čak i u hijerarhijskim sistemima koji su organizovani oko principa moći kao *potestas* koju koriste vladari. Fuko objašnjava da upotreba moći, u ovom slučaju kao *potestas* uvek ima za posledicu reakciju koja ima transformativni i transgresivni kapacitet u činovima performativnog otpora (Fuko, 1993). Tako korišćenje moći kao *potentia*, to jest sile koja je imanentna živim bićima ili potčinjenima, može da dovede do preispitivanja postojeće hegemonije. Međutim, ako uzmemo Spinozin koncept afekata i njihovu moć u smislu *potentia*, ta sila ne mora nužno biti reakciona. Možemo posmatrati ovaj aspekt onako kako predlaže Fuko, ali možemo i da zamišljamo i ispitujemo mogućnosti afektivne moći kao potencijal da se deluje emancipatorski, ukoliko postoji podrška u vidu leve ideologije.

Osvrnula bih se i na to kako Negri koristi Spinozin koncept afekta u analizi vrednosti afekta i njegove neodvojivosti od političke ekonomije (Negri, 1999). On analizira Spinozin dualni koncept moći, ističući njegovu vrednost za zajednicu. Za njega *potentia* daje potencijal da budemo slobodni i da zasnivamo zajednice sa onima sa kojima delimo zajedničku prirodu. U knjizi *Spinoza za naše vreme: politika i postmodernizam*, Negri piše da je ljubav, kako je definiše Spinoza, racionalni i konstruktivni element potencijala da se deluje, nerazdvojni deo kolektivne akcije pojedinaca, kao i da je ljubav subverzivna snaga koja omogućuje nastajanje zajedničkog. Ovako analizirana moć afekta daje Negriju osnovu da zaokruži misao da je demokratija akt ljubavi (Negri, 2013, str. 98). Prema Spinozi, takođe, da bismo pove-

čali svoju moć da delujemo kao *potentia*, potrebno je da sarađujemo jedni sa drugima.

Poseban doprinos na teorijskom planu u razmatranju i promišljanju afektivnog i njegovog značaja za politiku dala je Sara Ahmed. Njena analiza je značajna upravo zbog otkrivanja načina na koji emocije oblikuju naše odnose sa stvarima, predmetima i drugima (Ahmed, 2004). Ona se bavi aspektom afekta koji takođe ne prepoznaje pre-društveni život pojedinca. Ahmed govori o kulturnim politikama emocija kako bi ilustrovala da fenomen emocija nužno pripada oblasti političkog kao fenomen koji ocrtava okvir društvenih odnosa. Svojom analizom kulturnih politika emocija ukazuje na to da emocije nisu samo unutrašnji procesi ličnosti i ne ostaju u domenu subjektivnosti. Kada emocija jednom biva izražena ona postaje zajednička, jer izaziva reakciju kod drugog, koja opet ponovo stigne do mene. Upravo socijalni aspekt emocije se pokazuje u načinu na koji emocije oblikuju naš odnos prema stvarima, objektima i drugima. To nisu samo procesi koje mi imamo, nego oblikuju i relacije koje stvaramo sa drugima (Ahmed, 2004). Naš kapacitet da delujemo je relacioni, nastao iz uzajamno podstaknutih saradnji i kao rezultat složene interakcije afekata i razuma. Fenomenološka perspektiva emocija može se koristiti da bi se objasnila intencionalnost emocija i njihovog uticaja na stvaranje zajedničkog relacionog polja. Prema tome, emocije su procesi koji učestvuju u stvaranju dinamika polja, odnosno u političkom smislu dinamika odnosâ moći.

U svetlu svega navedenog, predlažem dve potpore argumentu Sare Ahmed o socijalnosti afekata¹. Oba se odnose na telo, jedan je filozofski, a drugi je iz polja neuronauke. Prvi je relevantan za istraživanje kako oteľovljenog tako i društvenog aspekta afektivnosti – to

1 Socijalnost afekta se u tekstu koristi da bi se ukazalo na relacioni aspekt emocije. Kako su emocije procesi i iskustvo koji su rezultat našeg povezivanja i interakcije sa sredinom, ti su procesi i iskustvo ispisani društvenim odnosima i kodirani kroz diskurse.

bi bio Merlo-Pontijev (Merleau-Ponty) koncept interkorporealnosti (Marato, 2012). Emocije su otelovljeni fenomen, a interkorporealnost objašnjava neodvojivu povezanost naših bića i tela sa drugima i njihovim telima u zajedničkom relacijskom polju.²

“Zapravo, polje samo po sebi nastoji da se umnogostručuje, jer je ono otvor kroz koji sam ja, kao telo, (izložen) svetu. Tako, ono nema tu apsolutnu gustinu čiste svesti koja svaku drugu svest čini nemogućom za njega – jer, budući da je samo po sebi opšte, polje teško da uspeva da spozna sebe drugačije nego jednog od onih koji mu nalikuju. Ovo znači da ne bi bilo drugih ili drugih umova za mene, da nemam telo i da oni nemaju telo kroz koje ulaze u moje polje, umnogostručavajući ga iznutra i delujući mi kao plen istog sveta, orijentisani na isti svet kao i ja.” (Merlo-Ponti, 1973, str. 138)

Interkorporealnost je stoga koncept koji nam omogućava da shvatimo kako emocije zajedno sa drugim relacionalnim aspektima naših bića učestvuju u zajedničkom stvaranju naših realnosti kroz proživljeno iskustvo i zašto bi trebalo da budu važne u raspravi o transformativnim političkim praksama i društvenim promenama. Ovu interakciju ili zajedničko stvaranje i našu međusobnu zavisnost u svetlu kao relacionom polju, Merlo-Ponti je veoma lepo oslikao sledećim rečima: “Postoji univerzalnost osećanja – i na tome počiva naša identifikacija, uopštavanje mog tela, percepcija drugih. Uočavam ponašanje uronjeno u isti svet kao i ja jer svet koji uočavam još uvek sledi za njim u mojoj korporealnosti. Moja percepcija je uticaj

