

Лада С. Маринковић<sup>1</sup>  
Висока школа струковних студија за  
образовање васпитача у Новом Саду  
Нови Сад (Србија)  
Душан С. Маринковић<sup>2</sup>  
Универзитет у Новом Саду  
Филозофски факултет  
Одсек за социологију  
Нови Сад (Србија)

УДК 330.142:613.86  
616.89-008:330.142  
364.62  
*Оригинални научни рад*  
Примљен 15/02/2019  
Измењен 22/03/2019  
Прихваћен 29/03/2019  
[doi: 10.5937/socpreg53-20600](https://doi.org/10.5937/socpreg53-20600)

## ДРУШТВЕНА ЦЕНА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Сажетак: У овом раду аутори се баве анализом менталног здравља као врстом друштвеног капитала који, као ресурс, има своју друштвену и економску цену. Предочени су значајни социолошки доприноси у проучавању менталног здравља, чиме је скренута пажња на легитимно социолошко бављење овом темом. Посебно је преиспитана политика менталног здравља која се развијала у домену биополитике новог биолошког поретка и профилисана је као „психополитика”, а без које се не може разумети савремени концепт бриге о менталном здрављу. Изнети су релевантни подаци о глобалној епидемиолошкој ситуацији, која упозорава да ментална болест више није ограничена на мање групе предиспонираних особа, већ представља главни проблем јавног здравља са значајним последицама по друштво у целини.

Кључне речи: ментално здравље, друштвени капитал, социологија, био(психо) политика, менталне болести.

### Увод

*Ментално здравље је за свакој уљимайивна зависна варијабла.*  
(Wheaton, 2001, str. 228)

Ментално здравље, као неодојиви део укупног човековог здравља, није могуће разумети без увида у чињеницу да је оно зависно од друштва у којем појединац живи. Питање стања и будућности менталног здравља постало је важно питање националних и светских организација које се баве оним друштвеним факторима који се доводе у везу са променама на плану здравља популације а најчешће су изражени кроз мерљиве податке о инциденци, епидемиологији, морталитету и друштвено-економским показатељима. Економски показатељи све више постају импулс за забринутост и активирање оних биополитичких механизма за које се претпоставља да ће водити ка позитивним ефектима на ментално здравље опште популације. У свакодневици економског дискурса, појам цене означава номиналну вредност робе или услуге. Иако између цене и вредности робе нема увек подударности (како тврди

<sup>1</sup> lada.marinkovic@gmail.com

<sup>2</sup> ladumza@gmail.com

теорија радне вредности), друга теорија (теорија маргиналне корисности) указује и на то да цену и вредност одређују субјективно вредновање, а не објективно утрошени фактори производње. Тако долази до ситуације у којој се мање вреднује роба које има у изобиљу од оне у којој се оскудева. Ако ово врло сажето одређење појма цене применимо на концепт менталног здравља, посматраног као производ индивидуалних (био-психо-социјалних) и шире културних фактора, то јест као: „... стање благостања у којем појединац реализује своје способности, може да се носи са нормалним стресовима живота, може продуктивно да ради и зарађује, и у стању је да доприноси заједници у којој живи” (WHO, 2001a), долазимо до тезе коју желимо да изложимо у овом раду. Она се односи на међусобну спрегу друштва и здравља појединца у коју друштво инвестира да би могло да „троши”, односно да конзумира, а појединац, конзумент друштвене свакодневице, постаје носилац одговорности за инвестиције у сопствено ментално здравље. У погледу вредности које ментално здравље појединца има за друштво, његова цена постаје све већа, с обзиром на то да тог ресурса има све мање, услед друштвених услова који су за појединца све захтевнији. Друштвена цена менталног здравља тако постаје важна вредност, док се трошкови одржавања стања менталног здравља преносе на самог појединца као актера укљученог у (био)психологију.

У првом делу рада представљени су важни истраживачки доприноси социологије у области проучавања менталног здравља, с посебном напоменом да социологија полаже једнако право, поред медицине и психологије, на бављење овом темом. Такође, ту је ментално здравље дефинисано као ресурс, односно као важан друштвени капитал. Поред тога, преиспитана је политика менталног здравља која се развијала у домену биополитике, а последњих је деценија профилисана као *психологија*. Иако је овим делом рада отворен простор за много шире критичко преиспитивање односа менталног здравља и био(психо)политике, наша је намера била да скренемо пажњу на то да се савремена истраживања менталног здравља не могу издвојити из те опште политике медијализације. У другом делу рада понуђена је анализа цене терета менталног здравља која је поткрепљена актуелним моделима његовог израчунавања и подацима који указују на предвиђања о заступљености менталних болести у општој популацији.

### Социологија и ментално здравље:

#### у класичним темељима, али изван главних токова

Као научна дисциплина, социологија се може похвалити дугом историјом интересовања за проблеме менталног здравља. Та је заинтересованост, с правом се може рећи, уграђена у њене класичне темеље. Емил Диркем (Émile Durkheim) томе је дао најзначајнији печат, али и Зимелова (Georg Simmel) истраживања, као и ванконтиненталне струје, засниване на другачијим социолошким традицијама, пре свега у Чикашкој школи која се данас такође може сматрати класичним социолошким наслеђем (Abbott, 1999), дају социологији пун теоријски и методолошки легитимитет за бављење овом темом. „С тога не треба да чуди да још од првих дана дисциплине многи социолози имају нешто да кажу о овој теми” (Scull, 2014, str. xxviii). Ипак, у односу на већину осталих дисциплина, социологија менталног

здравља не припада главном истраживачком току. У великој мери она незаслужено припада маргинама великих социолошких истраживања. Јасно је да питање менталног здравља више није никакво повлашћено подручје медицине или психологије због њихових конкретних превентивних или терапијских пракси (које социологији у овом случају недостају), или због методолошке биоманије као доминирајућег „имплицитног уверења да ћемо, ако довољно проучимо биологију и генетику, објаснити већину одступања у већини понашања” (Wheaton, 2001, стр. 222). То је пре свега једно гранично подручје где се сусрећу многе истраживачке традиције и научне дисциплине.

Историјски гледано, социологија није била мање виђена од психологије, криминологије или медицине, као део великог пројекта *друштвене медицине* (Foucault, 2001), а једна од њених улога и јесте била реконструктивна у домену *друштвене хигијене*. У том смислу „као социолози, истрајмо у тврдњи да социологија има кључну улогу у разумевању процеса менталног здравља. Питање је само јесу ли људи довољно слушали?” (Wheaton, 2001, стр. 221). Иако социологија и социолози, по правилу, имају вишеструке друштвене улоге, „с друге стране наше двојне улоге, ми смо одговорни за стварање менталног здравља као битног концепта у другим подручјима наше дисциплине – од рода до породице, рада, стратификације, друштвених промена...” (Wheaton, 2001, стр. 227; Pearlin, 1989, стр. 241). Одговорност социологије у истраживању менталног здравља, још од класичних Диркемових хипотеза, јесте да „укаже на улогу друштвене узрочности у менталном здрављу, као део шире традиције која се бави утврђивањем повезаности између друштвене структуре и појединца” (Wheaton, 2001, стр. 227). Међутим, социологија се никада не би бавила појединачним проблемима менталног здравља да није још у раној *моралној ситијисцији* деветнаестог века увидела чврсту корелативност друштвеног и психичког живота; неспорно чврсту повезаност између начина на који друштвене структуре обликују животе мноштва људи. Но, социологија менталног здравља никада није могла јасно и прецизно да идентификује структуралне факторе који би по каузалном моделу, нужно и једносмерно, деловали на појединце. Још увек мало знамо о „специфичним механизмима преко којих друштвени фактори утичу на појаву душевних болести” (Goldstein, 1979, стр. 391). Па ипак, чврсте корелативности су сасвим легитимни научни налази. Уколико постоји неко значајно социолошко откриће, поред открића самог *друштва* као чињенице, онда је то *друштвени капитал* као и његова неспорна повезаност са појединачним и колективним животима. У том смислу, социологија открива противречни и двоструки карактер друштвене структуре: с једне стране, у њој су похрањени интегративни потенцијали који могу да обезбеде солидарност као основу друштвеног капитала која позитивно делује на здравље и живот појединаца, док с друге стране, она делује као дезинтегративни, *сиресојени* (Pearlin, 1989, стр. 242; Aneshensel, 2015, стр. 171) и „патогени” чинилац. Прву употребу појма друштвени капитал (*social capital*) дугујемо Џејн Џејкобс (Jane Jacobs):

Да би самоуправа у суседству функционисала – сваки прираштај становништва мора обухватити људе који ће јачати мрежу са околним окружењем. Овакве мреже представљају незамењив друштвени капитал. У ситуацији кад је тај капитал изгубљен, из било ког разлога, добит коју је он обезбеђивао такође нестаје у неповрат, све док се нови капитал неком срећном случајношћу поново не оствари (Jacobs, 2011 стр. 155).

Но и пре него што је Џејн Џејкобс 1961. године у свом чувеном делу *Смрти и живој великих америчких градова* први пут употребила појам друштвеног капитала, а прославио га Роберт Патнам (Putnam, 2008), многа друга, пре свега урбаносоциолошка истраживања била су на истом овом трагу, иако нису користила тај појам. У класичном социолошком наслеђу, рану заинтересованост за проблеме менталног здравља треба приметити у Зимеловим истраживањима метрополитанског начина живота. У овој пионерској студији менталног здравља Зимел на тенисовској традицији разликовања заједнице и (грађанског) друштва примећује:

Психолошка основа метрополитанског типа индивидуалности састоји се у *индивидуализацији нервне стимулације*, што је резултат брзих и непрекидних промена спољашњих и унутрашњих стимулуса. Човек је биће сталне промене... Са сваким преласком улице, с темпом и разноликошћу економског, професионалног и друштвеног живота, веллеград намеће дубоку супротност малом граду и сеоском животу у погледу основа психичког живота (Simmel, 2008, str. 281).

С друге стране Атлантика, релативно самосталан и аутентични развој америчке социолошке традиције, пре свега у оквирима Чикашке школе, заснивао се, у почетку, на прекупацији емпиријским истраживањима из области социјалне патологије – друге стране „новчића” менталног здравља. Била су то она класична истраживања још увек под снажним утицајима Паркове и Берцесове (Burgess) еколошке концепције града, који није само еколошка чињеница (грађене средине) већ и „стање духа”. Управо то омогућава да се успоставе корелације између друштва и унутрашњег живота, у дијалектичкој испреплетаности човекових психичких процеса и друштвеног окружења. Оно што се може наслутити као веза друштвеног капитала и менталног здравља већ је овде постављена, и то као низ емпиријских налаза. У златном раздобљу Чикашке школе настају незаобилазне студије: „Културни конфликт и маргинални човек” (Park, [1937] 2012), „Проблем маргиналног појединца” (Stonequist, [1935] 2012), „Неприлагођена девојка” (Thomas, [1923] 2012), „Урбанизам као начин живота” (Wirth, [1938] 2012), „Друштвене промене и незадовољство статусом” (Hughes, [1949] 2012). Ови рани радови прокрчили су пут наредној генерацији чија ће емпиријска истраживања у области менталног здравља и менталних поремећаја представљати полазну тачку свих каснијих савремених истраживачких пракси. Сада већ чувено и незаобилазно истраживање у овој области, Ферисово и Данамово дело *Ментални поремећаји у урбаним подручјима* (Faris, Dunham, 1939) на узорку од 34.864 случаја, четири државне болнице и осам приватних санаторијума у Чикагу у периоду од 1922. до 1934. године представља истраживачку парадигму мапирања односа менталних поремећаја и еколошко-урбане структуре града. Каснија Шредерова (Schroeder) компаративна истраживања у пет градова, потврдила су првобитне налазе Фериса и Данама (Schroeder, 1942, str. 47) који се могу свести на следеће: случајеви менталних поремећаја нису равномерно дистрибуирани у целој урбаној заједници, већ су у великој мери концентрисани у одређена урбана подручја; постоји варијација у географској дистрибуцији психоза, док су манично-депресивни поремећаји равномерније дистрибуирани у урбаној заједници као целини. У свим истраживаним градовима, Шредер је пронашао заједнички образац корелативности између друштвено-економског положаја и менталних поремећаја. У оним урбаним подручјима где

преовладава високи ниво друштвеног капитала: индивидуално (породично) власничко становање економски солидне средње класе са стабилним породичним животом и уравнотеженим бројчаним односима родитеља и деце – постоји негативна корелација са менталним поремећајима (Schroeder, 1942, str. 43). Подручја са позитивном корелацијом (и ниским друштвеним капиталом) типичне су транзиторне урбане зоне са густом концентрацијом „расно” и етнички помешаних људи, ниског економског статуса, с нешто нижим уделом деце у односу на одрасле (Schroeder, 1942, str. 44).

