

UNIVERZITET U BEOGRADU

FILOZOFSKI FAKULTET

Jelena R. Vukićević

**KULTURNA KONCEPTUALIZACIJA
ZDRAVSTVENIH RIZIKA KAO
SREDSTVO DRUŠTVENE KONTROLE
NA PRIMERU ZAKONSKOG
REGULISANJA UPOTREBE ALKOHOLA
I DUVANA U SAVREMENOJ SRBIJI**

doktorska disertacija

Beograd, 2015

UNIVERSITY OF BELGRADE

FACULTY OF PHILOSOPHY

Jelena R. Vukićević

**CULTURAL CONCEPUTALIZATION OF
HEALTH RISKS AS A MEAN OF SOCIAL
CONTROL IN A CASE OF LEGAL
REGULATION OF ALCOHOL AND
TOBACCO USE IN CONTEMPORARY
SERBIA**

doctoral thesis

Belgrade, 2015

MENTOR: dr Bojan Žikić, redovni profesor
Filozofski fakultet
Univerzitet u Beogradu

ČLANOVI KOMISIJE:

DATUM ODBRANE:

**KULTURNA KONCEPTUALIZACIJA ZDRAVSTVENIH RIZIKA KAO SREDSTVO
DRUŠTVENE KONTROLE NA PRIMERU ZAKONSKOG REGULISANJA UPOTREBE
ALKOHOLA I DUVANA U SAVREMENOJ SRBIJI**

REZIME:

Polaznu tačku u ovom istraživanju čini savremena preokupacija zdravljem i rizicima po zdravlje koja se, iako do skora pretežno karakteristična za razvijena zapadna društva, danas postepeno širi u sve krajeve sveta. U Srbiji se danas takođe može zapaziti postepeno fomiranje društvene svesti o značaju zdravlja koja se ispoljava u vidu uvećanja diskursa o zdravlju i rizicima po zdravlje, sve zastupljenijoj tendenciji među građanima Srbije da putem informisanja o rizicima po zdravlje i izbegavanjem njihovog preduzimanja nastoje da poboljšaju svoje zdravstveno stanje, ali i vidu skorašnjeg uvođenja i sprovođenja zakona koji nastoje da umanje mogućnost izlaganja stanovništva rizicima po zdravlje, kao što su Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu koji važi na republičkom nivou, odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 (23) do 06 sati usvojena u Beogradu, Zrenjaninu, Šapcu i Novom Sadu i odluka prema kojoj je trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjeno da rade u vremenu od 22 do 06 sati koja je na snazi u Kragujevcu. Uvođenje ovih zakona pokrenulo je brojne debate u javnosti u kojima su učestovali različiti društveni akteri. U tim debatama protivnici ovih zakonskih akata ukazali su na nesklad između njihovih proklamovanih ciljeva i mera koje predlažu radi njihovog ostvarenja zbog čega se, kako su oni istakli, ovi zakoni ne mogu shvatiti kao sredstva koja imaju za cilj poboljšanje zdravlja i bezbednosti stanovništva, kao i da ovi zakoni diskrimišu osobe koje puše i konzumiraju alkohol, posebno one koji pripadaju određenim društveno nepriviligovanim grupama, i da su diskriminacija i stigmatizacija nešto sa čime se pušači u Srbiji danas svakodnevno susreću.

Teme kojih su se protivnici ovih zakona dotakli su dobro proučene u zapadnim društvima i najčešće se dovode u vezu sa savremenom veštinom upravljanja koja se sprovodi putem diskursa rizika. U okviru ovog pristupa u proučavanju rizika,

inspirisanim delom Mišela Fukoa, ističe se da se upravljanje pojedincima u savremenim neoliberalnim društvima ne odvija putem direktne intervencije državne vlasti, već da podrazumeva integrisanost tehnologija moći koje se nad pojedincima sprovode u tehnologije sopstva putem kojih oni utiču na sebe, a da u njima najznačanije mesto zauzima izbegavanje praktikovanja rizičnog ponašanja, posebno onog koje negativno utiče na zdravlje. Izbegavanje preduzimanja rizika podstiče se predstavljanjem ovakvog načina ponašanja kao onog koji je u najboljem interesu za pojedinca, ali i društvo u celini, uz navođenje naučnih činjenica kao argumenata koji govore u prilog tome. Diskurs rizika ne samo da definiše norme koje bi trebalo da rukovode ponašanjem pojedinaca nego i načinu ponašanja koji zagovara pridaje moralnu vrednost. Izbegavanje rizika, koje se postiže putem kontinuiranog uvećanja znanja o rizicima i posledicama koje oni za sobom povlače i putem neprekidne samokontrole u ponašanju u nastojanju da se oni izbegnu, tumači se kao odraz odgovornosti prema sebi i drugima, kao odraz težnje ka unapređenju sopstvenog života i života drugih ljudi, kao oblik staranja o sebi, dok se preduzimanje rizika i praktikovanje rizičnih oblika ponašanja tumače kao iracionalni, neodgovorni, kao posledica nezainteresovanosti, nedostatka volje ili kao nemogućnost samokontrole koji dovode u pitanje ne samo kvalitet života pojedinaca koji praktikuju ove oblike ponašanja nego i ostalih pripadnika društva. Na taj način, putem proizvodnje straha i nesigurnosti u društvu, diskurs rizika pruža opravdanje za osudu, stigmatizaciju, marginalizaciju, nadgledanje i kontrolisanje individua koje praktikuju rizične oblike ponašanja.

Izneta zapažanja o nelogičnostima sadržanim u zakonskim aktima kojima vlasti u Srbiji nastoje da ograniče upotrebu alkohola i duvana među odraslim osobama, kao i izlaganje celokupnog stanovništva direktnim i indirektnim negativnim posledicama ovih praksi, zajedno sa sve većom preokupacijom zdravljem među građanima Srbije i zapažanja brojnih autora o karakteru i funkcijama ove pojave bila su vodilja u ovom istraživanju čiji je cilj bio da otkrije na koji su način upotreba alkohola i duvana kulturno konceptualizovani u savremenoj Srbiji, a onda i da razmotri društvene i političke implikacije ovih tumačenja, kao i uzroke skorašnje inicijative vlasti u Srbiji da

zakonskim putem pokuša da ograniči upotrebu pomenutih supstanci među odraslim stanovništvom. U skladu sa ovim zapažanjima i pitanjima na koje je ovo istraživanje pokušalo da pruži odgovor u njemu se pošlo od dve pretpostavke. Jedna od pretpostavki jeste da značenja koja se pridaju upotrebi alkohola i duvana i drugim zdravstvenim rizicima predstavljaju društvene i kulturne konstrukte oblikovane pod uticajem socio-kulturnog konteksta, odnosno da ona nikada nisu u potpunosti utemeljena na saznanjima iz oblasti biomedicine koja je i sama, kao i bilo koji drugi medicinski sistem, socio-kulturni sistem – onaj koji je oblikovan pod uticajem kulturnih vrednosti i uverenja, ukorenjen u širi društveni i istorijski kontekst. Druga pretpostavka od kojeg se u ovom istraživanju pošlo jeste da se tumačenja koja se u savremenoj Srbiji pridaju upotrebi alkohola i duvana mogu shvatiti kao sredstva koja imaju za cilj da pojedince podstaknu da izbegavaju da praktikuju ovakave načine ponašanja koji se u društvu definišu kao nepoželjni, kao i da koriguju i disciplinuju one pojedince koji to ne čine, pogotovo one koji pripadaju određenim grupama koje u društvu ne poseduju moć u okviru kojih se identifikuje praktikovanje ovakvih načina ponašanja i da se u tom kontekstu o njima može govoriti kao o sredstvima neoliberalne veštine upravljanja koja se sprovodi putem diskursa rizika. U radu su ove pretpostavke ispitane diskurzivnom analizom građe sačinjene iz zakonskih akata koji nastoje da ograniče upotrebu alkohola i duvana među odraslim stanovništvom Srbije, njihove medijske reprezentacije i transkripta sednica Narodne skupštine na kojima je raspravljano o Predlogu zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu prilikom čega je kao teorijski okvir istraživanja korišćena kombinacija već pomenute governmentalističke teorije rizika, antropologije javnih politika i kritičke medicinske antropologije. Primena ovih teorijskih pristupa, koji dele interesovanje za proučavanje odnosa moći i režima upravljanja pojedincima koji su svojstveni kapitalizmu i neoliberalizmu, omogućava da skorašnja inicijativa vlasti u Srbiji da zakonskim putem reguliše upotrebu alkoholu i duvana među odraslim stanovništvom bude kritički preispitana, sagledana van diskursa o zaštiti stanovništva od delovanja štetnih supstanci u okviru kojeg se u društvu uobičajeno tumači i dovedena u vezu sa pitanjima moći, kontrole, discipline i

savremenim režimima upravljanja pojedincima, kao i sa procesima post-socijalističke društvene transformacije i evropskih integracija kroz koje Srbija trenutno prolazi.

KLJUČNE REČI: rizik, zdravlje, alkohol, duvan, kulturna konstrukcija, neoliberalizam, veština upravljanja, Srbija, post-socijalistička društvena transformacija

NAUČNA OBLAST: Etnologija i antropologija

UŽA NAUČNA OBLAST: Etnologija i antropologija

UDK: 572.024:[613.81+613.84(497.11)]

CULTURAL CONCEPTUALIZATION OF HEALTH RISKS AS A MEAN OF SOCIAL CONTROL IN A CASE OF LEGAL REGULATION OF ALCOHOL AND TOBACCO USE IN CONTEMPORARY SERBIA

SUMMARY:

The starting point of this research is contemporary preoccupation with health and health risks that, although until recently predominantly a characteristic of developed western societies, today is gradually spreading throughout the world. Gradual formation of social awareness of importance of health can also be seen in Serbia today and it is manifested in the form of increase of discourses of health and health risks, ever more accepted tendency among citizens of Serbia to improve their health condition by informing about health risks and by avoiding their undertaking, but also in recent introduction and implementation of laws that seek to minimize likelihood of exposure of population to health risks, such as the Law on protection of population from exposure to tobacco smoke adopted on national level, the act that prohibits sale of alcoholic beverages in retail stores in period from 22 (23) to 06 hours adopted in Belgrade, Zrenjanin, Šabac and Novi Sad and the act according to which retail stores that sell alcoholic beverages are prohibited from working in period from 22 do 06 hours adopted in Kragujevac. Introduction of these legal acts has launched a major public debate in which various social actors participated. In these debates opponents of these legal acts have indicated to discrepancy between their proclaimed goals and means proposed for their achievement for which these laws, as they pointed out, cannot be understood as means aimed for improving health and safety of population and that these laws discriminate against people who smoke and drink alcohol, especially those who belong to certain disadvantaged groups, and that discrimination and stigmatization are something that smokers in Serbia face every day.

Topics emphasized by the opponents of these laws are well-studied in western societies and are most often associated with contemporary art of

government/governmentality which is carried out through discourse of risk. In this approach in the study of risk inspired by work of Michel Foucault, it is stated that the administration of individuals in contemporary neoliberal societies is not carried out through direct intervention by state authorities, but involves integration of technologies of power which are exercised on individuals in technologies of self by which they influence themselves, and the most prominent place in these technologies occupies avoidance of practicing risky behaviors, especially those that have adverse effect on health. The avoidance of risk taking is encouraged by presenting such behavior as one that is in the best interest of individual, but also to society as a whole, which is accompanied by stating scientific facts as arguments in favor of it. The discourse of risk does not only define norms that should guide human behavior, but also attaches moral value to manner of behavior that advocates. Risk avoidance, which is achieved through continuous increase of knowledge about risks and consequences that they entail and through continuous self-control in order to avoid them, is interpreted as manifestation of responsibility towards self and others, as reflection of aspirations towards improvement of one's own life and life of others, as form of caring for oneself, while risk-taking and practicing of risky behaviors are interpreted as irrational, irresponsible, as a result of lack of interest, lack of willpower or inability to exercise self-control that calls into question not only quality of life of individuals who practice these behaviors, but also quality of life of other members of society. In that way, by producing fear and insecurity in society, the discourse of risk provides justification for condemnation, stigmatization, marginalization, surveillance and control of individuals who practice risk behaviors.

Presented observations of discrepancies contained in legal acts by which authorities in Serbia are trying to limit alcohol and tobacco use among adults, as well as the exposure of entire population to direct and indirect negative consequences of these practices, together with the increasing preoccupation with health among citizens of Serbia and observations of numerous authors on character and functions of this phenomenon, was guiding principle in this study whose objective was to discover ways

in which alcohol and tobacco use are culturally conceptualized in contemporary Serbia and then to consider the social and political implications of these interpretations, as well as causes of recent initiatives by authorities of Serbia to attempt to restrict use of these substances among adult population using legal measures. In accordance with these observations and questions to which it attempts to provide an answer, this research rests on two assumptions. One of these assumptions is that meanings attributed to alcohol and tobacco use and to other health risks are social and cultural constructs formed under influence of socio-cultural context and that they are never fully based on findings of biomedicine which itself is, as any other medical system, socio-cultural system – one that is formed under influence of cultural values and beliefs, rooted in wider social and historical context. The second assumption of this research is that interpretations of alcohol and tobacco use in contemporary Serbia can be understood as means that aim to encourage individuals to avoid practicing these kinds of behavior which are defined as socially undesirable as well to correct and discipline those individuals who do not act in accordance with this principle, especially those who belong to certain powerless social groups within the practice of such behavior is identified, and that in this context they may be referred to as means of neoliberal governmentality which is carried out through the discourse of risk. In this research these assumptions are examined by discursive analysis of material that form legal acts that tend to limit alcohol and tobacco use among adult population of Serbia, representation of these acts in media and transcripts of sessions of the National Assembly at which the Draft law on protection of population from exposure to tobacco smoke was discussed, whereupon a combination of aforementioned governmentality approach in the study of risk, anthropology of public policy and critical medical anthropology was used as theoretical framework of research. In this research application of these theoretical approaches, which share interest in the study of power relations and contemporary regimens of administration of individuals inherent to capitalism and neoliberalism, allow for recent initiatives of government in Serbia to regulate alcohol and tobacco use among adult population by legal means to be critically

examined, observed outside the discourse of protection of population from effects of harmful substances which is usually employed in their interpretation in society and brought in connection with issues of power, control, discipline and contemporary regimens of the administration of individuals, as well as with process of post-socialist transformation of society and European integration process through which Serbia is currently undergoing.

KEYWORDS: risk, health, alcohol, tobacco, cultural construction, neoliberalism, governmentality, Serbia, post-socialist transformation of society

SCIENTIFIC FIELD: Ethnology and anthropology

SCIENTIFIC SUBFIELD: Ethnology and anthropology

UDC: 572.024:[613.81+613.84(497.11)]

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. PROUČAVANJE ALKOHOLA, DUVANA I ZDRAVSTVENIH RIZIKA U ANTROPOLOGIJI	26
2. 1. PROUČAVANJE ALKOHOLA U SVETSKOJ ANTROPOLOGIJI.....	27
2. 2. PROUČAVANJE DUVANA U SVETSKOJ ANTROPOLOGIJI.....	43
2. 3. PROUČAVANJE ZDRAVSTVENIH RIZIKA U SVETSKOJ ANTROPOLOGIJI.....	53
2. 4. PROUČAVANJE ALKOHOLA, DUVANA I ZDRAVSTVENIH RIZIKA U SPRSKOJ ETNOLOGIJI I ANTROPOLOGIJI.....	61
3. TEORIJSKO-METODOLOŠKI OKVIR	68
3. 1. GOVERNMENTALISTIČKA TEORIJA RIZIKA	69
3. 1. 1. OSNOVE GOVERNMENTALISTIČKE TEORIJE RIZIKA: LIBERALNA VEŠTINA UPRAVLJANJA U DELU MIŠELA FUKOA.....	71
3. 1. 1. 1. Liberalizam kao političko-ekonomska ideologija i kao veština upravljanja: osnovne karakteristike	71
3. 1. 1. 2. Tehnologije moći liberalne veštine upravljanja – disciplina i biopolitika.....	76
3. 1. 2. GOVERNMENTALISTIČKA TEORIJA RIZIKA: OSNOVNE TEZE I KONCEPTI.....	80
3. 1. 2. 1. Neoliberalizam kao političko-ekonomska ideologija i kao veština upravljanja: osnovne karakteristike	81
3. 1. 2. 2. Diskurs rizika kao sredstvo neoliberalne veštine upravljanja.....	87
3. 1. 2. 3. Epidemiološki rizici i neoliberalna veština upravljanja	93

3. 1. 2. 4. Primena governmentalističke teorije rizika u kontekstu savremene Srbije.....	101
3. 2. ANTROPOLOGIJA JAVNIH POLITIKA.....	104
3. 3. KRITIČKA MEDICINSKA ANTROPOLOGIJA.....	114
3. 3. 1. RAZVOJ I OSNOVNE PRETPOSTAVKE KRITIČKE MEDICINSKE ANTROPOLOGIJE.....	116
3. 3. 2. KLJUČNI KONCEPTI I TEME U OKVIRU KRITIČKE MEDICINSKE ANTROPOLOGIJE.....	123
3. 3. 2. 1. Zdravlje.....	123
3. 3. 2. 2. Bolest.....	124
3. 3. 2. 3. Iskustvo bolesti.....	125
3. 3. 2. 4. Medicinski sistem.....	126
3. 3. 2. 5. Medicinski pluralizam.....	127
3. 3. 2. 6. Biomedicina.....	128
3. 3. 2. 7. Medikalizacija.....	131
3. 3. 2. 8. Medicinska hegemonija.....	132
3. 3. 2. 9. Sindemija.....	135
3. 3. 3. PRIMENA PERSPEKTIVE KRITIČKE MEDICINSKE ANTROPOLOGIJE U OVOM ISTRAŽIVANJU.....	136
4. ISTRAŽIVANJE.....	140
5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA.....	150
5. 1. KULTUNA KONCEPTUALIZACIJA PUŠENJA U SAVREMENOJ SRBIJI.....	151
5. 1. 1. U TERMINIMA MORALA – PUŠENJE IZMEĐU POŠASTI, POROKA, BOLESTI VOLJE I ADIKCIJE.....	155
5. 1. 1. 1. Razmera katastrofe – pušenje kao pošast i zlo.....	159
5. 1. 1. 2. Praksa bezobzirnih: pušenje kao oblik tiranije nad nepušačima.....	163
5. 1. 1. 3. „Stvar discipline volje“ – pušenje kao bolest volje.....	168

5. 1. 1. 4. Rđava navika pušenja, karakterna anomalija	174
5. 1. 1. 5. Sa one strane morala – pušenje kao porok.....	179
5. 1. 1. 6. Pušenje kao bolest zavisnosti (neurološko-biološkog porekla).....	184
5. 1. 2. OSTALE PREDSTAVE O PUŠENJU I FAKTORIMA KOJI UČESTVUJU U ETIOLOGIJI PUŠENJA.....	199
5. 1. 2. 1. U edukaciji je spas: nedovoljna informisanost o štetnosti pušenja kao (jedino logično) objašnjenje za pušenje	200
5. 1. 2. 2. Ne tako negativna pojava: postizanje zadovoljstva i drugi pozitivni aspekti pušenja	210
5. 1. 3. IZUZECI OD PRAVILA – TUMAČENJE PUŠENJA U SPECIFIČNIM KONTEKSTIMA I MEĐU ODREĐENIM KATEGORIJAMA PUŠAČA.....	227
5. 1. 3. 1. Tumačenje pušenja među mladima.....	228
5. 1. 3. 2. Tumačenje pušenja među ženama, trudnicama i (budućim) majkama.....	241
5. 1. 3. 3. Varijeteti u pogledu zakonskih propisa o pušenju u različitim zatvorenim javnim i radnim prostorima i među različitim kategorijama osoba koje u njima borave.....	252
5. 1. 3. 3. 1. Zabrana pušenja u zatvorenom javnom i radnom prostoru.....	253
5. 1. 3. 3. 2. Propisi o pušenju u igračnicama.....	266
5. 1. 3. 3. 3. Propisi o pušenju u ugostiteljskim objektima za ishranu i piće.....	271
5. 1. 3. 3. 4. Propisi o pušenju u ustanovama socijalne zaštite, psihijatrijskim bolnicama i na psihijatrijskim odeljenjima, na odeljenjima i u ustanovama za palijativnu negu i u ustanovama za izvršenje zavodskih sankcija.....	279
5. 1. 4. DENORMALIZACIJA PUŠENJA KAO STRATEGIJA JAVNOG ZDRAVLJA U TEORIJI I PRAKSI.....	292

5. 1. 4. 1. Denormalizacija pušenja kao strategija javnog zdravlja u teoriji.....	292
5. 1. 4. 2. Strategija denormalizacije pušenja u Srbiji: primena i efekti.....	294
5. 1. 4. 3. Denormalizacija pušenja kao primer delovanja neoliberalne veštine upravljanja	310
5. 1. 5. KONSTRUISANJE PUŠENJA KAO DRUŠTVENOG PROBLEMA.....	316
5. 2. KULTUNA KONCEPTUALIZACIJA UPOTREBE ALKOHOLA U SAVREMENOJ SRBIJI.....	328
5. 2. 1. MLADI POD RIZIKOM I MLADI KAO IZVOR RIZIKA: PROBLEMATIZACIJA UPOTREBE ALKOHOLA MEĐU MLADIMA.....	333
5. 2. 1. 1. Mladi pod rizikom – podložnost razvoju zavisnosti od alkohola i štetnost upotrebe alkoholnih pića kao izvori rizika po zdravlje mladih.....	336
5. 2. 1. 2. Mladi kao izvor rizika – agresivnost, delikvencija, kriminal i narušavanje javnog reda i mira kao posledice upotrebe alkohola među mladima.....	353
5. 2. 2. PROBLEM MEĐU MLAĐIMA, PROBLEM MEĐU STARIJIMA: TUMAČENJE UPOTREBE ALKOHOLA MEĐU ODRASLIM OSOBAMA.....	366
5. 2. 3. ZAŠTITA ILI DISKRIMINACIJA I DISCIPLINOVANJE SIROMAŠNIH? KLASNA DIMENZIJA „NOĆNE PROHIBICIJE“	379
5. 2. 4. GRAD KAO METAFORA REDA: ZABRANA NOĆNE PRODAJE ALKOHOLA KAO SREDSTVO PURIFIKACIJE JAVNOG PROSTORA.....	394
5. 2. 5. KONSTRUISANJE UPOTREBE ALKOHOLA KAO DRUŠTVENOG PROBLEMA.....	406
6. ZAKLJUČAK.....	418

1. UVOD

Sa medicinskog stanovišta zdravstveni rizici definišu se kao faktori koji povećavaju mogućnost pojave bolesti ili povrede (WHO 2002, 2009). Da bi neka pojava ili praksa u medicinskim naukama bila označena kao rizična po zdravlje potrebno je da postoji evidencija koja govori u prilog tome da ta pojava ili praksa doprinosi pojavi određene bolesti ili povrede. Međutim, definisanje neke pojave ili prakse kao rizika po zdravlje se obično ne odvija na način koji je opisan – pušenje (aktivno i pasivno) i upotreba alkohola su neki od primera za to. Iako se počev od 1970-tih insistira na tumačenju pušenja kao najvećeg preventabilnog faktora rizika po zdravlje, evidencija o štetnom uticaju pušenja na zdravlje ljudi postojala je i ranije, ali joj nije poklanjana neka značajnija pažnja niti je dovela do toga da pušenje bude označeno kao zdravstveni rizik (Mair 2011, Hakkarainen 2013, Parascandola 2004, Brewis and Grey 2008, Jackson 1994, 1995, Brandt 1990, Gardner and Brandt 2006, Oaks 2000, Berridge 2007, Street 2004). Isto se može reći i za (zlo)upotrebu alkohola koja je tek nakon 1970-tih počela da se označava kao zdravstveni rizik spram kojeg treba preduzeti mere prevencije i smanjenja štete, iako je još od ranije bila prepoznata kao praksa koja negativno utiče na zdravlje ljudi (Ajzenstadt and Burtch 1990, Schneider 1978, Edwards 2009, Gerritsen 2000, May 1997, Tigerstedt 1999, Room et al. 2008, Gordon and Anderson 2011, Room and Babor 2005, Babor et al. 2013, Bunton 1990, 2001).¹ Dakle, upotreba alkohola i duvana nisu oduvek bili označeni kao zdravstveni rizici, pri čemu ovo nije bila posledica nepoznavanja uticaja alkohola i duvana na zdravlje ljudi.² Iz svega navedenog sledi da zdravstveni rizik, pre nego kao medicinski, treba shvatiti kao kulturni koncept.

¹ Iako je negativan uticaj (zlo)upotrebe alkohola na fizičko zdravlje ljudi u zapadnim društvima bio prepoznat još od kraja XVIII veka, sve do nedavno on nije predstavljao osnov zahteva za regulacijom upotrebe i prodaje alkohola, nego je taj zahtev počivao na uverenju da alkohol negativno utiče na moralno zdravlje ljudi (Ajzenstadt and Burtch 1990, Schneider 1978, Edwards 2009, Gerritsen 2000, May 1997, 2001, Valverde 1997, Nicholls 2006, Levine 1978).

² Tokom istorije odnos prema upotrebi alkohola i duvana u zapadnim društvima se menjao, krećući se od krajnje negativnog, preko neutralnog, pa sve do pozitivnog. Onda kada je odnos prema upotrebi ovih supstanci bio krajnje negativan, takav stav nije bio posledica zabrinutosti zbog negativnog uticaja koje one ostvaruju na fizičko zdravlje ljudi, čak i kada je postojala svest o ovom uticaju, a isto važi i za neutralan i pozitivan odnos prema upotrebi alkohola i duvana, koji uglavnom nije bio predstavljao posledicu nepoznavanja načina na koji ove supstance utiču na ljudski organizam (v. npr. Bell 2011, Bell et al. 2010a, Bell and Dennis 2013, McCullough and Anderson 2011, Bayer and Colgrove 2002, Brandt 1990, Baer, Singer and Susser 2004, Ajzenstadt and Burtch 1990, Schneider 1978, Edwards 2009, Gerritsen 2000, May 1997, 2001).

