

Psihičko zdravlje na tržištu: Biomoć, psihijatrija i farmaceutska industrija

IGOR PETRIČEVIĆ

Filozofski fakultet, Sveučilište u Zagrebu
Sociologija, 1. godina diplomskog studija
igor21petricevic@gmail.com
UDK: [615+336.76:159.913]:316

SAŽETAK

Ovaj rad problematizira biomedicinski model psihičkih poremećaja i farmakoterapiju te ispituje ulogu psihijatrije u širenju definicije psihičkih poremećaja u kontekstu medikalizacije društva koju obilježava tretiranje nemedicinskih problema kao medicinskih. Upućuje se na dimenzije isprepletenosti psihičkog zdravlja i tržišta u neoliberalnom kapitalističkom društvu s idejom da je farmaceutska industrija značajan akter u medikalizaciji svakodnevnog života koja omogućuje maksimizaciju profita na dereguliranom tržištu lijekova.

Također se u radu problematizira odnos normalnog i abnormalnog, društvena moć i pozadina psihijatrijskih dijagnoza te se kroz prizmu koncepta biomoći razmatra vršenje funkcije socijalne kontrole od strane psihijatrije i na koji su način ti procesi povezani s tržišnom logikom neoliberalizma.

KLJUČNE RIJEČI

biomoć, farmakoterapija, ludilo, medikalizacija, norma, psihijatrija, socijalna kontrola

Umijeće vladanja u suvremenim društvima se unutar svojih pokušaja discipliniranja tijela i reguliranja populacija u velikoj mjeri oslanja na tehnologije i znanstveno znanje. Institucije koje pomoću toga znanja obnašaju funkciju vladanja nad ljudima posjeduju moć koja regulirajući biološki život populacije može transformirati socijalnu matricu. Na taj način znanosti koje se bave socijalnim i psihičkim aspektima populacije poprimaju moralne dimenzije i shodno tome postaju akteri koji pripomažu vršenju društvene kontrole. Jedna od znanosti u čije je institucije ova moć inkarnirana jest psihijatrija koja je s obzirom na svoj predmet istraživanja od svojih početaka uključena u sivom području između znanosti i moralnog pothvata, a ove inherentne kontroverze ne iščezavaju niti u današnjem neoliberalnom kapitalističkom kontekstu gdje dominantni biomedicinski model psihičkih poremećaja, osim što pripomaže društvenoj kontroli, pokazuje i dimenzije povezanosti tržišta i psihičkog zdravlja. Pokušat ćemo ukazati na političko-ekonomsku pozadinu odnosa moći službenih psihijatrijskih priručnika (DSM¹) koji perpetuiraju ovaj model u svrhu demonstriranja teze da promoviranje liječenja psihičkih poremećaja koji se poimaju kao kemijske neuravnoteženosti psihofarmakologijom otvara veliko tržište za farmaceutsku industriju. Budući da svako novo izdanje DSM-a sadrži sve veći broj mogućih dijagnoza, širenje koncepta psihičke bolesti od strane psihijatrijske struke promatrat ćemo u kontekstu fenomena medikalizacije društva koju karakterizira upravo obilježavanje društvenih, psihičkih, moralnih i drugih problema kao medicinskih od kojeg najviše profitiraju farmaceutske kompanije. Zbog činjenice da se konstantno rastući broj ponašanja i emocionalnih stanja počinju označavati kao psihički poremećaji, na temelju procjene odstupanja navedenih ponašanja od normalnosti, ispitat ćemo samu prirodu norme i abnormalnosti u kontekstu psihijatrije. Argumentirat ćemo tezu da je maskiranjem društvenih uzroka psihičkih poremećaja psihijatrija sa svojom trenutno dominantnom paradigmom psihičkih poremećaja jedna od znanosti koja upravljanjem života populacije pripomaže društvenoj kontroli. Iz tog razloga teorijska nit koja će se provlačiti kroz cijeli rad je koncept biopolitike, odnosno ispoljavanje biomoći kroz psihijatrijsku dijagnozu.

1 DSM – Dijagnostički i statistički priručnik za psihičke poremećaje

Biomoć i psihijatrija

Biopolitika je deskriptivni pojam za politike i tehnologije koje ciljaju na optimizaciju biološkog života populacije. Ona označava način na koji je biološki život populacije postao predmetom odnosa moći te cilja na populaciju tijela na makroskopskoj razini i nastoji optimizirati njezine biološke opcije (Larsen, 2011: 202–4). Foucault navodi kako su se u zapadnim društvima pojavili novi mehanizmi provođenja biomoći – discipliniranja tijela i pokušaji regulacije populacije (Ewald, 1990: 138). Stoga možemo reći da je biopolitika politička administracija života, odnosno skup modernih oblika moći nad životom u rasponu između discipline i vladanja (Legg, 2006: 710). Discipliniranje i regulacije se uvijek temelje na određenim normama koje služe kao okvir prema kojemu se populacija nastoji modificirati, a u suvremenim društvima instrument ispoljavanja moći nad ljudima su pretežito socijalne institucije koje velik dio svojeg djelovanja temelje na znanstveno utemeljenom znanju.

Psihijatrija je znanost koja ima značajnu moć jer određuje samu prirodu onoga što spada pod određenu normu (norma psihičkog zdravlja) te sukladno s time definira i ono što je izvan te norme; ono što se nazivalo ludilom danas se medicinskom terminologijom taj prostor izvan norme naziva psihičkim poremećajima čiji se popis nalazi u službenom priručniku, DSM-u, a svakim novim izdanjem taj popis pokazuje trendove rasta broja mogućih dijagnoza. Neki idu toliko daleko da kažu i da je “povijest psihijatrije povijest stalno rastućeg popisa psihičkih poremećaja” (Szasz, 2010).