Још једно раније истраживање (Queen, 1940), ослањајући се на еколошке студије, такође је потврдило значај односа друштвеног капитала и менталног здравља. Квин је јасно уочио да је очување менталног здравља (односно различите врсте менталних поремећаја) најтешње повезано са пет кључних фактора: органски услови; физичко окружење; културно окружење; чланство и учествовање у групном животу и; непосредни, лични односи (Queen, 1940, str. 202). Од каснијих SES-MI<sup>3</sup> истраживања након Другог светског рата свакако треба споменути: Доренвендово истраживање „Друштвеног статуса и психолошких поремећаја” (Dohrenwend, Dohrenwend, 1969); Хадсоново истраживање „Друштвена класа и ментална болест (корелације)” (Hudson, 1988) које критички преиспитује хипотезу: да ли стресогени фактор ниског социоекономског положаја узрокује менталне поремећаје или (претходно) биолошко-органско утемељење менталног поремећаја узрокује лош социоекономски положај. Чувена истраживања Холингсхеда и Редлича „Друштвена стратификација и психијатријски поремећаји” (Hollingshead, Redlich, 1953) и „Друштвена стратификација и схизофренија” (1954) вероватно су била најутицајнија истраживања након Другог светског рата, која су утврдила да постоје јасне структуралне разлике у односу на дијагнозе (неуротичне и психотичне поремећаје) (Hollingshead, Redlich, 1953, str. 167). Ове студије су показале да постоји значајна повезаност између класног положаја (а тиме и друштвеног капитала) и преваленције схизофрених поремећаја (на узорку 847 пацијента Њу Хевна): пацијенти са схизофреним поремећајима су друштвено и географски мобилнији (у категорији класе „V” – не квалификовани радници); преваленција<sup>4</sup> према схизофренији је специфичан класни одговор на квалитет третмана (Hollingshead, Redlich, 1954, str. 306). Налази овог истраживања говоре да је 1% истраживаних психијатријских случајева било у високој друштвеној класи (класа „I”). С друге стране, 36,8% психијатријских болесника било је из најниже класе не квалификованих радника (класа „V”) (видети и: Hudson 1988, str. 28). Занимљиво је приметити да у исто време када отпочињу интензивна истраживања у Чикашкој школи на овом пољу, Роберт Мертон формулише своју теорију аномије (Merton, 1938). Посебне доприносе на овом пољу чинила су Перлинова социолошка истраживања стресогених фактора и друштвене структуре као стресогеног медијатора (Pearlin, 1989; Aneshensel 2015). Шездесете године су отвориле другачије развојне линије овог истраживачког поља, кроз генеалогска истраживања лудила Мишела Фукоа (Michel Foucault) ([1961/65] 2013) и драматуршка истраживања „стигме” и „тоталних институција” Ервинга Гофмана (Goffman) ([1963] 2009; [1961] 2011).

<sup>3</sup> Correlation of the lower *socioeconomic statuses* (SES) with relatively high rates of *mental illness* (MI).

<sup>4</sup> Као инструмент је коришћен ICP – *Index of Current Prevalence*.

## Ментално здравље као ресурс

Ментално здравље је у дефиницији општег здравља постало његов неизоставни део (према дефиницији здравља СЗО). Ментално здрава особа у могућности је да оствари своје пуне потенцијале, да буде продуктивна и да доприноси заједници. Односно, као што је истакао Брок Кишолм (Brock Chisholme, први председник СЗО), „нема здравља без менталног здравља” (Kolappa, 2013). Светска здравствена организација у свом извештају „Ментално здравље: нова нада, ново разумевање” из 2001. године (СЗО, 2003) истиче да је ментално здравље пресудно за свеобухватно благостање особа, друштава и држава и истиче да је оно прегото било запостављено и да се мора сагледати у новом светлу. Дакле, ментално здравље не само да је важно појединцу, већ оно постаје ресурс и одговорност друштва и државе. У тој спрези неопходности да се поред физичког здравља води рачуна и о менталном здрављу, поново је отворено питање услова друштвеног окружења које доприноси општој продуктивности и благостању појединца.

Психички здравим не сматра се онај ко није болестан или неспособан, већ особа која је способна да успоставља хармоничне односе са другим људима и да конструктивно мења социјалну и физичку околину, а идеал душевног здравља је зрела личност, која је спремна да уложи своју максималну способност у рад, која просуђује објективно у постављању циљева према својим могућностима и гради складне односе са средином у којој живи, не прилагођавајући се безусловно свим околностима (Savičević, 1969).

Када је реч о индивидуалном менталном здрављу, онда говоримо о менталном благостању које се тиче емоција, когниције и способности особе да решава проблеме, превладава тешкоће, али и да остварује квалитетне друштвене интеракције и повезаност са другима, као и о начинима на који разуме и односи се према свом окружењу у целини. У стручној литератури и на нивоу професионалне праксе промоције менталног здравља постоји општа сагласност да ментално здравље представља национални капитал. Од када је Светска здравствена организација означила ментално здравље као приоритет, затим доношењем Хелсиншке декларације и акционих планова на нивоу држава потписница, на Министарској конференцији одржаној у Финској 2005. године, Декларацију су потписали министри свих европских земаља које су чланице СЗО (Lečić Toševski, i sar. 2005). Ментално здравље је одређено као вредност и одговорност друштва а механизми за финансирање и улагање друштвених ресурса покренути су.

## Ментално здравље: од биополитике ка психополитици бројева

Сваким даном све је више званичних података из најразличитијих извора о забрињавајућем стању менталног здравља глобалне популације. Међутим, још увек је занемарљиво мали број теоријских и критичких студија које покушавају да синтетизују хипотезе, податке, нумеричке налазе у прихватљиву парадигму која би објаснила генеричке факторе ове епидемиолошке ситуације. То драматично повећање броја људи којима је на неки начин нарушено ментално здравље и којима је потреба помоћ има најмање два узрока. Један је стварно, апсолутно и релативно

повећање броја корисника услуга из домена менталног здравља (у веома широком распону, од акутних анксиозности и депресија до психотичних поремећаја). Други разлог, који се свакако не може занемарити, је свепожимајући (друштвени, политички и медицински) процес медиализације који је, од краја осамнаестог века, прогресивно захватао све разноликији број понашања која раније нису била медиализована и дијагностикована. То је део онога што би се у најширем смислу речи могло назвати *биополиитичким* стратегијама (Foucault, 1998; 2001; 2005; 2006; 2012b; 2014; Esposito, 2008; Lemm, Watter, 2014; Muhle, 2014; Rose, 2001; Lemke, 2014) новог *биолошкој порејка* (Braudel, 1992; Marks, 2007; Marinković i Ristić, 2017), а то су оне стратегије које настоје да утврде оно што је *ендемично* у некој популацији (Foucault, 1998, стр. 295). Свакако, то је и питање епидемија (у овом случају епидемије менталних поремећаја), али примарно је то утврђивање константи, то јест ендемичности одређене патологије за одређену популацију.

Конституисањем новог биолошког поретка и биополитике, страхови „старог” биолошког поретка су нестали. Уместо смртоносних епидемија куге и глади, нови је биолошки поредак открио један велики нови страх: од „опасне индивидуе” (Foucault, 1990; Marinković i Ristić, 2018) која је постала носилац опасног понашања и менталних поремећаја – а то је оно што најдиректније може да угрози капиталистички модел продуктивности. Од страшних приказа епидемија стварају се статистички прикази ендемија; не откриће појединачне болести индивидуализованог тела или пандемично умножене болести, већ правилности у популацији као мноштву; правилности великих бројева којима владају статистичке мере. Јер, становништво је нечему подложно, нечему није, рањиво је на нешто, на нешто је постало отпорно. Те нове страхове неће крити ни социологија у свом зачетку. Страхови Емила Диркема управо су страхови од анархичног облика индивидуализма који може да поремети новоуспостављене облике органске солидарности (као нове врсте друштвеног капитала) и моралности (Durkheim, [1897] 1997; Kivisto, 1998, стр. 98). Али и пре него што је статистичке податке „моралне науке” искористио у *Самоубиствоу* да укаже на опасност новог облика индивидуализма чији је носилац „опасна индивидуа”, Диркем је у свом методолошком манифесту упозорио на нужност разлучивања „нормалног и патолошког” (Durkheim, [1895] 2012, стр. 69-78). Но Диркему не дугујемо само то. Један од најзначајнијих упоришта диркемовске социологије јесте чврста и законита спрегнутост друштвеног и патолошког. Како је приметио Хекинг:

Дуго се сматрало могућим да су статистички закони епифеномени који произлазе из нестатистичких чињеница на нивоу појединаца. До '90. година 19. века, Диркем је имао супротну идеју, истичући да друштвени закони делују одозго на појединце, са истом, неумољивом моћи као што је закон гравитације... Диркемова иновација била је у проналажењу свог аргумента о чистој правилности и стабилности квантитативних друштвених чињеница о статистици и криминалу. Једно име за статистику, особито у Француској, било је 'морална наука': наука о девијацијама, злочинцима, судским пресудама, самоубиствима, проституцији, разводу... У времену када Диркем ствара, морална наука је процветала... Године 1891. чак и пре Диркемовог дела *Самоубиство*, Валтер Ф. Вилкокс (Walter F. Willcox) објавио је своју докторску дисертацију *Проблем развода* истичући да су стопа развода и самоубиства корелативни друштвени показатељи... Од времена Кетлеа (Quetelet) до Вилкокса,

друштвене чињенице једноставно су постале чињенице које су статистичке у свом карактеру (Hacking, 1991, str. 182).

Заиста, за веома кратко време мноштво тога је постало медиализовано и „пре-медиализовано” (Foucault, 1990, str. 175), а што раније није припадало пољу медицине. Међутим, увођење појма „премедиализације” у аналитички и генеалошки дискурс биополитике чини проблематичним и нејасним границу до које мере су праксе медиализације оправдане са аспекта хумане социјалне политике заштите људског живота и здравља, па и тиме и менталног здравља, а од које се (пре)медиализација може сматрати манипулативном стратегијом. Иако је Фукоова аналитика медиализације деконструктивна и критичка, он никада није пристао да се његов приступ подведе под антипсихијатрију, јер то је за њега био дискурс који није био поткрепљен „било каквом целовитом систематизацијом” (Foucault, 2012a, str. 85). То исто важи и за концепт (друштвене) цене менталног здравља у оквирима савремене психополитике. Другим речима, критици треба подвргнути замагљивање граница између психополитике као рационалног управљачког модела менталним здрављем и премедиализоване психополитике која настоји да максимално комодификује ментално здравље. Но таква врста критике може бити тема неког посебног рада. Овим само скрећемо пажњу на то да постоје озбиљне напетости између колективних и индивидуалних потреба за очувањем и унапређењем менталног здравља и оних економских политика које премедиализацијом настоје да управљају профитом, а не здрављем.

Како медицинска политика од осамнаестог века припада управљачком моделу западне рационалности која почива на позитивним а не негативним ефектима моћи, „догађа [се] да смо, када смо суочени с одређеним проблемима, сматрали да је медицинско решење најефикасније и најеконичније. Исто важи и за одређене образовне проблеме, сексуалне проблеме, проблеме везане уз затвор” (Foucault, 1990, str. 175). Здравствена политика од осамнаестог века много је шира од болничког окружења. Она је постала политика медиализације свих других дискурса и пракси. Она је медиализујући и нормализујући модел за стицање легитимитета знања (видети: Foucault, 2012b; Foucault, 2009). Политика јавне хигијене у коју се уклопила политика менталног здравља неодвојива је од концепта *медиализације њојулације* (Foucault, 1998, str. 296).

Но ипак, сва новија истраживања неспорно говоре о стварном повећању броја људи чије је ментално здравље угрожено. Од 1952. године свако ново издање ДСМ-а<sup>5</sup> све је обимније. Неке старе дијагнозе се ревидирају и нестају, али много је већи број оних нових. Како примећује де Сутер (de Sutter), након биополитике у чијем је средишту ипак било тело, током неколико последњих деценија стратегије се померају ка психополитици: „Дијагноза душевне болести више није била дијагноза усмерена према болеснику, него озбиљна оптужба, која је подразумевала да би ’поремећај’ о којем је реч требало да буде подложен сталној пажњи јавних власти – јер сте га морали зауставити од ширења” (de Sutter, 2018, str. 23). Али померање ка психополитици задржало је кључно правило саме биополитике, тако да се у овом случају не може говорити о стриктном одвајању ове две технологије. Наиме, психополитика менталног здравља као „класификаторни систем ’менталних поремећаја’ постао је инструмент

---

<sup>5</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

управљања популацијом” (de Sutter, 2018, стр. 23) – то је исто оно управљачко, регулаторно и безбедносно правило *јовернменџализма* о којем је говорио Фуко (Foucault, 2014; 2005; 1998). Дакле, психополитика је померање ка *јолиџици менталног здравља*. Другим речима, *наша психијатријска будућност* (Rose, 2019) у оквиру велике биополитичке технологије само је добила свој условно сепаратни облик психополитике.