Značenja koja se pridaju zdravstvenim i drugim oblicima rizika kulturno su uslovljena – ona nikada nisu isključivo i u potpunosti utemeljena na objektivnim, neutralnim, naučnim činjenicama, već su uvek oblikovana u skladu sa premisama datog kulturnog konteksta u određenom vremenskom periodu (Lupton 1999, Reith 2004, Denney 2005, Taylor-Gooby and Zinn 2006, Fox 2000).³ Na to da označavanje određenih praksi i pojava kao rizičnih po zdravlje ne može da bude shvaćeno kao nužna posledica akumulacije saznanja u oblasti biomedicine i da za uzrocima insistiranja na njihovoj štetnosti treba tragati u širem društvenom i kulturnom kontekstu upućuje i činjenica da je biomedicina, kako njena istorija pokazuje, često bila upotrebljavana radi ostvarivanja ciljeva koji prevazilaze promociju zdravlja i prevenciju i lečenje bolesti, a isto se može zapaziti i danas (v. npr. Fuko 1971, 1997, 2005a, 2006, 2009, Lupton 1995, 2003, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Rose 1994, Lock and Nguyen 2010, Lock 2004, Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, b, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Armstrong 2002, Hunt 1999, Rimke and Hunt 2002, O'Brien 1995, Ajzenstadt and Burch 1990, Valverde 1997, Tigerstedt 1999, Conrad and Schneider 1992, Conrad 1992, 2005, 2007, Zola 1975). Uostalom, biomedicina je, kao i bilo koji drugi medicinski sistem, socio-kulturni sistem, oblikovan pod uticajem kulturnih vrednosti i uverenja, ukorenjen u širi društveni i istorijski kontekst. Dakle, značenje rizika proizvod je uticaja verovanja, vrednosti, normi i praksi karakterističnih za određeno društvo u određenom trenutku, a ne (samo) naučni proračun efekata različitih faktora. U prilog tome svedoči i činjenica da se način interpretacije praksi koje se danas označavaju kao rizične po zdravlje razlikuje od društva do društva. Na primer, kros-kulturna varijabilnost u tumačenju upotrebe alkohola i duvana detaljno je dokumentovana u brojnim antropološkim studijama (v. npr. Heath 1976, 1987a, b, 1995, Mandelbaum 1965, Black 1984, Heath and Glassner 2004, Singer 2004b, Baer,

³ Različiti pristupi koji se bave proučavanjem zdravstvenih i drugih vrsta rizika u antropologiji razlikuju se po jačini teze kulturnog konstrukcionizma koju zastupaju (Lupton 1999, 2006, Denney 2005). U okviru onih pristupa koji usvajaju slabu tezu kulturnog konstrukcionizma smatra se da rizici imaju svoju objektivnu osnovu u stvarnosti, ali da je njihovo značenje oblikovano pod uticajem kontekstualnih faktora. U pristupima koji zastupaju jaku konstrukcionističku tezu smatra se rizici ne postoje sami po sebi, da nisu utemeljeni u stvarnosti i da nastaju tek kada postanu označeni kao takvi.

Singer and Susser 2004, Douglas 1987, Dietler 2006). Ovakvo tumačenje rizika predstavlja polaznu osnovu u ovom istraživanju u kojem će biti razmotrena značenja koja se pridaju upotrebi alkohola i duvana u Srbiji shvaćena kao društvene i kulturne konstrukcije.

Značenje koje se pridaje upotrebi alkohola i duvana u vezi je sa načinom na koji je ono u datom kontekstu regulisano. Poznato je da je upotreba alkohola i duvana bila u izvesnoj meri regulisana u svim društvima koja su ove supstance poznavala (v. npr. Heath 1976, 1987b, Mandelbaum 1965, Heath and Glassner 2004, Black 1984, Singer 2004b, Baer, Singer and Susser 2004). Upotreba alkohola i duvana mogla je biti delimično ograničena, putem pravila i propisa kojima se određuje kome je, u kojim prilikama, u kakvim okolnostima, na kom mestu, u koje vreme, na koji način i sa kakvim ishodom ona dozvoljena ili primerena, ili u potpunosti zabranjena, putem zabrane proizvodnje/uzgajanja, uvoza, izvoza, prodaje i posedovanja alkoholnih pića i duvanskih proizvoda. Norme kojima se reguliše upotreba alkohola i duvana mogu pripadati različitim segmentima društvenog i kulturnog sistema – na primer, religiji, pravu, moralu, i ne moraju, kao što je već rečeno, da budu utemeljena (isključivo) na znanju o uticaju ovih supstanci na ljudski organizam i zdravlje. Društvena regulacija konzumacije alkohola i duvana u neraskidivoj je vezi sa značenjima koja se u okviru datog konteksta pridaju ovim supstancama, njihovoj upotrebi i njihovim konzumentima, stoga je prilikom razmatranja jednog nepohodno razmotriti i drugo, i obrnuto. U savremenoj Srbiji upotreba alkohola i duvana regulisani su putem zakona, kao i u većini savremenih društava. Prvi zakon kojim je regulisano pušenje u Srbiji bio je Zakon o zabrani pušenja u javnim i radnim prostorijama, donet 1988. godine. 1991. godine donet je Zakon o zabrani pušenja u zatvorenim prostorijama, u dva navrata dopunjavao i menjan (1995. i 2005. godine), a danas je na snazi Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu donet 2010. godine.⁴ Iako su i ranije u

⁴ Osim na ovaj način, u Srbiji se pušenje reguliše i indirektno, putem zabrane prodaje duvanskih proizvoda maloletnim licima koja se nalazi u sklopu Zakona o zaštiti potrošača. S obzirom na to da je u ovom radu akcenat na zakonskoj regulaciji pušenja među odraslim osobama, razmatranje pomenutog načina regulacije pušenja će u njemu biti izostavljeno.

Srbiji na snazi bili slični zakoni, Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu se od njih u velikoj meri razlikuje: aktuelni zakon kojim se reguliše pušenje na javnim i radnim mestima je jasniji i precizniji, broj mesta na kojima zabranjuje pušenje je veći, kazne koje previđa su strože, sadrži mehanizme koji omogućavaju njegovu efikasnu primenu i u velikoj meri se sprovodi. U tom pogledu Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu usvojen 2010. godine predstavlja prekretnicu u odnosu na ranije slične inicijative srpske vlasti. U odnosu na zakonsku regulaciju pušenja na javnim i radnim mestima, zakonska regulacija upotrebe alkohola u Srbiji predstavlja inicijativu novijeg datuma. U Srbiji ne postoji direktna zakonska regulacija upotrebe alkoholnih pića kakva bi, na primer, bila zabrana upotrebe alkohola na javnim mestima, nego se regulacija upotrebe alkoholnih pića ostvaruje posrednim putem, putem zabrane prodaje alkohola u trgovinskim objektima u periodu od 22 (23) do 06 sati, ali i putem ograničavanja radnog vremena trgovinskih objekata koji prodaju alkoholna pića.⁵ Prvi ovakav zakonski akt u Srbiji je donet krajem 2006. godine u Kragujevcu – odluka prema kojoj je u vremenu između 22 i 06 sati trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjeno da rade. Nakon toga, krajem 2009. godine u Novom Sadu je usvojena odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 23 sata do 06 sati. 2010. godine ista odluka usvojena je i u Šapcu, a naredne 2011. i u Beogradu. 2011. godine odluka doneta u Novom Sadu proglašena je neustavnom, a 2012. godine i odluka doneta u Beogradu. Izmenom Zakona o trgovini januara 2013. godine lokalnoj samoupravi dato je pravo da sama reguliše vreme, mesto i način prodaje alkoholnih pića. Nakon ove izmene u Beogradu je juna meseca iste ove godine ponovo uvedena odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 22 sata do 06 sati. Slična odluka

⁵ Kao i kod upotrebe duvana, posredna regulacija upotrebe alkoholnih pića odvija se i putem zabrane prodaje i točenja alkohola maloletnim licima (prva se nalazi u sklopu Zakona o zaštiti potrošača, a druga u sklopu Zakona o javnom redu i miru), ali regulacija upotrebe alkohola među ovom populacijom nije u fokusu ovog istraživanja, već regulacija upotrebe alkohola među punoletnim, odraslim osobama. Zbog toga zabrane prodaje i točenja alkoholnih pića maloletnicima u ovom radu neće biti razmatrane, nego isključivo zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima – ovo je jedina zabrana kojom vlasti u Srbiji nastoje da regulišu upotrebu alkohola među odraslim osobama.

je po prvi put usvojena je i u Zrenjaninu juna 2013. godine.⁶ Odluka u Šapcu sve vreme je na snazi od njenog uvođenja, kao i odluka doneta u Kragujevcu. U Novom Sadu je avgusta 2013. godine završena javna rasprava u vezi sa nacrtom Odluke o radnom vremenu ugostiteljskih, trgovinskih i zanatskih objekata koja podrazumeva i zabranu prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 sata do 06 sati.⁷ Pravni okvir u kojem se upotreba alkohola i duvana u Srbiji reguliše smatram važnim polazištem u razmatranju načina na koji su ove prakse kulturno konceptualizovane pa bih se stoga u daljem delu ukratko osvrnula na ove zakonske regulative i njihov značaj u pomenutom kontekstu.

Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu koji važi na republičkom nivou i odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 do 06 časova doneta u Novom Sadu, a pogotovo ona doneta u Beogradu, pokrenuli su brojne debate u vezi sa opravdanošću preduzimanja ovakvih mera nadležnih regulatornih tela.⁸ Predlagači i pobornici ova dva zakonska akta ukazivali su na opasnost koju upotreba alkohola i duvana, kao i izloženost duvanskom dimu, predstavljaju po zdravlje pojedinaca koji su konzumentati ovih supstanci i po zdravlje, ali i bezbednost osoba iz njihovog okruženja. Zakoni koji ograničavaju upotrebu alkohola i duvana predviđaju minimizaciju zdravstvenih rizika sa njima u vezi, kao i ostvarivanje benefita i umanjenje šteta druge, pre svega bezbednosne prirode, kao što su, na primer, smanjenje broja saobraćajnih nesreća nastalih kao posledica vožnje pod dejstvom alkohola, smanjenje broja kriminalnih dela počinjenih u

⁶ U Zrenjaninu je prodaja alkoholnih pića u trgovinskim objektima zabranjena u periodu od 23 do 06 sati.

⁷ Konačnu odluku Skupština grada Novog Sada trebalo je da donese tokom septembra 2013. godine, međutim, ostaje nepoznato da li je ova odluka na kraju usvojena ili ne nije, jer se o tome ne mogu pronaći podaci na zvaničnom sajtu grada niti u brojevima Službenog lista grada Novog Sada izdatim u periodu od početka septembra 2013. do kraja decembra iste ove godine.

⁸ Odluka o ograničenju radnog vremena trgovinskih objekata koji prodaju alkoholna pića do 22 sata doneta u Kragujevcu i odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 do 06 sati doneta u Šapcu i Zrenjaninu nisu izazvale polemike u javnosti, ako je suditi po izveštavanju medija sa nacionalnom pokrivenošću, što svakako ne mora da znači da uvođenje ovih odluka u pomenutim gradovima Srbije nije privuklo pažnju javnosti na lokalnom i regionalnom nivou. I bez obzira na to što je moguće da je na ovom nivou usvajanje odluka kojima se ograničava prodaja alkoholnih pića u trgovinskim objektima izazvalo brojne debate, ostatak Srbije je sa time ostao neupoznat, a ovde je upravo reč o debatama sa kojima je čitavo društvo imalo prilike da se upozna i o kojima pišem iz pozicije pripadnika društva, a ne istraživača društvenih pojava.

alkoholisanom stanju, ali i postizanje javnog reda i mira u kasnim večernjim časovima predviđenim za odmor i počinak. Među protivnicima odluke o prodaji alkoholnih pića u vremenu od 22 (23) do 06 sati dominirao je argument o kršenju ljudskih prava u pogledu donošenja odluka koje su u domenu privatne sfere. Protivnici Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu isticali su omalovažavanje i stigmatizaciju kojima su pušači izloženi. Osim toga, neki od argumenata protivnika ovih zakonskih akata ticali su se njihovih unutrašnjih kontradiktornosti i nelogičnosti.⁹ Većina ovih pritužbi odnosi se na nesklad između ciljeva čije se ostvarivanje predviđa putem primene ova dva zakonska akta i samog njihovog sadržaja. U vezi sa proklamovnim ciljevima Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu i pravilima koje propisuje kako bi omogućio da oni budu ostvareni može se postaviti nekoliko pitanja, na primer, zašto se u zatvorenim javnim prostorima pušenje dozvoljava određenim kategorijama ljudi kao što su psihijatrijski bolesnici, osobe sa invaliditetom, zatvorenici, kockari; zašto se pušenje zabranjuje u otvorenim javnim prostorima u kojima ne predstavlja opasnost po zdravlje onih koji u njima borave; zašto Zakon ne predviđa mogućnost odvajanja prostorije za pušače u određenim ustanovama kada se i na taj

⁹ Zakonom o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu pušenje se dozvoljava pacijentima psihijatrijskih odeljenja i ustanova, korisnicima ustanova socijalne zaštite za smeštaj teško pokretnih i nepokretnih lica, ustanova i odeljenja za palijativnu negu i ustanova za izvršenje zavodskih sankcija, u čitavom prostoru ovih ustanova i odeljenja, ali ne i za njihove zaposlene (član 9.). Zakon takođe predviđa da su ugostiteljski objekti za ishranu i piće površine veće od 80 m² u obavezi da prostor jednako podele na pušački i nepušački deo, pri čemu između prostora u kojem je pušenje dozvoljava i onog u kojem se zabranjuje ne mora postojati fizička barijera koja bi u potpunosti sprečila prelazak dima iz jednog dela u drugi (član 5.). Ovim zakonom se pušenje takođe dozvoljava u igračnicama (objektima u kojima se priređuju igre na sreću) u njihovom ukupnom upotrebnom prostoru, dakle za mušterije, ali ne i za zaposlene (član 3., stavovi 8., 9. i 10.). Zakon takođe predviđa da u zatvorenom radnom i javnom prostoru poslodavac može da odvoji jednu pušačku prostoriju, ali to ne važi za one prostore u kojima se obavljaju sledeće delatnosti: državna uprava i lokalna samouprava; zdravstvena zaštita; vaspitanje i obrazovanje; društvena briga o deci; socijalna zaštita; kultura; sport i rekreacija; proizvodnja, kontrola i promet lekova; proizvodnja, smeštaj i promet životnih namirnica; društvena ishrana; mediji i prostor u kome se obavlja javno snimanje i emitovanje; sastanci i javna okupljanja građana (član 3., stav 5.). Pušenje je takođe zabranjeno u dvorišnom prostoru koji je deo radnog i javnog prostora u kojima se obavlja delatnost zdravstvene zaštite, vaspitanja i obrazovanja, društvene brige o deci i socijalne zaštite, ukoliko takav postoji, kao i u otvorenim prostorima u kojima se održavaju pozorišne, bioskopske i druge predstave (član 3., stav 2.) Odluka o radnom vremenu ugostiteljskih, zanatskih i trgovinskih objekata na teritoriji grada Beograda i Novog Sada, kao i ona usvojena u Šapcu i Zrenjaninu, zabranjuje prodaju alkoholnih pića u vremenu od 22 (23) sata do 06 sati, ali ne i u svim objektima gde se alkoholna pića mogu kupiti – ova zabrana važi za trgovinske, ali ne i ugostiteljske objekte.

način štiti zdravlje nepušača itd. U vezi sa odlukama koje ograničavaju mogućnost kupovine alkoholnih pića u trgovinskim objektima u kasnim noćnim i ranim jutarnjim satima u tom pogledu se može postaviti pitanje zašto je alkoholna pića nakon 22 (23) sata u određenim gradovima dozvoljeno kupovati u ugostiteljskim, ali ne i trgovinskim objektima ili zašto se kupovina alkoholnih pića u trgovinskim objektima zabranjuje isključivo tokom noći, kada je štetnost prekomerne upotrebe alkohola neuslovljena periodom dana u kojem se dešava. Kada se sve ovo uzme u obzir postaje jasno da u ovim zakonima ne postoji doslednost u tumačenju rizika i ciljeva njihove minimizacije, odnosno da se ona selektivno primenjuju te da vlada konfuzija u pogledu toga šta se zapravo podrazumeva pod ponašanjem rizičnim po zdravlje, kome se takvo ponašanje dozvoljava, a kome zabranjuje, na koji način i sa kakvom namerom.

Definicije upotrebe alkohola i duvana u pomenutim zakonskim aktima koji imaju za cilj da ove prakse ograniče nisu jedine koje u društvu postoje, ali su kao njihov zvaničan, institucionalni vid dobra polazna osnova u razmatranju kulturne konceptualizacije upotrebe ovih supstanci. Pravni sistem, društvo i kultura ne postoje nezavisno jedan od drugog – pravni sistem jednog društva reflektuje njegove vrednosti i norme, ali i na njih utiče, dok kultura, ispoljena u pravu i njime oblikovana, ne postoji izolovana od društva. Zbog toga je u razmatranju kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola i duvana u Srbiji važno uzeti u obzir način na koji se ovi oblici ponašanja pravno definišu i regulišu. Ambivalentnosti i kontradiktornosti kakve se zapažaju u zakonskim merama koje država preduzima sa proklamovanim ciljem zaštite svojih građana od rizika koji duvan i alkohol predstavljaju po njihovo zdravlje, kao i debata koja je u javnosti vođena povodom njihovog uvođenja, upućuju na nekoliko smernica koja će voditi ovo istraživanje. Kao prvo, uočava se nesklad između pozivanja na saznanja biomedicine i ciljeva koji se na osnovu ovih saznanja pokušavaju ostvariti putem primene zakonskih akata koji nastoje da ograniče upotrebu alkoholnih pića i duvanskih proizvoda. U tom pogledu na umu treba imati nekoliko stvari: ovi zakoni zabranjuju ili nastoje da ograniče praktikovanje onih oblika ponašanja koji su definisani kao rizični među određenim segmentima populacije (upotrebu alkohola među

pripadnicima nižih klasa)¹⁰ i u onim okolnostima u kojima ovakvi načini ponašanja ne predstavljaju realnu opasnost (pušenje u otvorenim javnim prostorima i u prostorijama za pušače u određenim ustanovama); ovi zakoni dozvoljavaju praktikovanje ponašanja koji se definišu kao rizični onda kada oni predstavljaju opasnost za osobe koje ga praktikuju i/ili osobe iz njihovog okruženja (upotreba alkohola među pripadnicima viših klasa, odnosno u ugostiteljskim objektima, pušenje među društveno stigmatizovanim i marginalizovanim grupama). Kao drugo, nelogičnosti kakve se zapažaju u Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu i zabrani noćne prodaje alkohola upućuju na to da se ovi zakonski akti ne mogu shvatiti kao sredstva koja imaju za cilj (isključivo) poboljšanje zdravlja i bezbednosti čitave populacije. Nedoslednost koja se u ovim zakonskim aktima može zapažati po pitanju mera koje predviđaju sa ciljem zaštite zdravlja i bezbednosti stanovništva upućuje na to da se oni mogu shvatiti kao sredstva koja imaju za cilj imati da upotrebu alkohola i duvana označe kao društveno nepoželjno ponašanje, pre nego da učine nešto po pitanju prevencije njihovih negativnih posledica. Osim toga, zabrana pušenja na javnim i radnim mestima i odluke kojima se zabranjuje noćna prodaja alkohola u trgovinskim objektima (putem direktne zabrane prodaje i putem odluke kojom se trgovinskim objektima koji prodaju alkohol zabranjuje da rade u periodu od 22 do 06 sati) se mogu shvatiti kao sredstva koja uspostavljaju odnose moći među različitim društvenim grupama, s obzirom na to da zabranjuju ili nastoje da ograniče upotrebu alkohola i duvana među određenim grupama ljudi, dok nekim drugim grupama dozvoljavaju da praktikuju ovakav način ponašanja, a neke svesno izlažu njihovom posrednom štetnom uticaju, pri čemu se na taj način određene društvene grupe stavljaju u nepovoljniji položaj u odnosu na neke druge. Društvene grupe koje ovi zakoni stavljaju u nepovoljan položaj su one koje su u društvu već stigmatizovane i marginalizovane – među pripadnicima ovih društvenih grupa se identifikuje ponašanje koje je predmet regulacije ovih zakonskih akata i oni se prvenstveno na njih odnose. Dakle, navedene

¹⁰ S obzirom na to da je tokom noći u onim gradovima u kojima je na snazi odluka o ograničavanju prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima tokom noći i dalje moguća kupovina alkohola u ugostiteljskim objektima, dakle onima koji imaju dovoljno novca da sebi to priušte.

odlike zakona koji regulišu upotrebu alkohola i duvana govore u prilog tome da naučni proračun uticaja alkohola i duvana na zdravlje ljudi na koji se ovi zakoni pozivaju nije u skladu sa njihovim proklamovanim ciljevima – umanjeњу i sprečavanju negativnih posledica njihove upotrebe, već da se pozivanje na naučnu evidenciju ovde može protumačiti kao opravdanje za korekciju društveno nepoželjnih oblika ponašanja i onih pojedinaca koji praktikuju ovakve načine ponašanja, posebno određenih grupa koje su u društvu već marginalizovane i stigmatizovane. Zbog toga se u ovom istraživanju polazi od pretpostavke da je cilj zakonskog ograničavanja upotrebe alkohola i duvana u Srbiji (i drugde) disciplinovanje i kontrola društveno nepoželjnih oblika ponašanja i (određenih kategorija) osoba koje ih upražnjavaju. Ova pretpostavka, koja rizike povezuje sa naučnim znanjem u kontekstu uspostavljanja i opravdavanja određenog režima moći, upućuje na to da način kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji i njihove društvene implikacija treba ispitati u okviru governmentalističke teorije rizika koja diskurs rizika tumači kao glavno sredstvo upravljanja pojedincima u savremenim neoliberalnim društvima (Lupton 1999, 2006, Rose 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Castel 1991, O'Malley 2008, Diprose et al. 2008, Vaz and Bruno 2003, Valverde 2010, Rose and Miller 1992, Petersen 2003, Petersen and Lupton 1996, Bunton and Petersen 1997).¹¹ Zastupnici ove teorije tvrde da je sa neoliberalizmom nastala nova veština upravljanja i da je diskurs rizika glavno sredstvo putem kojeg se ona sprovodi. U okviru governmentalističke teorije rizika smatra se da rizici ne postoje u stvarnosti i da je rizik „način predstavljanja događaja tako da se njima može upravljati na određeni način, pomoću određenih sredstava i u skladu sa određenim ciljevima“ (Dean 1999, 131). Rizik je efekat kombinacija apstraktnih faktora koje omogućavaju predviđanje i prevenciju pojave nepoželjnih događaja (Castel 1991, 288). Rizik operiše sa mrežom faktora na osnovu koje locira prisustvo rizičnih individua, odnosno određene segmente populacije kvalifikuje kao rizične na osnovu upoređivanja podataka o ovim pojedincima sa karakteristikama rizičnog profila (Castel

¹¹ Ovakvo tumačenje nije jedino – pored governmentalističke teorije, kao najznačajniji teorijski pristupi u objašnjavanju i proučavanju rizika izdvajaju se pristup rizičnog društva Ulriha Beka i kulturološko-simbolički pristup Meri Dagleas (Lupton 1999, 2006, Zinn 2008b).

1991, Lupton 1999, Valverde 2010, Rose 2000b, 2001, 2008a). Rizik se ispituje i proučava u okvirima naučnog diskursa, a onda se znanje o njemu koristi kao opravdanje za nadgledanje, regulisanje i upravljanje pojedinaca prema ciljevima vlasti – osnaživanju bioloških potencijala populacije koje treba da uveća njenu ekonomsku iskoristivost kao radne snage, a posredstvom toga i profit koji se zahvaljujući njoj ostvaruje, uz povećanje političke pokornosti onih nad kojima se vrši vlast putem integrisanosti tehnologija moći u tehnologije sopstva (Rose 1999, 2000b, 2001, 2008a, Rose and Miller 1992, Castel 1991, Petersen 1996, 2003, Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, 1999, Bunton and Petersen 1997). Integrisanost tehnologija moći u tehnologije sopstva znači da se upravljanje pojedincima odvija putem podsticanja na samoregulaciju koja podrazumeva izbegavanje rizičnih oblika ponašanja, a to se ostvaruje na taj način što se ovakav način ponašanja predstavlja kao onaj koji je u najboljem interesu za pojedinca, ali i za društvo u celini, utemeljen na naučnim argumentima koji govore u prilog tome (Rose 1998, 1999, 2000a, b, 2001, 2008a, b, Vaz and Bruno 2003, Petersen 1996, 2003, Petersen and Lupton 1996, Bunton and Petersen 1997, Brown and Baker 2012, Lupton 1995, 2003). Diskurs rizika ne samo da definiše norme koje bi trebalo da rukovode ponašanjem pojedinaca već i načinu ponašanja koji zagovara pridaje moralnu vrednost. Izbegavanje rizika, koje se postiže putem kontinuiranog uvećanja znanja o rizicima i posledicama koje oni za sobom povlače i putem neprekidne samokontrole u ponašanju u nastojanju da se oni izbegnu, tumači se kao odraz odgovornosti prema sebi i drugima, kao odraz težnje ka unapređenju sopstvenog života i života drugih ljudi, kao oblik staranja o sebi, dok se preduzimanje rizika i praktikovanje rizičnih oblika ponašanja tumači kao iracionalno, neodgovorno, kao posledica nezainteresovanosti, nedostatka volje ili kao nemogućnost samokontrole koje dovodi u pitanje ne samo kvalitet života individua koje praktikuju ove oblike ponašanja već i sigurnost i bezbednost ostalih pripadnika društva (Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, 2003, Brown and Baker 2012, Lupton 1995, 1999, 2006, Lupton and Tulloch 2002a, Schehr 2005). Na ovaj način, putem proizvodnje straha i nesigurnosti u društvu, diskurs rizika pruža opravdanje za osudu, stigmatizaciju,

marginalizaciju, nadgledanje i kontrolisanje individua koje praktikuju rizične oblike ponašanja. U ovom radu želela bih da preispitam ove moguće implikacije diskursa rizika na primeru značenja koja se pridaju upotrebi alkohola i duvana u Srbiji.