2 U Geštalt psihologiji teorija polja se odnosi na psihološku teoriju koja istražuje načine interakcije između individue i polja ili sredine. Pojam proističe iz holističke perspektive Geštalt psihologije koju uvodi Kurt Lewin (Kurt Lewin). Ova teorija omogućava da se istražuje organizovanost, povezanost, međuzavisnost i interaktivnost kompletne prirode ljudskih fenomena. (Malcolm Parlett, 1991, str. 68-91).

sveta na mene i hvatanje mojih pokreta usmerenih ka njemu – koji je takav da, između stvari za kojima tragaju snivačevi pokreti i pokreta samih po sebi, dotle dokle svaki od njih čini deo mog polja, nema samo spoljnih odnosa jednog predmeta sa drugim već postoje, kao i od sveta ka meni, uticaji, i od mene ka svetu, hvatanje.“ (Isto, str. 137)

Neki od skorašnjih dokaza u kognitivnim naukama podržavaju koncept interkorporealnosti. Neurolog David Iglman (David Eagleman) objašnjava da se ljudski mozak sam po sebi oslanja na druge mozgove kako bi postojao i rastao. Naš mozak, iako nezavisan, deluje u bogatoj mreži interakcija. Iglman smatra da tradicionalno izučavanje izolovanog mozga previđa ogromno mrežno kolo u kojem funkcioniše naš mozak i na taj način pokazuje da je mozak osnova naše socijalnosti (Eagleman, 2015, str. 60). Po njegovom mišljenju, povezani smo kao jedinstveni superorganizam ili neka vrsta neuronske mreže. Iglman dalje razvija svoj argument o međuzavisnosti tvrdeći da koncept *ja* zavisi od realnosti *mi* (Tvidi, 2014).

Kako se afekti koriste u reprodukciji kapitalističkog sistema - paradigma mentalnog zdravlja



Afektivno je u savremenom društvu uokvireno u diskurs mentalnog zdravlja koji se zasniva na patologizaciji i medikalizaciji ovog iskustva. U kapitalističkoj logici to znači da postoje iskustva koja nas čine nefunkcionalnima i nezdravima, čime postajemo organizacijsko/društveni problem koji medicina treba da reši lekovima ili drugim specifičnim tehnikama ozdravljanja. Tržište dodatno nudi različite mogućnosti i usluge za rešavanje problema mentalnog zdravlja pomoću alternativnih tehnika brige o sebi. Tendencija je da se brzo i efikasno rešimo afektivnog iskustva koje nas čini neadekvatnim za rad. Još jedan aspekt ovog diskursa (mentalnog zdravlja), koji smatram vrednim kritike, jeste individualizacija problema. Na taj način pojed-

nac postaje odgovoran da reši sopstveni problem mentalnog zdravlja koristeći mogućnosti koje se nude u društvu i na tržištu.

Moj uvid u ono što nazivamo problemi sa mentalnim zdravljem ukazuje na to da se ova afektivna iskustva mogu prepoznati kao individualni odgovor pojedinca u okruženju koje ne podržava njegove potrebe, već ga frustrira i lišava istih. Zbog toga afektivno iskustvo možemo koristiti kako bismo dijagnostifikovali probleme sistema u kojem živimo i patimo. Još više možemo istraživati i učiti o tehnikama brige koje ljudi razvijaju da bi pomogli sebi i drugima i promišljati kako te tehnike mogu da daju ovom iskustvu drugačije značenje i politički potencijal. Smatram da je važno da istražimo kako se komodifikuju rastuće industrije afektivnog rada, kao što su psihoterapija, metode samo-pomoći, joga i slično, u smislu aspekta nematerijalnog rada iz feminističke perspektive. Takođe je i značajna analiza reproduktivnog rada u smislu neplaćenog ili nedovoljno plaćenog rada na pružanju brige koji vrše žene iz najprekarnijih društvenih grupa.

Slede primeri analiza sprege kapitalizma i afektivnog iskustva koji pokazuju da je ljudsko iskustvo neodvojivo od sistema u kojem funkcionišemo. To se može videti kroz procese koji učestvuju u formiranju subjekta kao i kroz načine na koji subjekti reaguju na okruženje i sistem koji onemogućava ispunjavanje njihovih potreba.

U knjizi *Emocionalna logika kapitalizma: što su progresivci propustili* u poglavlju „Ekonomija i afektivno“, Konings pokušava da predstavi savremeni način života u kapitalističkom ekonomskom sistemu i da uhvati kompleksnost iskustava koja se odnose na biće, identitet i emocije. On opisuje šemu anksioznosti u vezi sa problemom autentičnosti, tj. otkrivanja *pravog sebe* kao ideju koja je zamenila transcendentno posezanje za božanskim i nadu u život bez patnje posle smrti. Obećanje bezbolnog i srećnog života postaje pojedinačni životni cilj autentičnog bivanja. Tako se, prema autoru, kreiraju velika očekivanja, koja uvek razočaraju, jer je osećaj autentičnosti konstantno ugrožen strahom da nam nešto izmiče, nestaje i nedostaje, nešto