Али, пошто биополитика (а тиме и психополитика) израста на бентамовској подлози утилитарне филозофске и моралистичке традиције, начела су остала у својим темељима иста: „Темељно начело оригиналне моралне науке било је бентамовско: највећа срећа за највећи број људи. Било је потребно пребројати мушкарце и жене и мерити не толико њихову срећу колико њихову несрећу: њихову моралност, криминал, њихову проституцију, разводе бракова, њихову хигијену, њихове судске пресуде” (Hacking, 1991, стр. 194). Дакле, психополитика, као и биополитика, јесте једна нова врста *јребројавања* која би се могла назвати политиком броја – јер „да будемо јасни: бројеви јесу политички” (Rose, 2019, стр. 38). Психополитика се, као и биополитика, заснива на *јолиџици бројева* (Rose, 2019, стр. 39), а замагљивање граница између стварних људских потреба за здрављем и управљачких политика једна је од важнијих стратегија управо те политике. Такво замагљивање представља тешкоћу у мапирању стварних друштвених утицаја на ментално здравље и оних који су производ премедикализације. Дакле, психополитика се може схватити, с једне стране, као велики институционални механизам који стоји на располагању онима којима је потребна помоћ у очувању менталног здравља, док, с друге стране, она представља механизам намерног (премедикализованог) умножавања бројева у домену патологије.

Механизми који ће функционисати у оквиру биополитике исти су они механизми који ће деловати и у психополитици. То су, пре свега, *јредвиђања, сџајшисџичке јроцене, јлобалне мере* (Foucault, 1998, стр. 298). Питање менталног здравља у оквирима савремене (био)психополитике, је као и питање психијатрије – политичко. „Заиста, психијатрија је од свог настанка у савременом облику, средином деветнаестог века, била политичка наука. Успон азила дао је психијатрији и психијатрима јединствену улогу – способност да се присилно ограниче и третирају појединци који нису прекршили закон, али су прекршили норме реда, контроле, уљудности, спознаје или жеље” (Rose, 2019, стр. 14). Не треба заборавити да иза (утилитарне) политике бројева постоји економика бројева, односно да је политичка-економија бројева стратешки важно питање функционисања и одржавања капиталистичког привредног поретка. Питање менталног здравља које стоји у средишту психополитике неизбежно је питање броја који има облик новца, улагања, исплативости, профита и своје цене. У процесу *комодификације свега* (Harvi, 2012, стр. 108) ментално здравље је стратешки важно питање тржишта.

Тврдим да је неопходно преобликовати растући проблем стреса (и потиштености) у капиталистичким друштвима. Уместо да појединци решавају своју психолошку узнемиреност, то јест, прихвате огромну приватизацију стреса која се догодила у последњих тридесет година, морамо да се запитамо: како је постало прихватљиво да је толико много људи, а поготово толико младих људи, болесно? ’Куга менталног здравља’ у капиталистичким друштвима сугерише да, уместо да буде једини друштвени систем који делује, капитализам је инхерентно дисфункционалан, те да је трошак његовог деловања врло висок (Fisher, 2009, стр. 18).

Већ на следећој страни Фишер додаје:

Ментално здравље је, заправо, парадигматски пример како функционише капиталистички реализам. Капиталистички реализам инсистира на томе да се ментално здравље третира као природна чињеница, попут времена (али опет, време више није природна чињеница, већ политичко-економски ефекат). У шездесетим и седамдесетим годинама прошлог века радикална теорија и политика (Ленг, Фуко, Делез и Гата-ри, итд.) удружиле су се око екстремних менталних стања као што је схизофренија, тврдећи, на пример, да лудило није природна, већ политичка категорија. Али оно што је сада потребно је политизација много чешћих поремећаја (Fisher, 2009, str. 19).

Постоји једна велика замка приватизације неспокојства, страхова и проблема са менталним здрављем у савременом капитализму. Не само да постоји процес свеопште комодификације, већ и процес глобализације дерегулације у којем се одвија приватизација и индивидуализација менталног здравља и поремећаја. Иза такве дерегулационе психополитике стоји убеђујући прећутни алгоритам: није крив систем за вашу болест, за ваше неспокојство, за ваше поремећаје; ви као појединци сте криви; једино што систем може да уради је да вам пружи мање или више адекватне третмане (у зависности од класе којој припадате). Дакле, не мењајте систем – мењајте себе у односу на систем, а та индивидуална промена значи, пронаћи – уз помоћ система – прихватљиве адаптивне механизме управо на тај и такав систем; механизме који ће омогућити да се у систему добро осећате. Бентамовско друштво у којем живимо није само паноптичко, оно је и панаудитивно – друштво које је произвело механизме слушања туђих патњи. „Коначно, наша је цивилизација једина у којој посленици посебних служби примају плату да би слушали... неки су своје уши чак издали под закуп” (Foucault, 2006, str. 13). *Неолиберализам ствара усамљеност* а то је оно што *разваљује друшћиво*.

Каква већа оптужница против неког система може бити од епидемије душевних болести? Ипак, пошаст тескоба, стреса, депресија, социјалне фобије, поремећаја у исхрани, самоповређивања и усамљеност сада погађају људе широм света. Најновије катастрофалне бројке за ментално здравље деце у Енглеској одражавају глобалну кризу. Постоји много секундарних разлога за ову невољу, али чини ми се да је темељни узрок свугде исти: људска бића, ултрадруштвени сисари, чији су мозгови повезани како би одговорили другим људима... (Monbiot, 2016).

Према извештају Светске здравствене организације из 2001. године око 450 милиона људи погођено је неким обликом менталног поремећаја, поремећаја понашања или психосоцијалних проблема који су последица злоупотребе психоактивних супстанци. (WHO, 2001b). Према истом извештају, процењује се да ће свака четврта особа током свог живота бити погођена неким менталним поремећајем. Епидемиолошке студије указују да сваке године ментални поремећаји погађају трећину одраслог становништва (Kessler, 2008). Од укупног оптерећења болестима око 14% приписује се психијатријским поремећајима, највише депресивним поремећајима и поремећајима менталног здравља који су у вези са злоупотребом психоактивних супстанци (Prince, 2007). Поремећаји менталног здравља су међу десет водећих узрока онеспособљености како у развијеним, тако и у неразвијеним земљама (WHO, 2008).

Нарушено ментално здравље доводи до неког облика инвалидности и негативно утиче на квалитет живота самог оболелог, али и његове породице, емоционалног и економског терета, као и неког од облика стигматизације и дискриминације (Goffman, 2009). Ментални поремећаји узрокују лошији квалитет живота, отуђеност, дуготрајно лечење, одсуствовање са посла, незапосленост, смањену продуктивност, па и повећање трошкова заједнице (WHO, 2001a).

Ментална болест утиче на начин на који особа мисли, понаша се, осећа и какве односе има са другим људима. Па ипак, *не осећајћи се добро* не значи имати менталну болест исто као што ослабљено ментално здравље не значи увек и постојање менталне болести. У савременом друштву свако понекад осећа да је под стресом или да је преплављен неспокојем који се тренутно дешава у његовом животу. Добро ментално здравље, напослетку, не значи да се особа осећа срећно и самопоуздано и да игнорише проблеме. Добро ментално здравље подразумева да је особа у стању да одговори на такве изазове и да их превлада на неки начин, упркос њиховој тежини. У том смислу, очување односа са другима, очување функционалности у односу на свакодневни живот, представља често позитиван знак очуваности менталног здравља у некој стресној ситуацији која може да поремети уобичајене обрасце емоционалног и когнитивног функционисања на неко краће време. Ниједна друштвена група или појединац нису имуни на менталне поремећаје, али је ризик од нарушавања менталног здравља данас још увек већи у рањивој популацији сиромашних, незапослених и међу особама ниског образовног статуса, као и међу жртвама насиља, мигрантима и избеглицама, децом и адолесцентима, злостављаним женама и старим особама. Данас проблеми менталног здравља прожимају друштво у целини, а унапређење менталног здравља представља изазов глобалног развоја (Basković, 2010).

У резолуцији „СЗО 65.4” се наглашава да су у 2004. години ментални поремећаји били одговорни за 13% глобалног терета болести, са исходом преране смрти комбинованом са годинама живота у инвалидности. Поред тога, истиче се чињеница да је велики број њих могуће спречити, те да постоји све више доказа о ефикасности и исплативости интервенција за унапређење менталног здравља и спречавање менталних поремећаја (видети: WHO Mental Health Gap Action Programme). Према извештају СЗО и Светске банке о укупном терету болести, истиче се да су ментални поремећаји, укључујући и самоубиство, други по реду у укупном терету свих болести. Њихов удео у укупном терету свих болести је 2000. године износио 12% са тенденцијом даљег пораста, тако да се предвиђа да ће 2020. године удео неуропсихијатријских стања као пропорција укупног терета болести износити 15% (WHO, 2001a).

### Цена терета менталних болести

[Постоји] *Економија здравља, што ће рећи интегриације и побољшања здравља, здравствених служби и здравствене инфраструктуре у економском развоју владајућих друштва.*  
(Foucault, 2001, стр. 135)

Ментално здравље, односно његов негативни пол, ментална болест, не обухвата само прост број дијагностикованих појединаца, већ и шири удео утицаја

који недостатак или нарушено ментално здравље имају на укупан квалитет живота како појединца тако и његовог окружења. У примени је неколико приступа за калкулацију терета здравља, односно болести, укључујући и менталне болести. Један приступ је цена људског капитала (*human capital cost*), и он укључује и директне и поједине индиректне трошкове тог терета, али не све и не у довољној мери. Други приступ је *изгубљени економски расци*, према којем се цена менталног здравља може квантификовати кроз економске показатеље његовог утицаја на бруто национални доходак. Основна идеја овог приступа је да економски раст зависи од рада и капитала, при чему на оба негативан утицај има болест. Капитал се исцрпљује издацима за здравствену заштиту, а радни процес се исцрпљује због инвалидитета и смртности. Утицај на радни процес се процењује упоређивањем бруто националног дохотка (БДП) са хипотетичким сценаријем који не претпоставља терет болести. Такве процене изгубљене економске производње односе се више на соматске, а ређе на менталне поремећаје. Према овом приступу, утицај менталних поремећаја на економски раст може се проценити само индиректно. Изгубљени економски раст прво се обрачунава за соматске болести и повезују са мером DALY<sup>6</sup>, односно бројем година које су повезане са мером инвалидитета, а затим се изгубљени економски раст пројектује за менталне поремећаје, коришћењем релативне величине одговарајућих параметара DALY-а за друге болести. Следећи приступ процењује однос ризика болести и новца који би био уложен да се тај ризик умањи. Овакав начин мерења анализира хипотетичке ситуације у којима се људи изјашњавају о томе колико би били спремни да плате да би избегли одређене ризике. Ако се претпостави да је животни ризик смртности од депресивног поремећаја 15 на 1000, уз претпоставку да постоје мере које могу тај ризик да умање на меру од 5 на 1000, те ако би припадници одређене популације били спремни да утроше одређену суму новца на смањење тог ризика, онда се приступа израчунавању мере вредности („статистичког“) живота за ту популацију (Yerramilli, Bipeta, 2012). Међутим, ова мера не представља само изгубљене приходе већ садржи и информације о трошковима који би били уложени у оне чиниоце за које људи процењују да су повезани са инвалидитетом насталим услед менталног поремећаја.

У зависности од приступа мерења, процене и подаци приказују донекле различите бројеве, али су економски трошкови за менталне поремећаје доследно виши од трошкова соматских болести, са предвиђањем њиховог повећања у наредних 15 година (Trautmann, Rehm, Wittchen, 2016). У покушају да тачније одреди терет појединих болести за друштво, СЗО је користећи DALY као меру терета, дошла до закључка да је депресија друга по реду од свих болести, одмах иза исхемичке болести срца, по годинама живота измењених због инвалидности или преране смрти.

Међутим, постоје ограничења и недостаци оваког приступа мерења и квантификације. DALY мера не може задовољити цео спектар терета који носе ментални поремећаји. Наиме, терет који пада на чланове породице, као што је време, напори и ресурси који су неопходни у кризи према болесном члану, губитак продуктив-

---

<sup>6</sup> Disability Adjusted Life Years – Године живота измењене због инвалидности.