Upotreba alkohola i duvana spadaju u epidemiološke rizike, a ova vrsta rizika, pored kliničkog rizika i rizika u osiguranju, ima najveći značaj za neoliberalnu veštinu upravljanja kao jedno od sredstava putem kojeg se sprovodi (Dean 1997, Dean 1999, citirano u Lupton 1999, 95). Značaj epidemioloških rizika u neoliberalnom upravljanju u vezi je ciljevima koja ona nastoji da ostvari – uvećanju biološkog kapitala populacije koje dovodi do uvećanja ekonomskog kapitala države (Rose 1999, 2000b, 2001, 2008a, Rose and Miller 1992, Castel 1991, Petersen 1996, 2003, Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, 1999, Bunton and Petersen 1997). Epidemiološki rizici su sredstva koja se koriste kako bi se predvidelo zdravstveno stanje određenih populacija i kako bi se sprečila pojava bolesti (Lupton 1999, 98). Uzročnicima bolesti danas se smatra ponašanje pojedinca, njegov životni stil te je ovo oblast koja je glavna meta mera javnog zdravlja koje imaju za cilj da spreče pojavu bolesti i da poboljšaju zdravstveno stanje populacije (Petersen and Lupton 1996, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Bunton and Petersen 1997, Costello and Haggart 2003, Armstrong 2002, Brown and Baker 2012, Lupton 1995, 2003, Becker 1993, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Macdonald 2002b). Te mere danas uglavnom imaju za cilj da pojedince podstaknu na dobrovoljnu regulaciju ponašanja koje podrazumeva izbegavanje rizika i rad na poboljšanju sopstvenog zdravstvenog stanja. Ohrabrivanje usvajanja zdravih životnih stilova se ne odvija putem direktne intervencije, odnosno putem ostvarivanja kontakta i konsultacije sa stručnjakom, nego posrednim putem, stvaranjem osećanja odgovornosti prema sopstvenom zdravlju, u čemu značajnu ulogu imaju zdravstvene kampanje i promocija zdravlja (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Petersen 1997, Bunton and Macdonald 2002b, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Brown and Baker 2012). Ipak, savremeno javno zdravlje se takođe služi i merama prisile, ali ove mere nisu više dominantne kao što su bile nekada, u periodu rane modernosti (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995). U te

mere spadaju karantin, sanitarna inspekcija, ali i zakoni kojima se utiče na mogućnost praktikovanja onih izbora koji su loši po zdravlje. Ovakve zakone, međutim, ne treba tumačiti samo na opisani način, kao represivne mere koje imaju za cilj da putem prisile poboljšaju zdravstveno stanje populacije, nego i kao mere koje treba da doprinesu stvaranju svesti o značaju zdravlja, a posredstvom toga i da pojedince podstaknu na dobrovoljnu samoregulaciju u pravcu izbegavanja rizika po zdravlje. U tom kontekstu posmatrano, zakonski akti koji nastoje da utiču na mogućnost praktikovanja nezdravih oblika ponašanja, odnosno onih koji podrazumevaju preduzimanje zdravstvenih rizika, mogu se shvatiti kao sredstva neoliberalne veštine upravljanja. Iz toga sledi da se Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 (23) do 06 sati i odluka o organičavanju radnog vremena trgovinskih objekata koji prodaju alkoholna pića do 22 sata koji su trenutno na snazi u Srbiji/nekoliko gradova u Srbiji mogu tumačiti i kao indikatori usvajanja neoliberalne veštine upravljanja. Osim toga, upotreba alkohola i duvana ne ugrožavaju interese neoliberalne veštine upravljanja samo zbog toga što predstavljaju opasnost po optimalno biološko funkcionisanje tela, već i zbog toga što dovode u pitanje njegovu tehničku dresuru: upotreba duvana, a naročito alkohola, mogu predstavljati prepreku disciplinovanju tela, s obzirom na psihoaktivno delovanje ovih supstanci. Jedan od ključnih aspekata ovih oblika ponašanja, potraga za zadovoljstvom, i efekat koji upotreba psihoaktivnih supstanci izaziva, u suprotnosti su sa racionalnošću i poslušnošću individua kojima veština upravljanja u (neo)liberalizmu stremi. U tom kontekstu posmatrano, upotreba psihoaktivnih supstanci može se shvatiti kao oblik otpora (neo)liberalnoj veštini upravljanja, pretpostavkama na kojima ona počiva i rezultatima koje pokušava da ostvari, pri čemu se uvođenje zakona koji imaju za cilj da smanje zastupljenost ovakvog načina ponašanja u populaciji u savremenom periodu, kao što su oni koji se u ovom radu razmatraju, može protumačiti kao pokazatelj delovanja neoliberalne veštine upravljanja. Ispitivanje pretpostavke prema kojoj se na osnovu uvođenja zakona koji nastoje da ograniče upotrebu alkohola

i duvana u Srbiji može izvesti zaključak o usvajanju neoliberalne veštine upravljanja u pomenutom kontekstu je jedan od ciljeva ovog istraživanja.

S obzirom na to da je Fukoov rad, kao i tumačenje diskursa rizika kakvo njegovi sledbenici zastupaju formulirano na osnovu razmatranja istorijskih, društvenih i političkih prilika u zapadnoevropskim zemljama počev od XVII veka, nameće se potreba za preispitivanjem primene ovih teorijskih perspektiva prilikom proučavanja fenomena u savremenoj Srbiji. U vezi sa tim, smatram da na umu treba imati društvenu reformu koja se u Srbiji trenutno sprovodi – počev od pada socijalizma i raspada SFRJ Srbija prolazi kroz proces tranzicije koji ni do danas nije završen.¹² Formalno, ovaj proces je otpočeo sa pomenutim događajima i uz relativno brzu pluralizaciju političke i ekonomske sfere, ali je dalje suštinske promene usporavala pa i blokirala ranija politička elita koja je uspevala da se održi na vlasti (Lazić 2000, 2002, Lazić and Cvejić 2007, Lazić i Cvejić 2010). Nakon 2000. godine, sa smenom dotadašnje vlasti, otpočela je dugo očekivana faza „odblokirane“ tranzicije u kojoj je nastavljeno sa društvenim reformama u pravcu uspostavljanja kapitalističke političke ekonomije (*Ibid.*). Iako sa optimizmom dočekana, ova faza post-socijalističke društvene transformacije još uvek nije dala zadovoljavajuće rezultate ni za građane Srbije ni za zvaničnike Evropske unije čijem se priključivanju stremi (Novaković 2012b, Novaković i Pešić 2010, Novaković i Stanimirović 2011, Pribičević 2013, Stančić i Grubišić 2011, Tripković i Tripković 2008). Uprkos dosadašnjem bilansu društvene transformacije, ne može se osporiti da danas postoji izvesni napor da se Srbija, bar formalno, razvije po ugledu na zapadna (evropska) društva, a on se zapaža prvenstveno na institucionalnom nivou: u razvoju institucija i usvajanju zakonskih akata karakterističnih za ova društva. Ova tendencija se, između ostalog, ispoljava i u vidu usvajanja i primene zakona koji ograničavaju

¹² Domaći sociolozi tranziciju u Srbiji obično dele na tri perioda: od 1989. do 1991., od 1991. do 2000., i period nakon 2000. godine, pri čemu se prve dve faze često ne tumače kao odvojene (Lazić 2000, 2002a, 2005, Lazić and Cvejić 2007, Lazić i Cvejić 2010). Značajnije društvene promene tranzicijskog karaktera u Srbiji su nastupile tek sa periodom „odblokirane tranzicije“ koji je nastupio nakon 2000. godine, zbog čega bi se ova godina zapravo mogla uzeti kao godina otpočinjanja post-socijalističke transformacije, ali je formalno ovaj proces otpočeo sa padom komunizma, odnosno raspadom SFRJ. O ovome će više biti reči u daljem delu rada.

upotrebu alkohola i duvana u Srbiji, a koji su u pomenutim zemljama mahom već na snazi.¹³ Ovi zakoni se formulišu i usvajaju po ugledu na zapadna (evropska) društva i imaju za cilj da Srbiji približe Evropi. Osim toga, neki autori predlažu da se proces evropskih integracija može posmatrati i kao proces širenja veštine upravljanja iz zemalja u kojima je ponikla, prvobitnim članicama EU, u zemlje koje su to naknadno postale (v. Walters 2004), dok neki autori govore o globalnom širenju veštine upravljanja iz zapadnoevropskih društava putem procesa globalizacije (v. Larner and Walters 2004a, b, Larner and Le Heron 2002, Ferguson and Gupta 2002). Zbog svega navedenog smatram da je teorije prvobitno formulisane radi objašnjenja fenomena u zapadnim (evropskim) zemljama, kao što je governmentalistička teorija rizika, primereno upotrebiti i prilikom razmatranja fenomena u savremenoj Srbiji.

Osim pomenute governmentalističke teorije rizika, teorijski okvir rada čine i one teze i koncepti u Fukoovom radu karakteristični za genealošku fazu na kojima ova teorija i počiva (povezanost moći, znanja i tela, mikrofizika moći, politička tehnologija tela, biomoć, biopolitika, disciplina), a posebno Fukoovo tumačenje načina na koji biomoć definiše i neutrališe opasnosti. Dalje, u ovom istraživanju biće korišćene i teorijske pretpostavke kritičke medicinske antropologije. Kritička medicinska antropologija je poddisciplina medicinske antropologije koja u razmatranju tema iz oblasti zdravlja, bolesti i lečenja insistira na povezivanju mikro i makronivoa, odnosno na povezivanju interpretacija, verovanja, praksi i iskustava na lokalnom nivou, među pripadnicima neke kulture, sa političkim i ekonomskim procesima na makronivou koji su posledica globalnog širenja kapitalizma (Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, Morsy 1979, Baer 1997). Osnovna pretpostavka kritičke medicinske antropologije jeste da se odnosi moći i klasne nejednakosti svojstveni kapitalizmu prenose u sve domene društva i kulture, uključujući i domen bolesti i zdravlja. Rasvetljavanje ovog uticaja je glavni zadatak

¹³ Prvi zakon o zabrani pušenja u zatvorenim javnim prostorijama donet je, kao što je već rečeno, još 1988. godine, ali u praksi on gotovo da nije ni sproveden. Ova tendencija održala se i u narednim godinama, ali je vremenom zabrana pušenja u zatvorenim javnim i radnim prostorima postala mnogo više od „slova na papiru“.

kritičke medicinske antropologije – ona nastoji da otkrije na koji način kapitalizam, odnosi nejednakosti koji su mu svojstveni i težnja za ostvarivanjem profita utiču na domen zdravlja u nekoj kulturi, počev od značenja koja se fenomenima u ovoj oblasti pridaju, preko donošenja odluka i načina ponašanja pojedinaca koja se tiču zdravlja, bolesti i lečenja, do ustrojstva sistema zdravstvene zaštite i nege i zdravstvenog stanja neke populacije (Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, 2009, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Baer 1997, 2004, 2008, 2011, Singer and Clair 2003, Singer et al. 2011, Singer and Baer 2009a, Farmer 2002, 2004). Uticaj koji kapitalizam ostvaruje na domen biomedicine, i kao nauke i kao sistema, lečenja ključna je tema u kritičkoj medicinskoj antropologiji: kritička medicinska antropologija fokus stavlja na kontekstualnu, istorijsku, a pre svega političku i ekonomsku determinisanost biomedicine (Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, 2009, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Baer 1997, 2004, 2008, 2011). U okviru ove poddiscipline medicinske antropologije smatra se da biomedicina podržava vrednosti i ciljeve kapitalizma i dominantne kapitalističke klase, i na nivou teorije i na nivou prakse: biomedicina je svoj dominantni položaj u Evropi i Severnoj Americi ostvarila upravo sa pojavom industrijskog kapitalizma i zahvaljujući pomoći koju je pružila vladajućoj klasi, a hegemonija koju danas uspostavlja na svetskom nivou posledica je povezanosti sa kapitalizmom i odvija se paralelno sa njegovim globalnim širenjem (Baer, Singer and Susser 2004, 13-15). Uticaj kapitalizma na biomedicinu je doveo do toga da se u njenim okvirima bolest tumači kao posledica delovanja patogenih mikroorganizama, čime se prikrivaju politički, ekonomski i društveni uzroci bolesti i podržava eksploatacija radničke klase koja je uzrok njenog lošeg zdravstvenog stanja (Singer 1989, 1990, 2004a, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986). Ovaj uticaj manifestuje se i na taj način što se u biomedicini naglašava kurativni, a ne preventivni pristup bolesti, a to podržava ciljeve kapitalizma na isti način kao i tumačenje uzroka bolesti u biomedicini, ali i na taj način što podstiče uvećanje profita podsticanjem masovne upotrebe lekova, upotrebom visoko razvijene i skupe tehnologije i koncentrisanjem usluga u velikim medicinskim kompleksima (Baer,

Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986). Osim toga, uticaj kapitalizma na biomedicinu ispoljava se i u vidu reprodukovanja odnosa moći i nejednakosti koji su svojstveni kapitalizmu na nivou institucija biomedicine u sistemu zdravstvene zaštite, a primeri za to su hijerarhija koja postoji među osobljem biomedicinskih bolnica i klinika, kao i odnos između lekara i pacijenta koji odlikuje asimetrija moći (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 2004a, Baer, Singer and Johnsen 1986). Dalje, povezanost biomedicine sa kapitalizmom ogleda se i u vidu za nju karakterističnog tumačenja tela kao mašine kojoj je potrebno održavanje kako bi mogla da bude funkcionalna u proizvodnji i pomagala imperativu kapitalizma, koje ona sama i sprovodi – biomedicina nastoji da doprinese zdravlju radne snage u cilju uvećanja njene ekonomske produktivnosti, a posredstvom toga i profita (Baer, Singer and Susser 2004). Konačno, biomedicina ne samo da potpomaže kapitalizam već i doprinosi njegovom globalnom širenju putem širenja tržišta, pretežno u zemljama Trećeg sveta, što ujedno dovodi do toga da biomedicina uspeva da se nametne kao globalno dominantni sistem zdravstvene zaštite (Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986).

Iako se u zakonskim aktima koji su predmet analize u ovom istraživanju može zapaziti klasna dimenzija na kojoj kritička medicinska antropologija potencira, to nije glavni razlog zbog kojeg će ova teorijska perspektiva biti korišćena u njemu, već to što se u okviru nje u analizi fenomena u vezi sa zdravljem, bolešću i lečenjem insistira na povezivanju mikro i makronivoa, a to je upravo ono što bi u ovom istraživanju trebalo da bude ostvareno – povezivanje kulturnih interpretacija upotrebe alkohola i duvana u Srbiji i zakonsko ograničavanje upotrebe ovih supstanci sa prodorom kapitalizma u Srbiju u periodu post-socijalističke transformacije društva. Osim toga, u ovom istraživanju se polazi od pretpostavke da biomedicina na teorijskom nivou potpomaže kapitalizam i njemu svojstven oblik upravljanja putem rizika pružajući naučno opravdanje za kontrolu, disciplinovanje, stigmatizaciju i marginalizaciju osoba koje praktikuju društveno nepoželjne oblike ponašanja, što je stanovište blisko kritički orijentisanim medicinskim antropolozima koji smatraju da biomedicina služi interesima kapitalizma. Osim toga, u okviru kritičke medicinske antropologije je

istaknuto i to da biomedicina doprinosi uvećanju profita kome teži kapitalizam i na taj način što, između ostalog, nastoji da obezbedi da populacija bude zdrava, što je od ključne važnosti u iskorišćavanju njenih potencijala kao radne snage. Ovakvo stanovište, koje zastupaju i teoretičari rizika inspirisani Fukoovim radom, čini jednu od ključnih pretpostavki ovog istraživanja čiji je cilj da interpretacije upotrebe alkohola i duvana u Srbiji i implikacije ovih tumačenja ispita u svetlu značaja koje zdravlje dobija u kapitalističkom načinu proizvodnje. Klasna dimenzija kritičke medicinske antropologije takođe je od značaja za ovo istraživanje u smislu da odluke kojima se zabranjuje noćna prodaja alkoholnih pića važe samo za trgovinske, ali ne i za ugostiteljske objekte, odnosno da vlasti putem njih nastoje da ograniče upotrebu alkoholnih pića prvenstveno među pripadnicima nižih klasa. Ovo je u suprotnosti sa načinom na koji se u okviru kritičke medicinske antropologije interpretira upotreba alkohola, ali u skladu sa njenim ostalim pretpostavkama. Naime, u okviru kritičke medicinske antropologije naglašava se negativni uticaj koji upotreba ovih supstanci ima po zdravlje njihovih konzumenata i kritikuje se izostanak inicijative vlasti da upotrebu ovih supstanci što je više moguće ograniči putem ograničavanja njihove dostupnosti, pri čemu se izostanak ove inicijative tumači kao posledica interesa za ostvarivanjem profita od njihove prodaje, ali i kao posledica težnje da se umanjí nezadovoljstvo eksploatisane radničke klase (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 1986b, 2004b, 2012, v. i. npr. Singer et al. 1992, Stebbins 1990, 1991, 1997, 2001, Marshall 1991, 2005, Benson 2012).¹⁴ Jasno je da ovakvo tumačenje upotrebe alkohola i duvana nije u stanju da objasni usvajanje zakona poput onih koji će biti analizirani u ovom radu, kao i da se ne poklapa sa onim koje predstavlja polazište u ovom radu. To znači da usvajanje perspektive kritičke medicinske antropologije u ovom istraživanju nije bezuslovno i da

¹⁴ Naime, kako kritički medicinski antropolozi ističu, nezadovoljstvo koje postoji kod niže, radničke klase uzrokovano siromaštvom, nedostatkom moći, lošim uslovima rada i sl. biva umanjeno upotrebom psihoaktivnih supstanci, poput duvana, alkohola i droga, koja je, kako ovi autori naglašavaju, najviše zastupljena upravo kod ove klase. Kompenzacija za sve nepovoljnosti položaja u kome se radnička klasa nalazi ostvaruje se upravo upotrebom psihoaktivnih supstanci koja situaciju u kojoj se nalazi čini podnošljivijom, a takođe omogućava njenu dalju eksploataciju. Na ovaj način vladajuća kapitalistička klasa ostvaruje dvojaku korist: uvećanje profita od prodaje alkohola i duvana i uvećanje profita od eksploatacije radničke klase koju upotreba ovih supstanci olakšava.

će pretpostavke ove perspektive u radu biti uzete sa rezervom i u onoj meri u kojoj analizirani materijal dopušta, a iz razloga koji su već navedeni.

Zbog toga što osnovu od koje se u ovom radu polazi u razmatranju tumačenja konzumiranja alkohola i duvana u Srbiji čini zakonska regulativa, a u skladu sa pretpostavkama o potrebi za njihovim posmatranjem u kontekstu odnosa moći, u ovom radu biće korišćene i teorijske pretpostavke antropologije javnih politika. Antropologija javnih politika bavi se donošenjem, implementacijom, funkcionisanjem i rezultatima javnih politika koje tumači kao glavna sredstva savremene neoliberalne veštine upravljanja (Wedel et al. 2005, Shore and Wright 1997, 2011, Feldman 2011, Wright 2006). Javne politike tumače se uobičajeno tumače kao pravna sredstva utemeljena na objektivnim, naučnim činjenicama koja omogućavaju ostvarivanje određenih ciljeva, rešavanje problema i postizanje promene u društvu, pri čemu se njihova implementacija tumači kao linearan proces – onaj koji na unapred određen način dovodi do ostvarenja unapred određenih ciljeva (Wedel et al. 2005, Shore and Wright 1997, 2011, Wedel and Feldman 2005). Međutim, u okviru antropologije javnih politika ovakva tumačenja smatraju se isuviše ograničenim i problematičnim, i to iz nekoliko razloga. Kao prvo, antropolozi koji se bave proučavanjem javnih politika ističu da naglašavanje racionalnosti, objektivnosti i neutralnosti javnih politika maskira njihovu političnost (Wedel et al. 2005, Shore and Wright 1997, 2011, Feldman 2011, Wedel and Feldman 2005). U okviru antropologije javnih politika politika moć se tumači kao produktivna, a ne kao represivna sila koja se sprovodi putem normi i pravila čije se usvajanje podstiče kod onih nad kojima se vlast sprovodi, a ne putem putem prisila i zabrana, i uvek postoji u sprezi sa naukom koja prikriva operisanje moći (Shore and Wright 1997, 2011, Wright 2006, Wedel and Feldman 2005). Tumačenje politike kao produktivne sile za čije je delovanje ekspertiza od izuzetnog značaja je stanovište kakvo je karakteristično za Fukoa i koje antropolozi koji se bave analizom javnih politika od njega i preuzimaju. U skladu sa ovakvim tumačenjem u okviru ove perspektive javne politike se smatraju jednim od najznačajnijih instrumenata u savremenom upravljanju – one uspostavljaju norme i obrasce mišljenja i ponašanja,

kreiraju subjektivitet, kreiraju, kategorizuju, klasifikuju i hijerarhizuju individue, kreiraju i regulišu političke subjekte, uspostavljaju nove odnose u društvu, definišu probleme i predlažu njihova rešenja, klasifikuju i regulišu prostore, kreiraju nove društvene i semantičke svetove, uspostavljaju režime moći (Shore and Wright 2011, 1, Wedel and Feldman 2005, 1). Javne politike predstavljaju sredstva koja se mogu koristiti za davanje legitimiteta postojećem društvenom poretku, ali i sredstva pomoću kojih postojeći društveni poredak može da bude doveden u pitanje i zamenjen nekim drugim (Wedel and Feldman 2005, 3). Ovo je omogućeno time što javne politike daju institucionalni legitimitet jednom ili većem broju diskursa i viđenjima stvarnosti koja su svojstvena tim diskursima potiskujući druge na margine društva – zahvaljujući javnim politikama i njihovoj pretpostavljenoj objektivnosti, određeni diskursi i tumačenja stvarnosti koja su za njih karakteristična ostvaruju svoju hegemoniju u društvu predstavljajući se kao istinita (Wedel et al. 2005, 37). Kao drugo, kada je reč o formulaciji i sprovođenju javnih politika, u antropologiji javnih politika se naglašava da ovi procesi nikada nisu linearani i u potpunosti predvidivi, kako se obično pretpostavlja – da identifikacija problema dovodi do formulacije rešenja, njegove implementacije i evaluacije, već da je, gotovo po pravilu, donošenje i usvajanje javnih politika praćeno pojavom nepredvidivih varijabli kombinovanih na nepredvidiv način i sa nepredvidivim posledicama (Wedel et al. 2005, Shore and Wright 1997, Wedel and Feldman 2005). Ova kompleksnost u donošenju i implementaciji javnih politika posmatrana u okvirima datog socio-kulturnog konteksta, a ne njihove idealtipske, uprošćene verzije, u fokusu je antropologije javnih politika. Nju zanimaju svi procesi, odnosi i akteri koji su povezani sa formulisanjem, usvajanjem i implementacijom javnih politika.

U ovom istraživanju polazim od pretpostavke da su kulturne interpretacije upotrebe alkohola i duvana u Srbiji sredstva kontrole i disciplinovanja nepoželjnih oblika ponašanja i osoba koje ih praktikuju, na šta upućuje sadržaj zakona koji regulišu upotrebu ovih supstanci. Ovim zakonima upotreba alkohola i duvana definiše se kao problem (po pojedinca konzumenta, njegovo okruženje i društvo u celini, kao (javno-

)zdravstveni, ali i bezbednosni problem), dok se izbegavanje upotrebe ovih supstanci postavlja kao ideal, kao norma. Ovakvo viđenje potpomognuto je naučnim činjenicama koje normalizaciju i stigmatizaciju određenih oblika ponašanja čine apolitičnim. Osim toga, na taj način se apolitičnim predstavlja i svaka akcija spram onih oblika ponašanja koji se putem ovih javnih politika definišu kao nepoželjni – upotrebi alkohola i duvana uopšteno i/ili kod određenih kategorija osoba. Zbog svega toga će kao jedna od teorijskih perspektiva u ovom istraživanju biti korišćena antropologija javnih politika, koja je, osim što je značajna za ovo istraživanje, istovremeno kompatibilna sa drugim perspektivama koje će u njemu biti korišćene i koje ona dopunjuje.