Kada se koristimo konceptima poput “ludila” i i njegove binarne opozicije – “psihičkog zdravlja” i kada dovodimo u pitanje biomedicinski model psihičkih poremećaja potrebno je uputiti na povijest psihijatrije i u tom je slučaju potrebno je istaknuti djelo Michela Foucaulta (ujedno i tvorca koncepta biomoći) *Ludilo i civilizacija*. U tom djelu Foucault analizira pojavu diskursa ludila i tvrdi da ludilo i razum nisu oduvijek bili razdvojeni kao što ih danas razdvajamo. Razum je, prema Foucaultu, u doba klasicizma zbog društvenih uvjeta podčinio ludilo i omogućio nastanak znanstvene psihologije 19. stoljeća. Ludilo se tada počelo opažati kroz “etičku osudu nerada i u društvenoj imanentnosti koju osigurava zajednica rada, a ta zajednica poprima etičku moć podjele koja joj omogućuje da odbaci sve oblike društvene nekorisnosti” (Foucault, 1980: 67). Za njega psihologija i psihijatrija ne predstavljaju znanstveno postignuće već moralni pothvat (Ritzer, 1997: 367) koji je omogućen

epistemološkom promjenom u diskursu kada društvena uloga i stigma luđaka zamjenjuju ulogu i stigmatu gubavaca iz 15. stoljeću te nezaposlenih u 19. stoljeću.

“Ono što je bilo bolesno, proizlazit će iz organskog, ono što je pripadalo bezumlju, bit će izjednačeno s psihološkim, upravo se tu i rađa psihologija – ne kao istina ludila, već kao znak da je ludilo sada odvojeno od svoje istine, a ona je bila bezumlje, i da je ono od tada još samo pojava prepuštena okolnostima, beznačajna, na neodređenoj površini prirode” (Foucault, 1980: 177).

Ta je epistemološka promjena u psihijatrijskom diskursu zajedno sa znanstveno-tehnološkim usmjerenjem suvremenog društva doprinijela današnjem poimanju mentalnih bolesti u okvirima organskih poremećaja mozga (tzv. biomedicinski model psihičkih poremećaja) i omogućila medikalizaciju sve većeg broja ponašanja koji spadaju u područje djelovanja psihijatrije.

Psihijatrija je od svojih početaka medicinskim sredstvima pokušavala rješavati nemedicinske fenomene koji su predstavljali probleme društvima u povijesti. Neki su od primjera histerija, dijagnoza koja se pripisivala ženama u izrazito patrijarhalnim društvima i drapetomanija, dijagnoza za afričko-američke robove koji su bježali od svojih vlasnika. Nešto recentniji primjer društvene konstrukcije mentalne bolesti je homoseksualnost koja se nakon uspostavljanja medicinsko-psihijatrijskog diskursa prestala pretežito shvaćati kao grijeh i zločin u skladu sa srednjovjekovnim moralom i počela shvaćati kao patologija. Takvo je stajalište prevladavalo do 1970-ih godina kada su psihijatri i psiholozi suočeni s novim empirijskim dokazima i promjenjenim kulturnim normama glasanjem na upravnom odboru APA-e² ratificirali odluku o izbacivanju homoseksualnost iz DSM-a. Zatim, u trećem izdanju DSM-a 1980. godine uvedena je nova dijagnoza, tzv. *egodistonična homoseksualnost* za koju je jedan od simptoma bio konstantan nedostatak heteroseksualnog uzbuđenja (Herek, 2012). Dijagnoza je 1986. godine izbačena iz DSM-a nakon oštre kritike javnosti već senzibilizirane za prava homoseksualnih osoba. Činjenica jest da kada je riječ o kontroverznoj dijagnozi članstvo APA-e može u konsenzusnim grupama glasovati je li nešto mentalna bolest ili nije, upućuje na to kako je ovakav model bolesti fleksibilan i dozvoljava medicinskim i političkim autoritetima da ad hoc definiraju što bi se trebalo ili ne smatrati bolešću – i to na način da se nepoželjnim

2 APA – American Psychiatric Association

ponašanjima pripisuju dijagnostičke etikete (Szasz, 2010: 290). Iako se navedeni primjeri danas navode kao omaške iz prošlosti jedne znanosti, oni dosta realno ilustriraju procese koji se odvijaju i u sadašnjosti. Budući da su psihijatri u kategoriju ludila smještali mnoge oblike društveno nepoželjnih ponašanja prema potrebama trenutnih društvenih okolnosti, potrebno je ispitati što se skriva iza koncepta ludila u današnjim društvenim uvjetima kada ludilo nazivamo psihičkim poremećajima koje interpretiramo u strogo biomedicinskim i organskim terminima, a definiranje tih poremećaja se odvija u istoj institucionalnoj organizaciji APA-e i njezinim radnim skupinama te konsenzusnim grupama.