ности на индивидуалном нивоу, нивоу породице, ширем друштвеном нивоу, последице болести у виду nanoшења неке штете другима, коморбидитет и емоционално оптерећење, нису урачунате у ову меру. Такође, трошкови лечења не могу се у потпуности срачунати у њиховој пуној економској цени. Индиректни трошкови су у овој области много већи него директни трошкови лечења. Директне трошкове није толико тешко израчунати. Они се односе на цену лекова, болничке дане, трошкове дијагностичких поступака, коришћење локалних ресурса у заједници (уколико постоје), трошкови рехабилитације, па чак и немедицински трошкови који се односе на трошкове превоза, најчешће до медицинских или рехабилитационих центара.

Индиректни трошкови укључују трошкове због незапослености, (у)скраћеног или ниског степена образовања, трошкове за социјалну подршку, трошкове повезане са последицама инвалидитета. Такође, индиректни трошкови представљају терет бескућништва, криминала, самоубиства, убиства, породичних старатеља, медицинских компликација, раног морталитета, употребе наркотика и других трошкова који се тешко могу квантификовати, као што су емоционално оптерећење чланова породице, на пример. Али ту су и незапосленост услед потребе за неговањем и бригом о ментално оболелом, друштвена изолација, проблеми становања, транспорта, последице развода, сиромаштво, укупно смањење квалитета живота, друге болести члана породице итд.

Процену директних и индиректних трошкова менталне болести приказује и Светски економски форум у свом извештају о економији NCD<sup>7</sup> [Табела 1]. У њему стоји да је „глобални трошак менталне болести скоро 2,5 трилиона долара (две трећине индиректних трошкова) у 2010, са пројектованим повећањем на преко 6 трилиона долара до 2030” (Yerramilli, Vipeta, 2012). Извештај Светског економског форума такође пружа поређење између незаразних болести. Трошкови менталног здравља су највећи у смислу оптерећења. Психичка обољења чине више од половине пројектованог укупног економског оптерећења од незаразних болести и 35% глобалног губитка производње. Очекује се да ће се трошкови менталних болести више него удвостручити до 2030. године.

Сагледавајући однос директних и индиректних трошкова терета менталних болести уочљива је више него двострука цена индиректних трошкова, као и предвиђање изразитог раста укупних трошкова у распону од свега двадесет година.

Међународна организација рада ILO<sup>8</sup> процењује да трошкови лечења менталних поремећаја у земљама чланицама Европске уније износе 3–4% бруто националног дохотка (Basković, 2010). С обзиром да ментални поремећаји генеришу трошкове за дуготрајно лечење и повезани су са смањењем продуктивности, они повратно, доприносе развоју сиромаштва друштва (Basković, 2010). Из оваквог става чини се да потиче важна мотивација друштва да реагује на тренд раста познатих менталних болести, али и све ширег распона нових поремећаја менталног здравља који чине особу онеспособљеном за допринос друштву, чак и на неки краћи временски период.

<sup>7</sup> Non-communicable diseases.

<sup>8</sup> International Labour Organization.

Друштвени капитал све више се узима у обзир као могући чинилац појашњења за разлике у здрављу на одређеном простору или међу групама људи (Amick et al, 1995; Baum, 1999; Patnam, 2008; Kawachi et al, 1997; Wilkinson, 1996; према McKenzie, K., Whitley, R., Weich, S. 2002). Према неким ауторима друштвени капитал може играти значајну улогу у инциденци и преваленцији менталних болести (McKenzei, Whitley, Weich, 2002). У Европској унији, око 165 милиона људи погођено је сваке године неким менталним поремећајем, најчешће анксиозним, поремећајима расположења и зависношћу (Trautman, Rehm, Wittchen, 2016, str. 1245). Више од 50% укупне популације у средње и високо развијеним земљама ће патити најмање од једног менталног поремећаја у неком тренутку живота. У том смислу, видљиво је да ментална болест није ограничена на неку малу групу предиспонираних особа, већ представља главни проблем јавног здравља са значајним последицама по друштво у целини (Trautman, Rehm, Wittchen, 2016, str. 1245). Како је ментално здрав појединац постао друштвена вредност? Ово питање лако би се могло довести у везу са економским бенефитима друштва у којем је продуктивност заснована на радним капацитетима појединца. У том случају имали бисмо лак одговор на постављено питање које се огледа у утилитарној мотивацији да се обезбеде услови да сваки појединац има оне оптималне услове који му омогућавају да оствари своје потенцијале у корист друштва у целини – што је опет бентамовско решење. Међутим, савремено човеково окружење, чини се, обезбеђује појединцу управо супротне услове. Висок ниво свакодневног стреса, брз темпо живота, усамљеност, загађена средина, захтеви да се буде конкурентан, само су неки од предуслова за појаву данас најраспрострањенијих менталних болести, депресије, анксиозних стања, паничних поремећаја, болести зависности. Намеће се питање на који начин друштвени услови промовишу ментално здравље као вредност. На који начин закони, декларације, акциони планови и друга политичка и правна акта заиста успевају да промовишу декларисане вредности бриге о менталном здрављу појединца а затим и друштвеног благостања. Само летимичан поглед на актуелна светска политичка збивања не нуди оптимистичан сценарио могућности, спремности и одлучности да се створе услови за реализацију циљева одрживог развоја: смањење сиромаштва, услови за достојанствен рад и економски раст, добро здравље, смањење неједнакости, у оквиру којих се могу уочити и неки од кључних предуслова менталног здравља: једнакост, људска права, смањење сиромаштва, доступност образовања, итд. (Србија и Агенда 2030 – Мапирање националног стратешког оквира у односу на циљеве одрживог развоја). Ипак, ови циљеви препознати су као водич држава и влада које су их прихватиле и обавезале се на њихово спровођење. Са становишта привреде и друштва ово су конкретни почетни кораци да се финансијска средства и ресурси усмере ка већој промоцији менталног здравља и превенцији на сва три нивоа (примарном, секундарном и терцијарном). Иако споре, промене у конкретним институционалним оквирима, као и оне на нивоу промене парадигми професија које су усмерене на очување менталног здравља становништва, покренуте су.

## Ментално здравље: превенција и друштвена инклузија

*Где није могуће излечење, болест је хронична а превенција постојаје значајна.*  
(McKenzie, Harpham, 2006, str. 12).

Агресивност, насиље, злоупотреба алкохола и дрога међу младима, самоубиства и самоповређивања, постали су значајни друштвени проблеми последњих деценија. Иако су овакви облици понашања постојали и раније, они су били сагледавани као проблем појединца, којег треба лечити, затворити, променити. Временом, с порастом броја појединаца који су испољавали овакве проблеме, са уочавањем да се проблем појединца прелива у оквире породице а затим и друштва, почиње да се јавља идеја о потреби превенције и препознавања оних фактора на које може да се утиче а да до урушавања здравља појединца не дође. У том смислу, превенција менталних болести има за циљ смањење инциденце, преваленце, и повраћаја (рекурентности) менталних болести, те да се смањи време проведено са симптомом, или да се смањи ризик за појаву менталних болести, да се одложи повраћај болести и смањи утицај болести на особу и њен квалитет живота (Mrazek, Haggerty, 1994).

Иако је током историје западноевропско друштво развијало различите технологије према менталном здрављу и болести, оне су биле највидљивије кроз искључивање (Foucault, 2013). То се у друштвеним интеракцијама манифестовало у стигматизацији а често и самостигматизацији оних којима је потребно лечење или су у једном тренутку постали дисфункционални за обављање послова или за друге друштвене захтеве. Чак и данас, различити облици искључивања за многе појединце имају додатне негативне ефекте на могућност побољшања свог менталног здравља. То се види кроз смањену могућност учешћа у заједници, кроз ограничења у успостављању контаката и интеракција са породицом, у радном ангажовању, образовању и слично. Идеја о инклузији појавила се као новина у разумевању сваког ко је другачији, па тако и оних који испољавају неку потешкоћу у менталном функционисању.

Са идејом инклузије – чији је превасходни циљ дестигматизација разлика – на значају све више добијају превенција и ново сагледавање улоге друштва и друштвене одговорности према менталном здрављу појединца. Промене казнене политике, покушаји контроле и сузбијања криминала, ангажман на заштити жена и деце од насиља, гласови за легализацију одређених психоактивних супстанци, иницијативе за превенцију суицида, саветовалишта и раст броја стручњака који пружају по-дршку деци, младима, породици, указују на бројне иницијативе да се ментално здравље изгради и очува а однос према другачијима промени у правцу толеранције и прихватања. Бројне методе и технике, данас доступне путем интернета, у понуди су појединцима који имају проблеме у свакодневном функционисању, продуктивности, остварењу благостања, из којег се може допринети заједници. Интересовање за различите технике и методе достизања среће и благостања је у порасту, но степен стигматизације није пропорционално мањи. Нарочито не у мањим срединама.

Друштвена инклузија промовише вредности засноване на људским правима, једнакости, доступности учешћа у друштвеном животу сваког појединца. Заступање идеје да је друштво оно које је дужно да обезбеди једнака права сваком појединцу на приступ системима здравства и образовања, једнаким шансама за учешће у животу заједнице (социјални модел), за разлику од приступа који пред појединца поставља захтев да себе прилагоди понуђеним системима функционисања друштва (медицински модел), представља значајан заокрет од одговорности појединца за свој квалитет живота и благостање (*well being*) ка одговорности друштва за благостање појединца. Истовремено, овај нови приступ разумевања и сагледавања различитости, омогућава искорак ка процесу дестигматизације менталних поремећаја и ментално болесних. Са преузимањем одговорности за благостање својих грађана, држава и друштво могу да креирају политике и праксе кроз које директно подстичу очување друштвеног капитала појединца, његове породице и заједнице, уважавајући специфичности географског подручја, културе и карактеристика популације.

### Закључак

У овом раду смо, кроз концепт друштвене цене менталног здравља, приказали доминантне моделе сагледавања менталног здравља и болести. Указујући на ове моделе који процењују број и економски терет друштвено нефункционалних појединаца (израчунавањем економског терета ментално болесних), непосредно се намеће питање о менталном здрављу као пожељној друштвеној вредности. Приказани подаци који говоре о епидемиолошкој ситуацији менталних поремећаја доведени су у везу са претпоставком о томе да је ментално здравље појединца у функцији степена интегрисаности и солидарности унутар друштва (о чему социологија сведочи од свог класичног периода), а што је већ више од два века део опште западноевропске биополитичке стратегије безбедности и здравља популације. У том сми-слу, друштво је заинтересовано за здравље појединца онолико колика је вредност његове продуктивности. Узимајући у обзир предвиђања о великој вероватноћи да готово свака особа током свог живота доживи неки облик менталног поремећаја, цена менталног здравља се увећава и постаје још једна од вредности која има своје економске показатеље. Тиме ментално здравље нужно задобија и своју друштвену цену и друштвене импликације, што се огледа у (био)психополитичким мерама које друштво предузима у циљу очувања менталног здравља и у придавању значаја његовом одржавању.

С обзиром на то да се у модерном друштву економска и друштвена цена менталног здравља више не могу јасно раздвојити, те да оне имају своје заједничке утилитарне корене, сталне биополитичке калкулације са ценом менталног здравља представљају стварност са којом живе и појединци и друштва. Нова врста калкулативности, изражена последњих деценија кроз психополитику, само је очекивани одговор целокупног глобалног институционалног поретка, са свим својим медицинским и превентивним механизмима, на растући број људи којима је потребна нека врста помоћи у лечењу или одржавању ментал-

ног здравља. Још једном треба поновити да са преузимањем одговорности за биолошко и ментално благостање својих грађана, државе и друштва глобалног поретка покушавају да креирају политике и праксе кроз које директно подстичу очување друштвеног капитала појединца, његове породице и заједнице. Но те нове политике морају почивати на уважавању различитих специфичности географског подручја, културâ, језикâ, традицијâ и историјски условљених карактеристика.

Lada S. Marinković<sup>1</sup>  
Preschool Teacher Training College in Novi Sad  
Novi Sad (Serbia)

Dušan S. Marinković<sup>2</sup>  
University of Novi Sad  
Faculty of Philosophy  
Department of Sociology  
Novi Sad (Serbia)

## THE SOCIAL COST OF MENTAL HEALTH

*(Translation In Extenso)*

**Abstract:** This paper deals with the analysis of mental health as kind of social capital, which, as a resource, has its own social and economic value. The paper discusses the most important contributions to the research into mental health from a sociological perspective with the aim of arguing that this topic is highly relevant for sociology. The authors particularly focus on reconsidering the policy related to mental health that has been developed in the field of biopolitics of the new biological order and profiled as “psychopolitics”, without which the modern concept of mental health care cannot be understood. Relevant data on the global epidemic situation are discussed in the paper and it is argued that mental disorders are not restricted to limited groups of predisposed individuals, but that it rather represents the main problem of public health with profound consequences for the whole society.