Kao metod analize u ovom radu biće korišćena diskurzivna analiza, i to onaj oblik diskurzivne analize koji je socio-kulturno orijentisan i čiji je fokus na povezivanju jezika i socio-kulturnog konteksta njegove upotrebe (v. Biber, Connor and Upton 2007). Ovaj oblik diskurzivne analize po pravilu nije fokusiran na proučavanje lingvističkih formi koje se u tekstu koriste, već na način na koji je on povezan sa društvenim kontekstom u okviru kojeg se javlja. Analiza diskursa je analiza jezika u kontekstu, odnosno interakcije između jezika i socio-kulturne stvarnosti. Diskurzivnu analizu moguće je primeniti na bilo koji tekst bilo da je on u pisanoj ili usmenoj formi. Primenom diskurzivne analize izdvajaju se jedinice diskursa, otkriva njihovo značenje i funkcija u okviru diskursa, kao i način njihove međusobne povezanosti, hijerarhijski odnosi unutar diskursa, njegova struktura, odnosno model diskursa (Mills 1997, 138-140). Analizom diskursa, odnosno jezika u kontekstu, otkriva se u kakvim istorijskim i društvenim uslovima diskurs nastaje, kakav sistem odnosa moći i znanja reflektuje i način na koji on funkcioniše u okviru određenog konteksta, kakvi su efekti diskursa kojem određeni tekst pripada u okviru mreže društvenih odnosa (*Ibid.*, 138-140).

S obzirom na to da je predmet ovog istraživanja razmatranje kulturne konceptualizacije dve vrste zdravstvenih rizika, nameće se potreba za objašnjenjem odnosa kulture i diskursa. Mogli bismo reći da je diskurs proizvod kulture ako kulturu definišemo kao sistem znanja, ideja, verovanja i vrednosti koji postoji u određenom društvenom kontekstu – diskurs ne može postojati van kulturnog sistema. Stoga se

proučavanjem diskursa može doći do podataka o kulturi u čijim se okvirima on javlja, odnosno onog njenog segmenta na koji se diskurs odnosi. Za Fukoa, na čijem se radu ovo istraživanje u najvećoj meri bazira, diskurs predstavlja skup istorijski i kontekstualno uslovljenih pravila koja definišu diskurzivnu praksu koja proizvodi objekte o kojima diskurs govori (Fuko 1998).¹⁵ Iako Fuko ne koristi pojam kulture prilikom određenja diskursa, smatram da je ovoj definiciji on implicitno sadržan u kontekstualnoj uslovljenosti diskursa te da se u tom smislu diskurs može shvatiti na način koji je već opisan. Diskurs dakle ne postoji sam po sebi i za sebe, već samo kroz efekte koje proizvodi, ali to ne znači da on ne može biti identifikovan – diskurs sistematično oblikuje ideje, koncepte, način razmišljanja i ponašanja u okviru određenog konteksta. U skladu sa već iznetim tumačenjem odnosa između diskursa i kulture ovaj uticaj diskursa se zapravo može shvatiti kao posredni uticaj kulture.

Diskurs koji će u ovom istraživanju biti analiziran jeste diskurs zdravstvenih rizika, i to na osnovu materijala koji čine zakonski akti koji regulišu upotrebu alkohola i duvana (Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu iz 2010. godine koji važi na republičkom nivou, odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 (23) sata do 06 sati koja se primenjuje u Novom Sadu, Šapcu, Zrenjaninu i Beogradu i odluka prema kojoj trgovinski objekti koji prodaju alkoholna pića ne smeju da rade u vremenu između 22 i 06 sati koja je na snazi u Kragujevcu) i njihova medijska reprezentacija. Podaci o načinu medijske reprezentacije uvođenja i primene Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, odluke o zabrani prodaje alkoholnih pića u vremenu od 22 (23) sata do 06 sati i odluke o ograničavanju radnog vremena trgovinskih objekata koji prodaju alkoholna pića do 22 sata biće dobijeni analizom dnevne štampe, televizijskih informativnih emisija i vesti sa internet sajtova. Od dnevne štampe kao izvori biće korišćeni sledeći listovi: Danas, Politika, Večernje novosti, Blic, Press, Kurir, Alo. Emisije informativnog karaktera koje će biti uključene u analizu biće one koje se emituju na televizijama sa nacionalnom

¹⁵ Ova proizvodnja objekata se zapravo odvija kroz proizvodnju režima objekata, odnosno njihovog značenja, međusobne povezanosti, vrste odnosa (Fuko 1998).

pokrivenošću – RTS, B92, Prva i Pink, a od vesti one objavljenje na sajtovima pomenutih radio-televizija, kao i na sajtu RTV Studio B. Pored toga, biće analiziran i materijal sa sednica Narodne skupštine na kojima se raspravljalo o Predlogu zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu.¹⁶ Iz ovako dobijene građe biće izdvojene jedinice diskursa rizika (upotreba duvana i alkohola uopšteno i među određenim kategorijama osobama/na određenim mestima/u specifičnim kontekstima, različite strategije koje se primenju u cilju smanjenja upotrebe alkohola i duvana) i značenja koja im se pridaju. Nakon toga biće proučene funkcije ovih izdvojenih jedinica diskursa zdravstvenih rizika u kontekstu struktura moći, odnosno efekti koje on stvara u vidu stigmatizacije, disciplinovanja i korekcije upotrebe alkohola i duvana kao društveno nepoželjnih oblika ponašanja i osoba koje ove supstance koriste. Jedinice diskursa zdravstvenih rizika, odnosi moći sa njima u vezi i efekti koji se na taj način putem ovog diskursa proizvode biće razmotreni u kontekstu post-socijalističke transformacije društva koja označava formalno, pre nego suštinsko usvajanje odlika razvijenih kapitalističkih zemalja, prvenstveno na nivou usvajanja javnih politika karakterističnih za ova društva. Na taj način biće moguće uspostavljanje veze između diskursa zdravstvenih rizika i oblika upravljanja koje je svojstveno razvijenim kapitalističkim zemljama, što i čini jednu od glavnih pretpostavki ovog istraživanja. Konačno, primenom diskurzivne analize u ovom radu trebalo da bi otkriti na koji način diskurs zdravstvenih rizika, razmotren na primeru građe o intepretacijama upotrebe alkohola i duvana, funkcioniše u Srbiji i kakve efekte proizvodi u kontekstu odnosa moći.

Dakle, jedan od ciljeva ovog istraživanja jeste formulisanje načina na koji se u savremenoj Srbiji konceptualizuju upotreba alkohola i duvana. Ovaj deo istraživanja, kao i istraživanje u celini, počiva na pretpostavci da su tumačenja upotrebe alkohola i duvana društveno i kulturno determinisana. Kulturna konceptualizacija upotrebe

¹⁶ Za razliku od transkripta sa sednica Narodne skupštine Srbije koji su javnosti dostupni zahvaljujući projektu „Otvoreni parlament“ koji sprovodi nekoliko nevladinih organizacija (CRTA – Centar za istraživanje, transparentnost i odgovornost iz Beograda, Nacionalna koalicija za decentralizaciju sa sedištem u Nišu, YUCOM – Komitet pravnika za ljudska prava iz Beograda i SeConS – Grupa za razvojnu inicijativu iz Beograda), transkripti sa sednica gradskih opština nisu dostupni javnosti, zbog čega takav materijal nije mogao biti uvršćen u ovo istraživanje.

alkohola i duvana biće izdvojena na osnovu građe koju čine zakoni kojima se reguliše upotreba ovih supstanci, medijsko izveštavanje o usvajanju i primeni ovih zakona i materijal sa sednica Narodne skupštine na kojima je raspravljano o Predlogu zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu. Drugi cilj ovog istraživanja jeste razmatranje posledica ovih kulturnih interpretacija. Polazna pretpostavka ovog dela istraživanja jeste da je kulturna konceptualizacija upotrebe alkohola i duvana povezana sa upravljanjem, kontrolom i disciplinovanjem upotrebe alkohola i duvana kao društveno nepoželjnih oblika ponašanja i osoba koje praktikuju ovakav način ponašanja, naročito onih koje su u društvu već nepriviligovane, marginalizovane i stigmatizovane. U skladu sa ovom pretpostavkom, a imajući na umu činjenicu da se tendencija zakonskog ograničavanja mogućnosti praktikovanja rizičnih oblika ponašanja sa ciljem jačanja svesti o značaju zdravlja i podsticanja pojedinaca da dobrovoljno izbegavaju rizike po zdravlje može shvatiti kao primer delovanja neoliberalne veštine upravljanja, u radu će biti preispitana pretpostavka o postojanju i sprovođenju ove veštine upravljanja u savremenoj Srbiji na primeru kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola i duvana. U skladu sa ovim pretpostavkama u radu će biti korišćena governmentalistička teorija rizika koja diskurs o rizicima tumači kao glavno sredstvo savremene neoliberalne veštine upravljanja, kritička medicinska antropologija, koja sa governmentalističkom teorijom rizika deli marksističko polazište, ali i antropologija javnih politika koja je, kao i governmentalistička teorija rizika, inspirisana delom Mišela Fukoa. Kombinacija ovih teorijskih perspektiva trebalo bi da doprinese obuhvatnijem razumevanju fenomena koji su predmet ovog istraživanja. Upotreba alkohola i duvana predstavljaju pojave prema kojima su srpske vlasti oduvek bile ravnodušne, ako ne u pogledu usvajanja zakona koji se na njih odnose, onda u pogledu predviđenih kazni i/ili spremnosti da se oni zaista i sprovede pa se nameće pitanje porekla ove skorašnje inicijative. Odgovor na ovo pitanje nastojaće da pruži ovo istraživanje: njegov cilj je da inicijativu da se u Srbiji zakonskim putem reguliše upotreba alkohola i duvana kritički preispita posmatrajući je u datom socio-kulturnom kontekstu i sa aspekta koji prevazilazi njeno tumačenje kao sredstva

čiji je cilj da obezbedi zaštitu stanovništva od delovanja štetnih supstanci povezujući je sa pitanjima moći, kontrole i discipline i savremenim režimima upravljanja.

**2. PROUČAVANJE ALKOHOLA,
DUVANA I ZDRAVSTVENIH
RIZIKA U ANTROPOLOGIJI**

2. 1. PROUČAVANJE ALKOHOLA U SVETSKOJ ANTROPOLOGIJI

Kao temi i predmetu proučavanja alkoholu u antropologiji dugo nije posvećivana neka značajnija pažnja. Alkohol predstavlja jednu od najrasprostranjenijih i najduže korišćenih psihoaktivnih supstanci koju su poznavale i najstarije civilizacije, a može se reći i gotovo sva društva koja su ikada postojala i koja danas postoje (Mandelbaum 1965, Heath 1987b, Baer, Singer and Susser 2004).¹⁷ S obzirom na to da se alkohol dobija putem prirodnog, relativno jednostavnog procesa fermentacije koji nastupa jako brzo u voću, povrću i žitaricama sa adekvatnom koncentracijom šećera, pretpostavlja se da je njegova upotreba stara koliko i poljoprivreda i da su alkohol poznavale i najstarije civilizacije (Baer, Singer and Susser 2004, 101). Tokom istorije, u različitim periodima i na različitim mestima, alkoholna pića korišćena su na različite načine i u različite svrhe: kao hrana, piće, lek, narkotik, afrodizijak, dezinfekciono sredstvo, novac, sredstvo za sticanje političke moći, ritualni rekvizit (Heath 1987, 1995, Joffe 1998, Dietler 2006, Baer, Singer and Susser 2004). U svim društvima u kojima su ikada korišćena alkoholna pića su gotovo bez izuzetka uživala poseban status koji je obično počivao na kontradiktornim i ambivalentnim značenjima koja su im pridavana (Heath 1987b, 1995, Mandelbaum 1965, Baer, Singer and Susser 2004). Upotreba alkoholnih pića je najčešće do detalja bila regulisana putem društvenih, pravnih, religijskih i drugih normi koje su određivale kojim kategorijama osoba je dozvoljeno konzumiranje alkoholnih pića, koje vrste, u kojoj količini, u koje vreme, na kom mestu,

¹⁷ Upotreba alkoholnih pića otkrivena je gotovo u svim krajevima sveta, izuzev kod indigenih naroda Severne Amerike i Okeanije koji su se sa alkoholom po prvi put susreli po dolasku Evropljana (Baer, Singer and Susser 2004, 101).

u kakvom društvu i sa kakvim ishodom (*Ibid.*). Tumačenje i upotreba alkoholnih pića uklopljeni su u širi socio-kulturni kontekst i njime uslovljeni, što ove teme kvalifikuje kao antropološki relevantne, međutim, uprkos tome disciplinarno interesovanje za njih javilo se tek sredinom XX veka (Heath 1987b, Baer, Singer and Susser 2004, Heath and Glasser 2004, Singer 2012, Douglas 1987). To ne znači da antropolozi nikada pre toga nisu pisali o upotrebi alkohola među pripadnicima zajednica koje su proučavali, naprotiv, već da ova tema nije shvatana kao vredna pažnje sama po sebi niti kao tema koja zavređuje dublje analitičko proučavanje te su tako ovi zapisi bili na nivou deskriptivnih zabeleški o svemu što se može zapaziti u proučavanoj zajednici, a što je, između ostalog, i upotreba alkohola (*Ibid.*, opširnije o tome v. Heath 1976). Ovakav stav bio je posledica uticaja kulture iz koje su antropolozi poticali i u okviru koje se upotreba alkohola percipirala kao negativna pojava (Baer, Singer and Susser 2004, Hunt and Barker 2001). Zbog bojazni od društveno negativne recepcije odabira ove teme kao antropološki legitimnog predmeta proučavanja i narušavanja ugleda antropologije koja je tada bila relativno mlada disciplina u razvoju, antropolozi su se ove oblasti proučavanja uglavnom klonili (*Ibid.*).

Izuzeci od ovog pravila su, međutim, ipak postojali. Jedan od njih jeste rad Rut Banzel (*Ruth Bunzel*), „O ulozi alkoholizma u dve centralnoameričke kulture“, (*On the role of alcoholism in two central American cultures*), objavljen 1940. godine (Baer, Singer and Susser 2004, Heath 1976, Geofu-Madianou 1992b). Ovo je bio prvi antropološki rad u kojem je bila obrađena tema upotrebe alkohola u celini, kao isključivi i jedini predmet analize. U ovom radu Banzel je ukazala na uticaj koji kultura ima na oblikovanje ponašanja pri upotrebi alkohola, odnosno pod njegovim dejstvom, čak i tokom intoksikacije. Proučavajući upotrebu alkohola među pripadnicima dva indijanska plemena Banzel je otkrila da društveno odobravanje ili neodobravanje ove prakse zavisi od načina na koji je ona povezana sa drugim društvenim domenima i insitucijama (Geofu-Madianou 1992b). Na taj način ova autorka je uspela da objasni razlike u pogledu odnosa prema upotrebi alkohola između ove dve grupe Indijanaca. Međutim, ni u ovom slučaju kao ni u slučaju ostalih antropologa koji su ranije pisali o

ovoj temi, autorkino interesovanje za njeno proučavanje nije bilo posledica njene prvobitne namere da se ovom temom bavi, već se pojavilo naknadno, u toku istraživanja neke druge tematike koja je bila njen primarni predmet interesovanja (Baer, Singer and Susser 2004, Heath 1976). Ipak, za razliku od ostalih antropologa toga vremena, Banzel je odabrala da se posveti ovoj temi zasebno, obradivši je samostalno i u celosti (*Ibid.*). Tri godine kasnije objavljen je još jedan rad koji je kasnije imao snažan uticaj na proučavanje upotrebe alkoholnih pića u antropologiji – „Funkcije alkohola u primitivnim društvima: kros-kulturna studija“ („*The functions of alcohol in primitive societies: a cross-cultural study*“), autora Donalda Hortona (*Donald Horton*), tadašnjeg studenta sociologije (*Ibid.*). Horton je sproveo komparativno istraživanje o upotrebi alkohola u 56 društava na osnovu podataka iz već postojećih antropoloških istraživanja. Zaključak koji je Horton na osnovu ovog istraživanja izveo bio je da je upotreba alkohola u nekom društvu u vezi sa stepenom anksioznosti u njemu, odnosno da je primarna funkcija upotrebe alkohola umanjeње anksioznosti u društvu. To je bila smela i kontroverzna tvrdnja koji su drugi autori kasnije preispitali i oborili, no ipak to ne umanjuje značaj Hortonovog rada po pitanju interesovanja za tada zanemarenu oblast proučavanja i doprinosa u njenom razumevanju.

Sve do 1960-tih, izuzev pomenutih istraživanja koje su sprovedi Rut Banzel i Donald Horton, proučavanje alkohola u antropologiji predstavljalo je, kao što je već rečeno, retkost, a i kada je privlačila pažnju antropologa, ova tema je nesamostalno i deskriptivno obrađivana. Međutim, tokom 1960-tih svest o povezanosti upotrebe alkoholnih pića sa drugim društvenim domenima bivala je sve izraženija, kao i svest o relevantnosti antropološkog izučavanja ove tematike (Heath 1976, 1987b). Osim toga, u zapadnim društvima iz kojih su u tom periodu gotovo svi antropolozi poticali došlo je do promene u pogledu dominantnog odnosa prema upotrebi alkohola koji je postajao pozitivniji, liberalniji i permisivniji, a to je takođe uticalo na prevazilaženje otklona prema proučavanju ove teme (Baer, Singer and Susser 2004, Hunt and Barker 2001).¹⁸

¹⁸ Međutim, otklon prema proučavanju upotrebe alkoholnih pića u antropologiji nije ni danas u potpunosti nestao (Baer, Singer and Susser 2004).

Sve ovo dovelo je do toga da alkohol konačno postane etabliran kao legitimno polje proučavanja u okviru antropologije tokom 1960-tih. Tokom ove dekade dvojica autora su svojim radom dali istaknut doprinos proučavanju i popularisanju proučavanja ove teme u antropologiji: Dejvid Mandelbaum (*David Mandelbaum*) i Dvajt Hit (*Dwight Heath*) (Baer, Singer and Susser 2004, Hunt and Barker 2001). Dejvid Mandelbaum je u svom radu „Alkohol i kultura“ („*Alcohol and culture*“) skrenuo pažnju na izostanak teme upotrebe alkohola u antropologiji ukazavši na razloge, značaj i potrebu za njenim proučavanjem u okviru discipline (Mandelbaum 1965). U ovom radu Mandelbaum je istakao da alkohol predstavlja najrasprostranjeniju i tokom ljudske istorije najviše korišćenu psihoaktivnu supstancu koja u gotovo svim društvima u kojima je korišćena i u kojima se danas koristi uživa poseban status u odnosu na druga, bezalkoholna pića. Naime, kako Mandelbaum zapaža, upotreba i zabrana upotrebe alkohola su u većini društava na svetu koja danas postoje i koja su ikada postojala neizostavno regulisani putem velikog broja pravila, pri čemu se isto ne može reći i za druga, bezalkoholna pića. Ta pravila su u skladu sa verovanjima i vrednostima u datoj kulturi i drugim društvenim domenima, što znači da se proučavanjem tumačenja i upotrebe alkohola u nekom društvu može doći do podataka o širem društvenom i kulturnom kontekstu. To ovu temu, kako Mandelbaum ističe, čini relevantnom za izučavanje u antropologiji. Pored ovog autora, značajan doprinos proučavanju alkohola u antropologiji dao je i Dvajt Hit koji je istakao da upotrebu alkoholnih pića ne treba posmatrati (samo) u kontekstu društvenih i zdravstvenih problema sa njima u vezi, već (i) u kontekstu uticaja kulturnih verovanja i vrednosti na način interpretacije alkoholnih pića, paterne njihove upotrebe, kao i na ponašanje pod dejstvom konzumacije alkohola, pa i tokom intoksikacije njime (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 2012). Osim toga, Hit je istakao da upotreba i zloupotreba alkohola ne moraju nužno negativno da utiču na pojedinca i društvo u celini (*Ibid.*). Na osnovu proučavanja upotrebe alkohola kod Kamba u Boliviji Hit je došao do zaključka da praksa periodične, često i višednevne, grupne intoksikacije alkoholom tokom festivala i obreda prelaza u ovoj zajednici ne utiče negativno na njene

pripadnike niti na zajednicu u celini.¹⁹ Naime, kako Hit zapaža, povremena zloupotreba alkohola kod Kamba ne dovodi do narušavanja zdravlja pripadnika ove zajednice, jer su posledice upotrebe alkohola, osim farmakološko-biološkim, uslovljene i delovanjem kulturnih faktora, odnosno oblikovane pod uticajem kulturno konstruisanih predstava o efektima upotrebe alkohola na ljudski organizam. Pored toga, Hit kod Kamba nije uočio postojanje alkoholizma niti druge oblike društveno disfunkcionalnog ponašanja (kao što su, na primer, nasilje ili zanemarivanje/neispunjavanje obaveza koje pojedinac ima kao pripadnik društva). Štaviše, povremena javna i grupna intoksikacija kod Kamba imala je pozitivne funkcije u društvu, kao što su postizanje kohezije i solidarnosti među njegovim pripadnicima (*Ibid.*). Hitov socio-kulturni model upotrebe alkohola prihvatili su mnogi antropolozi koji su istraživanjem u brojnim zajednicama širom sveta potvrdili da upotreba alkohola, pa čak i prekomerna, može da predstavlja pozitivnu pojavu u društvu (Singer 2012, 1748, v. npr. Simmons 1960, Netting 1964, Kennedy 1963).²⁰ Do kraja 1960-tih antropološko proučavanje alkohola više nije predstavljalo retkost (Heath 1976, 1987b). Napredak, međutim, nije ostvaren samo u kvantitativnom, već i kvalitativnom smislu: neka ranija istraživanja su dopunjena i produbljena, posebno ona koja su rađena u kros-kulturnoj perspektivi, dok je tema promene tumačenja i paterna upotrebe alkohola, do tada ispitivana jedino sa vremenskog aspekta, sada počela da se proučava i sa aspekta uticaja procesa akulturacije (Heath 1976).

Tokom 1970-tih nastavljen je napredak u proučavanju alkohola u antropologiji kako u pogledu intenziteta tako i u pogledu kvaliteta objavljenih radova (Heath 1976, 1987a, b). Sve do 1970-tih antropolozi su se pretežno bavili proučavanjem socio-

¹⁹ Rezultate ovog prvog istraživanja o upotrebi alkohola kod Kamba (koja je kasnije ponavljao, a rezultate dopunjavao i revidirao) Hit je predstavio u radu u radu „Paternal konzumacije alkohola kod Kamba u Boliviji“ („*Drinking patterns of Bolivian Camba*“) objavljenom 1958. godine.

²⁰ Ipak, nisu svi antropolozi akcenat stavljali na pozitivne funkcije upotrebe alkohola u nekom društvu, već su se neki bavili i proučavanjem upotrebe alkohola kao društveno dezintegrativnog, disfunkcionalnog i devijantnog oblika ponašanja (Baer, Singer and Susser 2004, 116, Singer 2012, 1749). Nekolicina antropologa pažnju je posvetila negativnim funkcijama koje alkohol ostvaruje u društvu i drugim negativnim aspektima u vezi sa upotrebom alkohola kao što su, na primer, zloupotreba alkohola i alkoholizam, kao i ambivalentnom statusu alkohola u pojedinim društvima (v. npr. Honigmann and Honigmann 1965, Lemert 1964, Madsen 1964, Levy et al. 1969, Graves 1967). Ovakvih radova u antropologiji je, međutim, bilo u manjini, dok su preovladavali oni u kojima su naglašavani pozitivni aspekti i funkcije upotrebe i zloupotrebe alkohola.

kulturnih aspekata tumačenja i upotrebe alkohola u plemenskim zajednicama, dok se sada veliki broj njih okrenuo istraživanju ove tematike i u modernim, industrijskim društvima (Heath 1987b). Dalje, tokom ove dekade antropolozi su počeli da sprovode istraživanja koja su imala praktične implikacije u vidu pružanja doprinosa u formulisanju, evaluaciji i korekciji programa prevencije upotrebe, zloupotrebe i zavisnosti od alkohola, kao i tretmana lečenja od alkoholizma (Heath 1987a, b, Heath and Glasser 2004).²¹ Zahvaljujući tome, došlo je do priznavanja relevantnosti i značaja antropološkog proučavanja alkohola u multidisciplinarnim studijama alkohola (Heath 1987a). Pored toga, i u antropologiji je došlo do priznavanja značaja do tada zanemarenih rezultata proučavanja teme alkohola u okviru drugih društvenih nauka koji su sada počeli da bivaju inkorporirani u antropološke studije o ovoj temi (Heath 1987b). Konačno, uvećan je i uraznoličen opseg proučavanih tema u vezi sa alkoholom, a najzastupljenije među njima u ovoj dekadi su: analiza promena verovanja i praksi u vezi sa alkoholnim pićima u istorijskoj perspektivi u okviru jedne populacije; proučavanje regulisanja upotrebe alkoholnih pića u različitim kontekstima i epohama (najčešće prohibicija tokom 1920-tih u Sjedinjenim Državama); tumačenja alkoholnih pića u Bibliji i antici; uticaj imigracija i procesa akulturacije na promene paterna konzumacije alkoholnih pića; povezanost upotrebe alkoholnih pića sa klasom, rodom, različitim fazama životnog ciklusa, etnicitetom, religijom, rasom; upotreba alkohola kao oblik rekreacije i povezanost sa neobaveznim seksom; povezanost upotrebe alkohola i stresa, anksioznosti, agresije, ubistava, samoubistava, kriminala, ratova, anomije i marginalizacije; povezanost alkohola i politike, ekonomije, tehnologije, društvene dinamike; društvene i kulturne determinante koje učestvuju u pojavi alkoholizma i koje utiču na percepciju alkoholizma u društvu; proučavanje ponašanja osoba dok piju alkoholna pića i javnih mesta na kojima to čine (Heath 1987b).

²¹ U ovom periodu sve veći broj antropologa usvajao je medicinski model proučavanja problema u vezi sa upotrebom alkohola (Geofu-Madianou 1992b). Ovo je bilo posledica nemogućnosti da se u okviru antropologije formuliše teorija etiologije zloupotrebe i zavisnosti od alkohola, ali i pretežnog finansiranja upravo onih istraživanja koja su imala za cilj iznalaženje rešenja za probleme zloupotrebe i zavisnosti od alkohola (*Ibid.*).