Biomedicinski model psihičkih poremećaja

Iako postoje smjerovi u psihijatriji koji ističu važnost psihosocijalnih modela zdravlja, onaj model koji je dominantan i na temelju kojega se razvijaju terapijske metode i za koji je razvijena cijela farmaceutska industrija je biomedicinski model (nekad nazivan i bio-bio-bio model). Taj model pretpostavlja konceptualiziranje psihičkih poremećaja u biološkim terminima, odnosno kao poremećaje kemijske ravnoteže mozga (razina serotonina, dopamina, itd.) koji nastaju primarno zbog genetičkih vulnerabilnosti koje mogu eventualno biti potencirane određenim socijalnim pritiscima, no smatra se da je njihov uzrok dominantno biološki. Čak i one multifaktorske teorije uzroka bolesti i poremećaja koje uzimaju u obzir i genetičke i okolišne čimbenike suptilno daju primat genetskim uzrocima, a dodjeljivanje centralne kauzalne uloge genima taktički i neopravdano transformira bolesti uzrokovane širokim spletom faktora u “genetičke bolesti” (Wehling, 2011: 232) i ignorira društvenu uvjetovanost tih “poremećaja”. U DSM-u je ova ideja izražena na sljedeći način: “Što god da je prvobitni uzrok, on mora biti smatran manifestacijom psihološke, biološke ili disfunkcije u ponašanju pojedinca” (Američka psihijatrijska udruga, 1996).

Ovakvo ograničavanje psihičkih poremećaja na uvjete koji su disfunkcije osobe i isključivanje uvjeta koji su odgovarajući odgovori na socijalne stresore dovodi do interpretiranja očekivanih odgovora na okolinu kao znaka poremećaja zajedno sa simptomima koji su individualne disfunkcije (Horwitz, 2007: 214). Trenutna metoda psihijatrijskog dijagnosticiranja ne omogućuje distinkciju između ta dva procesa.

Shodno ovakvoj definiciji bolesti, kao predominantan pristup u liječenju psihičkih poremećaja pojavljuje se psihofarmakologija. Psihofarmakologija je grana biološke psihologije koja se usredotočuje na manipulaciju neuralne aktivnosti i ponašanja korištenjem psihoaktivnih tvari (Pinnel, 2001:10). Ovakvom terapijom nastoji se vratiti kemijski sastav mozga u ravnotežu pomoću određenih lijekova koji odgovaraju dijagnozi. Nije riječ o lijekovima kojima je cilj ukloniti uzrok (biološke predispozicije), riječ je o simptomatskim lijekovima koji ublažavaju tegobe koje nastaju životom u određenoj sociokulturnoj okolini. Naravno, ljudi čija ponašanja i emocionalna stanja na bilo koji način odstupaju od norme društvene poželjnosti proživljavaju situacije koje imaju utjecaj na njihov organski mozak i razinu serotonina, no to ne znači da se njihovi problemi mogu riješiti uzimanjem lijekova. Szasz (2010) zanimljivo ilustrira navedeni argument: "Činjenica da se atomska energija koristi u ratovima ne čini internacionalne sukobe problemima fizike; na isti način, činjenica da mozak ima ulogu u ljudskom ponašanju, ne čini moralne i osobne sukobe problemima medicine" (Szasz, 2010: 26).

Primjeri dijagnoza poput socijalne anksioznosti, depresije, poremećaja spavanja i poremećaja jedenja su stanja koja teško odvajamo od kulturnih normi i društvenih okolnosti te iako određeni psihijatri kombiniraju psihosocijalne terapije s farmakoterapijom naglasak i dalje stoji na biološkom uzroku i liječenju. No i kada bi se navedene dijagnoze liječile samo psihosocijalnom terapijom to i dalje ne bi značilo da su one esencijalno medicinski problemi.

Ono što je dodatno problematično s ovim modelom je to što, iako se smatra da su psihički poremećaji biološki uzrokovani, dijagnosticiranje se ne utvrđuje biološkim testovima i uočavanjem neuroloških neregularnosti već opservacijom ponašanja za koje se smatra da je indikator poremećaja u mozgu. Također je problematično i zato što bi, ako se smatra da je određeni psihički poremećaj (npr. bipolarni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, depresija, itd.) rezultat kemijske neuravnoteženosti i ta se neuravnoteženost pokušava "uravnotežiti" lijekovima, bilo logično za pretpostaviti da će psihijatar prije nego li pripiše lijek napraviti niz bioloških testova. No, takvo dijagnosticiranje se u stvarnosti ne događa, već se dijagnosticiranje obavlja pomoću tzv. *check list* sistema gdje se niz simptoma koje pacijent izrazi uspoređuje s popisom simptoma za određeni poremećaj iz DSM-a. Dakle navedeno upućuje na to da se normalnost odnosi na psihijatrovu procjenu pacijentovog

zadovoljenja kriterija iz službenog priručnika. Poremećaji koji se mogu naći u DSM-u dijagnosticiraju se prema ključu normalno-abnormalno. Stoga dolazimo do zaključka da je problem definiranja psihičkog zdravlja zapravo problem definiranja normalnog ponašanja u određenom društvu, što je u suštini sociološko pitanje.

Ovo je izuzetno relevantna stvar za naglasiti, posebice ako je, kako neki autori navode, “percepcija gubitka razuma utemeljena na kulturnom stereotipu koji nameće društvo” (Goffman, 2011: 14). U tom slučaju, postavljanje normi i evaluaciju pacijenata od strane psihijatrijske struke u neku ruku treba sagledati u kontekstu moći i nadzora populacije, odnosno određivanja koje će vrste ponašanja biti okarakterizirane kao normalne i prihvatljive u društvu makar su ta ponašanja medicinskom terminologijom maskirana u biološke entitete i procese.

Norma, normalno i nenormalno

Općenito, biomoć, u svojim nastojanjima da administrira život populacije, impostira određeni sustav regulacija i precizne inspekcije, a jedna je od posljedica toga rastuća važnost djelovanja normi (Ewald, 1990: 138). Stoga, kada dođemo do ispoljavanja moći nad populacijom putem DSM-a koji ima “praktičnu vrijednost normativnog priručnika” (Američka psihijatrijska udruga, 1996), potrebno je ispitati prirodu psihijatrijskog normiranja.