**Keywords:** mental health, social capital, sociology, bio(psycho)politics, mental illness.

### Introduction

*Mental health is the ultimate dependent variable for all.*  
(Wheaton, 2001, p. 228)

Mental health, as an inseparable part of the overall human health, cannot be understood without the insight into the fact that it depends on the society in which the individual lives. The issue of the state and future of mental health has become an important issue of national and world organizations dealing with social factors associated with changes in the population health and are most often expressed through measurable data on incidence, epidemiology, mortality and socio-economic indicators. Economic indicators are increasingly becoming an impulse for concern and activation of biopolitical mechanisms assumed to be having positive effects on the mental health of the general population. In the everyday economic discourse, the notion of price denotes the nominal value of goods or services. Although there is not always a match between the price and

---

<sup>1</sup> lada.marinkovic@gmail.com

<sup>2</sup> ladumza@gmail.com

value of goods (as argued by the theory of working value), another theory (the marginal utility theory) suggests that price and value are determined by subjective valuation rather than objectively used production factors. This leads to a situation in which goods that are in abundance are valued far less than those in need. If this very concise definition of the concept of price is applied to the concept of mental health, seen as a product of individual (bio-psycho-social) and wider cultural factors, that is: "... a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community" (WHO, 2001a), we come to the thesis we want to present in this paper. It refers to the mutual interaction between the society and the health of the individual, which the society invests in so that it can "consume" it, and the individual, the consumer of everyday life in the society, becomes the bearer of responsibility for investment in his/her own mental health. In terms of the value of individuals' mental health for society, its cost is getting higher, as this resource is becoming increasingly scarce due to social conditions that are ever more demanding of an individual. The social cost of mental health thus becomes an important value, while the costs of maintaining mental health are transferred to the individual as an actor involved in (bio)*psychopolitics*.

The first part of the paper presents important research contributions of sociology in the field of mental health studies, with a special note that sociology has the same right to deal with this topic as medicine and psychology do. Moreover, mental health is here defined as a resource, or as an important social capital. In addition, the paper discusses the mental health policy that has been developed in the field of biopolitics, profiled as *psychopolitics* over the last decades. Although this part of the paper has opened up space for a much wider critical review of mental health and bio(psycho)politics, our intent was to draw attention to the fact that contemporary mental health research cannot be separated from this general policy of medicalization. The second part of the paper presents an analysis of the cost of mental health, supported by current models of its calculation and data suggesting predictions about the representation of mental illnesses in the general population.

### Sociology and mental health: in classic foundations, but outside of the main flows

As a scientific discipline, sociology can boast a long history of interest in mental health issues. This interest, as can rightly be argued, is embedded in its classic foundations. Emile Durkheim gave it the most significant mark, but also Georg Simmel's research, as well as the currents outside of the old continent based on different sociological traditions, primarily the Chicago school which can also be considered a classical sociological heritage from today's perspective (Abbott, 1999), providing sociology with a full theoretical and methodological legitimacy to deal with this topic. "It should come as no surprise to learn, then, that from the discipline's first days, many sociologists have had something to say about the subject" (Scull, 2014, p. xxviii). However, compared to most other disciplines, the sociology of mental health does not belong to main research flows. To a large extent, it undeservedly belongs to the margins of large sociological research. It is clear that the issue of mental health is no longer a privileged area of medicine or psychology because

of their concrete preventive or therapeutic practices (which sociology is missing in this case), or because of a methodological *biomania* as the dominant “implicit belief that if we just drill down far enough in biology and genetics, we will explain most of the variance in most behaviors” (Wheaton, 2001, p. 222). This is above all a border area where many research traditions and scientific disciplines meet.

Historically, sociology was not regarded as part of a large project of *social medicine* any less than psychology, criminology or medicine were (Foucault, 2001), and one of its roles was reconstructive in the field of *social hygiene*. In that sense, “as sociologists, we persist in asserting that sociology has a crucial role to play in understanding mental health processes. The question is, are enough people listening?” (Wheaton, 2001, p. 221). Although sociology and sociologists, as a rule, have multiple social roles, “On the other side of our dual role, we are responsible for making mental health an essential concept across the other areas of our own discipline—from gender to family to work to stratification to social change...” (Wheaton, 2001, p. 227; Pearlin, 1989, p. 241). The responsibility of sociology in mental health research, since the classical Durkheim hypothesis, has been to “demonstrate the role of social causation in mental health, as part of a larger tradition concerned with specifying the linkage between social structure and the individual” (Wheaton, 2001, p. 227). However, sociology would not be dealing with individual problems of mental health had it not noticed a firm correlation between social and psychological life as early as the nineteenth-century *moral statistics*; an undoubtedly firm connection between the ways in which social structures shape the lives of a multitude of people. However, the sociology of mental health has never been able to clearly and precisely identify structural factors that, according to the causal model, would influence individuals in a definite and one-directional way. Still, very little is known about “the specific mechanisms by which social factors influence the incidence of mental *illness*” (Goldstein, 1979, p. 391). Nevertheless, strong correlations are quite legitimate scientific findings. If there is a significant sociological discovery, apart from the *discovery* of society itself as a fact, then it is *social capital* as well as its undeniable connection with individual and collective lives. In this sense, sociology reveals the contradictory and dual character of the social structure: on the one hand, it contains integrative potentials that can provide solidarity as the basis of social capital that positively affects the health and life of an individual, while on the other hand it acts as a disintegrative, *stress* (Pearlin, 1989, p. 242; Aneshensel, 2015, p. 171) and “pathogenic” factor. We owe the first use of the concept of social capital to Jane Jacobs:

If self-government in the place is to work, underlying any float of population must be a continuity of people who have forged neighborhood networks. These networks are a city’s irreplaceable social capital. Whenever the capital is lost, from whatever cause, the income from it disappears, never to return until and unless new capital is slowly and chancily accumulated (Jacobs, 2011, p. 155).

But even before Jane Jacobs used the concept of social capital for the first time in her famous book *Death and the Life of Great American Cities* in 1961, and before it was made famous by Robert Putnam (Putnam, 2008), many other primarily urban-sociological studies were on the same this track, although they did not use the term. In classical sociological heritage, an early interest in mental health problems can be noted in Sim-

mel's research on metropolitan lifestyles. In this pioneering mental health study based on Tönnies' tradition of distinguishing between the community and (civic) society, Simmel noted:

The psychological basis of the metropolitan type of individuality consists in the *intensification of nervous stimulation* which results from the swift and uninterrupted change of outer and inner stimuli. Man is a differentiating creature... With each crossing of the street, with the tempo and multiplicity of economic, occupational and social life, the city sets up a deep contrast with small town and rural life with reference to the sensory foundations of psychic life. (Simmel, 2008, p. 281).

On the other side of the Atlantic, a relatively independent and authentic development of American sociological tradition, primarily within the framework of the Chicago school, was initially based on preoccupation with empirical research in the field of social pathology - the other side of the "coin" of mental health. This was classical research still under a strong influence of Park and Burgess's ecological conception of the city, which is not only an ecological fact (a built environment), but a "state of mind". This is precisely what enables us to establish correlations between society and inner life, in a dialectic inter-connectedness of human psychic processes and the social environment. What can be perceived as a link between social capital and mental health was already set here, as a series of empirical findings. In the golden age of the Chicago school, there were some crucial research studies: "Cultural Conflict and Marginal Man" (Park, [1937] 2012), "The Problem of the Marginal Man" (Stonequist, [1935] 2012), "The Unadjusted Girl" (Thomas, [1923] 2012), "Urbanism as a Way of Life" (Wirth, [1938] 2012), "Social Change and Status Protest" (Hughes, [1949] 2012). These early works paved the way for the coming generation whose empirical research in the field of mental health and mental disorders would be the starting point for all modern research practices which later followed. The now famous and vital research in this area, Faris and Dunham's work *Mental Disorders in Urban Areas* (Faris, Dunham, 1939), conducted on a sample of 34,864 cases, four state hospitals and eight private sanatoriums in Chicago in the period from 1922 to 1934, represents a research paradigm of mapping the relationship of mental disorders and the ecological-urban city structure. Schroeder's later comparative research conducted in five cities confirmed the original findings of Faris and Dunham (Schroeder, 1942, p. 47) which can be summarized as follows: cases of mental disorders are not distributed equally throughout the urban community, but are largely focused in certain urban areas; there is a variation in the geographical distribution of psychosis, while manic-depressive disorders are more evenly distributed in the urban community as a whole. In all the studied cities, Schroeder found a common pattern of correlation between the socio-economic situation and mental disorders. In the urban areas with a high level of social capital: with individual (family) proprietary housing situations of an economically well-off middle class with a stable family life and a balanced numerical relationship between parents and children - there is a negative correlation with mental disorders (Schroeder, 1942, p. 43). Areas with a positive correlation (and low social capital) are typical transitory urban zones with a dense concentration of "racially" and ethnically mixed people, of low economic status, with a slightly lower share of children than adults (Schroeder, 1942, p. 44).

Another earlier study (Queen, 1940), relying on ecological studies, also confirmed the importance of social capital and mental health. Queen made it clear that the preservation of mental health (that is, different types of mental disorders) is most closely associated with five key factors: organic conditions; physical environment; cultural environment; membership and participation in group life; and; direct, personal relations (Queen, 1940, p. 202). Regarding the later SES-MI<sup>3</sup> research after the Second World War, it is worth to mention: Dohrenwend's study "Social Status and Psychological Disorders" (Dohrenwend, Dohrenwend, 1969); Hudson's study "The Social Class and Mental Illness Correlation" (Hudson, 1988), which critically examines the hypothesis: whether the stress factor of a low socio-economic position causes mental disorders or the (prior) biological-organic basis of the mental disorder causes the poor socio-economic situation. The well-known research studies of Hollingshead and Redlich "Social Stratification and Psychiatric Disorders" (Hollingshead, Redlich, 1953) and "Social Stratification and Schizophrenia" (1954) were probably the most influential research studies after World War II which found that there were clear structural differences in relation to diagnoses (neurotic and psychotic disorders) (Hollingshead, Redlich, 1953, p. 167). These studies demonstrated that there is a significant correlation between the class position (and hence social capital) and the prevalence of schizophrenic disorders (on the sample of 847 patients in New Haven): patients with schizophrenic disorders are socially and geographically more mobile (in category "V" - unskilled workers ); the prevalence<sup>4</sup> of schizophrenia is a specific class response to the treatment quality (Hollingshead, Redlich, 1954, p. 306). The findings of this study showed that 1% of the studied psychiatric cases were members of the high social class (class "I"). On the other hand, 36.8% of psychiatric patients were from the lowest class of unskilled workers (class "V") (see in: Hudson 1988, p. 28). It is interesting to note that intensive research in this field began in the Chicago school at the same time, Robert Merton formulated his theory of anomie (Merton, 1938). Pearlin's sociological studies of stress factors and the social structure as a stress mediator made special contributions to this field (Pearlin, 1989; Aneshensel, 2015). The 1960s introduced different development lines of this research field through Michel Foucault's genealogical study of madness ([1961/65] 2013) and dramaturgical studies of "stigma" and "total institutions" of Erving Goffman ([1963] 2009; [1961] 2011).

### Mental health as a resource

Mental health has become an indispensable part of the definition of general health (according to the definition of health of the WHO). A mentally healthy person is able to realize their full potential, to be productive and contribute to the community. That is, as Brock Chisholme (the first president of the WHO) pointed out, "there is no health without mental health" (Kolappa, 2013). In the report "Mental Health: New Understanding, New Hope" from 2001 (WHO, 2003), the World Health Organization pointed out that mental health is crucial to the overall well-being of individuals, societies and states, and that it has been neglected for too long and must be observed in a new light. Therefore, mental health

---

<sup>3</sup> Correlation of the lower *socioeconomic statuses* (SES) with relatively high rates of *mental illness* (MI).

<sup>4</sup> The ICP - *Index of Current Prevalence* was used as the instrument.

is not only important to the individual, but it has become the resource and responsibility of society and the state. In connection to this need to take care of mental health, in addition to one's physical health, the issue of the conditions in the social environment that contribute to the general productivity and well-being of the individual was raised once again.

A mentally healthy person is not one who is not ill or incapable, but a person who is able to establish harmonious relationships with other people and to constructively change the social and physical environment, and the ideal of mental health is a mature person who is ready to invest their maximum ability into work, who is setting objective goals according to their capabilities and building consistent relations with the environment in which they live, without adapting unconditionally to all circumstances (Savićević, 1969).