Uprkos napretku koji je tokom 1970-tih ostvaren, proučavanje alkohola u antropologiji i dalje je imalo brojne nedostatke koji su postali predmet kritika tokom 1980-tih. Prva među njima potekla je iz same discipline, od strane Maka Maršala (*Mac Marshall*) (Hunt and Barker 2001). Maršal je 1984. godine uputio kritiku Grupi za proučavanje alkohola i droga pri Američkoj antropološkoj asocijaciji (*Alcohol and drug study group of the American anthropological association*), osnovanoj 1982., zbog njene deskriptivnosti, preteranog korišćenja literature iz srodnih disciplina i zanemarivanja najznačajnijih tema i koncepata iz oblasti društvene i kulturne teorije. Osim toga, Maršal je antropolozima zamerao na tome što su teme u vezi sa alkoholom u savremenim modernim društvima proučavali pretežno kod etničkih manjina, ali ne i kod većinskog dela stanovništva, i pozvao je svoje kolege da veću pažnju posvete proučavanju ovih tema na nivou nacionalnih država i njihovih međusobnih odnosa. Nakon kritika iz okvira same discipline, antropološko proučavanje alkohola naišlo je na kritike i od strane autora iz drugih disciplina, iako je tokom prethodne dekade ono generalno počelo da biva priznato kao značajno u okviru studija alkohola. Najoštrija takva kritika došla je od strane sociologa Robina Ruma (*Robin Room*) (Singer 1992, Hunt and Barker 2001, Douglas 1987). Rum je u svom radu „Alkohol i etnografija: slučaj umanjenja problema?“ (*„Alcohol and ethnography: a case of problem deflation?“*) objavljenom 1984. godine, izneo svoje glavne primedbe na način proučavanja alkohola u antropologiji (Room 1984). U ovom radu Rum je istakao nekoliko nedostataka proučavanja alkohola u antropologiji: stavljanje akcenta na proučavanje normalne, umerene upotrebe alkohola i pozitivnih funkcija koje upotreba alkohola ostvaruje u društvu; zanemarivanje proučavanja patoloških oblika konzumacije alkohola (zloupotrebe i zavisnosti od alkohola) i sagledavanja njihovog negativnog uticaja na pojedinca i društvo; izostavljanje sagledavanja povezanosti alkoholizma kao bolesti i kulture. Rum je smatrao da je ovo posledica u antropologiji dominantne funkcionalističke perspektive i pripadnosti samih antropologa generaciji koja je zastupa liberalna uverenja u vezi sa konzumacijom alkohola. Osim toga, Rum je ukazao na to da u isticanju pozitivnih aspekata upotrebe alkohola u antropologiji važnu ulogu

igraju i metodološki problemi. Naime, kako Rum zapaža, dominantne metode prikupljanja podataka u antropologiji, posmatranje sa učestvovanjem i polustrukturirani intervjui, fokus stavljaju na svakodnevicu i uobičajene događaje, na javno normativno ponašanje i stavove, a ne na neuobičajene pojave i pojave ograničene na domen privatnog kakve su recimo, kada je o upotrebi alkohola reč, apstinencija ili preterana konzumacija/zloupotreba alkohola. Naredna kritika dotadašnjeg proučavanja alkohola u antropologiji došla je od strane medicinskog antropologa Merila Singera (*Merrill Singer*) (Hunt and Barker 2001, Dietler 2006). Singer je 1986. godine objavio rad „Ka političkoj ekonomiji alkoholizma: nedostajuća karika u antropologiji upotrebe alkohola“ (*Toward a political-economy of alcoholism: the missing link in the anthropology of drinking*), u kojem je ukazao na izostanak sagledavanja šireg političkog i ekonomskog konteksta u proučavanju alkohola u antropologiji, kao i na važnost i značaj uvođenja ove dimenzije istraživanja (Singer 1986). U proučavanju tema u vezi sa alkoholom u određenim zajednicama antropolozi su, kako Singer u ovom radu zapaža, zanemarili globalne političke i ekonomske procese koji na ove zajednice u celini utiču, a time i na upotrebu alkohola u njima, i posmatrali ih kao izolovane iz svetskog kapitalističkog sistema. To je, kako Singer napominje, antropolozima onemogućilo sagledavanje upotrebe alkohola kao sredstva za ostvarivanje moći i sticanje profita.

Među kritikama upućenim stanju u studijama alkohola u antropologiji najviše polemika izazvala je kritika Robina Ruma. „Alkohol i etnografija: slučaj umanjenja problema?“ objavljen je uz komentare velikog broja antropologa u kojima je bilo zastupljeno i priznavanje postojanja nedostataka o kojima je Rum govorio, ali i neslaganje sa njegovim ocenama studija alkohola u antropologiji koje su na različitim osnovama bile okarakterisane kao neutemeljene. Pored toga, nekoliko antropologa je istaklo da antropološko proučavanje alkohola ne karakteriše potpuno odsustvo razmatranja problematične upotrebe alkohola niti problema koji su sa tim u vezi kao što Rum tvrdi. U narednim godinama u antropološkim studijama alkohola ova tematika je postajala sve dominantnija, a takođe je došlo do promena i u pogledu drugih odlika

proučavanja alkohola u antropologiji koje su bili predmet Rumove kritike (Heath 1987a, b, Hunt and Barker 2001, Heath and Glasser 2004). Pokušaj da se prevaziđu postojeći nedostaci u studijama alkohola u antropologiji bili su evidentni još od 1986. godine kada je nekolicina antropologa, koji su se i sami bavili proučavanjem alkohola, aktuelno stanje u pogledu izučavanja ove teme u antropologiji ocenilo kao pohvalno (Hunt and Barker 2001). U dva rada iz 1987. godine, jednom u kojem je uopšteno razmotrio proučavanje alkohola u antropologiji i jednom u kojem je predstavio rezultate pregleda literature na ovu temu u antropologiji u periodu od 1970 – 1980, Dvajt Hit je pozitivno ocenio stanje u antropologiji povodom proučavanja alkohola od 1970-tih ističući napredak u i kvantitativnom i u kvalitativnom smislu, kao i u pogledu doprinosa antropologije studijama alkohola (Heath 1987a, b). Hit je takođe istakao napredak u oblasti studija alkohola u antropologiji u metodološkom smislu ukazujući na uočavanje nedostaka ranijih istraživanja ove teme od strane antropologa koji su sada veću pažnju posvetili načinu prikupljanja relevantnih podataka – neki su počeli da koriste kvantitativne metode i metode iz drugih disciplina kao što su istorija, sociologija i druge, dok je većina nastojala da što preciznije identifikuje relevantni uzorak za istraživanje i da razmotri teorijski doprinos svojih istraživanja (Heath 1987b). To je, kako Hit zapaža, dovelo do priznavanja pouzdanosti i značaja antropoloških radova na temu alkohola u multidisciplinarnim studijama alkohola u okviru kojih su oni postajali sve više upotrebljavani od strane autora iz drugih disciplina. Naredne godine Linda Benet (*Linda Bennett*) je objavila rezultate istraživanja dominantnih trendova u antropološkom proučavanju alkohola, i to ne samo na osnovu pregleda literature nego i na osnovu podataka dobijenih putem upitnika koje je popunilo 40 antropologa koji se bave proučavanjem ove teme (Hunt and Barker 2001, 168). Benet je uočila nekoliko trendova u proučavanju alkohola u antropologiji tokom 1980-tih: interdisciplinarna saradnja²², upotreba kvantitativnih i kvalitativnih metoda, kontinuirani naglasak na

²² Benetova je ovaj trend u antropološkom proučavanju alkohola posebno istakla naglašavajući njegov značaj kao argumenta koji dovodi u pitanje Rumovu kritiku, s obzirom na to da su u studijama alkohola negativne funkcije upotrebe alkohola priznate i dobro proučene (Hunt and Barker 2001, 168).

kros-kulturnim studijama, koje je ocenila kao pozitivne.²³ Početkom naredne dekade kvalitet antropoloških studija o alkoholu ispitivanju je povrgla i Džin Gilbert (*Jean Gilbert*) (*Ibid.*, 168-169). Ova autorka je ukazala na to da je proučavanje alkohola u antropologiji povezano sa razvojem medicinske antropologije kao njene poddiscipline, da se u ovoj oblasti proučavanja zavisnost od alkohola sve više tumači kao bolest, patologija, kao i da u proučavanju ove tematike antropolozi sve više prihvataju model javnog zdravlja. Gilbert je istakla da su antropolozi u proučavanju alkohola promenili svoj pristup pod uticajem sve intenzivnijeg uključivanja u interdisciplinarnu saradnju sa drugim autorima zbog čega danas u ovoj oblasti proučavanja primenjuju i ne-antropološke, kvalitativne, ali i kvantitativne metode. Kao i Linda Benet, i ova autorka je uključivanje antropologa u multidisciplinarne studije alkohola i promene i novine koje oni podstaknuti time prave u proučavanju alkohola ocenila kao pozitivno.

Trendovi koje su ovo troje autora zapazili tokom 1980-tih ostali su dominantni i u narednim decenijama. Od 1980-tih godina pa do danas antropolozi su veliku pažnju posvetili zloupotrebi alkohola i alkoholizmu sa ciljem primene rezultata istraživanja u programima prevencije i tretmanima lečenja ili sa mogućim implikacijama u tom smislu (Heath and Glasser 2004, Marshall et al. 2001, Singer 2012).²⁴ Ispitivani su protektivni i faktori rizika u vezi sa pojavom zloupotrebe alkohola i alkoholizma, kao i indikatori koji na njih ukazuju, i formulisani teorijski modeli njihove etiologije (npr. Ames and Janes 1987, Barker and Hunt 2004, Mulia et al. 2008, Kunitz et al. 1998, Moore et al. 2007, Bennett et al. 1987, Bennett et al. 1988, McCrady et al. 2006, Frank et al. 2000,

²³ Pored pozitivnih ocena aktuelnog stanja u pogledu proučavanja alkohola u antropologiji, Linda Benet je iznela i dve kritike (Hunt and Barker 2001, 168). Kao prvo, Benet je ukazala na potrebu da antropolozi koji se bave proučavanjem alkohola angažuju po pitanju podsticanja preciznijeg definisanja određenih koncepata u okviru studija alkohola, prvenstveno pojma alkoholizma. Kao drugo, ova autorka je istakla da su antropolozi preterano fokusirani na socio-kulturne aspekte u proučavanju alkohola i da bi više pažnje trebalo da posvete povezivanju bioloških i kulturnih faktora.

²⁴ Međutim, nema svako antropološko proučavanje tema u vezi sa zloupotrebom alkohola i alkoholizmom praktične implikacije niti je svako izvedeno sa ovim ciljem. Primeri za to su npr. proučavanje narativa lečenih alkoholičara (npr. Cain 1991, Spicer 2001, Swora 2001, Swora 2004), tretmana za lečenje alkoholizma kao obreda prelaza (Stein 1985, Weibel-Orlando 1984), kulturnih konstrukcija i percepcije alkoholizma/alkoholičara/faktora koji dovode do pojave alkoholizma (npr. Tiger 2013, Stein 1990, Bennett 1995), ritualnog javnog opijanja kao oblika društveno dozvoljenog pijanstva i ponašanja koja su njegova posledica (npr. Sexton 2001, Schnell 1997).

Schmidt et al. 1990, Angrosino 1989, Reiling and Nusbaumer 2006, Ames and Bennett 2011, Dean 2001, Jervis et al. 2003). Osim toga, od 1980-tih pa do danas antropolozi su pažnju posvetili i proučavanju lečenja alkoholizma, odnosno proučavanju odlika različitih tretmana lečenja, njihove efikasnosti, faktora koji utiču na odlazak na lečenje i njegovu uspešnost (npr. McCrady et al. 2006, Delaney et al. 1998, Bezdek and Spicer 2006, Quintero 2000, Hall 1985, Garrity 2000, Singer and Borrero 1984, Fainzang 1994, Chenhall 2008, Christensen 2014). Normalna upotreba alkohola kao tema proučavanja u antropologiji nije izgubila svoj raniji značaj, ali se ovaj oblik ponašanja u antropologiji više ne tumači i proučava isključivo kao pozitivna pojava koje ostvaruje pozitivne funkcije u društvu već i kao negativna pojava koja vodi u patološke oblike ponašanja (zloupotrebu alkohola i alkoholizam). Proučavanju ove teme antropolozi obično pristupaju sa ciljem pružanja pomoći u formulisanju programa prevencije ili njihovom unapređenju. U te svrhe obično se ispituju faktori koji utiču na konzumaciju alkohola kao i paterni upotrebe alkohola uopšteno u populaciji, nekom njenom segmentu ili nekom specifičnom kontekstu (npr. Moore et al. 2001, Messick Svare et al. 2004, Moore et al. 2004, Jørgensen et al. 2007, Ames and Cunradi 2004/2005, Lange et al. 2011, Ames et al. 2002, Ames et al. 2009, Nusbaumer and Reiling 2002, Grube et al. 1994).²⁵ U vezi sa tim, antropolozi su tokom prethodne četiri dekade proučavali i povezanost upotrebe alkohola kao devijantnog ponašanja sa drugim oblicima devijantnog ponašanja kao što su, na primer, upotreba drugih psihoaktivnih supstanci, nasilje i kriminal (npr. DeKeseredy et al. 2003, Nichter et al. 2010, Singer et al. 2006, Dierker et al. 2008, Dernbach and Marshall 2001, Odden 2012, Macintyre 2008, MacLean and Moore 2014, Hunt and Laidler 2001, Cunradi et al. 2009, Dierker et al. 2006, Zavala and Spohn 2010, Kunitz et al. 1998, Sexton 2001).²⁶ Pored proučavanja populacija za koje se formulišu i kojima su namenjeni programi prevencije i tretmani za lečenje, antropolozi su se tokom

²⁵ Međutim, ove teme se ne proučavaju isključivo sa ciljem primene rezultata istraživanja u svrhe prevencije (npr. Kortteinen 1999, Westmacott 2004, Hunt, Joe-Laidler and MacKenzie 2000, 2005, Donner 1994, Varela 2014, Ogan 1986, Wadell 1985, Luginaah and Dakubo 2003, McAllister 2003, Kunitz 2006, Pinson 1985, Pyörälä 1995).

²⁶ Među ovim istraživanjima nisu sva sprovedena sa ciljem primene u programima prevencije, ali sva imaju taj potencijal.

prethodne četiri dekade bavili i proučavanjem prepreka u njihovom formulisanju i implementaciji i utvrđivanjem efikasnosti određenih zakonskih i mera javnog zdravlja sa ciljem prevencije/suzbijanja zloupotrebe alkohola i alkoholizma u čitavoj populaciji i upotrebe alkohola kod maloletnika (npr. Ames et al. 1992, Moore et al. 2012, Gilder et al. 2013, Loxley et al. 2005, Turner et al. 2008, Gilder et al. 2011).²⁷ Istaknuta odlika ove grupe radova u kojima se polazi od pretpostavke da upotreba i zloupotreba alkohola nužno predstavljaju oblike ponašanja koji imaju negativan uticaj na pojedinca i društvo u celini i koji su napisani sa namerom da njihovi rezultati budu iskorišćeni u svrhe prevencije i lečenja jeste saradnja antropologa i autora iz drugih društvenih, ali i medicinskih nauka, kao i primena modela, koncepata i metoda prikupljanja i analize podataka svojstvenih tim naukama.

Ni ove tendencije u proučavanju alkohola u antropologiji kao ni njihove pozitivne ocene nisu bile bez kritika, a one su došle od strane dvoje antropologa – Džefrija Hanta (*Geoffrey Hunt*) i Džudit Barker (*Judith Barker*) (Hunt and Barker 2001). Kako ovi autori zapažaju, mnogi antropolozi koji su akcenat u proučavanju stavili na zloupotrebu i zavisnost od alkohola ove oblike ponašanja su posmatrali van konteksta u kojem se javljaju, a osobe koje ih praktikuju kao izolovane, dekontekstualizovane i pasivne. Osim toga, pod uticajem usvajanja modela javnog zdravlja u proučavanju tema u vezi sa alkoholom preveliki fokus je stavljen na problematičnu upotrebu alkohola što je rezultiralo gubljenjem kritičke distance i održavanjem nepromenjenog stanja u multidisciplinarnim studijama alkohola u celini. Konačno, iako je socio-kulturni pristup u studijama alkohola generalno priznat kao značajan, konkretan doprinos antropologije u njima je i dalje minoran. Iako priznaju da autori iz drugih disciplina i dalje nisu radi da koriste ovaj pristup, Hant i Barker smatraju da je ovo prvenstveno posledica i dalje dominantnog deskriptivnog karaktera antropološkog proučavanja alkohola i izostanka zadovoljavajućih teorijskih objašnjenja u ovoj oblasti antropologije. Osvrćući se procene antropološkog proučavanja alkohola ovo dvoje autora ističe da se tom prilikom

²⁷ Kritičko razmatranje zakonskih i mera javnog zdravlja takođe nije izostalo (npr. Tigerstedt 1999, Bunton 1990, Pennay 2012).

obično zanemaruje sagledavanje uticaja šireg društvenog, ekonomskog i političkog konteksta na oblikovanje ove oblasti proučavanja i rezultata koji su u njoj ostvareni. Kada je reč o studijama alkohola u američkoj antropologiji, Hant i Barker izdvajaju nekoliko takvih faktora koji su, prema njihovom mišljenju, ograničavajući i koji uslovljavaju loš kvalitet radova iz obe oblasti u Americi. Počev od 1980-tih, kako ovo dvoje autora ističe, u Sjedinjenim Državama političari su otpočeli „rat“ protiv ilegalnih droga, a po pitanju alkohola usvojili su stav javnog zdravlja koji podrazumeva zalaganje za smanjivanje i ograničavanje njegove konzumacije. Ovakav stav utiče na proučavanje ovih tema u različitim naukama, uključujući i antropologiju, s obzirom na to da se pretežno finansiraju ona istraživanja koja su u skladu sa navedenim političkim imperativima. To je dovelo do toga da fokus u proučavanju bude na zloupotrebi alkohola i alkoholizmu kako u antropologiji tako i u drugim disciplinama, a u antropologiji i do opadanja značaja i zastupljenosti etnografskog istraživanja koje bi omogućilo holističko razumevanje alkohola u određenom socio-kulturnom kontekstu. Pored toga, na studije alkohola u američkoj antropologiji negativno se odrazilo i opšte razdvajanje studija alkohola od studija droga koje onemogućava plodonosnu saradnju autora koji se bave ovim oblastima proučavanja. Na isti način na antropološke studije alkohola u SAD uticalo je i povećanje broja medicinskih antropologa, uz smanjenje mogućnosti zapošljavanja u akademskim krugovima, zbog čega sve veći broj njih posao nalazi u telima koja imaju za cilj prevenciju i lečenje zloupotrebe i zavisnosti od alkohola. U ovim uslovima sve veći broj antropologa usvaja biomedicinsku, epidemiološku i psihološku perspektivu u proučavanju alkohola u kojima je akcenat na pojedincu i u kojima dominira biološko-farmakološko tumačenje alkohola i zavisnosti od alkohola. Pored toga, sve veći broj antropologa angažovan je u oblasti javnog zdravlja i uz goreopisane pristupe u proučavanju alkohola usvaja i pristup smanjenja štete u okviru kojeg se alkohol tumači kao opasna supstanca koja ne šteti samo pojedincu nego i populaciji u celini i u okviru kojeg se traga za načinima umanjenja ove štete.

Iako su u antropologiji u pogledu proučavanja alkohola u poslednjih nekoliko decenija dominantni trendovi koje su opisali Hant, Baker, Benet i Gilbert, drugačije

tendencije takođe postoje. Određeni broj antropologa ne vrši istraživanja u saradnji sa autorima iz drugih disciplina niti usvaja metode, modele i koncepte koji su karakteristični za te discipline, već temu alkohola proučava kvalitativno i samostalno ili u saradnji sa drugim antropolozima. Osim toga, u antropologiji i dalje preovladava interesovanje za proučavanje onih tema u vezi sa alkoholom koja nemaju praktične implikacije u programima prevencije i lečenja i u kojima se alkohol ne dovodi u vezu sa patološkim oblicima ponašanja. To su teme koje su i ranije bile predmet proučavanja u antropologiji i koje se, uopšteno rečeno, tiču povezanosti alkohola i šireg socio-kulturnog konteksta. Te teme su tokom prethodnih dekada proučavane u novim kontekstima kako u preindustrijskim zajednicama tako i u modernim industrijskim društvima i njegovim različitim segmentima, u savremenom periodu i u istorijskoj perspektivi. Tako je u antropologiji i u ovom periodu jedna od zastupljenih tema bila uloga proizvodnje i upotrebe alkohola u konstrukciji identiteta kako individualnog tako i kolektivnog, odnosno njegovih dimenzija utemeljenih na starosnom dobu, rodu, klasi, porodici ili rodu, zanimanju, etnicitetu, religiji, nacionalnosti, regionu, kao i promene odnosa između ovih različitih dimenzija identiteta i alkohola tokom vremena (Dietler 2006, v. i npr. Gibson and Weinberg 1980, Thompson et al. 2011, Robinson 2009, Westmacott 2004, Stewart 1992, Peace 1992, Manning and Uplisashvili 2007, Sande 2002, Cain 1991, Swora 2001, Killingsworth 2006, Demossier 2011). Rod je jedan od aspekata identiteta čija je konstrukcija na osnovu alkohola u antropologiji dosta intenzivno proučavana (Dietler 2006, v. i npr. Suggs 1996, Driessen 1983, Fordham 1995, Killingsworth 2006, Driessen 1992, Macintyre 2008). Povezanost alkohola i roda nije, međutim, ograničena samo na ulogu koju alkohol ima u konstrukciji rodnih identiteta te stoga ovo nije jedini njen oblik koji je u antropologiji proučavan, nego su razmotrene i druge teme koje se na različite načine bave ovom vezom, kao što su, na primer: rodna determinisanost proizvodnje alkohola i njegove upotrebe (u pogledu vrste alkoholnog pića, količine, načina i mesta konzumacije alkohola i društveno dozvoljenog ponašanja pod njegovim dejstvom) i promene koje ove rodne preskripcije trpe tokom vremena pod dejstvom različitih faktora (npr. Suggs 1996, Hinote et al.

2009, Ames and Reburn 1996, Heath 1991, Van Neieuwkerk 1992, Geofu-Madianou 1992a, Bjerén 1992, Peace 1992, Harkness 2013); proizvodnja i prodaja alkohola kao sredstvo za sticanje moći i ostvarivanje profita kod žena u indigenim zajednicama (npr. Suggs 1996, Needham et al. 2010, Holtzman 2001); neravnopravnost između muškaraca i žena u pogledu dominantnog društvenog odnosa prema njihovoj konzumaciji alkohola (npr. Hunt and Satterlee 1987); kršenje rodni normi o konzumaciji alkohola kod žena kao znak otpora i sredstvo za sticanje ravnopravnosti sa muškarcima u savremenim modernim društvima (npr. Papagaroufali 1992); upotreba alkohola od strane žena i njihovih partnera kao faktori rizika za nasilje nad ženama (npr. Zavala and Spohn 2010); predstave u društvu o povezanosti alkohola i roda (npr. Borgen 2011); uticaj trudnoće i majčinstva na upotrebu alkohola kod žena (npr. Hunt, Joe-Laider and MacKenzie 2005); medikalizacija i kriminalizacija upotrebe alkohola kod trudnica i majki (npr. Bell, McNaughton and Salmon 2009); povezanost tumačenja određenih vrsta alkoholnih pića sa tumačenjem maskuliniteta i feminiteta (npr. Bianquis-Gasser 1992). Kao i u slučaju roda, ni klasa, rasa i etnicitet u studijama alkohola u antropologiji nisu razmatrani isključivo u kontekstu uloge koju upotreba alkohola ima u konstrukciji ovih dimenzija identiteta nego i u drugim kontekstima kao što je, na primer, uticaj koji ove varijable ostvaruju na upotrebu i paterne upotrebe alkohola, kao i na zloupotrebu alkohola i pojavu alkoholizma, ali i u vidu diskriminacije osoba koje upotrebljavaju/zloupotrebljavaju alkohol na osnovu njihove rasne, klasne i etničke pripadnosti (npr. Gutmann 1999, Dressler et al. 2004, Whiteford and Vitucci 1997, Gannon and Dubble 2010). Osim toga, u pomenutom periodu u antropologiji je proučavana povezanost alkoholnih pića i religije, najčešće upotreba alkohola u religijskim ritualima, ali i uopšten odnos pojedinih religija prema upotrebi alkoholnih pića (Dietler 2006, v. npr. i Barlett 1980, McAllister 2004, Szala-Meneok 1994). Društvene funkcije proizvodnje i upotrebe alkohola i dalje predstavljaju aktuelnu temu, ali njihovo proučavanje više nije ograničeno isključivo na razmatranje onih koje su pozitivne nego i na one koje su ambivalentne i/ili negativne (npr. Hunt and Satterlee 1987, 1986, Demossier 2011, Heath 2007, Ishii 2003, Donner 1994). Alkohol je

proučavan i u kontekstu njegove povezanosti sa politikom i ekonomijom pa je, na primer, u okviru perspektive kritičke medicinske antropologije razmatran uticaj svetskog kapitalističkog sistema na pojavu zloupotrebe alkohola i alkoholizma kod radničke klase u savremenim društvima (Jankowiak and Bradburd 1996, Singer 2012, Baer, Singer and Susser 2004), podsticanje upotrebe alkohola u savremenim kapitalističkim društvima zarad ostvarivanja profita (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 2012), kao i zloupotreba i zavisnost od alkohola kao posledice života u kapitalizmu (Singer et al. 1992, Baer, Singer and Susser 2004, Singer 2012). Povezanost alkohola i politike i ekonomije razmatrana je i na primeru značaja alkohola u politici i ekonomiji drevnih civilizacija i premodernih zajednica, u strategijama u kojima alkohol zauzima značajno mesto, a u kojima se manifestuje moć i autoritet vladara ili kojima pojedinci nastoje da steknu moć u društvu (Dietler 2006, v. i npr. Joffe 1998, Jennings et al. 2005, Dietler 1990). Ključnu ulogu u tom smislu imale su gozbe u kojima je bilo neizostavno služenje velikih količina hrane i alkoholnih pića i koje su imale za cilj da istaknu moć vladara, posebno u pogledu njegovog društvenog kapitala i prestiža u zajednici, ali koje su služile i kao sredstvo u borbi za sticanje moći i za uspon u društvenoj hijerarhiji. S obzirom na njihov politički i ekonomski značaj u zajednicama i društvima širom sveta, alkoholna pića su imala veoma važnu ulogu u procesima kolonizacije i uspostavljanju odnosa između kolonizatora i kolonizovanih društava (Dietler 2006). U ovom kontekstu alkoholna pića su upotrebljavana kao novac, a takođe su predstavljala i glavni predmet trgovine koja je imala za cilj da obezbedi pokornost kolonizovanih naroda, ali i značajan prihod za kolonizatore.