bolje što nemamo u tom trenutku (Konings, 2015). Kroz ovu analizu možemo da vidimo kako se kreira specifična subjektivnost adekvatna za kapitalizam koji kroz tržište stimuliše konstantno traženje i otkrivanje sebe. Autor ovu situaciju naziva traumatičnom i opisuje je kao vrstu društvene traume. Traumatično iskustvo objašnjava tradicionalnim razumevanjem same reči: kao penetraciju spoljnih objekta i destrukciju tkiva, što izaziva bol i invaliditet u funkcionisanju. Prema njemu, društvena trauma je paradoksalna, rezultat je intenzivan i neosporan, ali deluje kao da nema vidljiv i opipljiv uzrok. Ipak Konings uzrok smešta upravo u kapitalistički sistem. Traumatično iskustvo, generisano od strane kapitalizma, prema njegovoj analizi, uključuje ne samo posledice sile i dominacije, već i suptilno i prikriveno izneveravanje poverenja. Uzroci nisu samo destruktivni događaji, već i blago izmeštanje osnovnog okvira života, neočekivano loša efikasnost u najosnovnijim rutinama kao i u najintimnijim odnosima (Konings, 2015, str. 97). Sugerisala bih da prekarnost može biti posmatrana kao jedno od izmeštanja koje stvara nesigurnost koja fundamentalno potresa okvir života u savremenom društvu. Zajedno sa kompleksnošću iskustava koja prouzrokuju nesigurnost, učestalost i jačina interakcija u savremenom društvu iziskuju stalnu efikasnost i kompetentnost pojedinaca. Kako bi se to postiglo, potrebne su izuzetne veštine, koje omogućavaju procesuiranje iskustava, ali takođe i veštine i mreže u kojima se ta iskustva mogu podeliti (Konings, 2015). Nivo kompleksnosti potom uključuje svaki aspekt ličnog i otelotvorenog iskustva, a i društvenih struktura. Zato su po svojoj fenomenologiji i struktura, ova iskustva politička. Oblikuju ih ne samo biološki i psihički procesi i strukture, već i društveni.

Skorašnji napredak u psihoterapiji je pružio bolji uvid u ljudsko stanje i afektivna iskustva kao deo širih društvenih dinamika. Geštalt psihoterapija objašnjava ono što nazivamo psihičkim poremećajima kao relacioni fenomen koji proizlazi iz nemogućnosti da se stvore i održe relacije, što se dalje manifestuje kroz neuroze, anksioznost

i panične napade (Francéseti, 2010). Prema autorima, sposobnost da se zasnuju odnosi se bazira na dve elementarne i konstitutivne potrebe čoveka: biti, realizovati životni potencijal i pripadati, živeti sa drugima. Ove potrebe objašnjavaju procese kao dve glavne sile koje oblikuju grupne društvene dinamike: kao centripetalne (pripadanje) i centrifugalne sile (samoostvarenje). U situacijama u kojima se zajednica suočava sa određenom pretnjom, centripetalne sile za ojačavanje zajednice se aktualizuju kroz isticanje potrebe za pripadanjem. U situacijama u kojima se ne uočava jasna pretnja, kao što su savremena društva i, naročito, veliki gradovi, centrifugalne sile prebacuju fokus na samoostvarenje koje pojačava otuđenje u zavisnosti od društvenog uređenja, dominantne ideologije, itd. Autori konceptualizuju ovo kao problem narcističkih društava gde su subjektiviteti izgubili ujedinjujuću valentnost. Tranzicija od *oikosa* (mesta koje pripada nekolicini, doma, intimne zajednice) do *polisa* (mesta koje pripada mnogima), navodi Francéseti (Francesetti), ključni je faktor za nastanak anksiozno-depresivnih stanja. Njegov argument je da je *polis* – grad, onako kako je organizovan u modernim društvima, mesto koje je kompatibilno potrebama za funkcionisanje kapitalizma, umesto potrebama ljudi. Specifična organizacija života koja odgovara kapitalističkim potrebama komplikuje i otežava ispunjavanje potrebe za pripadanjem i time doprinosi otuđivanju ili kreiranju odnosa koji su nestabilni. Po njemu, neautentičnost i anksioznost u konzumerskom kapitalizmu nije samo lična nelagoda, već i oblik psihičke represije koja ima političke posledice (Francéseti, 2010, str. 100).

Drugi autori i autorke takođe ukazuju da je izvor problema u kapitalizmu u tome što su naši životi i relacije koje kreiramo u službi njegovog neprekidnog funkcionisanja. U knjizi *Hladna intimnost: stvaranje emotivnog kapitalizma*, Eva Ilouz (Eva Illouz) iznosi argument da nastanak kapitalizma ide ruku pod ruku sa stvaranjem intenzivno specijalizovane emotivne kulture (Ilouz, 2007, str. 4). Knjiga razvi-

ja temu nestanka granica između privatnog (kao sfere intenzivnih emocija) i javnog (kao sfere bez emocija) i kako privatno *ja* postaje javno predstavljeno, kontrolisano i eksploatisano u diskursima i vrednostima kroz ekonomska i politička sredstva. Ona takođe analizira i načine na koje se moderni subjekti oblikuju i izražavaju kroz narative povezane sa materijalnim i ideološkim interesima kojima upravljaju tržište i državne institucije. Emocionalni kapitalizam je kultura u kojoj se emocionalni i ekonomski diskursi i prakse međusobno oblikuju kroz stvaranje procesa u kojima su emocije fundamentalni aspekt ekonomskog ponašanja i u kojima emotivni život prati logiku ekonomskih odnosa i razmena. Termini *racionalizacija* i *komodifikacija* emocija pojavljuju se u analizi, pokušavajući da istaknu kako kulturni repertoari koji se zasnivaju na tržištu oblikuju i ispunjavaju interpersonalne i emotivne odnose kao centar ekonomskih odnosa (Ilouz, 2007).