When it comes to individual mental health, then we talk about mental well-being related to emotions, cognition and ability of a person to solve problems, overcome difficulties, and achieve quality social interactions and connections with others, as well as about the ways in which the person understands and acts towards their environment as a whole. In professional literature and at the level of professional practice of promoting mental health, there has been a general consensus that mental health represents national capital. Since the World Health Organization designated mental health as a priority, followed by the adoption of the Helsinki Declaration and Action Plans at the level of the member states, the Declaration was signed by ministers of all European countries that are members of the WHO at the Ministerial Conference held in Finland in 2005 (Lečić Toševski et al., 2005). Mental health is defined as the value and responsibility of the society, and mechanisms for financing and investing social resources have been initiated.

### Mental health: from biopolitics to psychopolitics of numbers

Every day, there are more and more official data about the worrying state of mental health of the global population coming from various sources. However, there is still a negligible number of theoretical and critical studies that attempt to synthesize hypotheses, data and numerical findings into an acceptable paradigm that would explain the generic factors of this epidemiological situation. This dramatic increase in the number of people who have somehow been affected by mental health issues and who need help has at least two causes. One is the actual, absolute and relative increase in the number of users of mental health services (widely ranged, from acute anxiety and depression to psychotic disorders). Another reason, which certainly cannot be ignored, is the all-encompassing (social, political, and medical) process of medicalization, happening since the end of the eighteenth century, that has progressively transcended the ever-more diverse number of behaviors which had not been medicalized and diagnosed. This is part of what could be in the broadest sense of the word referred to as *biopolitical strategies* (Foucault, 1998; 2001; 2005; 2006; 2012b; 2014; Esposito, 2008; Lemm, Watter, 2014; Muhle, 2014; Rose, 2001; Lemke, 2014) of the new *biological order* (Braudel, 1992; Marks, 2007; Marinković and Ristić, 2017), and those are the strategies that seek to determine what is *endemic* in a population (Foucault, 1998, p. 295). Of course, this is also the issue of epidemics (in this case, the epidemic of mental disorders), but it is primarily the determination of constants, that is, the endemicity of a certain pathology for a particular population.

By constituting a new biological order and biopolitics, the fears of the “old” biological order have disappeared. Instead of deadly epidemics of plague and famine, the new biological order revealed a great new fear: the fear of the “dangerous individual” (Foucault, 1990; Marinković and Ristić, 2018), who became the carrier of dangerous behavior and mental disorders - and this is what has the ability to most directly jeopardize the capitalist model of productivity. From terrible scenes of epidemics, statistical scenes of endemics are formed; not a discovery of an individual disease of an individualized body or a multiplied pandemic disease, but a regularity in the population as a multitude; the regularity of large numbers controlled by statistical measures. For, a population is susceptible to something, to something else it is not, it is vulnerable to something, it has become resistant to something else. These new fears were shared by sociology in its beginning. Emile Durkheim’s fears were the fears of an anarchic form of individualism that can disrupt newly established forms of organic solidarity (as a new type of social capital) and morality (Durkheim, [1897] 1997; Kivisto, 1998, p. 98). But even before he used the statistical data of the “moral science” in *Suicide* to point out the danger of a new form of individualism whose bearer was the “dangerous individual”, Durkheim warned of the necessity to distinguish between “normal and pathological” in his methodological manifesto (Durkheim, [1895] 2012, pp. 69-78). But, we do not owe Durkheim only this. One of the most important pillars of Durkheim’s sociology is a firm and ordered connection of social and pathological. As noted by Hacking:

It has long been considered possible that statistical laws are epiphenomena resulting from non-statistical facts at the individual level. Until the 1890s, Durkheim had the opposite idea, pointing out that social laws act on individuals from above with the same, irreconcilable power as the law of gravity... Durkheim’s innovation was in finding the argument about the pure regularity and stability of quantitative social facts about statistics and crime. One name for statistics, especially in France, was ‘moral science’: a science about deviations, criminals, court judgments, suicides, prostitution, divorce... At the time when Durkheim worked, moral science flourished... In 1891, before Durkheim’s *Suicide*, Walter F. Willcox published his doctoral dissertation *The Divorce Problem*, pointing out that the rates of divorce and suicide are correlative social indicators... From the time of Quetelet to Willcox, social facts simply became facts that are statistical by character (Hacking, 1991, p. 182).

Indeed, over a very short period of time, innumerable things, in fact, have been medicalized, not to say “over-medicalized” (Foucault, 1990, p. 175), which really belong to something other than medicine. However, the introduction of the notion of “over-medicalization” into the analytical and genealogical discourse of biopolitics makes the limit to the extent to which the practices of medicalization are justified from the aspect of humane social policies for the protection of human life and health, and hence mental health, seem problematic and unclear, thus, medicalization can be considered a manipulative strategy. Although Foucault’s analysis of medicalization is deconstructive and critical, he never agreed that his approach pertained to antipsychiatry, because this was a discourse that was not corroborated by “any comprehensive systematization” according to his opinion (Foucault, 2012, p. 85). The same applies to the concept of the (social) cost of mental health within the framework of contemporary psychopolitics. In other words, the blurring

of boundaries between psychopolitics as a rational management model for mental health and over-medicalized psychopolitics that seeks to maximally commodify mental health should be subjected to criticism. However, such kind of criticism can be the topic of a separate paper. Now we merely draw attention to the fact that there are serious tensions between collective and individual needs for the preservation and improvement of mental health and the economic policies that try to manage profit through over-medicalization, and not health.

As the medical policy of the eighteenth century belongs to the management model of Western rationality based on positive rather than negative effects of power, “it so happens that, when faced with certain problems, we believed that the medical solution was the most effective and most economic. The same goes for certain educational problems, sexual problems, problems concerned with imprisonment” (Foucault, 1990, p. 175). The health policy of the eighteenth century is much wider than the hospital environment. It became the policy of medicalization of all other discourses and practices. It is a medicalizing and normalizing model for acquiring the legitimacy of knowledge (see: Foucault, 2012b; Foucault, 2009). The hygiene policy that integrates the mental health policy is inseparable from the concept of *medicalization of the population* (Foucault, 1998, p. 296).

Nevertheless, all recent research unconditionally testifies about a real increase in the number of people whose mental health is endangered. Since 1952, every new edition of the DSM<sup>5</sup> has become more extensive. Some old diagnoses have been revised or discontinued, but many new ones have emerged. As de Sutter observes, after biopolitics whose center was the body, the strategies have moved towards psychopolitics over the last few decades: “The diagnosis of mental disorder was no longer a diagnosis directed toward the patient, but a serious accusation, which implied that the ‘disorder’ in question should subject to constant attention of public authorities - because it had to be stopped from spreading” (de Sutter, 2018, p. 23). But the shift towards psychopolitics has preserved the key rule of biopolitics, so in this case it is not possible to talk about a strict separation of these two technologies. Namely, the mental psychology of mental health as the “classification system of ‘mental disorders’ has become an instrument of population management” (de Sutter, 2018, p. 23) – the same governing, regulatory, and security rule of *governmentalism* discussed by Foucault (Foucault, 2014 2005; 1998). Therefore, psychopolitics is a shift towards the *policy of mental health*. In other words, *our psychiatric future* (Rose, 2019) within the framework of a large biopolitical technology has merely got its conditionally separate form of psychopolitics.

But since biopolitics (and thus psychopolitics) grows on the basis of Benthamite utilitarian philosophical and moralistic traditions, the principles remained the same in their foundations: “The fundamental principle of the original moral sciences was the Benthamite one: the greatest happiness to the greatest number. It was necessary to count men and women and to measure not so much their happiness as their unhappiness: their morality, their criminality, their prostitution, their divorces, their hygiene, their rate of conviction in the courts.” (Hacking, 1991, 194). Therefore, psychopolitics, as well as biopolitics, is a new type of *counting* that could be called a policy of numbers - because “to be clear: numbers are political” (Rose, 2019, p. 38). Psychopolitics, as well as biopolitics, is based

---

<sup>5</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

on the *policy of numbers* (Rose, 2019, p. 39), and the blurring of the boundaries between real human health needs and governance policies is one of the important strategies of that particular policy. Such blurring poses a difficulty for mapping the true social impacts on mental health and those that are products of over-medicalization. Thus, psychopolitics can be understood, on the one hand, as a great institutional mechanism available to those who need help in preserving mental health, while, on the other hand, it is a mechanism of intentional (over-medicalized) duplication of numbers in the domain of pathology.

Mechanisms that function within biopolitics are the same mechanisms that work in psychopolitics. These are, above all, *predictions, statistical estimates, global measures* (Foucault, 1998, p. 298). The issue of mental health within the framework of contemporary (bio)psychopolitics is, as well as the question of psychiatry – a political one. “Indeed, ever since its inception in the mid-nineteenth century, psychiatry has been a political science. The rise of the asylum has given psychiatry and psychiatrists a unique role - the ability to forcibly restrict and treat individuals who have not violated any laws, but have broken the norms of order, control, courtesy, cognition or desire” (Rose, 2019, p. 14). It should be remembered that behind the (utilitarian) policy of numbers there is the economics of numbers, that is, that the political economy of numbers is a strategically important issue for the functioning and maintenance of the capitalist economic order. The issue of mental health that is at the heart of psychopolitics is inevitably an issue of numbers in the form of money, investment, profitability, profit and its cost. In the process of *commodification of everything* (Harvey, 2012, p. 108) mental health is a strategically important market issue.

I want to argue that it is necessary to reframe the growing problem of stress (and distress) in capitalist societies. Instead of treating it as incumbent on individuals to resolve their own psychological distress, instead, that is, of accepting the vast privatization of stress that has taken place over the last thirty years, we need to ask: how has it become acceptable that so many people, and especially so many young people, are ill? The ‘mental health plague’ in capitalist societies would suggest that, instead of being the only social system that works, capitalism is inherently dysfunctional, and that the cost of it appearing to work is very high. (Fisher, 2009, p. 18).

On the following page, Fisher adds:

Mental health, in fact, is a paradigm case of how capitalist realism operates. Capitalist realism insists on treating mental health as if it were a natural fact, like weather (but, then again, weather is no longer a natural fact so much as a political-economic effect). In the 1960s and 1970s, radical theory and politics (Laing, Foucault, Deleuze and Guattari, etc.) coalesced around extreme mental conditions such as schizophrenia, arguing, for instance, that madness was not a natural, but apolitical, category. But what is needed now is a politicization of much more common disorders. (Fisher, 2009, p. 19).

There is one big trap of the privatization of discomfort, fears and mental health problems in contemporary capitalism. Not only is there the process of universal commodification, but also the process of the globalization of deregulation in which the privatization and individualization of mental health and mental disorders occur. A convincing tacit algorithm is behind such deregulation of psychopolitics: the system is not to blame for your illness, for your discomfort, for your disorders; you as individuals are the guilty ones;

the only thing the system can do is provide you with a more or less adequate treatment (depending on the class you belong to). Therefore, do not change the system - change yourself in relation to the system, and this individual change means finding, with the help of the system, acceptable mechanisms to adapt to that system as such; the mechanisms that will allow you to feel good in the system. The Benthamite society we live in is not only panoptic, it is also panauditory - it is a society which produced mechanisms for listening to other people's suffering. "Ours is, after all, the only civilization in which officials are paid to listen to all and sundry impart the secrets of their sex: as if the urge to talk about it, and the interest one hopes to arouse by doing so, have far surpassed the possibilities of being heard, so that some individuals have even offered their ears for hire." (Foucault, 2006, p. 13). *Neoliberalism creates loneliness*, and this is what *breaks the society*.

What greater indictment of a system could there be than an epidemic of mental illness? Yet plagues of anxiety, stress, depression, social phobia, eating disorders, self-harm and loneliness now strike people down all over the world. The latest, catastrophic figures for children's mental health in England reflect a global crisis. There are plenty of secondary reasons for this distress, but it seems to me that the underlying cause is everywhere the same: human beings, the ultrasocial mammals, whose brains are wired to respond to other people... (Monbiot, 2016).

According to the World Health Organization Report for 2001, about 450 million people are affected by some mental disorder, behavioral disorder or psychosocial problems that result from the abuse of psychoactive substances (WHO, 2001b). According to the same report, it is estimated that every fourth person will be affected by a mental disorder during their lifetime. Epidemiological studies indicate that mental disorders affect one third of the adult population each year (Kessler, 2008). Of the total burden of disease, about 14% is attributed to psychiatric disorders, mostly to depressive disorders and mental health disorders related to the abuse of psychoactive substances (Prince, 2007). Mental health disorders are among the top 10 causes of disability in both developed and underdeveloped countries (WHO, 2008).

A disturbed mental health leads to a form of disability, having a negative effect on the quality of life of the patient and the patient's family, emotional and economic difficulties, as well as some form of stigmatization and discrimination (Goffman, 2009). Mental disorders cause the poorer quality of life, alienation, long-term treatment, absence from work, unemployment, reduced productivity, and increased community expenditures (WHO, 2001a).