2. 2. PROUČAVANJE DUVANA U SVETSKOJ ANTROPOLOGIJI

Iako predstavlja psihoaktivnu supstancu koja je poznata mnogim narodima širom sveta i čije su tumačenje i upotreba kulturno determinisani, duvan je sve do nedavno bio zanemarena tema u antropologiji (Singer 2004, Marshall 2005, Black 1984, Baer, Singer and Susser 2004). Čak i u ranim etnografskim deskripcijama društvenog života, običaja i ponašanja ljudi u zajednicama širom sveta zapisi o duvanu su bili jako retki i usputni u odnosu na zapise o temama koji su bile glavni predmet interesovanja i proučavanja antropologa (Baer, Singer and Susser 2004). Upotreba duvana u proučavanoj zajednici samo je ponekad privlačila pažnju antropologa, i to najčešće kada je u tim zajednicama duvan tumačen i upotrebljavan kao halucinogena supstanca ili kada su pripadnici te zajednice od antropologa učestalo tražili duvan (Baer, Singer and Susser 2004, Black 1984). Ovakav status duvana kao teme proučavanja u ranim antropološkim radovima nije do kraja razjašnjen. Piter Blek (*Peter Black*) smatra da antropolozi nisu previše pažnje posvećivali upotrebi duvana u proučavanim zajednicama pod uticajem kulture iz koje su sami poticali i u kojoj duvan nije zauzimao neko značajnije mesto kao simbolički, ritualni artefakt koji je povezan sa društvenim i kulturnim kontekstom u celini (Black 1984). Pre nego kao supstanca čija upotreba pruža uvid u informacije o datom društvu i kulturi u okviru kojih se koristi, duvan je tokom najvećeg dela XX veka u zapadnim društvima tumačen kao deo privatne sfere čija upotreba predstavlja individualan čin koji je povezan sa osećanjima i raspoloženjem pojedinca (*Ibid.*).²⁸

²⁸ To, međutim, ne znači da su u zapadnim društvima duvan i upotreba duvana u potpunosti bili lišeni simboličkih aspekata. Kao primere za to, Baer, Singer i Suser navode one koji su puno puta bili ovekovečeni na filmu, kao što su pušenje kao način za distanciranje od konvencionalnog društva i kao

Međutim, uprkos generalnoj nezainteresovanosti antropologa za proučavanje duvana i njegove upotrebe, među ranim antropološkim radovima može se naći izvesan broj onih posvećenih ovoj temi. Broj takvih radova je nevelik, a njihov analitički doprinos skroman, s obzirom na to da među njima dominiraju oni deskriptivnog karaktera. Prvi takvi radovi datiraju iz 1920-tih i odnose se isključivo na indigene, premoderne zajednice. U toku ove i naredne dekade, među radovima koji su bili posvećeni proučavanju duvana u pomenutim zajednicama, dominirali su opisi uzgajanja duvana, paterna njegove upotrebe i predmeta koji se tom prilikom koriste, dok je u manjoj meri razmatrano prenošenje biljke duvana iz jedne kulture u drugu, difuzija paterna upotrebe duvana i difuzija predmeta koji se koriste za upotrebu duvana (npr. Setchell 1921, Morice 1921, Laufer 1931, Zimmer 1930, Dixon 1933, Lewis 1931, Haddon 1931, Miner 1939, Thompson 1939, Ariss 1939).

Jedan od prvih antropologa koji je dao analitički doprinos izučavanju ove teme bio je Alfred Kreber (*Alfred Kroeber*) (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 2004). Kreber je 1939. godine objavio rad pod nazivom „So, psi i duvan“ („*Salt, dogs, and tobacco*“) u kojem je razmotrio upotrebu i distribuciju duvana među nekoliko indijanskih plemena na zapadu Severne Amerike (*Ibid.*). Kreber je bio zainteresovan za sagledavanje odnosa između različitih delova kulturnog sistema te je tako njegov fokus u ovom istraživanju bio na povezanosti između različitih oblika upotrebe duvana, različitih svrha njegove upotrebe i različitih načina njegovog dobijanja. Među onim indijanskim grupama u kojima je uzgajan duvan je korišćen u ritualne svrhe, odnosno prinošen kao dar duhovima. U drugim indijanskim plemenima u kojima nije uzgajan, nego su upotrebljavane samo samonikle, divlje vrste ove biljke, duvan nije prinošen na dar duhovima. Slično tome, u nekim plemenima na ovim prostorima među kojima je upotrebljavan putem pušenja duvan je korišćen od strane šamana u svrhe lečenja, što nije bio slučaj sa onim plemenima u kojima se duvan žvakao ili jeo. Na osnovu ovih

oblik oslobađanja od tradicionalnih uloga koje pojedinac ima u društvu, odnosno kao izraz buntovništva, pušenje kao način za stvaranje aure misterije oko pojedinca ili kao izraz seksualnog interesovanja i zadovoljstva (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 2004). Drugi primeri koje ovi autori navode tiču se simboličke povezanosti pušenja i identiteta vojnika, odnosno osobina koje idealtipski odlikuju jednog vojnika, kao što su ponos, hrabrost i posvećenost (*Ibid.*).

zapažanja Kreber je zaključio da je prilikom difuzije biljke duvana iz jedne kulture u drugu dolazilo i do istovremene difuzije paterna njegove upotrebe.

Nakon ovog rada stanje u antropologiji je, što se proučavanja teme duvana tiče, ostalo manje-više nepromenjeno: i dalje dominirali oni radovi koji su bili opisni, kao i teme koje su i ranije bile zastupljene i koje su se i dalje razmatrale samo u nezapadnim, premodernim zajednicama. Ovakva situacija održala se sve do 1980-tih, mada se tokom vremena izvesni pomak ipak mogao zapaziti. Naime, antropolozi su uzgajanje i upotrebu duvana počeli su da dovode u vezu sa širim socio-kulturnim kontekstom što je dovelo do uvećanja broja zastupljenih tema, kao i do napretka u pogledu kvaliteta njihovog proučavanja, mada je njihov fokus je i dalje bio na indigenim zajednicama. Neke od tema koje su u ovom periodu bile proučavane su: identifikacija upotrebe duvana u zajednicama koje više ne postoje; prenošenje biljke duvana iz jedne kulture u drugu; obrasci upotrebe duvana i njihova povezanost sa drugim segmentima društva; difuzija paterna upotrebe duvana; upotreba duvana kao halucinogene supstance u svakodnevnom životu, ritualima i procesima izlečenja; upotreba duvana u medicinske svrhe; predmeti koji se koriste za upotrebu duvana i njihovo prenošenje iz jedne kulture u drugu (Black 1984, Singer 2004, Kohrman and Benson 2011, v. npr. i Reisenfeld 1951, Thompson 1961, Osamu 1949, Merrill 1946, Heizer 1940, Jones 1944, Shaw 1960).

Od 1980-tih u antropologiji je otpočeo period intenzivnog, kvalitativnog proučavanja upotrebe duvana, i to pretežno u zapadnim, modernim društvima (Kohrman and Benson 2011, Singer 2004). Tokom 1980-tih, kao što je to bio slučaj i ranije, antropolozi upotrebu duvana uglavnom nisu posmatrali kao negativnu pojavu niti su na taj način pristupali njenom proučavanju, sa ciljem da rezultatima svojih istraživanja pomognu suzbijanju upotrebe duvana i njegovih štetnih posledica (*Ibid.*).²⁹ Tako je u pomenutom periodu u antropologiji akcenat bio na proučavanju simboličkih, socio-kulturnih aspekata upotrebe duvana, a neke od tema koje su tada bile aktuelne

²⁹ Izuzev kada je reč o pušenju među maloletnicima – u takvim radovima ispitivani su faktori koji dovode do pušenja među maloletnicima, a rezultati ovih istraživanja su mogli imati praktične implikacije po programe prevencije.

bile su, na primer: pušenje kao obred prelaza kod marginalizovanih grupa (žene, deca/mladi, etničke manjine) i kao način sticanja višeg statusa u društvu; pušenje kao oznaka pripadnosti nekoj vršnjačkoj grupi kod adolescenata; pušenje kao simbolička granica između, na primer, vremena za rad i odmor; simbolički značaj pušenja u stresnim trenucima; socio-kulturni faktori koji utiču na pušenje, pre svega kod adolescenata; kulturne interpretacije pušenja i sl. (*Ibid.*). Međutim, u toku ove dekade nekolicina kritički orijentisanih medicinskih antropologa zastupala je tumačenje pušenja kao adiktivnog ponašanja koji ostvaruje negativan uticaj na zdravlje ljude i na taj način je pristupila proučavanju ove teme stavljajući akcenat na podsticanje zavisnosti od duvana od strane duvanske industrije i vlada u zemljama Trećeg sveta radi ostvarivanja profita i na negativan uticaj koji ovi potezi ostvaruju na zdravlje ljudi u tim zemljama (Baer, Singer and Susser 2004, Kohrman and Benson 2011, Singer 2004).³⁰

Fokus na negativnim aspektima upotrebe duvana tokom 1990-tih je u antropologiji postao dominantan. Od ovog perioda upotreba duvana u antropologiji se prvenstveno tumačila u kontekstu uticaja koji ostvaruje na morbiditet i mortalitet te su se teme u vezi sa upotrebom duvana pretežno proučavale sa ciljem primene rezultata istraživanja u zakonskim i merama javnog zdravlja, kao i u tretmanima lečenja, a ovaj trend održao se i do danas (Kohrman and Benson 2011, Baer, Singer and Susser 2004, Marshall 2005, Marshall, Ames and Bennett 2001). U toku ovog perioda antropolozi su se bavili proučavanjem etiologije pušenja i formulisanjem modela zavisnosti, prvenstveno kod adolescenata i odraslih mladih ljudi (npr. Robbins and Kline 1991, Shadel et al. 2000). U okviru ove populacije ispitivan je uticaj različitih faktora na pušenje, kao što su mediji, popularna kultura, etnicitet, rod, klasa, stres, dominantno društveno tumačenje pušenja (npr. Wakefield et al. 2003, Nichter 2003, Nichter et al. 2006, Magid et al. 2009, Mehl, Seimon and Winch 1999). Osim toga, kod adolescenata i odraslih mladih ljudi ispitivana su značenja koje oni pridaju pušenju i razlozi zbog kojih

³⁰ Ova perspektiva u proučavanju duvana u antropologiji je kasnije razvijena i produbljena i o njoj će više reči biti u daljem delu rada.

puše, kao i paterni pušenja (npr. Mehl, Seimon and Winch 1999, Stromberg, Nichter and Nichter 2007, Quintero and Davis 2002, Nichter et al. 1997, 2004b, Nichter, Nichter and Van Sickle 2004, Alderete et al. 2010). Faktori koji utiču na pušenje, razlozi zbog kojih pojedinci puše, njihova tumačenja pušenja i paterni pušenja su, osim kod mladih, ispitivani i u različitim drugim segmentima populacije. Tako su, na primer, učestalost pušenja i faktori koji utiču na pušenje proučavani među trudnicama (npr. Nichter et al. 2007, 2010b), porodiljama (npr. Nichter et al. 2008, Goldade et al. 2008), roditeljima sa malom decom (npr. Turrell, Battistutta and McGuffog 2002), pripadnicima medicinske profesije (npr. Mohan et al. 2006), pripadnicima siromašnih klasa (npr. Nichter et al. 2007, 2010b, Roy 2012, Goldade et al. 2008), hroničnim bolesnicima (npr. Padmawati et al. 2009). Značenje koje pušenje ima za pušače, razlozi zbog kojih oni puše, kao i paterni pušenja proučeni su, osim među mladima, i među pripadnicima drugih grupa kao što su, na primer, indigene zajednice (npr. Makosky et al. 2006), psihijatrijski bolesnici (npr. Skorpen et al. 2008), stari ljudi (npr. Barker, Mitteness and Wolfsen 1994). Među određenim grupama su, pored faktora koji utiču na pušenje, ispitivani i faktori koji utiču na ostavljanje pušenja, prvenstveno među trudnicama i porodiljama (npr. Nichter et al. 2007, 2008).

Izloženost duvanskom dimu je tema koja je takođe zastupljena u antropološkim radovima koji se bave proučavanjem duvana/pušenja. U radovima koji se bave ovom temom ispitivana je izloženost različitih kategorija nepušača duvanskom dimu, obično trudnica, porodilja, beba, dece i mladih ljudi, kao faktor rizika za pojavu različitih bolesti (npr. Nichter and Cartwright 1991, Nichter et al. 2007, 2010b, Lewis and Russell 2014). Međutim, nije samo izloženost duvanskom dimu ispitivana kao faktor rizika za obolevanje od različitih bolesti već i samo pušenje (npr. Møller, Ida and Zani 2010), a takođe je proučavana percepcija pušenja kao faktora rizika (npr. Kohrman 2007). Kao oblik rizika po zdravlje, pušenje nije proučavano isključivo samostalno nego je razmatrana i njegova povezanost sa drugim vrstama zdravstvenih rizika, obično zloupotrebom drugih psihoaktivnih susptanci – alkohola i ilegalnih droga (npr. Nichter

et al. 2010c, Odden 2012, Ames, Cunradi and Moore 2002, Magid et al. 2009, Dierker et al. 2008, Dierker et al. 2006, Lipperman-Kreda et al. 2014).

Većina istraživanja o kojima je do sada bilo reči sprovedena su sa ciljem pružanja pomoći u formulisanju programa prevencije pušenja, a neki među njima i sa ciljem pružanja pomoći u oblikovanju tretmana odvikavanja od pušenja. Antropolozi, međutim, ne potpomažu prevenciju pušenja i smanjenje broja pušača samo na ovaj način, odnosno isključivo putem ispitivanja faktora koji utiču na pušenje i ostavljanje pušenja, već i putem sprovođenja istraživanja u kojima se razmatraju različite mere prevencije, zakonske zabrane pušenja na javnim mestima i tretmani lečenja, kao i putem sprovođenja istraživanja u kojima se procenjuje njihova efikasnost, odnosno, kada su zakoni u pitanju, utvrđuje stepen u kojem se oni poštuju u praksi. Kada je reč o prevenciji pušenja i smanjenju izloženosti duvanskom dimu, antropolozi su se bavili razmatranjem različitih mera i njihove efikasnosti, na primer, razmatranjem uticaja povećanja cena duvanskih proizvoda, zabrane pušenja na javnim mestima, zabrane reklamiranja duvanskih proizvoda, kampanja promocije zdravlja (npr. Wakefield et al. 2003a, Liang et al. 2003, Yuan et al. 2012, Castañeda et al. 2010, Nichter et al. 2010b). Osim toga, antropolozi su takođe razmatrali stanje u pogledu prevencije pušenja u različitim zemljama pojedinačno ili u različitim grupama zemalja, a najčešće u siromašnim zemljama u razvoju (npr. Marshall 1997, Sussman et al. 2007). Zabrana pušenja na javnim mestima takođe je bila predmet antropološkog proučavanja, i to u smislu ispitivanja uspešnosti implementacije ove zabrane, faktora koji tome doprinose, prepreka u implementaciji i načina njihovog prevazilaženja (npr. Kelly 2009, Lee, Moore and Martin 2003, Marshall 1997, Yeger, Battle and Moore 2014, Satterlund et al. 2009, Lee, Antin and Moore 2008, Antin et al. 2010, Battle, Lee and Antin 2010). U vezi sa postizanjem uspeha putem mera prevencije, određeni broj antropologa razmatrao je metodološka pitanja sa ciljem unapređenja kvaliteta podataka koje bi tome doprinelo (npr. Nichter et al. 2002, Erickson and Kaplan 2000, Moore and Ames 2003, Nichter et al. 2004). Osim prevenciji pušenja, antropolozi su pažnju posvetili i tretmanima odvikavanja od pušenja učestvujući u njihovom formulisanju, ispitivanju

njihove efikasnosti i faktora koji je uslovljavaju (npr. Thankappan, Pradeepkumar and Nichter 2009, Ng et al. 2010, Wakefield et al. 2003a, Bauld et al. 2009, Nichter et al. 2010a, Thankappan et al. 2013).

Određeni broj antropologa je ukazao na izostanak mera prevencije, otvaranje fabrika duvana, podsticanje pušenja i njihove posledice po zdravlje stanovništva u nerazvijenim i zemljama u razvoju (npr. Stebbins 1991, Marshall 1991, Stebbins 1990, Stebbins 1997, Stebbins 2001, Marshall 2005). Ovi autori, koji zastupaju perspektivu kritičke medicinske antropologije, inače u velikoj meri zastupljenoj u do sada predstavljenim radovima³¹, ukazali su na uticaj koji duvanska industrija i vlade u zemljama Trećeg sveta ostvaruju na zdravlje ljudi podsticanjem pušenja i izostankom mera prevencije zarad ostvarivanja profita. Osim toga, kritički medicinski antropolozi proučavali su strategije kojima se duvanska industrija služi kako bi uzgajanje duvana i pušenje predstavila kao manje štetne po okolinu i zdravlje ljudi nego što oni jesu (npr. Nichter et al. 2009), kao i strategije kojima nastoji da umani svoju odgovornost za loše zdravlje ljudi koje potiče od pušenja (npr. Benson 2008, 2010, 2012, 2014).

U do sada predstavljenim radovima pušenje/upotreba duvana posmatra se isključivo kao negativna pojava, kao adiktivni oblik ponašanja koji sam po sebi predstavlja bolest i koji je ujedno faktor rizika za pojavu drugih bolesti i čiju pojavu treba sprečiti ili, ukoliko to ipak ne bude ostvareno, ograničiti, umanjiti, iskoreniti/izlečiti. Istraživanja čiji su rezultati u ovim radovima predstavljeni, kao što je već rečeno, imaju za cilj da doprinesu prevenciji pušenja, smanjenju izloženosti duvanskom dimu i uspešnosti tretmana za odvikavanje od pušenja. Istaknuta odlika ove grupe radova jeste saradnja antropologa i autora iz drugih društvenih, ali i medicinskih nauka, kao i primena modela, koncepata i metoda prikupljanja i analize podataka svojstvenih tim naukama. Iako ova tendencija dominira u antropologiji u poslednje tri decenije, drugi pravci proučavanja pušenja takođe nisu izostali, kao ni kritika ovog do

³¹ Među radovima koji su do sada predstavljeni u velikoj meri zastupljeni su oni u kojima su predstavljeni rezultati istraživanja koje su, koautorstvu sa stručnjacima iz raznih drugih disciplina, sprovedi Mark Nichter (*Mark Nichter*) i Mimi Nichter (*Mimi Nichter*), kritički orijentisani medicinski antropolozi zainteresovani za ispitivanje tema u vezi sa pušenjem u siromašnim nerazvijenim zemljama i zemljama u razvoju u kontekstu kapitalizma.

sada opisanog trenda. Nedavno su Kirsten Bell (*Kirsten Bell*) i Simon Denis (*Simone Dennis*), antropološkinje koje se bave proučavanjem tema u vezi sa pušenjem, iznele kritike na račun stanja u studijama duvana/pušenja u antropologiji (Bell 2013c, Bell and Dennis 2013). Kritika ove dve autorke odvija se u nekoliko pravaca. Kao prvo, one kritikuju preterano posvećivanje pažnje negativnim aspektima pušenja koje je dominantno u savremenoj antropologiji. Kao drugo, njihova kritika upućena je tumačenju pušača kao zavisnika koji je žrtva unutrašnjih i/ili spoljašnjih sila, odnosno tumačenju pušenja kao nevoljne, gotovo prisilne radnje, koja se javlja kao rezultat pušačeve psihičke nestabilnosti, uticaja duvanske industrije ili vršnjačke grupe kod adolescenata, na primer. Ovakvo tumačenje pušača i pušenja ne uzima u obzir kontekst i onemogućava da se sagledaju svi razlozi zbog kojih ljudi puše, uključujući i one koji se tiču pozitivnih funkcija koje pušenje ostvaruje u njihovim životima, kao što su postizanje zadovoljstva, umanjeње stresa, uloga koju pušenje ima u njihovom društvenom životu, konstrukciji identiteta itd. Osim što su uprošćene i netačne, dominantne predstave o pušenju u antropologiji sprečavaju formulisanje adekvatnih programa prevencije i odvikavanja od pušenja u kojem antropolozi vrlo često učestvuju. Kao treće, Bell i Denis kritikuju strategije na kojima ovi programi počivaju i efekte koji oni ostvaruju, a koje antropolozi potpomažu, kao što su denormalizacija i stigmatizacija pušenja i pušača, a posebno određenih kategorija pušača (npr. siromašnih žena pušača), koje dovode do osnaživanja nejednakosti u društvu, marginalizacije i nepovoljnog društvenog položaja pušača/određenih kategorija pušača. Osim što dovode do ovakvih posledica, programi prevencije i lečenja u čijem formulisanju antropolozi učestvuju obično nisu adekvatni za ispunjavanje ciljeva kojima teže, jer ne uzimaju u obzir realnost svakodnevnog života pušača, zbog čega oni na ove programe obično ne reaguju. Slična zapažanja kao i ove dve autorke imaju i Džefri Hant (*Geoffrey Hunt*) i Džudit Barker (*Judith Barker*), po pitanju stanja u pogledu antropološkog proučavanja droga u celini, legalnih i ilegalnih (Hunt and Barker 2001). Kao razloge zbog kojih u antropologiji u proučavanju droga dominira perspektiva u kojoj je akcenat na njenim negativnim aspektima i koja podrazumeva usvajanje modela i koncepata

javnog zdravlja, ovi autori navode angažovanje medicinskih antropologa u oblasti javnog zdravlja zbog nemogućnosti zaposlenja u akademskim krugovima i finansiranje njihovih istraživanja od strane državnih institucija koje polaze od definicije pušenja kao problematičnog ponašanja i koje utiču na dizajn i rezultate tih istraživanja, kao i u društvu dominantno tumačenje naučnog rada koji ne doprinosi njegovom napretku kao neetičnog.

Autori koji pripadaju ovoj struji kritički su razmotrili nekoliko tema u vezi sa pušenjem. U određenom broju radova fokus je stavljen na dominantne društvene predstave o pušenju i pušačima/određenim kategorijama pušača, kao i na tumačenje pušenja i pušača/određenih kategorija pušača u okviru javnog zdravlja i programa prevencije, kao i u okviru zakonskih zabrana pušenja na javnim mestima (npr. Dennis 2013, Oaks 2000, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Bell et al. 2010a, Bell 2013a, b). U ovim radovima ukazuje se na stigmatizaciju i marginalizaciju pušenja i pušača u društvu uopšteno i u okviru javnog zdravlja (npr. Dennis 2013, Bell 2013a, b, Bell et al. 2010), kao i na to da to nije u jednakoj meri izraženo kod svih kategorija pušača. Naime, kako određeni autori zapažaju, stigmatizaciji su posebno izložene žene određene klasne, rasne i etničke pripadnosti koje su majke ili na putu da to postanu (npr. Bell, McNaughton and Salmon 2009, Oaks 2000). Osim što za sobom povlače osudu i stigmatu, predstave o pušačima u okviru javnog zdravlja počivaju na njihovoj pretpostavljenoj racionalnosti, odnosno na uverenju da se odluka da se puši može doneti samo u neznanju o štetnim posledicama pušenja (Dennis 2013). Otuda javno zdravlje, kako bi smanjilo broj pušača, nastoji da poveća svest o štetnim posledicama pušenja, ali i stigmatizuje one koji uprkos takvim saznanjima i dalje puše. Jedno od važnih sredstava savremenog javnog zdravlja, kada je reč o prevenciji pušenja i smanjenju broja pušača, jeste denormalizacija pušenja. Denormalizacija pušenja je strategija koja podrazumeva kreiranje negativnih predstava o pušenju sa ciljem da se eliminišu bilo kakve pozitivne asocijacije na ovu praksu kakve su do nedavno postojale u društvima širom sveta i koje

bi mogle doprineti povećanju broja pušača.³² Kritičko razmatranje denormalizacije pušenja kao sredstva javnog zdravlja bilo je predmet nekolicine radova u antropologiji, i to u pogledu neetičnosti i neefikasnosti ove taktike (u pogledu smanjenja broja pušača), ali i sa osvrtom na percepciju ove taktike od strane samih pušača i njihov odgovor na nju i iskustvo u vezi sa njom (npr. Bell et al. 2010a, b, Bell 2013b). Osim po pitanju taktike denormalizacije, programi prevencije pušenja bili su podvrgnuti kritičkoj antropološkoj analizi i po pitanju drugih faktora koji ih čine neefikasnim, kao što je, na primer, izostavljanje zadovoljstva kao motiva za pušenjem (Bell 2013a) i nekompatibilnost između načina predstavljanja tela u kampanjama za prevenciju pušenja i tumačenja tela od strane pušača (Dennis 2011). Osim toga, kritički su razmatrane i druge mere javnog zdravlja koje imaju za cilj smanjenje broja pušača, kao što je uvođenje pravila o identičnom izgledu svih paklica cigareta³³, pre svega u pogledu očekivanog uticaja na pušače i njihovog odgovora na ovu meru (Dennis 2013a). Zabrana pušenja na javnim mestima koja ima za cilj smanjenje izloženosti duvanskom dimu takođe je jedna od mera javnog zdravlja koja je kritički ispitana u okvirima antropologije, a neke od zastupljenih tema su diskurzivna formacija pasivnog pušenja kao značajne teme u oblasti javnog zdravlja u kontekstu brisanja granica među telima zahvaljujući liminalnom i tranzitornom statusu duvanskog dima (Bell 2011) i zabrana pušenja na javnim mestima kao strategija isključenja pušača iz javnog prostora i kao strategija za negiranje njihovih prava kao građana na učestvovanje u političkom životu zajednice (Bell 2013b, Dennis 2013b, 2014). Različiti načini tumačenja nikotina u različitim proizvodima (cigaretama, elektronskim cigaretama i terapiji supstitucije nikotinom) su takođe bili podvrgnuti kritičkom preispitivanju u nekolicini radova (Bell and Keane 2012, 2014).