Premda sva društva imaju svoje “terapeutske sustave koji postoje s ciljem da ublaže patnju i ti sustavi nemaju iste definicije bolesti i slične eksplanatorne modele o uzrocima određenih nelagodnosti, činjenica je da sva društva prepoznaju neka ponašanja i djelovanja koja su devijantna, neprihvatljiva ili prijeteća, te imaju koncepte normalnosti i abnormalnosti. Upravo je priroda te ‘normalnosti’ koja je kontekstualno i kulturalno specifična” (Parle, 2003:118). Navedeno proizlazi iz toga što oko svake norme uvijek stoje određene organizirane prakse i znanja. Norma je “mjera i sredstvo produciranja zajedničkog standarda te umijeće prosuđivanja nesumnjivo povezano s moći i okarakterizirana je implicitnom logikom koja dozvoljava moći da se reflektira spram svojih strategija i jasno definira svoje objekte” (Ewald, 1990:139). Iako je u prošlosti norma bila sinonim za pravilo, danas se odnosi na varijetet pravila i na standardnu mjeru koja nam omogućuje da razlučimo ono što je u komformitetu s pravilom od onoga što nije; norma se odnosi na

poigravanje opozicija između normalnog i abnormalnog ili patološkog (Ewald, 1990:140). Dakle iz same definicije norme proizlazi arbitrarnost, ambigvitet i manevriranje s njezinim granicama; isto vrijedi i za normu psihičkog zdravlja.

Svaka znanost ima svoj temeljni pojam koji nastoji definirati pa je tako temeljni pojmovni par psihijatrije normalno i abnormalno, a njezin glavni problem je odrediti granicu koja ih razdvaja. Psihijatri su se pokazali veoma malo zabrinuti za sustavno definiranje svojih ključnih pojmova ostavljajući problem ove dihotomije kao nerazrješivu činjenicu (Devereux, 1992: 25). Upravo ova nerazrješiva činjenica ostavlja mnogo prostora za manevriranje i kategorizaciju određenih nepoželjnih ponašanja kao ludih i abnormalnih i u cilju demonstriranja kako su granice normalnosti relevantna sociološka kategorija neki autori, koji imaju na umu načine na koje se psihijatrijske dijagnoze pripisuju, toliko odlaze u krajnost da kažu kako “dijagnoza duševne bolesti ne govori ništa o osobi, već je etiketa kojom društvo označuje devijaciju s kojom se ne može nositi” (Scheff, 1996). Međutim stav da dijagnoza ne govori ništa o osobi je možda odviše oštar jer simptomi koje pacijenti proživljavaju jesu itekako stvarni iako su možda pripisani krivim uzrocima i liječe se neadekvatnom terapijom. Potonje bi značilo samo da se psihijatri bave moralnim problemima koji se ne mogu reducirati na puke poremećaje ravnoteže u moždanim kemikalijama koji se mogu riješiti medicinskim sredstvima i da je riječ o društvenim pojavama koje se zamagljuje znanstveno-medicinskim diskursom. Može se reći da, nakon što locira parametre normalnosti i abnormalnosti, dijagnoza demarkira profesionalne i institucionalne granice liječničkih sustava i socijalne kontrole te ovlašćuje medicinu da etiketira i zbrinjava ljude u ime šireg društva (Brown, 1995: 39). Iz tog razloga potrebno je ispitati širi kontekst ovog fenomena i ako imamo na umu da je norma, općenito, pa tako i norma psihičkog zdravlja, način na koji si određena grupa pruža zajednički nazivnik u skladu s rigoroznim načelom samoreferentnosti, bez pribjegavanja ikakvoj eksternalnoj točki (Ewald, 1990: 154) i da se psihijatrija u dijagnosticanju psihičkih poremećaja ne oslanja na objektivne biološke testove postaje evidentno da se određeni pojedinci na temelju nekih obilježja isključuju iz kategorije “normalnog”. Ono čemu svjedočimo je širenje polja nenormalnog koje razumijemo u terminima medicinskih dijagnoza, a takvo stanje gdje se nemedicinski fenomeni interpretiraju kao medicinski karakteristika je medikalizacije društva.