Mental illness affects the way a person thinks, behaves, feels and the relationships he/she has with other people. However, *not feeling well* does not mean having a mental illness, just as a weakened mental health does not always imply the existence of a mental illness. In the modern society, everyone sometimes feels stressed or overwhelmed by the discomfort that is currently in their life. Good mental health, in the end, does not imply that a person feels happy and confident and ignores the problems. Good mental health implies that a person is able to respond to such challenges and to overcome them in some way, despite how difficult they might be. In that sense, preserving relationships with others, preserving functionality in relation to everyday life, is often a positive sign of the preservation of mental health in a stressful situation that can disrupt the usual forms of emotional and

cognitive functioning for a shorter period of time. No social groups or individuals are immune to mental disorders, but the risk of mental health disorders is now higher with the vulnerable populations of the poor, the unemployed and among those with a low educational status, as well as among the victims of violence, migrants and refugees, children and adolescents, abused women and the elderly. Nowadays, mental health problems permeate the society as a whole, and the improvement of mental health has been a challenge to global development (Backović, 2010).

In the “WHA 65.4” resolution, it is emphasized that, in 2004, mental disorders were responsible for 13% of the global burden of disease, with the outcome of premature deaths combined with years of life in disabilities. In addition, it is highlighted that a large number of them could be prevented and that there has been an increasing amount of evidence on the efficiency and cost-effectiveness of interventions for the improvement of mental health and the prevention of mental disorders (see WHO Mental Health Gap Action Program). According to the WHO and World Bank report on the total burden of illness, it is emphasized that mental disorders, including suicide, are the second most frequent ones in the total burden of all diseases. Their share in the total burden of all diseases in 2000 was 12%, with a tendency of further growth, so it is predicted that the share of neuropsychiatric conditions as a share of the total burden of disease would be 15% in 2020 (WHO, 2001a).

### The cost of mental illness

[There is] *The economy of health – that is, the integration and improvement of health, health services and health consumption in the economic development of privileged societies.*  
(Foucault, 2001, p. 135)

Mental health, that is, its negative pole, mental illness, does not include only the number of diagnosed individuals, but also the wider impact of the lack of mental health on the overall quality of life of both the individual and the environment. Several approaches are used to calculate the burden of health, or disease, including mental illness. One approach is the *human capital cost*, and it includes both direct and individual indirect costs of that burden, but not all and not in a sufficient way. The second approach is the *lost economic growth*, according to which the cost of mental health can be quantified through economic indicators of its impact on gross national income. The basic idea of this approach is that the economic growth depends on labor and the capital, whereby both are negatively affected by illnesses. The capital is drained by health care expenditure, and the work process is drained due to disability and mortality. The impact on the work process is assessed by comparing the gross national income (GDP) with a hypothetical scenario that does not assume the burden of illness. Such estimates of the lost economic output relate more to somatic, and rarely to mental disorders. According to this approach, the impact of mental disorders on economic growth can be assessed only indirectly. The lost economic growth is first calculated for somatic illnesses and associated with the DALY<sup>6</sup> measure, or the number of years with the disability, and then

---

<sup>6</sup> Disability Adjusted Life Years.

projected for mental disorders using the relative size of the appropriate DALY parameters for other diseases. The next approach estimates the relationship between the risk of illness and the money that would be invested in reducing that risk. This type of measurement analyzes hypothetical situations in which people say how much they would be willing to pay in order to avoid certain risks. Assuming that the risk of death caused by depression is 15 to 1000, and assuming that there are measures that can reduce that risk to 5 to 1000, and if the members of a particular population are prepared to spend a certain amount of money on the reduction of that risk, then the measure of the value of (“statistical”) life is calculated for that population (Yerramilli, Bipet, 2012). However, this measure does not only represent the lost revenue, but it also contains information on the costs that would be invested in the factors related to disabilities caused by mental disorders.

Depending on the approach to measurement, the estimates and data show somewhat different numbers, but the economic costs of mental disorders are consistently higher than the costs of somatic illnesses, with a prediction of their increase in the next 15 years (Trautmann, Rehm, Wittchen, 2016). In an attempt to accurately determine the burden of particular diseases for society, the WHO, using DALY as a measure of burden, concluded that, by years of life altered due to disability or premature death, depression is in the second place relative to all diseases, immediately following the ischemic heart disease.

However, there are limitations and shortcomings of this approach to measurement and quantification. The DALY measure cannot satisfy the whole spectrum of burden brought by mental disorders. Namely, this measure does not include the burden that falls on family members, such as the time, effort and resources needed to care for the sick member, the loss of productivity at the individual level, the family level, and the wider social level, the consequences of illness in the form of causing some damage to others, comorbidity and emotional burden. Also, the cost of treatment cannot be fully calculated at its full economic cost. Indirect costs in this area are much higher than direct treatment costs. Direct costs are not as difficult to calculate. They relate to the cost of medicines, hospital stays, diagnostic procedures, the use of local resources in the community (if any), rehabilitation costs, and even non-medical costs relating to transport costs to medical or rehabilitation centers.

Indirect costs include costs due to unemployment, inability to gain education or a low education, social support costs, costs associated with the consequences of disability. Also, indirect costs represent the burden of homelessness, crime, suicide, murder, family caregivers, medical complications, early mortality, narcotics use, and other costs that can hardly be quantified, such as the emotional burden on the family members, for example. But there is also the unemployment due to the need to nurture and care for the ill person, social isolation, housing problems, the problems of transport, the consequences of divorce, poverty, a total reduction in the quality of life, other illnesses of the family member, etc.

The World Economic Forum estimated the direct and indirect costs of mental illness in its report on NCDs<sup>7</sup> (Table I). It said that “the global cost of mental illness was almost \$2.5 trillion (two-thirds in indirect costs) in 2010, with a projected increase to over \$6

---

<sup>7</sup> Non-communicable diseases.

trillion by 2030” (Yerramilli, Bipeta, 2012). The World Economic Forum report also provides comparisons across non-communicable diseases. The costs of mental health are the highest in terms of burden. Mental illnesses account for over half of the projected total economic burden of non-communicable diseases and 35% of the global loss of production. Costs of mental illnesses are expected to more than double by 2030.

Observing the ratio of direct and indirect costs of mental illness, a more than double the amount of indirect costs is notable, as well as a prediction of a rapid increase in total costs in the range of only twenty years.

The International Labor Organization, ILO, estimates that the cost of treating mental disorders in EU Member States amounts to 3-4% of gross national income (Backović, 2010). Since mental disorders generate the costs of long-term treatment and are associated with a decrease in productivity, in the opposite direction, they contribute to the development of poverty (Backović, 2010). It seems that this provides an important motivation for the society to react to the trend of the growth of known mental illnesses as well as a wider range of new mental health disorders that make individuals incapable of contributing to society, even for a shorter period of time.

Social capital has often been considered as a possible factor in explaining the differences in health in a given area or among groups of people (Amick et al, 1995; Baum, 1999; Patnam, 2008; Kawachi et al, 1997; Wilkinson, 1996; according to McKenzie, K., Whitley, R., Weich, S. 2002). According to some authors, social capital can play a significant role in the incidence and prevalence of mental illness (McKenzei, Whitley, Weich, 2002). In the European Union, about 165 million people are affected by mental disorders every year, usually anxiety, mood disorders and addiction (Trautman, Rehm, Wittchen, 2016, p. 1245). More than 50% of the total population in middle and high-income countries suffers from at least one mental disorder at some point in time. In this respect, it is evident that mental illness is not limited to a small group of predisposed people, but that it is a major public health problem with significant consequences for society as a whole (Trautman, Rehm, Wittchen, 2016, p. 1245). How did a mentally healthy individual become a social value? This issue could easily be tied to the economic benefits of a society in which productivity is based on the individual's working capacities. In that case, we would have an easy answer to the raised question which is reflected in the utilitarian motivation to provide the conditions for each individual to have those optimal conditions that enable him to realize his potential for the benefit of the society as a whole - which is again a Benthamite solution. However, the modern human environment seems to provide the individual with exactly the opposite conditions. High levels of everyday stress, a fast pace of life, loneliness, pollution, the demands to be competitive are just some of the prerequisites for the emergence of today's most widespread mental illnesses, depression, anxiety disorders, panic disorders, addiction illnesses. The question is how the social conditions promote mental health as a value. How do laws, declarations, action plans and other political and legal acts really help to promote the declared values of care about the individual's mental health and then of social well-being? Even a glimpse at current global political developments offers less than an optimistic scenario about the opportunities, readiness and determination to create conditions for the realization of sustainable development goals: poverty reduction, dignified work, economic growth, good health, the reduction of inequality, which hold some of the key prerequisites for mental health: equality, human rights, poverty reduc-

tion, access to education, etc. (Serbia and Agenda 2030 - Mapping the National Strategic Framework vis-a-vis the Sustainable Development Goal). Nevertheless, these objectives are recognized as guidelines for the states and governments that have accepted them and have committed themselves to their implementation. From the standpoint of the economy and society, these are concrete initial steps for focusing financial and other resources on greater mental health promotion and prevention at all three levels (primary, secondary and tertiary). Although slow, changes in specific institutional frameworks, as well as those at the level of paradigms of professions focused on preserving the mental health of the population, have been initiated.

### Mental health: prevention and social inclusion

*Where cure is not possible and an illness is chronic, prevention is important.*  
(McKenzie, Harpham, 2006, p. 12).

Aggression, violence, abuse of alcohol and drugs among young people, suicides and self-harm have become major social problems in recent decades. Although these forms of behavior had existed earlier, they were viewed as problems of the individual, who should be treated, locked, changed. Over time, with the rise of the number of individuals experiencing such problems, noting that the problems of individuals spill into the family and then society, the idea about the need to prevent and recognize the factors which can be influenced and which lead to a decline in individual's health began to emerge. In this sense, the prevention of mental illness aims to reduce the incidence, prevalence, and recurrence of mental illnesses, and to reduce the time spent with the symptoms, or to reduce the risk of mental illness, to delay the return of the disease and reduce the impact of illness to the person and his/her quality of life (Mrazek, Haggerty, 1994).

Although the society of Western Europe has developed different technologies directed towards mental health and illness throughout history, they were most visible through exclusion (Foucault, 2013). In social interactions, this was manifested through stigmatization and often self-stigmatization of the ones who needed treatment or who at one point became dysfunctional for performing work or other social demands. Even today, different forms of exclusion have additional negative effects on the ability to improve the mental health for many individuals. This is reflected in a reduced ability to participate in the community, through constraints in establishing contacts and interactions with the family, in the work engagement, in education, and the like. The idea of inclusion has emerged as a novelty in terms of understanding each person who is different, even those who show some difficulties in mental functioning.

With the idea of inclusion – whose primary goal is the destigmatization of differences – the prevention and a new insight into the role of society and social responsibility towards the mental health of the individual became increasingly important. Changes in the criminal policy, attempts to control and combat crime, engagement in the protection of women and children against violence, appeals for the legalization of certain psychoactive substances, suicide prevention initiatives, counseling services and a growth in the number of experts supporting children, youth and the family, represent numerous initiatives to

develop and preserve mental health and change the attitude towards all that is different in the direction of tolerance and acceptance. Numerous methods and techniques, now available on the Internet, are offered to individuals who have problems in their day-to-day functioning, productivity, and achieving the state of well-being, from which one can contribute to the community. The interest in various techniques and methods of achieving happiness and well-being has been on the rise, but the level of stigmatization has not decreased proportionally. Especially in smaller environments.

Social inclusion promotes values based on human rights, equality, and possibility of participation in social life for each individual. Advocating the idea that the society is the one that is obliged to provide equal rights to each individual for access to health and education systems, equal opportunities for participation in the community life (social model), unlike the approach that sets the individual as responsible to adapt himself to the offered system of social functioning (medical model), represents a significant shift from the responsibility of the individual for his quality of life and well-being towards the responsibility of the society for the welfare of the individual. At the same time, this new approach to understanding and perceiving diversity is a step forward towards the process of destigmatization of mental disorders and the mentally ill. By taking responsibility for the well-being of the citizens, the state and society can create policies and practices through which they directly encourage the preservation of the social capital of the individual, his/her family and the community, taking into account the specificities of the geographical area, culture and characteristics of the population.

## Conclusion

In this paper, through the concept of the social cost of mental health, we have presented dominant models of perception of mental health and mental illness. A discussion on the models that estimate the number and the economic burden of socially non-functional individuals (calculating the economic burden of the mentally ill) directly introduces the issue of mental health as a desirable social value. The presented data on the epidemiological situation of mental disorders were connected with the assumption that individuals' mental health is in the function of the degree of integration and solidarity within society (advocated by sociology from its classical period), which has been part of the general Western-European biopolitical strategy for the preservation of safety and health of the population for more than two centuries. In this sense, society is interested in the health of the individual as much as in the value of his/her productivity. Taking into account the predictions about a high likelihood that almost every person experiences a form of mental illness during his or her life, the cost of mental health increases and becomes one of the values with economic indicators. Thus, mental health necessarily acquires both its social costs and social implications, reflected in the (bio)psychopolitical measures taken by society in order to preserve mental health and give importance to its maintenance.