Još jednu analizu koja objašnjava kako društveni i politički uslovi utiču na afektivna iskustva, uradio je kolektiv pod nazivom Institut za prekarnu svest (Institute for Precarious Consciousness). Njihova studija iznosi argumente u prilog tome da su neke mentalne patnje takođe simptomi našeg društva pre nego individualne psihičke slabosti. Jedan od najvažnijih detaljno analiziranih procesa je prekarnost, pomenuta u ovom tekstu kao strukturalno izmeštanje koje stvara bazičnu nesigurnost i anksioznost. Za autore, prekarnost je *ne-samodeterminisana nesigurnost* kroz rad i život sa nesigurnim pristupom sredstvima za preživljavanje ili razvijanje. Ona normalizuje nesigurnost i tretira ljude kao zamenljive. Prekarnost utiče na ljudske kontakte i eliminiše smisao daleke budućnosti, zbog vremenskoprostorne kompresije. Ona postepeno uništava sposobnost osobe da razluči život od posla. Anksioznost tako postaje iskustvo kontinuiranog stresa i stalnog telesnog uzbuđenja bez olakšanja sa društveno nametnutom nemogućnošću opuštanja (Berardi, 2009, str. 119). Institut takođe navodi argumente u prilog tome da prekar-

nost utiče na radnike i radnice, na siromašne i mlade ljude kao i na aktiviste i aktivistkinje, tako što podriva njihovu angažovanost. Depresija, anksioznost i sagorevanje (burn-out) su patnje koje tipično pogađaju marginalizovane, a marginalizovani mogu biti u velikom broju prekrasnih pozicija koje nisu samo povezane sa radom i uslovima rada, već i sa bilo kojim drugim egzistencijalnim uslovima. Ove patnje dolaze sa deprivacijom priznanja i kontinuiranom frustracijom kroz diskriminaciju mnogih grupa po raznim osnovama: rasnoj, rodnoj, klasnoj, kao i na osnovu seksualne orijentacije, itd. One su takođe posledica gubitka podrške, što može biti zajedničko iskustvo mnogim aktivistima. Problem je u tome što se iskustva anksioznosti, depresije i sagorevanja tretiraju kao individualni i lični problemi. Dakle, predložene procedure i alati koji se koriste za rešavanje problema mentalnog zdravlja kroz brigu o sebi u savremenim kapitalističkim društvima su zapravo samo strategije za savlađivanje koje omogućavaju pojedincu da poveća svoju efikasnost i produktivnost u istim strukturalnim (političkim i društvenim) okolnostima. Ovo ne znači da leвица ne bi trebalo da razmatra i koristi razvijeno znanje i alate za rešavanje problema mentalnog zdravlja, ali treba da ih integriše u svoj sopstveni ideološki okvir u kojem se pojedinka nikada ne odvaja i ne tretira van svog okruženja, društva i njegovih procesa.



Politike brige: feministički pristup političkim promenama

Koncept politike brige koji razmatram u ovom delu je nastao kao rezultat mog rada na doktorskoj tezi *Melanholija i politika: Melanholija marginaliziranih subjekata i zajednica u Makedoniji* koja se bavi političkim potencijalom melanholije. Inspirisan je radom Silvije Federiči i njenom analizom reproduktivnog rada pod kapitalizmom. Koristim koncept politike brige kao suprotstavljen konceptu politike moći koji je hegemon u domenu političkog promišljanja. Izabrala sam termin

briga zato što se on koristi u feminističkom pristupu brizi kao jezgru reproduktivnog i afektivnog domena i kao glavni izvor za ponovno promišljanje i organizovanje političkih strategija i zajednica.

Da bih detaljnije pojasnila koncept politike brige i njegov značaj u političkom organizovanju levih pokreta, osvrnula bih se prvo na pristup poziciji melanholije na levlci koji koristim za potrebe ovog teksta. Naime, prema Vendi Braun (Wendy Brown) melanholija i kriza levice mogu da budu locirane u njenoj nesposobnosti da dâ odgovore na savremene izazove (Braun, 1999, str. 26). Levica se povezuje sa neuspehom umesto sa vizijom za budućnost ili opipljivim politikama. Ova prekarna pozicija, kao što je već elaborirano, objašnjava nedostatak mobilnosti i efikasnosti. Dakle, razumljivo je zašto je melanholija kao iskustvo i kao pozicija pasivna i naizgled impotentna. Ono što sam razmatrala i analizirala u radu: *Melanholija i politike: marginalizovani subjekat i zajednice u Makedoniji* je to da ovoj poziciji ne nedostaje potencijala za transformaciju. Braun takođe sugerise mobilizaciju afektivnog potencijala melanholije za transformaciju same levice (Blaževa, 2016). Ovaj argument je na istoj liniji kao i koncept afekata kao *moći da se deluje*. Moja analiza je pokazala da su nekoliko aspekata organizacije društvenog pokreta, koje se odnose na afektivno, odnosno afektivne politike, omogućili transformaciju melanholije u osnaženo političko delovanje.

Vraćam se Silviji Federiči kako bih povezala njenu analizu reproduktivnog rada i mogućnosti korišćenja ovog domena za levu političku imaginaciju i promene. Federiči u svom radu objašnjava kako su reproduktivni rad i eksploatacija žena bili fundamentalni za akumulaciju kapitala na početku kapitalizma. Teza koju ona razvija, zasnovana je na operativnom konceptu "društvene fabrike", iz teorije Maria Trontija (Mario Tronti), po kojoj su kapitalistički razvojni odnosi u potpunosti podređeni hegemoniji i svaki društveni odnos postaje fabrika – direktno postaje odnos proizvodnje. Federiči dalje razvija koncept tvrdeći da "društvena fabrika", počinje u kuhinji, spavaćoj