Medikalizacija društva i širenje koncepta psihičkog poremećaja

Biologizacija psihijatrije, odnosno psihijatrizacija društvenih zbivanja i međuljudskih odnosa znači pretvaranje društvenih i osobnih teškoća u medicinske probleme (Gajski, 2009: 408). Ovaj fenomen naziva se medikalizacija i njezin je značaj u tome da fokusira neprijemrenu pažnju na farmakološka i individualizirana rješenja, prikriva ostala moguća objašnjenja zdravstvenih teškoća i odvraća od istraživanja stvarnih uzroka. Brišu se granice mentalnog zdravlja i poremećaja i medikaliziraju se svakidašnje, prolazne i podnošljive psihoemocionalne smetnje (Gajski, 2009: 408). Medikalizacija opisuje proces prema kojemu nemedicinski problemi postaju definirani i tretirani kao medicinski problemi, uglavnom u terminima bolesti i poremećaja. Sastoji se od definiranja problema u medicinskim terminima, korištenja medicinskog jezika u opisu problema, prihvaćanja medicinskog okvira za razumijevanje problema ili korištenja medicinske intervencije za njegovo tretiranje (Conrad, 1992: 209–11). Sve ove navedene odrednice mogu se prepoznati u vrstama ponašanja i emocionalnih doživljaja koji su opisani u DSM-u. Medikalizacija dovodi u pitanje medicinsku moralnu neutralnost i omogućuje depolitizaciju ponašanja, individualizaciju socijalnih problema i dislociranje odgovornosti (Conrad, 1992: 223). Slučaj uvođenja poremećaja socijalne anksioznosti (socijalne fobije) u popis psihijatrijskih dijagnoza dosta dobro pokazuje medikaliziranje sramežljivosti kao jedne osobne i socijalne poteškoće te upućuje na nejasnost granica između normalnog i patološkog. Kada govori o ambigvitetu bioznanstvenih tvrdnji Wehling (2011:230–231) se pita trebamo li sramežljivost općenito shvatiti kao biološko i nasljedno stanje koje proizlazi iz kemijske neuravnoteženosti u mozgu pojedinca te se kao takvo teško razlikuje od psihičkog poremećaja socijalne anksioznosti koji je poželjno liječiti antidepresivima ili je sramežljivost primarno *socijalna* uloga i identitet koji proizlazi iz socijalnih interakcija. Činjenica jest da je sramežljivost na kontinuumu; neki ljudi su više sramežljivi, drugi manje, no jasna granica ne postoji. Stoga je Wehlingu upitno otkrivaju li biomedicinska istraživanja istinu o sramežljivosti ili su ona dio šire dinamike upravljane od strane ekonomskog interesa farmaceutskih kompanija s ciljem medikaliziranja široko rasprostranjenog i normalnog obrasca ljudskog ponašanja kao straha od govorenja u javnosti. Kada se antidepresiv

Aurorix promovirao u Australiji 1997. godine kompanija *Roche* je u kampanjama navodila kako više milijuna Australaca pati od nedijagnosticirane socijalne fobije. Marketing se koristio citatima kliničkih psihologa koji naglašavaju ulogu antidepresiva u terapiji i cijela medijska priča je izgledala kao dio šireg utjecaja na promjenu koncepcije sramežljivosti iz osobne poteškoće u psihički poremećaj (Moynihan et al, 2002). Postavlja se pitanje je li i do koje mjere je prigodno redefinirati sramežljivost u biološkim i medicinskim terminima i na taj način prešutno afirmirati (i naturalizirati) kulturne norme asertivnosti i samoizražavanja koje su postale dominirajuće u društvima pod utjecajem neoliberalne doktrine nakon 1970-ih (Wehling, 2011: 231; McDaniel, 2003). U našoj kulturi se danas problemi s ponašanjima, vezama, vjerovanjima i seksualnostima više ne interpretiraju pretežito kao religiozni, spiritualni ili moralni problemi. Interpretiraju se kao tehnički problemi koji su otvoreni za ispitivanje, klasifikaciju, analizu i intervenciju od strane primjereno uvježbanih stručnjaka (Bracken i Thomas, 2010: 227). Iz tog razloga Conrad (1992: 213) dijeli takve probleme na ponašanja koja su smatrana devijantima u određenom društvu i tzv. “processe prirodnog života”. Primjeri za takva “devijantna” ponašanja su: ludilo, alkoholizam, homoseksualnost, ovisnosti o opijatima, hiperaktivnost i poteškoće u učenju kod djece, problemi s prehranom od pretilosti do anoreksije, maltretiranje djece, kompulzivno kockanje, neplodnost, transeksualnost i drugo, a za “processe prirodnog života” su to: seksualnost, rođenje, razvoj djeteta, PMS, menopauza, starenje i smrt (Conrad, 1992: 213). Iako je medikalizacija fenomen koji se javlja zbog šireg raspona uzroka poput slabljenja religije, rastuće vjere u znanost, racionalnost i progres, povećanja prestiža i moći medicinske profesije te sklonosti za individualno i tehničko rješavanje problema (Conrad, 1992: 213) činjenica je da su u neoliberalnim društvima gdje su tržište i zdravlje snažno povezani farmaceutske kompanije danas postale vodeći akteri medikalizacije (Conrad, 2004:5).

Farmaceutska industrija i tržište lijekova

Dominantna ideologija i socijalni obrasci u medicinskoj brizi intimno su povezani s hegemonijskim ideologijama i obrascima izvan biomedicine (Baer, Singer i Susser:1997: 26). S obzirom na to modernu biomedicinu treba promatrati u kontekstu neoliberalnog kapitalističkog sustava. U takvom sustavu zdravlje se poima kao roba podložna tržišnim načelima i prešutno se podrazumijeva da