Since the economic and social costs of mental health can no longer be clearly separated in the modern society, and since they have their common utilitarian roots, constant biopolitical calculations with the cost of mental health represent the reality both individuals and societies live in. A new type of calculus, expressed in psychopolitics over the past decades, is an expected response of the entire global institutional order, with all its medical

and preventive mechanisms, to the growing number of people requiring some sort of help in the treatment or maintenance of mental health. Once again, it is necessary to emphasize that by taking responsibility for the biological and mental well-being of its citizens, states and societies of the global order try to create policies and practices through which they directly encourage the preservation of the social capital of the individual, the family and the community. However, these new policies must be based on the respect for various specificities of the geographical area, culture, language, tradition and historically conditioned characteristics.

#### REFERENCES / ЛИТЕРАТУРА

- Abbott, A. (1999). *Department and Discipline: Chicago Sociology at One Hundred*. Chicago: Chicago University Press.
- Aneshensel, C. S. (2015). Sociological Inquiry into Mental Health: The Legacy of Leonard I. Pearlin. *Journal of Health and Social Behavior* vol. 56 (2), 166–178.
- Backović, D. (2010). Mental health and mental hygiene between the two millennia. *Medicinski pregled*, Vol. LXIII (11-12), 833-838 [In Serbian]
- Braudel, F. (1992). *The Structures of Everyday Life: The Limits of the Possible*. Zagreb: AC. [In Croatian]
- de Sutter, L. (2018). *Narcocapitalism: Life in the Age of Anaesthesia*. Cambridge: Polity.
- Dohrenwend, B. P., Dohrenwend, B. S. (1969). *Social Status and Psychological Disorder*. New York: Wiley.
- Durkheim, E. (1997). *Suicide: a study in sociology*. Beograd: BIGZ [In Serbian]
- Durkheim, E. (2012). *The Rules of Sociological Method*. Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Esposito, R. (2008). *Bios: Biopolitics and Philosophy*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Faris, R.E.L., Dunham, W.H. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fisher, M. (2009). *Capitalist Realism: Is There No Alternative?* Ropley, UK: O Books.
- Foucault, M. (1990). The Dangerous Individual. In: Kritzman, L. D. (ed.) *Michel Foucault: Politics, Philosophy, Culture* (125–151). New York and London: Routledge.
- Foucault, M. (1998). *Society Must Be Defended*. Novi Sad: Svetovi [In Serbian]
- Foucault, M. (2001). The Birth of Social Medicine, In: Faubion, J. (ed.) *Essential Works of Foucault 1954–1984: Power* (134–156). New York: The New Press.
- Foucault, M. (2005). *The Birth of Biopolitics*. Novi Sad: Svetovi [In Serbian]
- Foucault, M. (2006). *The History of Sexuality: The Will to Knowledge*: Loznica: Karpos [In Serbian]
- Foucault, M. (2009). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Foucault, M. (2012a). Lecture: 7 January 1976. In: *Michel Foucault, Power/Knowledge* (83–96). Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Foucault, M. (2012b). The politics of health in the eighteenth century, In: *Michel Foucault, Power/Knowledge* (147–162). Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]

- Foucault, M. (2013). *History of Madness*. Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Foucault, M. (2014). *Security, Territory, Population*. Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Goffman, E. (2009). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Goffman, E. (2011). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Goldstein, M. S. (1979). The Sociology of Mental Health and Illness. *Annual Review of Sociology* vol. 5, 381–409.
- Hacking, I. (1991). How should we do the history of statistics? In: Burchell, G, Colin, C and Miller, P. (eds.) *The Foucault Effect* (181–196). Chicago: The University of Chicago Press.
- Harvey, D. (2012). *A Brief History of Neoliberalism*. Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Hollingshead, A. B, Redlich, F. C. (1953). Social Stratification and Psychiatric Disorders. *American Sociological Review* vol. 18 (2), 163–169
- Hollingshead, A. B, Redlich, F. C. (1954). Social Stratification and Schizophrenia. *American Sociological Review* vol. 19 (3), 302–306.
- Hudson, C. G. (1988). The Social Class and Mental Illness Correlation: Implications of the Research for Policy and Practice. *The Journal of Sociology & Social Welfare* vol. 15, (1), 27–54.
- Hughes, E. C. (2012). Social Change and Status Protest: An Essay on the Marginal Man. In: Marinković, D. (ed.) *Chicago School of Sociology 1920–1940* (97–108). Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Jacobs, J. (2011). *The Death and Life of Great American Cities*. Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Jović, V, Palibrk, Lj, Mirkov, J. (2016). *Manual for the Establishment and Development of Centers for the Protection of Mental Health*. Belgrade: Helsinki Committee for Human Rights [In Serbian]
- Kivisto, P. (1998). *Key Ideas in Sociology*. London: SAGE Publications.
- Kessler, R. C, Üstün, T. B. (2008). (eds.). *The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Kolappa, K, Henderson, D, Kishore, SP. (2013). No physical health without mental health: lessons unlearned? *Bulletin of the World Health Organization* vol. 91 (3-3A). doi: [10.2471/BLT.12.115063](https://doi.org/10.2471/BLT.12.115063)
- Law on Social Protection, Official Gazette of RS, no. 24/2011; Available at <http://www.minrz.gov.rs/filesoc/porodica/Zakon%20o%20socijalnoj%20zastiti.pdf> [In Serbian]
- Lečić Toševski, D, Čurčić, V, Grbeša, G, i sar. (2005). Protection of mental health in Serbia - challenges and solutions *Psihijatrija danas*. Suppl. vol. 37 (1), 9–15 [In Serbian]
- Lemke, T. (2014). The Risks of Security: Liberalism, Biopolitics, and Fear. In: Lemm, V, Vatter, M. (eds.) *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism* (59–74). New York: Fordham University Press.
- Lemm, V, Vatter, M. (2014). Introduction. In: Lemm, V, Vatter, M. (eds.) *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism* (1–13). New York: Fordham University Press.

- Marinković, D, Ristić, D. (2017). Genealogy of The Transformations of Class Strategies: To See, To Speak, To Know. *Sociologija* vol. 49 (3), 253–274 [In Serbian]
- Marinković, D, Ristić, D. (2018). Geopistemology of the “dangerous individual”: Spaces of incarceration as dispositives. *Sociologija* vol. 60 (4), 730–748 [In Serbian]
- Marks, R. B. (2007). *The Origins of the Modern World: A Global and Ecological Narrative from the Fifteenth to the Twenty-first Century*. Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- McKenzei, K., Harpham, T. (2006). *Social Capital and Mental Health*. London & Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- McKenzie, K., Whitley, R., Weich, S. (2002). Social capital and mental health. *British Journal of Psychiatry* vol. 181, 280-283.
- Merton, R. K. (1938). Social Structure and Anomie, *American Sociological Review* vol. 3 (5), 672–682.
- Monbiot, G. (2016). Neoliberalism Is Creating Loneliness (Retrieved: 10.01.2019.) Available at <https://www.theguardian.com/commentisfree/2016/oct/12/neoliberalism-creating-loneliness-wrenching-society-apart>
- Mrazek, P.J., Haggerty, R.J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy Press.
- Muhle, M. (2014). A Genealogy of Biopolitics: The Notion of Life in Canguilhem and Foucault. In: Lemm, V, Vatter, M. (eds.) *The Government of Life: Foucault, Biopolitics, and Neoliberalism* (77–97). New York: Fordham University Press.
- Park, R. E. (2012). Cultural conflict and marginal man. In: Marinković, D. (ed.) *Chicago School of Sociology 1920-1940* (109–114). Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Prince, M, Patel, V, Saxena, S, Maj, M, Maselko, J, Phillips M, et al. (2007). No health without mental health. *Lancet* vol. 370 (9590), 859–877.
- Putnam, R. D. (2008). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Queen, S. A. (1940). The Ecological Study of Mental Disorders. *American Sociological Review* vol. 5 (2), 201–209.
- Rose, N. (2001). The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society* vol. 18 (6), 1–30.
- Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future: The Politics of Mental Health*. Cambridge: Polity.
- Savićević, M. (1969). Mental hygiene. In: Savićević M. (ed.) *Hygiene and Social Medicine* (595–605). Beograd: Medicinska knjiga [In Serbian]
- Schroeder, C. W. (1942). Mental Disorders in Cities. *American Journal of Sociology* vol. 48 (1), 40–47.
- Scull, A. (ed.). (2014). *Cultural Sociology of Mental Illness: Guide*. University of California, San Diego: Sage.
- Serbia and Agenda 2030 - Mapping the National Strategic Framework with respect to the Sustainable Development Goals. Available at <https://rsjp.gov.rs/wp-content/uploads/2017/11/Agenda-UN-2030.pdf> [In Serbian]
- Simmel, G. (2008). The Metropolis and Mental Life. In: Marinković, D. (ed.) *Georg Simmel: 1858-2008* (280–290). Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Stonequist, E. V. (2012). The Problem of the Marginal Man. In: Marinković, D. (ed.) *Chicago School of Sociology 1920-1940* (115–128). Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]

- Strategy for Development of Mental Health Protection (Official Gazette of RS, No. 8/2007) Available at [https://www.osobesainvaliditetom.rs/attachments/016\\_STRATEGIJA%20razvoja%20za%C5%A1tte%20mentalnog%20zdravlja.pdf](https://www.osobesainvaliditetom.rs/attachments/016_STRATEGIJA%20razvoja%20za%C5%A1tte%20mentalnog%20zdravlja.pdf) [In Serbian]
- Thomas, W. I. (2012). The Unadjusted Girl. In: Marinković, D. (ed.) *Chicago School of Sociology 1920-1940* (129–160). Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Trautmann, S, R. J, Wittchen, H.U. (2016). The Economic Costs of Mental Disorders: Do Our Societies React Appropriately to the Burden of Mental Disorders? *EMBO reports* vol. 17 (9), 1245–1249.
- Wheaton, B. (2001). The Role of Sociology in the Study of Mental Health...and the Role of Mental Health in the Study of Sociology. *Journal of Health and Social Behavior* vol. 42 (3), 221–234.
- WHO (2001a). *Strengthening Mental Health Promotion*. Geneva: World Health Organization, Fact sheet, No. 220.
- WHO (2001b). *The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). *World Health Report 2001 – mental health, new understanding, new hope*. Belgrade: Institute for Mental Health. [In Serbian]
- WHO (2008). *The Global Burden of Disease: 2004 update*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Mental Health Gap Action Programme Available at <https://www.who.int/mentalhealth/mhgap/en/>
- Wirth, L. (2012). Urbanism as a Way of Life. In: Marinković, D. (ed.) *Chicago School of Sociology 1920-1940* (27–50). Novi Sad: Mediterran Publishing [In Serbian]
- Yerramilli, SR. S, Bipeta, R. (2012). Economics of mental health: Part I – Economic consequences of neglecting mental health – an Indian perspective. *APJ Psychol Med* vol. 13 (2), 80–6.

## APPENDIX / ПРИЛОЗИ

Табела 1. Укупни трошкови менталног здравља у 2010. и пројекција за 2030. (адаптирано према: Yerramilli, Bipeta, 2012). Подаци су приказани у милијардама долара (LMIC= low and middle income countries – земље са ниским и средњим доходима; HICs: High income countries – земље са високим доходима)\*

Table 1. Total mental health costs in 2010 and projections for 2030 (adapted according to: Yerramilli, Bipeta, 2012). The data are presented in billions of dollars (LMIC = low and middle income countries; HICs: High income countries)\*\*

	LMIC			HIC			Свет / The world		
	Директни трошкови/ Direct costs	Индиректни трошкови/ Indirect costs	укупно/ Total	Директни трошкови/ Direct costs	Индиректни трошкови/ Indirect costs	Укупно/ Total	Директни трошкови/ Direct costs	Индиректни трошкови/ Indirect costs	укупно/ Total
2010	287	583	870	536	1,088	1,624	823	1,671	2,493
2030	697	1,416	2,113	1,298	2,635	3,933	1,995	4,051	6,046

\* Списак земаља LMIC и HIC видети на: <https://wellcome.ac.uk/funding/guidance/low-and-middle-income-countries;https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

\*\* See the list of LMIC and HIC countries at: <https://wellcome.ac.uk/funding/guidance/low-and-middle-income-countries;https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

← НАЗАД

← BACK