sobi, ili kući kao radnom centru i odatle se prenosi u fabrike, kroz škole, kancelarije i laboratorije (Federiči, 2012, str. 7-8). Reproductivni rad od neplaćenih kućnih poslova u savremenim društvima prelazi u malo plaćeni rad socijalne brige, po cenu prekarnosti žena koje obavljaju sav rad za službe u održanju kapitalističkog sistema, njegovih logika kao i realnosti i odnosa koje on stvara. Na to ukazuje i predviđanje za budući razvoj tržišta rada u kojem se procenjuje da će sektor usluga pružanja brige rasti dok će mnoge profesije tehničkog rada nestati (Moran, 2016). Ako je reproduktivni rad bio i još uvek jeste od tako fundamentalnog značaja za održanje kapitalizma, takođe može biti fundamentalan i za levu političku imaginaciju i društvene promene. Za Federiči, jedna od glavnih poteškoća u održanju različitih vidova borbe su podele koje kapitalistički sistem nameće među ljudima. Ona ukazuje na organizaciju samog života u gradovima u mikro-porodicama ili pojedinaca, i značaj povezivanja i saradnji u lokalnim zajednicama i kolektivima. Ovo u još većoj meri objašnjava zašto feministička kritika i borbe treba da budu korišćene kao centralne strategije i kod razvoja afektivnih politika, a naročito kod levih političkih strategija i agendi.

Federiči pokazuje kako iskustva žena iz različitih delova sveta i njihovog reproduktivnog rada dokazuju fundamentalnu važnost ovih domena za održanje zajednice ali i za političku borbu. Ona ukazuje na primere iz Latinske Amerike gde žene organizuju i održavaju svoje zajednice u periodima državnih udara, diktatura i prirodnih nepogoda, upravo kroz organizovanje reproduktivnog rada u malim zajednicama. Ove zajednice ne samo da postaju nužnost preživljavanja u uslovima krize, već mogu da budu i inspiracija za nove mogućnosti na kojima možemo razvijati/graditi različite vrste društvenog tkanja zasnovanog na brizi umesto na moći, zasnovanog na solidarnosti, međusobnoj povezanosti i podršci. U ovim zajednicama Federiči uočava zaštitne faktore za sve anksioznosti sa kojima se suočavaju zapadna društva kao sto su alarmantni problemi sa mentalnim

zdravljem. Ljudi u ovim zajednicama razvijaju mreže podrške koje stvaraju osećaj sigurnost i pripadanje za razliku od otuđenja (Federiči, 2013).

Federiči smatra da ove zajednice imaju dve suštinske vrednosti: građenje odnosa i održavanje mreža, koje im omogućavaju da postanu deo nečeg što je veće od njih i građenje kolektivnog *ja* koje znači više od novog društvenog identiteta. Zapravo je to zajednica koja nastaje iz postojećih odnosa i povezanosti među ljudima kao veza sa njihovom istorijom i okruženjem. Ovi procesi doprinose osećanju značenja koje ne može biti dostignuto kroz odvojeni ljudski život (Isto). Ovakve zajednice imaju transformativni potencijal za odnose moći kao i za stvaranje novih oblika reprodukcije i ekonomije izvan kapitalističkog sistema. Stoga politike brige imaju korene u reproduktivnom i afektivnom domenu i koriste potencijal afekata kao moći da se deluje ka održanju života i dobrobiti individue i kolektiva.

Politike brige se fokusiraju na podršku ljudima i životnoj sredini i na balansirano i demokratsku raspodelu moći. Politike brige podržavaju promene ka ravnopravnijem i pravednijem društvu, kroz korišćenje feminističkog pristupa reprodukciji i održivosti zajednice, kao i afektivnih politika koje koriste proživljena iskustva i levu ideologiju u razvoju društvenih uslova i odnosa. Ove politike uzimaju u obzir afektivno iskustvo pojedinaca, kao i celog kolektiva.

Geštalt psihoterapija i afektivne politike



Koristeći znanje i iskustvo iz oblasti Geštalt psihoterapije, razmatram moguću političku imaginaciju koja može biti dovedena u vezu sa Geštalt konceptom promene, značajem podrške i integrativnih aspekata svesnosti. U ovom delu teksta pokušaću da pokažem koji potencijal ovi koncepti imaju za kreiranje afektivne politike u levim kolektivima.

Promena je centralni koncept i cilj kojem se teži u terapeutskoj postavci kao i na polju političkog. Geštalt pozicija je da je promena neizbežna i neupitna. Promena je uvek već uvremenjena, prostorna i relaciona. Baveći se teorijom Geštalt pristupa promeni Jontef postavlja ključno pitanje: kako pojedinci i njihova društva utiču na promenu i podržavaju je, a ne da li će promene biti? (Jontef, 2005, str. 150) Kao deo polja koje nas okružuje i koje se stalno menja možemo sami da donosimo odluke i saradujemo sa drugima kako bismo doveli do promena koje želimo, a koje proističu iz naše ideologije, potreba i iskustava.

Kako bismo upotrebili pomenuti koncept promene kod individualnih i kolektivnih praksi, predlažem još jedan koncept koji smatram ključnim za (p)održavanje promene. Reflektivna svesnost je relevantna za preispitivanje naše pozicije u kontinuiranom procesu stalne promene u društvenom polju. Reflektivna svesnost se odnosi na aspekt svesti koji je u terapeutskoj praksi poznat kao uvid. Uvid je centralni proces u smislu podržavanja promene i učestvovanja u promeni koju želimo za sebe. U terapeutskoj postavci, uvid je povezan sa kontaktom sa okruženjem i njegovom fenomenološkom temporalnošću. U Geštalt terminima, uvid je sposobnost da se uoči sastav pozadine i figure istovremeno i da se na taj način stekne nova, drugačija perspektiva u odnosu na situaciju. Uvid se događa kroz proces istraživanja, asimilacije i integracije sadržaja koji prethodno nisu bili dostupni svesti. Specifičan Geštalt pristup je fenomenološki u svojoj srži. Ali, življeno iskustvo nije uvek svesno i artikulirano kroz jezik. Iskustvo kroz mehanizme odbrane i snove koji su na neki način granica između svesnog i nesvesnog sadržaja, može ostati izvan svesnosti. Razumevanje i istraživanje ovih mehanizama, smeštanje u drugačije okvire, njihovo otelovljavanje i artikulacija, potvrđuju da su terapijski procesi koje zahtevaju svesnost i dijalog alati kojima dosežemo do nepoznatih delova (aspekata) sebe, do nesvesnog kao i do uvida o kontekstu situacije u kojoj se nalazimo. U Geštalt terminima uvidi postaju *geštalti*, celine koje donose uzbuđenje i osećaj