ne postoje zdravstvene politike koje nisu dio proračuna lokalnih i globalnih direktiva s isključivim ciljem umnažanja profita (Špoljar-Vržina, 2008:1000). Orijentacija na zaradu uzrokovala je da se biomedicina razvije u kapitalno intenzivno nastojanje snažno usmjereno prema visokoj tehnologiji, masivnoj uporabi lijekova i koncentraciji usluga u medicinskim kompleksima (Baer, Singer i Susser:1997: 26). Imajući u vidu da je farmakoterapija dominantna metoda za liječenje psihičkih poremećaja potrebno je usmjeriti pažnju na tržište lijekova u neoliberalnom kapitalizmu i njegovu povezanost s kategorijama psihičkih poremećaja. Moynihan i ostali (2002) govore o korporativnoj konstrukciji bolesti kada tvrde da su farmaceutske tvrtke aktivno uključene u sponzoriranje definiranja bolesti te promoviranja tih bolesti doktorima i pacijentima/potrošačima. U suvremenim se društvima događa da pod snažnim utjecajem političke filozofije neoliberalizma vlade u mnogim razvijenim zemljama, unatrag dva-tri desetljeća, provode "reformske zahvate" u sustavu zdravstvene zaštite; slabljenjem države blagostanja reorganizira se sustav distribucije lijekova čime sve veći broj lijekova dolazi u slobodnu prodaju (Staničić i Loparić, 2008:190). Riječ je o deregulaciji tržišta lijekova, a ona je "izraz snažnih pritisaka moćnih farmaceutskih korporacija koje svojim 'proizvodima' žele 'pojednostavniti' prodaju i stvoriti pogodne uvjete neograničena tržišnoga natjecanja. Konkretno, reorganizacijom distribucije lijekova žele se postići dva krajnje prozaična i pragmatična cilja: prvo, smanjiti troškove zdravstvenog osiguranja (prebacivanjem najvećeg dijela troškova na bolesnika) i drugo, farmaceutskim tvrtkama izgraditi institucionalno i zakonsko okruženje koje će im omogućiti ostvarenje maksimalnog profita." (Staničić i Loparić, 2008: 191-192). Pretpostavlja se da je globalno farmaceutsko tržište godišnje vrijedno više stotina milijardi USD; za 2006. godinu se navodi ukupna prodaja od 643 milijarde dolara, a farmaceutske kompanije na hrvatskom tržištu do prije nekoliko godina zarađivale su oko 3.2 milijarde kuna na godinu i prodaja njihovih proizvoda rasla je godišnje čak 20-30% (Gajski, 2009: 312). 1999. godine farmaceutska industrija bila je najprofitabilnija industrija u SAD-u; s povratkom prihoda od 18.6% ona je najbrže rastuća komponenta sustava zdravstvene zaštite (Conrad, 2004). Veliku ulogu na tržištu lijekova imaju upravo lijekovi za psihičke poremećaje zahvaljujući njihovom obuhvaćanju većeg dijela ljudskog emocionalnog i društvenog života stoga je zanimljivo uočiti kako se unatoč razvitku farmaceutske industrije broj psihičkih

poremećaja nije smanjio već je sve veći i veći (Whitaker, 2010: 5). Uz porast dijagnoza vidljivi su i trendovi porasta prodaje lijekova, pa tako se u Velikoj Britaniji broj recepata za antidepresive tijekom 90-ih godina s 9 milijuna popeo na 21 milijun, a u SAD-u se u pet godina na prijelazu u ovo stoljeće potrošnja te grupe lijekova udvostručila (Gajski, 2009: 19). Nakon kardiovaskularnih lijekova i antibiotika, za hrvatsko zdravstvo najskuplji su psihofarmaci koji čine velik i vrlo propulzivan dio farmaceutske industrije, a antipsihotici se penju na vrh ljestvice najprodavanijih, npr. olanzapin mjesečno stoji 400–600 kn što je višestruko više od ekvivalentnih starijih preparata (Gajski, 2009: 20–22). Farmaceutska industrija ima dugačku povijest marketinga lijekova na recept izravno doktorima poštom, oglasima u medicinskim časopisima, darivanjem, subvencijama za putovanja i sponzoriranjem događaja i manifestacija, no u zadnje vrijeme ova industrija je značajno povećala ulaganja u izravno ciljanje na potrošače (Conrad, 2004: 161; Wanzana 2000). Individualistička orijentacija kapitalizma i prebacivanje odgovornosti na potrošače deregulacijom tržišta omogućili su stvaranje tzv. DTC (*direct-to-consumer*) oglašavanja koji ide ruku pod ruku s fenomenom samodijagnosticiranja poremećaja, tj. stvaranje mogućnosti da pacijenti putem raznih letaka, časopisa i interneta sami sebi utvrđuju dijagnoze i samostalno traže lijekove za njih. Jedan aspekt DTC oglašavanja jest njegov utjecaj na širenje medikalizacije ljudskih problema. Tako zvane “edukacijske kampanje za potrošače” se koriste kako bi se uveli novi proizvodi, doveli novi ljudi na tržište na način da se stvara do sada neprepoznata potražnja za proizvodom. DTC oglašavanje može oblikovati način na koji javnost konceptualizira probleme te može povećati potražnju medicinskih solucija za te probleme kod potrošača (Conrad, 2004: 162). Primjerice farmaceutski div *Eli Lilly* je prije obuhvaćanju većeg dijela za antidepresiv *Sarafem* pomogao da se predmenstrualni disforični poremećaj (PMDD) prepozna kao distinktivno stanje bolesti te razvio DTC kampanju s dijagnostičkim okvirom za samodijagnosticiranje, kampanju u kojoj su sudjelovali klinički psihijatri koji su ujedno i sudjelovali u radnoj grupi DSM-a pri sastavljanju ovog novog poremećaja (Ebeling, 2011: 827). Ovaj primjer, osim što pokazuje medikalizaciju “procesa prirodnog života” te pretvaranje pacijenata u konzumente, pokazuje i tržišnu dimenziju samoga lijeka. Naime *Sarafem*, lijek za PMDD, kemijski je identičan *Prozacu*, prijašnjem lijeku za depresiju razvijenim od strane iste kompanije. Jedino u čemu se ova dva lijeka razlikuju je