³² Takve asocijacije i dalje postoje u siromašnijim, nerazvijenim ili manje razvijenim delovima sveta, dok su na zapadu pod uticajem taktike denormalizacije u velikoj meri iščezle.

³³ Ova mera u prevenciji pušenja i smanjenju broja pušača o kojoj je ovde reč uvedena je u Australiji 2012. godine i podrazumeva pravilo da sve paklice cigareta moraju biti maslinasto zelene boje, bez oznake brenda cigareta (naziv proizvođača treba da bude ispisan sitnim fontom istim za sve brendove na dnu prednje strane paklice) i da upozorenje o štetnosti pušenja mora da zauzima 75% prednje i 90% zadnje strane paklice (Dennis 2013a).

2. 3. PROUČAVANJE ZDRAVSTVENIH RIZIKA U SVETSKOJ ANTROPOLOGIJI

Za razliku od proučavanja tema u vezi sa alkoholom i duvanom, koja su u antropologiji zastupljena još od samih njenih začetaka, antropološko proučavanje zdravstvenih rizika novijeg je datuma. Iako bi se moglo reći da su se antropolozi posredno ove teme doticali teme i ranije, odnosno da bi se neki oblik ponašanja ili neka pojava čijim su se proučavanjem antropolozi bavili mogli okarakterisati kao rizici po zdravlje ljudi, sami po sebi zdravstveni rizici u antropologiji nisu bili predmet proučavanja sve do 1980-tih. Počev od ovog perioda u zapadnim društvima rizik postaje pojam koji sve više dobija na značaju i zastupljenosti (Lupton 1999, Bek 2011, Bek 2001), a ovaj trend zapaža se i u oblasti zdravlja i bolesti i u disciplinama koje se primarno njome bave – medicinskim naukama, a posebno javnom zdravlju i epidemiologiji (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Petersen 1997, Petersen 1996, Armstrong 2002, Alaszewski 2006). U okviru medicinskih nauka počev od 1970-tih, a naročito od 1980-tih, zdravstveni rizik je postao ključni pojam i ključno mesto intervencije, pogotovo u oblasti javnog zdravlja, putem primene programa prevencije i smanjenja štete. S obzirom na status koji su zdravstveni rizici u ovim disciplinama stekli, ali i na status rizika u društvu uopšteno, interesovanje medicinskih antropologa za zdravstvene rizike i njihovo proučavanje koje se javilo u 1980-tim predstavljalo je logičan sled događaja. Moglo bi se reći da je izostanak proučavanja zdravstvenih rizika u različitim disciplinama, pa i u antropologiji, sve do 1980-tih bio posledica izostanka kulturne konceptualizacije zdravstvenih rizika kao faktora koji u najvećoj mogućoj meri određuju zdravstveno stanje ljudi, a koji su preventabilni i na čijem se umanjeњу može raditi, što je shvatanje koje se pojavilo tek u 1970-tim i 1980-tim, odnosno sa

nastankom novog javnog zdravlja u kojem zdravstveni rizici zauzimaju ključno mesto (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Petersen 1997).

Tokom proteklih gotovo pet decenija tema zdravstvenih rizika bila je veoma zastupljena u antropologiji, pri čemu njena aktuelnost s vremenom nije opala, već je, naprotiv, rasla. Ova tendencija može se dovesti u vezu sa intenziviranjem napora u oblasti javnog zdravlja da se preventabilni rizici po zdravlje umanje što je više moguće, s obzirom na to da je najveći broj antropoloških radova u kojima je obrađena tema zdravstvenih rizika nastao na osnovu istraživanja koja su formulisana i dizajnirana sa ciljem primene u oblasti javnog zdravlja. U ovakvim istraživanjima antropolozi obično saraduju sa drugim naučnicima, najčešće iz oblasti medicinskih nauka, ali i drugih društvenih nauka, a modeli, koncepti i metode prikupljanja i analize podataka koje koriste obično su oni koji su karakteristični za te nauke. Takva istraživanja se uglavnom sprovode sa ciljem da se obezbede rezultati koji će biti relevantni u kontekstu prevencije rizika po zdravlje ljudi i umanjenja štete koja od njih potiče, odnosno onih koji će biti iskorišćeni u oblasti javnog zdravlja u formulisanju mera koje teže poboljšanju zdravlja stanovništva. Neretko su antropolozi koji sprovode ovakva istraživanja i sami zaposleni u institucijama javnog zdravlja što je faktor koji neizostavno utiče na dizajn i ciljeve njihovih istraživanja. U najvećem broju radova iz ove grupe proučavane su socio-kulturne determinante rizika koji dovode do obolevanja od infektivnih bolesti i njihovog širenja, i to prvenstveno HIV/AIDS-a i HCV-a, ali i HBV-a i polno prenosivih infekcija (PPI). Populacije među kojima su u najvećoj meri proučavane socio-kulturne determinante rizika od obolevanja od pomenutih infektivnih bolesti jesu intravenski korisnici droga (IVKD) i seksualne radnice/radnici (SR) kao one koje su pod najvećim rizikom od obolevanja od ovih bolesti. Među pomenutim populacijama, a u kontekstu rizika od infekcija HIV-om, HCV-om i rizika od PPI, neke od tema koje su antropolozi proučavali su: percepcija rizika, preduzimanje rizika i upravljanje rizicima među IVKD i SR uopšteno (npr. Connors 1992, Sibthroe 1992, Roche, Neaigus and Miller 2005); ispitivanje faktora koji utiču na rizik od infekcije HIV-om i HCV-om među IVKD, kao što su rod, apsitencijalna kriza, izloženost

nasilju i nasilničko ponašanje IVKD, psiho-socijalne i bihevioralne odlike IVKD, siromaštvo, dostupnost sterilnih igala, pristup programima razmene igala, znanje o prenošenju ovih infektivnih bolesti, i razmatranje načina za smanjenje ovih faktora rizika (npr. Mateu-Gelabert et al. 2010, Bluthenthal et al. 2004, Heimer et al. 2002b, Connors 1994, Singer et al. 2001, Grau et al. 2005, Wagner et al. 2010, Singer et al. 2000, Singer 1999); ispitivanje odlika programa za prevenciju HIV-a među IVKD, njihove efikanosti i načina za njihovo unapređenje (npr. Heimer et al. 2002a, Singer et al. 2000, 2011, Dushay et al. 2001, Stopka et al. 2003, 2004, Oransky et al. 2009, Deren et al. 2001, Hu et al. 2008, Green et al. 2010, Grau et al. 2009); ispitivanje faktora koji utiču na rizik od infekcije HIV-om i PPI među SR, kao što su rodni odnosi između SR i njihovih partnera, odnosi moći između SR i njihovih klijenata, nasilničko ponašanje, izloženost nasilju, upotreba droga među SR i drugi (npr. Sylversten et al. 2014, Wojcicki and Malala 2001, Daza-Romero, Weeks and Singer 2005, Bloor et al. 1993, Voeten et al. 2007, Merten and Haller 2007, Yu 2013, Lockhart 2002, Bletzer 2003).

Faktori rizika od infekcije HIV-om, HCV-om i PPI, njihova socio-kulturna uslovljenost i percepcija od strane grupa pod rizikom i u društvu uopšteno nisu, međutim, ispitivani samo kod IVKD i SR, već i kod drugih populacija koje su pod povećanim rizikom od zaraze ovim infekcijama, kao što su homoseksualci (npr. Han, Operario and Choi 2011, Adam et al. 2008, Wentzel 2011, Han 2009, Villaamil and Jociles 2011), beskućnici (npr. Melander and Tyler 2010, Tyler and Melander 2012), žene (npr. McGarth et al. 1992, Ostrach and Singer 2012, Mfecane 2013, Goldade and Nichter 2010, Farmer, Lindenbaum and Delvecchio Good 1993, Morrison 2006, Wardlow 2007, Roth et al. 2001). Osim toga, teme u vezi sa rizicima od infekcije HIV-om i PPI antropolozi su u velikoj meri proučavali i uopšteno u nekom društvu razmatrajući uticaj određenih faktora na rizik od zaraze ovim infekcijama, kao što su rizično seksualno ponašanje i njegove kulturne determinante, prvenstveno dominantno društveno tumačenje rodni identiteta i uloga i tumačenje seksualnih odnosa (npr. Wallman 2000, Phinney 2008, Smith 2007, Anderson, Beutel and Maughan-Brown 2007, Hussen et al. 2012, Mfecane 2013, Ankomah 1999, Dilger 2003,

Maticka-Tyndale et al. 2005, Morrison 2004, Morrison 2006, Simpson 2005, Wardlow 2007, Singer et al. 1990), socio-ekonomski status (npr. Thianthai 2004, Seeley et al. 1994, Singer 1994, Singer et al. 1990), rod (npr. Thianthai 2004, Seeley et al. 1994, Singer et al. 1990), znanje o prenošenju HIV-a i percepcije rizika od infekcije HIV-om (npr. Hall et al. 1990, Roth, Ngugi and Fujita 2009, Bastani et al. 1996, Singer et al. 1990), strukturno nasilje kao posledica širenja neoliberalizma u nerazvijenim krajevima sveta (npr. Hickel 2012). Pored navedenih tema u vezi sa rizicima od infekcije HIV-om u nekom društvu u celini antropolozi su proučavali i dominantan način društvene percepcije grupa za koje se smatra da su pod većim rizikom zaraze HIV-om u odnosu na ostatak populacije (npr. Glick, Crystal and Lewellen 1994) i dominantni društveni diskurs o riziku infekcije HIV-om (npr. Owczarzak 2009).

Osim HIV/AIDS-a, HCV-a i PPI, i druge infektivne bolesti privukle su pažnju antropologa, mada u znatno manjoj meri (npr. SARS, malarija, tuberkuloza, ptičji grip, antraks i druge). U vezi sa rizicima od obolevanja od pomenutih bolesti, odnosno rizicima od nastanka i širenja epidemija ovih bolesti, u antropologiji su proučavani faktori koji doprinose njihovoj pojavi, način na koji se oni kulturno konceptualizuju, socio-kulturna uslovljenost konceptualizacija faktora rizika, društvena konstrukcija određenih kategorija osoba koje se smatraju odgovornim za epidemiju (npr. Eichelberger 2007, Lanuiala and Honkasalo 2010, Zelner et al. 2012, Møller, Ida and Zani 2010, Padmawati and Nichter 2008, Farmer, Walton and Tarter 2000).

U radovima o kojima je do sada bilo reči zdravstveni rizici proučavani su tako što se polazilo od neke određene (infektivne) bolesti ka utvrđivanju faktora rizika za obolevanje od te bolesti i razmatranju drugih tema koje su sa njima u vezi. U drugim antropološkim radovima čiji su predmet proučavanja zdravstveni rizici polazi se od određenih socio-demografskih varijabli (npr. rod, etnicitet, klasa), praksi (npr. medicinske prakse), faza životnog ciklusa (npr. mladost, starost, trudnoća) itd. ka njihovom razmatranju u kontekstu rizika koji predstavljaju po zdravlje i drugih tema sa tim u vezi ili su njihov predmet proučavanja faktori rizika koji su u društvu već prepoznati kao takvi (npr. enviromentalni rizici, rizično seksualno ponašanje) i razne

teme sa njima u vezi (npr. faktori rizika za praktikovanje rizičnog seksualnog ponašanja). U ovoj grupi radova se dakle, za razliku od radova iz prve grupe, polazi od faktora rizika, a ne efekata koji oni ostvaruju na zdravlje ljudi. Osim toga, ova grupa radova se od one koja je do sada predstavljena razlikuje i u pogledu toga što su pretežno kvalitativnog karaktera i što istraživanja čiji su rezultati u njima predstavljeni sprovode uglavnom antropolozi samostalno ili u saradnji sa drugim antropolozima. Konačno, cilj ovih istraživanja nije isključivo pružanje doprinosa programima prevencije zdravstvenih rizika i smanjenje štete koja od njih potiče, iako u velikom broju slučajeva njihovi rezultati mogu biti i u te svrhe primenjeni, već je njihov doprinos prvenstveno akademski. Najzastupljeniji u okviru ove grupe radova su oni u kojima se razmatra rizično seksualno ponašanje i njegove socio-kulturne determinante. Za razliku od radova koji su do sada predstavljeni i u kojima je seksualno ponašanje proučavano kao faktor rizika u kontekstu infekcije HIV-om i u kontekstu PPI³⁴, u radovima o kojima je ovde reč rizičnost određenih oblika seksualnog pronašanja nije razmatrana isključivo u kontekstu uticaja koji oni ostvaruju na infekciju HIV-om ili HIV-om zajedno sa PPI, već i na PPI samostalno, kao i na (reproduktivno) zdravlje u celini. Kada je o ovoj tematici reč, antropolozi su se pretežno bavili ispitivanjem uticaja različitih faktora na praktikovanje rizičnog seksualnog ponašanja, kao što su društveni i ekonomski kapital, socio-demografske karakteristike, procesi akulturacije, politički faktori, upotreba droga, društveno dominantna tumačenja seksualnosti, seksualnih odnosa i rodni uloga, percepcija faktora rizika, proučavanjem načina na koji pojedinci upravljaju rizicima koji potiču od nezaštićenih seksualnih odnosa i razmatranjem implikacija rezultata ovakvih istraživanja po programe prevencije (npr. Gammeltoft 2002, Ludwig-Baron et al. 2014, Angulo-Olaiz 2009, Hammar 1999, Smylie, Megdalia and Maticka-Tyndale 2006, Wynn, Foster and Trussell 2010, Bagnol and Mariano 2008, Moore and Davidson 2000, Paulson and Bailey 2003, Pliskin 1997, Roth et al. 2001, Kaplan, Erickson and Juarez-Reyes 2002, Ayoola, Nettleman and Brewer 2007, Izugbara 2007,

³⁴ Ni u jednom od ovih radova nije izučavan isključivo uticaj rizičnog seksualnog ponašanja na pojavu PPI, već su PPI u tom kontekstu razmatrane uvek zajedno sa rizikom od infekcije HIV-om.

Swora 2003, Karlyn 2005, Macaуда et al. 2011, Carter et al. 2012, Awasthi and Nichter 2000).

Kao što ni rizično seksualno ponašanje u antropologiji nije razmatrano isključivo u kontekstu infekcije HIV-om, tako nije ni upotreba droga, odnosno njeno intravensko korišćenje. Osim u ovom kontekstu, upotreba droga je u antropologiji proučavana i kao faktor rizika koji doprinosi drugim zdravstvenim rizicima kao što je, na primer, praktikovanje rizičnog seksualnog ponašanja (npr. Lovrick et al. 2012, Chow et al. 2013, McKenna 2014) ili rizik od predoziranja (npr. Dietze et al. 2006). Proučeni su i faktori koji dovode do upotrebe droga, kao što su diskriminacija usled seksualne orijentacije (npr. Chow et al. 2013, Gilley and Co-Cké 2005), izloženost fizičkom nasilju ili sopstvena nasilnost i agresivnost (npr. Singer et al. 2001), kao i percepcija i upravljanje rizicima kod korisnika droga (npr. Hunt et al. 2009).

Antropolozi su razmatrali i druge izvore rizika po zdravlje, kao što su oni koji su povezani sa začećem, trudnoćom, rađanjem i podizanjem dece. Kada je reč o začeću, trudnoći i porođaju, proučavane su teme kao što su percepcija rizika koji prate trudnoću, prenatalnu negu i porođaj od strane samih trudnica, ali i lekara, i uticaj koji ova tumačenja rizika ostvaruju na odluke koje trudnice donose (npr. McClain 1983, Capelli 2011, Chapman 2003, Chapman 2006, Smith-Oka 2012, Gross and Shuval 2008, Gross 2010), društveno označavanje određenih kategorija trudnica kao onih koje su pod rizikom ili kao onih koje su izvor rizika po zdravlje svog nerođenog deteta kao oblik represije nad njima i sa ciljem njihove marginalizacije i stigmatizacije (npr. Handwerker 1994, Bell, McNaughton and Salmon 2009), rodne razlike u pogledu spremnosti na izlaganje rizicima u tretmanima za lečenje neplodnosti i veštačku oplodnju (npr. Becker and Nachtigall 1994), medijsko predstavljanje rizika u vezi sa asistiranom reprodukcijom kod starijih žena (npr. Campbell 2011). U vezi sa podizanjem dece, u antropologiji je pretežno proučavana percepcija rizika od strane roditelja i uticaj ovih tumačenja na njihove odluke (npr. Smith-Oka 2012, Casiday 2007, Kaufman 2010, Faircloth 2010).

Na proučavanje ovih rizika po zdravlje u antropologiji nadovezuje se i proučavanje rizika koji potiču od medicinskih praksi i tretmana, s obzirom na to da su u okviru mnogih od gorepredstavljenih istraživanja antropolozi dotakli ove teme (npr. Becker and Nachtigall 1994, Capelli 2011, Gross and Shuval 2008, Casiday 2007, Kaufman 2010). Osim temama u vezi sa onim rizicima koji potiču od medicinskih praksi i tretmana koji su u vezi sa začecem, porođajem i podizanjem dece, antropolozi su se bavili proučavanjem različitih tema u vezi sa ovom vrstom rizika i u drugim kontekstima – njihovom identifikacijom i proučavanjem njihovog uticaja na zdravlje ljudi, proučavanjem percepcije od strane lekara i pacijenata i u društvu uopšteno, odnos prema ovoj vrsti zdravstvenih rizika od strane pojedinaca i odluke koje oni u tom pogledu donose (npr. Connor 2004, Gordon 2003, Leidy 1994, Erickson 2007, Sobo 2001, Kaufman 2010, Rylko-Bauer and Farmer 2002, Gros and Shuval 2008, Bazylevych 2011, Lakshman and Nichter 2010).

Genetski faktori rizika, odnosno genetska predisponiranost za pojavu određenih bolesti, takođe su jedna od tema koja je zastupljena u antropologiji i koja je proučavana sa različitih aspekata kao što je, na primer, proučavanje tumačenja ove vrste rizika od strane pojedinaca koji su im izloženi i koji su sa njima upoznati bilo putem poznavanja porodične istorije bolesti bilo na osnovu genetskog testiranja, ali i uticaja ovih tumačenja na njihovo ponašanje (npr. Gibbon 2011, Finkler 2003, Hallowell and Lawton 2002), proučavanje tumačenja ove vrste rizika od strane drugih pojedinaca ili u širem društvu (npr. Hashiloni-Dolev 2006, Gross and Shuval 2008, Lee 2013), uticaj upoznatosti pojedinca sa njegovom genetskom predisponiranošću za obolevanje od određenih bolesti na konstrukciju njegovog identiteta i telesnosti (npr. Lock et al. 2007).

Pored navedenih vrsta zdravstvenih rizika u fokusu antropološkog proučavanja našle su se i druge vrste izvora rizika po zdravlje ljudi kao što su rodna neravnopravnost (npr. Das Gupta 1995, Obermeyer 2003, Ostrah and Singer 2012, Farmer, Lindenbaum and Delvecchio Good 1993), etnicitet (npr. Palinkas 1987), rasa (npr. Dressler 1993), klasa (npr. Hampshire et al. 2000, Lane, Jok and El-Mouelhy 1998,

Lyttleton and Vorabouth 2011, Panter-Brick 2004, Dressler et al. 1998), strukturno nasilje (npr. Capelli 2011, Farmer 2004, Rylko-Bauer and Farmer 2002, Roberts 2009, Hickel 2012, Ostrah and Singer 2012, Farmer et al. 1993, Nguyen and Peschard 2003), ilegalne imigracije (npr. Castañeda 2009, Holmes 2013, Nachman 1993, Ho 2003, Kenya et al. 2003, Ogranista et al. 2013), enviromentalni rizici (npr. Heller 2001, Stoffle et al. 1991, Beehler, McGuinness and Vena 2003, Cassady 2010, Singer 2011, Gibson-Wood et al. 2012) i drugi rizici (npr. Hoyt et al. 2012, Parker and Stanworth 2005, Agdal 2005, Last 2011, Wilson 2010, Root 2009, Kennen, Arden-Jones and Eeles 2003, Dressler and Bindon 2000, Luque et al. 2010, Sunday and Eyles 2001, Manzenreiter 2012). Kao izvor rizika po zdravlje, u antropologiji je, pretežno u okviru perspektive kritičke medicinske antropologije, razmatrana i težnja za sticanjem profita od strane korporacija koje, u nastojanju da ovaj cilj ostvare, proizvode i prodaju robu štetnu po zdravlje ljudi (v. Singer and Baer 2009b).

2. 4. PROUČAVANJE ALKOHOLA, DUVANA I ZDRAVSTVENIH RIZIKA U SRPSKOJ ETNOLOGIJI I ANTROPOLOGIJI

Na osnovu svega do sada iznetog može se zaključiti da su alkohol, duvan i zdravstveni rizici u svetskoj antropologiji, iako od skora (kvalitativno) proučavane³⁵, do danas dobro istražene oblasti. Ipak, isto se ne bi moglo reći i za domaću antropologiju u kojoj ove teme gotovo da u potpunosti izostaju, iako to nije slučaj i sa temama u vezi sa zdravljem, bolešću i lečenjem uopšteno pod koje se one mogu podvesti. Koreni medicinske antropologije, u okviru koje se proučava pomenuta tematika, u Srbiji se mogu pratiti još od zasnivanja antropologije (tada etnologije) početkom XX veka, u delima Tihomira Đorđevića (Ivanović 2011, Srdić Srebro 2009). U tom periodu, a i kasnije tokom XX veka u srpskoj etnologiji i antropologiji je, kada je o pomenutoj oblasti proučavanja reč, dominiralo interesovanje za narodnu medicinu ili etnomedicinu. Ono se, međutim, nije ispoljavalo neposredno u smislu da je etnomedicina predstavljala primarni predmet interesovanja srpskih etnologa i antropologa, već se razmatrala prilikom proučavanja drugih tema kao što su narodna verovanja, običaji, folklor i razni drugi aspekti društvenog života (Srdić Srebro 2009).³⁶ Srpski etnolozi i antropolozi su se pretežno bavili opisivanjem predstava na osnovu

³⁵ Kvalitativno se odnosi na proučavanje alkohola i duvana.

³⁶ U tom smislu između srpske etnologije i antropologije i svetske antropologije može se napraviti paralela. Naime, i u svetskoj antropologiji interesovanje za proučavanje fenomena iz oblasti zdravlja, bolesti i lečenja je postojalo još od samih njenih začetaka, ali se sve do poslednje četvrtie XX veka, odnosno do formiranja medicinske antropologije, proučavanje ovih tema nije bilo primarna namera antropologa, već sporedni rezultat njihovog interesovanja za proučavanje neke druge teme (Young 1982, Fabrega 1971, Foster 1974, Colson and Selby 1974, Sobo 2004, Sobo and Loustaunau 2010).

kojih se konstruišu koncepti zdravlja i bolesti, odnosno opisivanjem tradicionalnih modela bolesti i zdravlja, njihove etiologije, dijagnostifikovanja, lečenja i prevencije bolesti i očuvanja zdravlja (*Ibid.*). Pored etnologa i antropologa, opise etnomedicinskih verovanja i praksi ostavili su i lekari, ali i pojedinci u monografijama o svom rodnom kraju (Srđić Srebro 2009, Ivanović 2011). Sa izuzetkom opisa ovih poslednjih, koji su generalno bili romantičarski nastrojeni u pogledu predstavljanja njihovog rodno kraja (što uključuje i medicinska verovanja i prakse koji su za njega karakteristični), etnomedicina je najčešće predstavljena u negativnom svetlu, kao opozicija biomedicini, a ne kao medicinski sistem njemu ravnopravan, kao nenaučan, neefikasan, pa i štetan (*Ibid.*).³⁷ U ovim radovima ključna je opozicija između etnomedicine i biomedicine, pri čemu se etnomedicina tumači na već opisan način, kao nenaučni, kulturno specifični sistem znanja i praksi, dok se biomedicina shvata kao naučni medicinski sistem koji je u potpunosti lišen uticaja socio-kulturnog konteksta (Ivanović 2011). Osim toga, u ovim radovima dominira materijalistička koncepcija tela, odnosno tumačenje tela kao isključivo prirodnog, materijalnog fenomena koji se posmatra izolovano iz društvenog i kulturnog konteksta u okviru kojeg postoji, a ovo važi i za poimanje bolesti i zdravlja koje je u njima zastupljeno (*Ibid.*). Konačno, njihov analitički doprinos je sveden na minimum, s obzirom na njihov deskriptivni karakter i izostanak razvoja i primene širih teorijskih perspektiva (*Ibid.*).³⁸ Ovakvo stanje u pogledu proučavanja medicinskih sistema, verovanja, znanja i praksi bilo je karakteristično za srpsku etnologiju i antropologiju tokom čitavog XX veka (*Ibid.*). Tek se u 1990-tim zapaža značajan pomak u ovoj oblasti i začetak medicinske antropologije koji je bio podstaknut pojavom tumačenja biomedicine kao kulturno specifičnog sistema znanja i praksi i tela kao socio-kulturnog artefakta u okviru svetske antropologije (*Ibid.*). Ovaj pomak u srpskoj antropologiji se nije odnosio samo na intenzitet i kvalitet proučavanja tema u vezi sa zdravljem, bolešću i lečenjem, nego je podrazumevao i institucionalizaciju ovog pravca

³⁷ Kako Srđić Srebro zapaža, ovo je u suprotnosti sa statusom koji etnomedicina ima u svetskoj antropologiji još od samih njenih začetaka kao medicinski sistem jednako važan kao i biomedicina (Srđić Srebro 2009).