ispunjenja. Celina je moguća jedino kroz priznanje i prihvatanje celovitosti situacije. Svesnost o celovitosti situacije (sve što je uticalo na naš razvoj, okolnosti, iskustva, diskursi, vrednosti, ideologija...) nam omogućuje da svesno pozicioniramo sebe u skladu sa našom pozadinom, uslovima u okruženju, resursima kojima raspoložemo, te da na taj način donosimo odluke i utičemo na procese i okruženje.

Da bi se promene održale i usmerile potrebno je da postoji(e) sistem(i) podrške. Podrška predstavlja važan lični i kolektivni proces i strategiju, i jedan je od centralnih zadataka terapeuta tokom terapijskog procesa. Individualne i kolektivne promene ka individualnom i društvenom blagostanju, stoga, uključuju mreže podrške: međupersonalnu, ličnu podršku koja uključuje i otelovljene aspekte, tj. telesnu podršku. Promena koju levi kolektivi i aktivisti/aktivistkinje pokušavaju da pokrenu ima potrebu za jakom mrežom podrške, ne samo u smislu saradnje koja se obično ostvaruje, već takođe u smislu afektivne brige.

Stoga, predlažem afektivne politike kao deo širih politika brige u istraživanju kolektivnih dinamika i upravljanju istim u okviru društvenih pokreta, aktivističkih organizacija i levih kolektiva. Aktivno korišćenje afektivnih politika u kolektivu podrazumeva postavljanje sledećih pitanja i odgovaranje na njih: Kako uspostavljamo odnose? Kako koristimo empatiju? Kako organizujemo svoj prostor i uloge u kolektivima? Kako brinemo o svojim potrebama i kako ih saopštavamo drugima? Kako izlazimo na kraj sa *burn-out*-om i razvijamo sisteme podrške za one kojima je potrebna? Kako razmatramo i razvijamo strategije? Kako percipiramo i koristimo fenomenologiju kolektiva i njegove konstitutivne prakse ka našim zajedničkim ciljevima? Ova lista pitanja ne iscrpljuje mogućnosti rada sa afektivnim domenom u kolektivima, ali ukazuje na ključne aspekte, kao što su razvijanje svesnosti o ličnim potrebama i potrebama drugih, relacije koje se ostvaruju i njihova dinamika, kontekst (vreme, prostor i šire dinamike i situacije), kao i način na koji se sve ovo odražava na praksu i strategije delovanja kolektiva.



Zaključak

U ovom radu, povezujući različite teorijske okvire i svoja promišljanja, pokušala sam da pokažem da je afektivno iskustvo osnovno društveno iskustvo i da kao takvo predstavlja plodno tlo za dalja politička promišljanja. Dakle, afektivno iskustvo nije samo individualno, nego je rezultat našeg povezivanja u kompleksnom društvenom polju. Ujedno je i naš odgovor na uslove i očekivanja koje od nas ima društvo. Ono je osnova kroz koju možemo analizirati društvo, ali i razmišljati o mogućnostima političkog delovanja.

Dalje, ako su afekti izvor naše moći da delujemo, kako predlaže Spinoza, i ako je ta moć pojačana kada se afekti prepoznaju i podele sa drugima, možemo zaključiti da razočaranje, nesigurnost, strah i ljutnja mogu biti osnove za kolektivnu političku akciju.

Kako dalje promišljati afektivno iskustvo i kako dopuniti fazu reaktivne političke akcije koja često završava izražavanjem našeg afektivnog stanja kroz određeni politički diskurs? Moj odgovor je upravo radikalna promena politike koja nema kao svoj cilj upravljanje kroz centre moći, već upravljanje vođenjem brige o potrebama ljudi. Zato predlažem afektivne politike koje proizilaze iz feminističkog pristupa, gde je reproduktivni domen centralni domen od kojeg treba promišljati politiku, a da su politike brige mogući način transformisanja političkih ideja i ciljeva. Feministička analiza Silvije Federiči pokazuje da, kada se politika kreira kroz reproduktivni domen, to omogućava održivi razvoj zajednice. Na to ukazujem kroz pomeranje fokusa političkog na brigu o ljudskim potrebama i korišćenjem afektivnog kao glavnog putokaza. Povezivanje afektivne politike i psihoterapijskog iskustva pokazuje da su korišćenje reflektivne svesnosti i uvažavanje afektivnog iskustva polazne tačke u daljim političkim promišljanjima i praksi.

Na kraju, predlažem uključivanje afektivnih politika u strategije organizovanja unutar levih kolektiva, kroz preispitivanje afektivnog

iskustva, pozicija i potreba članova i članica, kako bi se ostvarile šire političke promene. Za ove promene je važno promišljanje same ideje afektivne politike, ali i postojanje kolektiva koji tu ideju otelotvoruje sopstvenim iskustvom.

Literatura:

Ahmed, Sara. *The Cultural Politics of Emotion.* Edinburgh: Edinburgh University Press, 2004.

Benjamin, Walter. *Left-wing melancholy: On Erich Kästner's new book of poems.* Berlin: Die Gesellschaft, 1931: Vol. 8.