“brandiranje” i za koje stanje se pripisuju. Oba lijeka odobrila je FDA³ kao tretmane za depresiju ili predmenstrualne simptome (Ebeling, 2011: 827). Riječ je o tome da kada jednom lijeku isteknu patentna prava prvom proizvođaču (što se dogodilo s *Prozacom*) lijek mogu proizvoditi i prodavati druge kompanije po nižim cijenama (takvi se lijekovi nazivaju generički lijekovi), a interes je velikih proizvođača da na tržište stavljaju uvijek nove originalne preparate i da patente zadržavaju što dulje (Gajski, 2009: 22). Zanimljiv je i primjer *Paxilla*, također lijeka za depresiju, za koji su proizvođači tražili odobrenje od FDA-a za uporabu na cijelom tzv. “tržištu anksioznosti”, odnosno skupu poremećaja poput paničnog, opsesivno-kompulzivnog poremećaja, poremećaja socijalne anksioznosti i generaliziranog poremećaja anksioznosti. Primjena ovog lijeka na zadnja dva poremećaja je doprinijela medikalizaciji emocija i širenju medicinske jurisdikcije (Conrad, 2004: 163).

Na taj su način ove farmaceutske kompanije medikalizacijom ostvarile umnažanje kapitala “rebrandiranjem” lijeka, suradnjom sa strukom i marketingom usmjerenim na same potrošače.

U ovakvom sustavu lijekovi postaju roba koja se poput bilo koje druge robe može slobodno kupiti/prodati na tržištu (Staničić i Loparić, 2008: 191), a jedna od posljedica je da “iako bolesniku više nitko i ništa (osim, dakako, novca) ne stoji na putu do lijeka, lijek je pustošno prepušten tržištu koje je, u međuvremenu, s njega “oljuštilo” sve njegove socijalne “naslage”, ne uspijeva postići potpuni terapijski učinak” (Staničić i Loparić, 2008: 191).

Osim što je ovim modelom terapije za ovaj model poremećaja u potpunosti izostavljena društvena i kulturna dimenzija, ovi lijekovi često imaju i negativne učinke na ljudski organizam.

Psihofarmaci, recimo, imaju brojne popratne neželjene učinke na živčani sustav, a *Metilfenidat*, lijek koji se i danas propisuje za poremećaj pozornosti s hiperaktivnošću (ADHD), bio je u SAD-u između 1990-ih i 2000-ih godina uzrokom smrti za najmanje 186 djece. Antidepresivi iz skupine SSRI⁴ u zadnje su vrijeme na udaru kritičara koji upozoravaju na oštećenja mozga i hipofize, utjecaj na emotivni život, agresivnost i porast samoubojstava u vezi s nekim od tih preparata (Gajski, 2009: 26).

3 FDA – *Food and Drug Administration*

4 SSRI – *Selective serotonin re-uptake inhibitors*

Neoliberalna doktrina pretpostavlja deregulaciju tržišta i primat ekonomske sfere nad ekološkom, socijalnom, psihološkom i ostalim sferama. Vladanje državama koje instaliraju ovakvo političko-ekonomsko uređenje podrazumijeva reguliranje bioloških i socijalnih sastavnica njihovih populacija putem uspostavljenih normi kao mjerila za poželjno djelovanje i putem institucija koje te norme provode. Psihičko zdravlje je norma, ono znači normalno funkcioniranje individua i grupa unutar socijalnih okvira te je kroz povijest psihijatrije uvijek značilo granicu koja razdvaja prihvatljive oblike ponašanja od neprihvatljivih, ali je ta granica inherentno arbitrarna. Ludilom se oduvijek smatralo ono što je bilo u suprotnosti s dominantnim formalnim i neformalnim vrijednostima te normama pojedinog društva. Moderna zapadna društva ludilo interpretiraju u terminima biomedicinskog modela bolesti i ophode se prema njemu u znanstveno-tehnološkim terminima, no kada ga "ogolimo" ono je u pozadini uvijek ona socijalna forma koju grupe s monopolom na znanje smatraju nepoželjnom i neprihvatljivom. Ovakav diskurs ludila dvojako pripomaže perpetuiranju neoliberalnog kapitalizma. Na jednoj razini on omogućuje otvaranje tržišta za veliki broj ponašanja koja smatramo nenormalnima i na taj način dozvoljava farmaceutskim kompanijama akumulaciju kapitala koja je glavna odrednica ovakvog poretka. No postoji i druga razina na kojoj on djeluje latentno kao modus kontrole nepoželjnih ponašanja putem definiranja normi i kriterija za pojedini psihički poremećaj kojih je sve više. Biomedicinski model ludila maskira stvarne (velikim djelom socijalne) uzroke problematičnih ponašanja medikaliziranjem napetosti koje nastaju u samome sustavu i njegovih posljedica na ljude te farmakoterapijom često stvara dodatne poteškoće koje su razorne za organizam. Medikalizacija dovodi u pitanje medicinsku moralnu neutralnost i omogućuje depolitizaciju ponašanja, individualizaciju socijalnih problema i dislociranje odgovornosti, a pripisivanje lijekova za rješavanje društvenih problema smanjuje ulogu socijalne potpore u situacijama nevolje i žalosti te razara socijalno tkivo društava. Imajući sve navedeno na umu dolazimo do zaključka da je biomedicinski model mentalne bolesti samo nastavak diskursa o ludilu kao opoziciji razumu koji nastaje u doba klasicizma te da se ludilo transformira zajedno s ukupnim društvenim uvjetima što u modernom kapitalističkom društvu rezultira svojevrsnim amalgamom biopolitike, znanstvenog znanja, društvene kontrole i tržišnih

načela. Potrebno je zamijeniti biomedicinski model nekim sveobuhvatnijim s većim naglaskom na čovjeka, modelom koji otkriva prave uzroke psiholoških poteškoća pojedinaca u konfuznom neoliberalnom svijetu, i potrebno je ukloniti ekonomsku logiku iz kategorije psihičkog zdravlja te eliminirati ludilo s tržišta dok zbog tržišnog ludila i njegovog širenja definicije psihičke bolesti svi ne dobijemo dijagnozu psihičkog poremećaja.

LITERATURA

- Američka psihijatrijska udruga (1996.) Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-IVtm : međunarodna verzija s MKB-10 šiframa. Jasterbarsko: Naklada Slap.
- Baer, H. i Singer, M., Susser, I. (1997.) *Medical Anthropology and the World System: A Critical Perspective*. Westport - Connecticut-London: Bergin & Garvey.
- Bracken, P. i Thomas, P. (2010.) "From Szasz to Foucault. On the Role of Critical Psychiatry". *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 17 (3): 219–228.
- Brown. P. (1995.) "Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness". *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue: Forty Years of Medical Sociology: The State of the Art and Directions for the Future, 35: 34–52.
- Conrad, P. (1992.) "Medicalization and Social Control". *Annual Review of Sociology*. 18: 209–232.
- Conrad, P. i Schneider, J. (1980.) *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby.
- Conrad, P. (2004.) "Medicalization, Markets and Consumers". *Journal of Health and Social Behavior*, 45, Extra Issue: *Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics*, 158–176.
- Devereux, G. (1992.) *Ogledi iz opće etnopsihijatrije*. Zagreb: IK Naprijed.
- Ebeling, M. (2011.) "'Get with the Program!': Pharmaceutical marketing, symptom checklists and self-diagnosis". *Social Science and Medicine*, 73: 825–832.
- Ewald, F. (1990.) "Norms, Discipline and the Law". *Representations*. 30 (1): 38–161.
- Foucault, M. (1980.) *Istorija ludila u doba klasicizma*. Beograd: Biblioteka Sazvežđa.
- Gajski, L. (2009.) *Lijekovi ili priča o obmani: zašto raste potrošnja lijekova i kako je zaustaviti*. Zagreb: Pergamena.
- Goffman, E. (2011.) *Azili: eseji o društvenom položaju pacijenata bolnica za mentalno obolele i drugih uočenika*. Novi sad: Mediterranean Publishing.
- Herek, G. (2012.) "Facts About Homosexuality and Mental Health", URL: http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/facts_mental_health.html (24.1.2012.).
- Horwitz, A. V. (1991.) *The Logic of Social Control*. New York: Plenum .
- Horvitz, A. V. (2007.) "Transforming Normality into Pathology: The "DSM" and the Outcomes of Stressful Social Arrangements". *Journal of Health and Social Behavior*, 48 (3): 211–222.

- Larsen L. (2011.) "The Birth of Lifestyle Politics: The Biopolitical Management of Lifestyle Diseases". U: Brocking, U., Krassman, S., Lemke, T. (ur.) *Governmentality. Current Issues and Future Challenges*: Routledge, 201–224.
- Legg, S. (2006.) "Governmentality, Congestion and Calculation in Colonial Delhi". *Social & Cultural Geography*, 7(5): 709–729.
- Moynihan, R., Heath, I., Henry, D. (2002.) "Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering", URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122833/#ui-ncbiinpagenav-2> (27.1.2013.).
- Parle, J. (2003.) "Witchcraft or Madness? The Amandiki of Zululan", 1984–1914. *Journal of Southern African Studies*, 29 (1): 105–132.
- Pinnel, J. P (2001.) *Biološka psihologija*. Zagreb: Naklada Slap.
- Ritzer, G. (1997.) *Suvremena sociološkijska teorija*. Zagreb: Nakladni zavod Globus.
- Szasz, T. (2010.) *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper Perennial.
- Scheff, T. (1996.) *Being Mentally Ill: A Social Theory*. Chicago: Aldine.
- Staničić, Ž. i Loparić V. (2008.) "Liberalizacija tržišta lijekova: socijalne i zdravstvene implikacije". *Sociologija i prostor*, 46, 180 (2): 187–202.
- Špoljar-Vržina, S.M. (2008.) *Neoliberalno zdravlje, globalna bolest i štamparovska medicina*. Zagreb: Institut društvenih znanosti Ivo Pilar.
- Wehling, P. (2011.) "Biology, Citizenship and the Government of biomedicine. Exploring the Concept of Biological Citizenship". U: Brocking, U., Krassman, S., Lemke, T. (ur.) *Governmentality. Current Issues and Future Challenges*. Routledge, 225–246.
- Whitaker, R. (2010.) *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Crown Publishing Group.

MENTAL HEALTH ON THE MARKET: BIOPOWER, PSYCHIATRY AND THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY

ABSTRACT

This paper problematizes the biomedical model of mental disorders, pharmacotherapy and questions the role of psychiatry in spreading the definition of mental disorders in the context of the medicalization of society which is characterized by the treatment of non-medical as medical problems. The paper points to the dimensions of entanglement of mental health and the market in a neoliberal capitalist society with an idea that the pharmaceutical industry is an important agent in the medicalization of everyday life which enables a maximization of profit on a deregulated drug market. The relationship

between the normal and the abnormal, the social power and the background of psychiatric diagnoses are also dealt with. The exercise of the function of social control on behalf of psychiatry and the ways in which these processes are related to a market logic of neoliberalism are seen through the prism of a biopower concept.

KEY WORDS

biopower, pharmacotherapy, madness, medicalization, norm, psychiatry, social control