Blazheva, Ana. *Emotions and the Political: The Transformative Potential of Melancholy.* Identities Journal for Politics, Gender and Culture. Volume 13.2016/17. Skopje: Institute of Social Sciences and Humanities – Skopje, 2017.

Brown, Wendy. *Resisting Left Melancholy.* Boundary, Durham, NC: Duke University Press 1999: 19-27.

Deleuze, Gilles and Guattari, Felix. *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia.* Minneapolis: University of Minnesota Press, 1983.

Deleuze, Gilles and Guattari, Felix. *Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia.* Minneapolis: University of Minnesota Press, 1987.

Eagleman, David. *The Brain: The Story of You.* Forlag: Pantheon Books, 2015.

Eng, David L. and Kazanjian, David. *Loss: The Politics of Mourning.* Berkeley: University of California Press, 2003.

Francesetti, Gianni (Ed.) *Panic Attacks and Postmodernity Gestalt Therapy: Between Clinical and Social Perspectives.* Milan: FrancoAngeli, 2007.

Federici, Silvia. *Caliban and the Witch: Woman, the Body and Primitive Accumulation.* Brooklyn NY: Autonomedia, 2004.

Federici, Silvia. *Revolution Point Zero: Household Reproduction and Feminist Struggle.* Verlag: PM Press, Common Notions, 2012.

Federici, Silvia. *Women, Reproduction, and the Construction of Commons.* Museum of Arts and Design (MAD) Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=zBBbVpbmRP0>, Accessed on: 30. 5. 2018.

Feld, Alina N. *Melancholy and the Otherness of God: A Study of the Hermeneutics of Depression.* Plymouth: Lexington Books, 2011.

- Foucault, Michel.** *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Second Vintage Book Edition, 1993.
- Freud, Sigmund.** „Mourning and Melancholia“. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works*, by Freud Sigmund, 237-258. 1917, London: The Hogarth press: The Institute of Psycho-Analysis, 1957.
- Frijda, N.H.** *The Emotions*, Cambridge, UK and New York: Cambridge University Press. 1987.
- Green, Keith and LeBihan, Jill.** *Critical Theory and Practice: A Coursebook*. London and New York: Taylor & Francis e-Library, 2001.
- Gross, David.** „Left Melancholy“ New York: Telos, 1985: 112-121.
- Gueroult, Martial. *Spinoza 1 Dieu*. Hildesheim: Georg Olms Verlag. 1968.
- Illouz, Eva.** *Cold Intimacies: The Making of Emotional Capitalism*. Cambridge: Polity, 2007.
- Konings, Martijn.** *The Emotional Logic of Capitalism: What progressives have missed*. Stanford, California: Stanford University Press, 2015.
- Merleau Ponty, Maurice. *The Prose of the World (Studies in Phenomenology and Existential Philosophy)*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 1973.
- Merleau Ponty, Maurice.** *Sense and nonsense*. Evanston, Illinois: Northwestern University Press, 1964.
- Negri, Antonio.** *Value and affect*. Boundary 2 26:2 Durham, NC: Duke University Press, 1999.
- Negri, Antonio.** *Spinoza for Our Time: Politics and Postmodernity*. New York: Columbia University Press, 2013.
- Pensky, Max.** *Melancholy Dialectics: Walter Benjamin and the Play of Mourning Critical Perspectives on Modern Culture*. Amherst: University of Massachusetts Press, 1993.

- Perls, S.F., Hefferline, F.R. & Goodman, P.** *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York: Penguin Books, 1951.
- Radden, Jennifer.** *The Nature of Melancholy: From Aristotle to Kristeva*. New York: Oxford University Press, 2000.
- Ruddick, Susan.** *The Politics of Affect: Spinoza in the Work of Negri and Deleuze*. *Theory Culture Society* 27:21. Los Angeles, London, New Delhi, and Singapore: Sage Publications, 2010.
- Scott, Marratto.** *The Intercorporeal Self: Merleau Ponty on Subjectivity*. Albany: State University of New York. 2012.
- Spinoza, Baruh de.** *Etika. Geometrijskim redom izložena i u pet delova podeljena*. Beograd: Beogradski Izdavačko-Grafički Zavod, 1983.
- TenHouten Warren D.** *A General theory of emotions and social life*, Routledge Advances in Sociology. New York: Routledge, 2006.
- The Institute for Precarious Consciousness.** *Anxiety and Precarity*. (Interface: a journal for and about social movements Article Volume 6 (2): 271 - 300 (November 2014) Available at: http://www.interface-journal.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/01/Issue-6_2-IPC.pdf Accessed on: 26. 11. 2017.
- Moran, Gwen.** *The Future of Work: These Will Be the Top Jobs In 2025 (And the Skills You'll Need To Get Them)* (Fast Company, 31. 3. 2016) Available at: <https://www.fastcompany.com/3058422/these-will-be-the-top-jobs-in-2025-and-the-skills-youll-need-to-get-them> Accessed on: 26. 11. 2017
- Tweedy, Rod.** *A mad world: capitalism and the rise of mental illness*. (Red Pepper, 09. 8. 2017) Available at: <http://www.redpepper.org.uk/a-mad-world-capitalism-and-the-rise-of-mental-illness/> Accessed on: 26. 11. 2017.
- Yontef, Gary.** *Theory of change*. Gestalt Therapy: History, Theory, and Practice. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2005.

Abstract

The paper discusses several questions on affects and its relevance to the political, how affects are used in reproduction of capitalist system through the mental health paradigm and how can they be used in the political strategies and practices of the left using the feminist approach.

The affects are here conceptualized through the Spinozian perspective of affects as *power to act* also through the dual aspect of power as *potentia* as empowerment or the power to act and the other *potestas* as juridico-political power based on domination and alienation. This concept is used as starting point for the analysis of two concepts of politics I present as two opposites: politics of power and politics of care.

Social dimension of the affective is developed through Ahmed's cultural politics of emotions as well as the phenomenological perspective through which emotions are processes that participate in creation of the social and political field dynamics and Merleau-Ponty's concept of intercorporeality.

In contemporary capitalist system mental health problems can be analysed as individual resistance and struggle to the conditions and environment that does not support its needs but deprives and frustrates them. The problem is located in the treatment of the mental health experiences such as anxiety, depression, and burnout as individual, personal issues and problems. The left's challenge would be to integrate these experiences into its own ideological framework in which the individual is never separated and treated outside the environment, society and its processes.

The concept of politics of care is used as proposition for feminist approach towards political change and relates the whole approach to the feminist struggle and care as the core reproductive and affective domain and the main source for rethinking and organization of political strategies and communities.

O AUTORKAMA

Lidija Vasiljević, doktorirala na temi politika mentalnog zdravlja na Odseku za socijalni rad i socijalnu politiku (2016) i magistrirala na temi roda u psihoterapiji na Odseku za studije roda, na Fakultetu političkih nauka u Beogradu. Osnovne studije psihologije završila je na Filozofskom fakultetu 1999. Od 2000. je sertifikovana psihodramska psihoterapeutkinja na nacionalnom nivou (Savez psihoterapeuta Srbije) a od 2004. i na evropskom nivou (Evropski sertifikat za psihoterapiju). U okviru Britanske psihodramske asocijacije kvalifikuje se za supervizorku i trenericu psihodrame 2009. godine i saraduje sa Oksfordskom školom. Jedna je od ko-osnivačica Regionalne asocijacije za psihodramu i intergrativnu primenu psihoterapije (RAIP) koja se bavi obrazovanjem budućih psihoterapeutkinja i psihoterapeuta, i razvija integrativni pristup u psihoterapiji. Tokom 90ih i 2000ih bila je uključena u rad feminističkih organizacija i levih inicijativa u okviru kojih je organizovala psihosocijalnu podršku marginalnim grupama i lobirala za prava žena i drugih manjinskih grupa. Jedna je od ko-osnivačica organizacija za sprečavanje trgovine ljudima, Inicijative za ekonomsku demokratiju i Ženskog INDOK centra, gde se bavila analizom medija iz rodne perspektive. Aktivno se bavi grupnom i individualnom psihoterapijom, edukacijom i treninzima, kako u okvirima edukovanja budućih psihoterapeuta/kinja, tako i u oblasti ljudskih resursa i osnaživanja marginalnih grupa u Srbiji i u regionu (Bosna i Hercegovina, Slovenija, Hrvatska). Takođe se bavi i osnaživanjem i obukom LGBTIQ osoba u radu s korisnicima iz zajednice i razvijanjem mreže za rodno inkluzivan pristup u savetodavnom radu. Oblasti specifičnog interesovanja i istraživačkog rada su joj: problem klase i roda u psihoterapiji, razvijanje i unapređivanje pedagogije u oblasti edukacije, integracija psihodrame sa drugim modalitetima. Autorka je brojnih radova iz oblasti psihoterapije i politika mentalnog zdravlja, feminizma i psihoterapije, priručnika za veštine grupnog rada, rodne ravnopravnosti u medijima.

Ana Blaževa, naučna saradnica u Institutu za društvene i humanističke nauke u Skoplju. Diplomirala psihologiju (2002) na Univerzitetu Sv. Kiril i Metodij - Skoplje, magistrirala na studijama sociologije i roda (2011), a doktorirala na studijama kulture (2016) na Institutu za društvena i humanistička istraživanja - Euro Balkan u Skoplju. Sertificirana je geštalt psihoterapeutkinja, a edukaciju je završila u Geštalt Institutu - Skoplje.

Kao psihološkinja je radila u polju psihosocijalne prevencije i intervencije u Centru za psihosocijalne i krizne akcije - Skoplje. Učestvovala je u više nacionalnih i međunarodnih istraživanja o rodnoj jednakosti, obrazovanju, mladima i marginalizovanim zajednicama. Bila je aktivistkinja u Pokretu za socijalnu pravdu - Lenka (2008-2009) i deo profesorskog plenuma (2015). Članica je Nezavisnog akademskog sindikata u Makedoniji.

Poslednjih godina sprovodi istraživanja iz oblasti javnih politika u različitim sektorima vezanim za rod, medije, obrazovanje i drugo. Oblasti interesovanja: interdisciplinarni pristup emocijama i političkom. Autorka više tekstova, studija, brošura i priručnika iz pomenu-tih oblasti.

CIP - Каталогизacija у публикацији - Народна библиотека Србије,
Београд

615.851:305

159.913:305

159.913:159.942

OD melanholije do pobune : emocionalno mapiranje levice i feminizma /
[urednica Ksenija Forca]. - Beograd : Rosa Luxemburg Stiftung Southeast
Europe, 2018 (Beograd : Standard 2). - 97 str. ; 21 cm

Podaci o autorima preuzeti iz kolofona. - "Publikacija ... je nastala nakon
tribine organizovane u oktobru 2017. godine u Društvenom centru Oktobar
..." --> Uvod. - Tiraž 500. - Str. 5-9: Uvod / Ksenija Forca. - O autorkama:
str. 96-97. - Napomene i bibliografske reference uz radove. - Bibliografija
uz svaki rad. - Abstracts. - Sadržaj: Rod, klasa i politike mentalnog zdravlja /
Lidija Vasiljević. Politike brige i upotreba afektivnih politika u prevazilaženju
melanholije levice / Ana Blaževa.

ISBN 978-86-88745-33-8