³⁸ Isto ovo važi i za svetsku antropologiju i proučavanje medicinskih sistema u njenim okvirima u ranim fazama (Young 1982).

istraživanja u vidu uvođenja kurseva na posleddiplomskim studijama i formulisanja istraživačkih projekata sa njim u vezi (*Ibid.*).

Iako medicinska antropologija u Srbiji ima tradiciju dugu jedan vek i iako je tokom poslednje gotovo tri decenije kvalitet istraživanja koja se u njenim okvirima obavljaju na visokom nivou, ipak je reč o mladoj grani antropologije koja je još uvek u kvantitativnom smislu u velikoj meri nedovoljno razvijena. Otuda mnoge teme koje su inače učestali predmet proučavanja u svetskoj medicinskoj antropologiji u srpskoj antropologiji još uvek nisu (dovoljno) proučene, a takav je slučaj i sa alkoholom i duvanom/pušenjem. Tema duvana/pušenja u srpskoj antropologiji uopšte nije samostalno obrađivana, dok je tema alkohola zastupljena u samo dva rada. Jedan od njih jeste „Alkoholna pića i obredna praksa“, autorke Srebrice Knežević, objavljen 1978. godine, a drugi je „Verovanja o narodnom lečenju alkoholizma kod rudara Timočkog regiona“, autorke Gordane Živković, iz 1988. godine. U pomenutom radu Knežević je razmotrila upotrebu alkoholnih pića, pre svega vina i rakije, u obrednoj praksi Srba (Knežević 1978). Autorka je istakla da upotreba alkoholnih pića kao ritualnog rekvizita zauzima značajno mesto u gotovo svim važnijim obredima kod Srba počev od rođenja pa do smrti. Alkohol, kako Knežević zapaža, igra važnu ulogu u ritualima povezanim sa porođajem, rođenjem, sklapanjem braka, u slavskim svečanostima, prilikom proslave Božića i Uskrša, u obredima koji prate poljoprivredne radove, izgradnju kuće, useljenje, ispraćaj i odlazak na put, kao i na sahranama. Osim toga, ova autorka je takođe ukazala na to da se kod Srba alkohol koristi i u medicinske svrhe, kao lek, što je u ovom radu i opisala. Gordana Živković je proučila narodna verovanja o uzrocima i lečenju alkoholizma kod rudara u Timočkoj krajini (Živković 1988). Kako ova autorka zapaža, u rudarskoj profesiji inače, kao i kod rudara u ovom delu Srbije, pojava alkoholizma je učestala. Za to, kako ona navodi, postoje određeni razlozi koji su u vezi sa samom profesijom, kao što su nepovoljni uslovi rada, psihička opterećenost zbog same prirode posla i to što se upotreba alkohola smatra oznakom pripadnosti profesionalnoj grupi rudara, kao i nepostojanje mogućnosti za drugačije vidove druženja i zabave u slobodno vreme izuzev odlaska u kafanu. Međutim, na osnovu istraživanja percepcije uzroka

alkoholizma među samim rudarima u ovom kraju, Živković je došla do zaključka da su mnogi srpski narodni obredi doprineli pojavi alkoholizma u ovoj populaciji, obredi u kojima je upotreba alkoholnih pića neizostavna, i to u znatnim količinama. Pored toga, pojavi alkoholizma kod rudara u Timočkoj krajini doprinosi i među njima zastupljeno verovanje o blagotvornom uticaju alkohola na zdravlje. Pored tumačenja etiologije alkoholizma kod rudara u Timočkoj krajini, Živković je opisala i narodna verovanja o lečenju alkoholizma koja su među njima prihvaćena. Iako je u pomenutim radovima ukazano na povezanost alkohola i društvenog i kulturnog konteksta njegove upotrebe, razmatranje socio-kulturnih aspekata upotrebe alkohola u njima je svedeno na deskripcije, dok izostaje primena širih teorijskih perspektiva, a kao rezultat toga i analitički doprinos u pogledu razumevanja opisanih fenomena.

Iako je proučavanje teme alkohola i duvana/pušenja u domaćoj etnologiji/antropologiji i više nego oskudno, isto se ne može reći i za proučavanje zdravstvenih rizika koje je u savremenoj srpskoj antropologiji zauzima značajno mesto zahvaljujući radu Bojana Žikića. Među domaćim autorima najzaslužniji za utemeljenje i institucionalizaciju medicinske antropologije u Srbiji, Žikić je još pre jedne decenije optočeo proučavanje faktora rizika (prvenstveno rizičnog okruženja) za obolevanje od infektivnih bolesti (HIV/AIDS i HCV) kod intravenskih korisnika droge (IVKD) i seksualnih radnika/radnica (SR) u Beogradu, a ova oblast istraživanja i dalje je zastupljena u njegovom radu. U periodu od 2005. do 2010. godine Žikić je, u saradnji sa Timom Roudsom (*Tim Rhodes*) i drugim kolegama sa Londonskog imperijal koledža (*London Imperial College*) i Londonskog fakulteta za higijenu i tropsku medicinu (*London School for Hygiene and Tropical Medicine*), kao i u saradnji sa grupom mladih antropologa iz Beograda, ali i institucijama javnog zdravlja (Institut za javno zdravlje „Batut“) i internacionalnim organizacijama (UNICEF), učestvovao na nekoliko projekata koji su za predmet imali proučavanje rizičnog ponašanja i uticaja rizičnog okruženja na infekciju HIV-om i HCV-om među IVKD i SR u Srbiji (Ivanović 2011). Ovakvo angažovanje rezultiralo je velikim brojem radova čiji se značaj ne ogleda isključivo u tome što je u njima obrađena tematika koja u srpskoj antropologiji nikada

do sada nije bila proučavana nego i u tome što je na taj način dat doprinos i podsticaj razvoju medicinske antropologije u Srbiji. U ovom periodu Žikić je proučavao faktore koji utiču na rizik od infekcije HIV-om i HCV-om među IVKD i SR u Beogradu, kao što su društveni i kulturni faktori, rizično okruženje, rizično ponašanje ovih populacija i njihova percepcija rizika od infekcije HIV-om i HCV-om, način na koji ovi faktori dovode do povećanja rizika i izlaganja rizicima u kontekstu ovih infekcija, stepen u kojem pripadnici ovih populacija poseduju mogućnost da upravljaju rizikom od ovih infekcija ostvarivanjem uticaja na njihovo rizično okruženje te kakve implikacije rezultati ovih istraživanja imaju u kontekstu primene u prevenciji ovih infektivnih bolesti među IVKD i SR i u programima smanjenja štete koja potiče od HIV i HCV (Žikić 2006a, 2006b, 2006c, 2007, 2008, 2009, 2011b). U ovim i nekim drugim radovima (v. Baroš i Žikić 2006), Žikić je ukazao na važnost sprovođenja kvalitativnih istraživanja sa ciljem primene u oblasti javnog zdravlja kao što je, na primer, primena u formulisanju programa prevencije HIV/AIDS-a i HCV-a i smanjenja štete koja potiče od ovih infekcija, i na prednost korišćenja rezultata dobijenih ovim putem u odnosu na kvantitativne, epidemiološke podatke u pomenute svrhe. Pored toga, Žikić je zajedno sa Baroš ukazao i na specifičnost kvalitativnog istraživanja među teško dostupnim, marginalizovanim i stigmatizovanim društvenim grupama kao što su IVKD, SR, homoseksualci i sl., na koje se programi prevencije HIV/AIDS-a primarno odnose, budući da je reč o grupama posebno osetljivim na ovu infektivnu bolest (*Ibid.*). Osim proučavanjem pomenutih tema, Žikić se u saradnji sa drugim autorima u periodu od 2005. do 2010. godine bavio i proučavanjem rizičnog ponašanja i faktora rizika od infekcije HIV-om među biseksualcima u Beogradu (Baroš i Žikić 2010b), proučavanjem deljenja pribora među IVKD u Beogradu kao faktora rizika za infekciju HIV-om i HCV-om (Prodanović et al. 2005) i tumačenjem ove prakse od strane IVKD u kontekstu infekcije HCV-om (Rhodes et al. 2008a), proučavanjem tumačenja načina prenošenja HCV-a od strane IVKD u Beogradu (Rhodes et al. 2008b), proučavanjem uticaja nasilja nad SR u Beogradu i Pančev od strane klijenata i policije na rizik od infekcije HIV-om i drugim PPI (Rhodes et al. 2008c), kao i proučavanjem socio-kulturnih faktora koji utiču na (ne)korišćenje

zdravstvenih usluga klinika za infektivne bolesti od strane osoba inficiranih HIV-om/obolelih od AIDS-a, a koji ujedno time utiču i na njihovo fizičko i mentalno zdravlje (Baroš i Žikić 2010a). Nakon 2010. godine Žikić se i dalje pretežno bavio proučavanjem tema iz oblasti medicinske antropologije kao što su razmatranje uticaja društvenih, kulturnih i ekonomskih faktora na reproduktivnu vulnerabilnost žena (Žikić 2011a) i faktora koji doprinose zdravstvenoj vulnerabilnosti marginalnih društvenih grupa kao što su IVKD i SR (Žikić 2011b). Osim toga, Žikić je ukazao na mogućnost i potrebu za razradom Roudsovog pojma rizičnog okruženja i za primenom ovog pojma i van konteksta IVKD i SR i rizika od infekcije HIV-om, HCV-om i PPI na druge zdravstveno vulnerable i marginalne, ali i marginalizovane populacije kao što su, na primer, beskućnici, izbeglice itd., i na druge infektivne bolesti koje su među ovim grupama česte (Žikić 2013b). U novijim radovima Žikić je ukazao na uticaj koji strukturno nasilje ostvaruje na javno zdravlje kako u nerazvijenim delovima sveta tako i u razvijenim zapadnim društvima (Žikić 2013c), a pored pojma strukturnog nasilja koji zauzima važno mesto u kritičkoj medicinskoj antropologiji, Žikić je takođe primenio još jedan od koncepata koji je karakterističan za ovu perspektivu – sindemiju, kako bi razmotrio socio-kulturne faktore koji doprinose udruženom bolovanju od više bolesti među IVKD u Beogradu (Žikić 2013a).

U periodu Žikićevog intenzivnog proučavanja uticaja rizičnog okruženja na infekciju HIV-om i HCV-om i na pojavu PPI među IVKD i SR sa njim je saradivala grupa mladih antropologa iz Beograda zainteresovanih za proučavanje slične tematike, među kojima su neki i kasnije nastavili rad na njenom proučavanju: Slađana Baroš, Elena Kuneski, Ana Prodanović (Ivanović 2011). Pored navedenih istraživanja u kojem su učestvovala (v. Rhodes et al. 2008a, b, c, Prodanović et al. 2005, Baroš i Žikić 2010b), treba spomenuti još i ona koja ovde do sada nisu predstavljena, a u kojima je obrađena tema zdravstvenih rizika. Reč je o istraživanjima koja je Baroš samostalno sprovela, kao i o drugim istraživanjima u kojima je učestvovala, a koji do sada nisu predstavljeni: istraživanje o tumačenju upotrebe kondoma među SR u Beogradu kao simbola njihove profesionalnosti (Baroš 2006); istraživanje o uticaju okruženja (društvenog,

ekonomskog i fizičkog) na upotrebu kondoma među SR u Beogradu (Baroš 2008); istraživanje o riziku od infekcije HIV-om među mladim interno raseljenim licima u Srbiji (Grbic et al. 2014); istraživanje o broju inficiranih HIV-om i HCV-om među IVKD u Beogradu, faktorima rizika i rizičnom ponašanju u kontekstu pomenutih infekcija kod IVKD i njihovom korišćenju usluga zdravstvene zaštite (Simić et al. 2008); istraživanje o nejednakosti u rodnim odnosima moći i ekonomskoj podređenosti žena u partnerskim odnosima sa IVKD kao faktorima rizika za infekciju HIV-om (Grbic et al. 2012); istraživanje o preprekama u uspešnoj primeni RDS (*respondent driven sampling*)³⁹ među SR u Srbiji, Crnoj Gori i Rusiji (Simic et al. 2006).

³⁹ Jedna od tehnika za regrutovanje ispitanika, varijanta metode „snežne grudve“ (*snowball sampling*), koja podrazumeva regrutovanje novih ispitanika putem nekoliko inicijalno odabranih ispitanika, pripadnika populacije koja se proučava, koji u istraživanje uključuju svoje poznanike, pripadnike date populacije, a oni svoje itd.

3. TEORIJSKO-METODOLOŠKI OKVIR

3. 1. GOVERNMENTALISTIČKA TEORIJA RIZIKA

Governmentalistička teorija rizika je jedna od socio-kulturnih teorija rizika u okviru koje se rizik tumači kao glavno sredstvo savremene neoliberalne veštine upravljanja (Lupton 1999, 2006, Zinn 2008b, Denney 2005).⁴⁰ Prema ovoj teoriji, u savremenim neoliberalnim društvima regulacija pojedinaca odvija se putem osnaživanja samokontrole i samodiscipline, a glavnu ulogu u ovom procesu ima diskurs rizika (Lupton 1999, 2006, Rose 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Castel 1991, O'Malley 2008, Diprose et al. 2008, Vaz and Bruno 2003, Valverde 2010, Rose and Miller 1992, Petersen 2003, Petersen and Lupton 1996, Bunton and Petersen 1997). Diskurs rizika, utemeljen na ekspertskom znanju i moralno konotiran, nameće imperativ izbegavanja rizika koji čini osnovu praksi samoregulacije pojedinaca u savremenim neoliberalnim društvima (Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, 2003, Brown and Baker 2012, Lupton 1995, 1999, 2006, Lupton and Tulloch 2002a, Schehr 2005). Izbegavanje rizika tumači se kao odraz odgovornosti prema sebi i drugima, kao odraz težnje ka unapređenju sopstvenog života i života drugih ljudi (*Ibid.*). Pridavanjem ovakvog značenja izbegavanju rizika podstiče se usvajanje praksi koje omogućavaju ostvarivanje ovog cilja, a putem kojih se sprovodi regulacija pojedinaca. Te prakse podrazumevaju konstantno uvećavanje znanja o rizicima i posledicama koje oni za sobom povlače i neprekidnu samokontrolu u ponašanju u skladu sa ovim znanjem i sa ciljem izbegavanja rizika. Nasuprot ovome, preduzimanje rizika i rizično ponašanje tumače se kao iracionalni ili kao posledica nedostatka volje u samokontroli koje dovodi u pitanje

⁴⁰ Drugi socio-kulturni pristupi u proučavanju rizika su, kao što je već rečeno, kulturološko-simbolički pristup Meri Dagleas i teorija rizičnog društva Urliha Beka (Lupton 1999, 2006, Zinn 2008b).

ne samo kvalitet života pojedinaca koji praktikuju ove oblike ponašanja već i sigurnost i bezbednost ostalih pripadnika društva (*Ibid.*). Na taj način, putem proizvodnje straha i nesigurnosti u društvu, diskurs rizika pruža opravdanje za osudu, stigmatizaciju, marginalizaciju, nadgledanje i kontrolisanje individua koje praktikuju rizične oblike ponašanja.

Governmentalistička teorija rizika inspirisana je radom Mišela Fukoa i u izvesnom smislu predstavlja nastavak njegovog rada o veštini upravljanja u zapadnoevropskim društvima koja nastaje sa pojavom liberalizma (Lupton 1999, 2006).⁴¹ Iako se sam Fuko nije bavio pojmom rizika u nekoj značajnijoj meri, njegovi koncepti i teze su poslužili kao osnova za razvoj governmentalističke teorije rizika, posebno oni koje je razvijao počev od 1970-tih pa do kraja svog života.⁴² U daljem delu rada biće ukratko predstavljene odlike veštine upravljanja nastale sa liberalizmom, onako kako ih Fuko definiše, a nakon toga i governmentalistička teorija rizika nastala na osnovama Fukoovih pretpostavki o pomenutoj veštini upravljanja.

⁴¹ Otuda potiče i njen naziv – od Fukoovog pojma veština upravljanja (fr. *gouvernementalité*; eng. *governmentality*). Značenje ovog pojma biće izneto i obrazloženo u daljem delu rada.

⁴² Od 1970-tih započinje genealoška faza u Fukoovom radu koju odlikuje Fukoovo interesovanje za pitanje moći i primena genealoškog metoda (Smart 2002, Wolin 2010, Mills 2003). U toku ove faze, koja je trajala od početka pa do kraja 1970-tih, Fuko se bavio proučavanjem genealogije veštine upravljanja u zapadnoevropskim društvima koja je nastala sa pojavom liberalizma i dao pregled faza u njenom razvoju. U ovom periodu Fukoov fokus bio je na proučavanju tehnologija dominacije. Pred kraj života, tokom 1980-tih, Fuko se okrenuo proučavanju tehnologija sopstva – Fukoova namera bila je da svoje dotadašnji rad na izučavanju genealogije tehnologija dominacije upotpuni izučavanjem genealogije tehnologija sopstva kako bi skicirao razvoj modernog subjekta u zapadnoevropskim društvima. Realizaciju ovog poduhvata u celosti je, međutim, sprečila Fukoova smrt, no ipak Fuko je tokom 1980-tih, u nekolicini svojih radova i na predavanjima koje je držao na Kolež de Fransu (*Collège de France*), predstavio početak svog rada na istraživanju ove tematike i izneo glavne teze u vezi sa njom.

3. 1. 1. OSNOVE GOVERNMENTALISTIČKE TEORIJE RIZIKA: LIBERALNA VEŠTINA UPRAVLJANJA U DELU MIŠELA FUKOA

3. 1. 1. 1. LIBERALIZAM KAO POLITIČKO-EKONOMSKA IDEOLOGIJA I KAO VEŠTINA UPRAVLJANJA: OSNOVNE KARAKTERISTIKE

Liberalizam predstavlja političku-ekonomsku doktrinu i veštinu upravljanja koja je nastala sredinom XVIII veka u zapadnoevropskim društvima. Pojava liberalizma kao ideologije vezuje se za fiziokrate, grupu ekonomskih teoretičara iz Francuske (Fuko 2005b, Foucault 2007). Fiziokrate su smatrale da tržište odlikuju prirodni, njemu svojstveni procesi i mehanizmi i da je, ukoliko se ovi mehanizmi poštuju, moguće je odrediti prirodnu cenu robe zahvaljujući kojoj korist više nema samo onaj ko robu prodaje, nego i onaj ko je kupuje (*Ibid.*).⁴³ Ograničenje vlasti koje fiziokrate uvode ne počiva na pravu, nego na efektima koje vlast proizvodi, a to znači da se procena državnih postupaka ne vrši na osnovu njihove legitimnosti, nego korisnosti (Fuko 2005b, 70).⁴⁴ Korisnost državnih postupaka utvrđuje se na osnovu stepena u kojem oni

⁴³ Do XVIII veka tržište je bilo mesto pravde u smislu da su se prodajna cena robe i njena distribucija na tržištu smatrali pravednim (Fuko 2005a). Pored toga, tržište je bilo i pod nadležnošću sudstva, a to je trebalo da predstavlja garanciju da će tržište biti mesto pravde (*Ibid.*). Od XVIII veka tržište više nije bilo mesto sudske nadležnosti, zbog toga što se javilo shvatanje da tržište ima sopstvene, prirodne mehanizme kojima mora da se pokori (Fuko 2005a, Foucault 2007). Poštovanje prirodnih mehanizama tržišta smatrano je garancijom tržišne vrednosti robe. Ovo poklapanje cene sa prirodom omogućuje uspostavljanje etalona istine za procenjivanje državnih praksi. Dakle, upravljanje se ograničava istinom, a na osnovu procene koristi za državu.

⁴⁴ Ovo novo ograničenje vlasti je takođe definisano u oblasti prava, ali nije kršenje prava bilo ono što je određivalo nelegitimnost državne prakse, nego njena neprilagođenost, beskorisnost i neefikasnost (Fuko

ostvaruju ciljeve vlasti, pri čemu efikasnost državnih postupaka počiva na poštovanju zakonitosti prirode objekata na koje su oni usmereni – populacije i tržišta (*Ibid.*, 70). Dakle, da bi državna praksa bila efikasna ona mora da se bude oblikovana u skladu sa prirodom objekata kojima upravlja, a da bi to bilo moguće njihovu prirodu je prvo potrebno spoznati. Zbog toga je veština upravljanja koja nastaje sa liberalizmom naučna – ona koristi znanje o objektima kojima upravlja i koje joj omogućava da njima ovlada (Fuko 2005b, Foucault 2007).

Međutim, naučno znanje za veštinu upravljanja u liberalizmu nije značajno samo iz ovog razloga: funkcija ekspertize u ovom obliku upravljanja koje se rukovodi principom minimalne intervencije jeste da omogući upravljanje putem primene ne-političkih sredstava (Fuko2005b). Naime, kako je za liberalizam karakteristično shvatanje da populaciju i tržište odlikuju njima svojstvene prirodnosti, kao i shvatanje da u upravljanju ovu prirodnost treba poštovati, sledi da se liberalna veština upravljanja uzdržava od preterane intervencije – njena glavna odlika je umerenost. Sa pojavom liberalizma javlja se mišljenje da „jedna vlada nikada ne zna dovoljno da rizikuje kada suviše upravlja, ili: jedna vlada nikada ne zna tako dobro da upravlja taman koliko treba“ (Fuko 2005b, 35).⁴⁵ Međutim, kako bi ostvarila ciljeve kojima teži, veština upravljanja ne može da se odrekne upravljanja. To u liberalizmu stvara tenziju koja se rešava ostvarivanjem upravljanja ne-političkim sredstvima među kojima ključnu ulogu ima naučno znanje (Fuko 1997, 2005a, b, 2006, Foucault 2003, Foucault 2007). Naučno znanje u veštini upravljanja ima nekoliko funkcija koje prevazilaze prosto olakšavanje upravljanja i povećavanje njegove efikasnosti zahvaljujući spoznaji objekata kojima se upravlja. Kao prvo, funkcija ekspertize u veštini upravljanja jeste da kreira društvenu stvarnost tako da intervencija vlasti bude nepotrebna (*Ibid.*). Ovo se ostvaruje putem proizvodnji normi i obrazaca ponašanja koji su od koristi za vlast i čije se usvajanje podstiče kod onih nad kojima se vlast sprovodi, a koji su utemeljeni na

2005a). Dakle, pravo i dalje ostaje okvir u kome se određuje ograničenje vršenja vlasti, ali se težište u njemu sa pitanja legitimnosti državnih postupaka pomera na pitanje njihove korisnosti.

⁴⁵ Ugrožavanje kolektivnih interesa je trenutak u kojem liberalna veština upravljanja interveniše; u svim ostalim slučajevima njeno delovanje je ograničeno.

naučnom znanju. Naučno znanje daje legitimitet ovim pravilima ponašanja i podstiče njihovo usvajanje. Osim toga, ono omogućava prikrivanje delovanja vlasti koje se više ne odvija u oblasti države, nego u oblasti civilnog društva (*Ibid.*).⁴⁶ U liberalizmu prikrivanje delovanja vlasti ne samo da omogućava upravljanje već i garantuje njegovu efikasnost i u političkom i u ekonomskom smislu (Fuko 1997, 2006). Prema Fukou, politička efikasnost svake vlasti počiva na prikrivanju mehanizama putem kojih se sprovodi: na taj način se umanjuje mogućnost pojave otpora, odnosno povećava pokornost onih nad kojima se vrši vlast (Fuko 2006, 98). Konačno, zahvaljujući tome što potpomaže formulisanje normi i usvajanje oblika ponašanja poželjnih za vlast, ekspertiza omogućava smanjenje troškova vršenja vlasti, što doprinosi efikasnosti veštine upravljanja u ekonomskom smislu (Fuko 1997).

Veština upravljanja koja nastaje sa liberalizmom je dakle oblik pozitivne, produktivne moći koja se ne sprovodi putem prisila i zabrana, već putem normi i pravila čije se usvajanje podstiče kod onih nad kojima se vlast sprovodi. Prema Fukou, veština upravljanja podrazumeva integrisanost procesa moći i dominacije u procese pomoću kojih pojedinci konstruišu i menjaju sebe (Fuko 2010, 71, Foucault 1993, 203). Integrisanost tehnologija moći u tehnologije sopstva je ono što obezbeđuje efikasnost u sprovođenju moći. Tehnologije dominacije i tehnologije sopstva su neodvojive jedne od drugih: tehnologije dominacije koje se nad pojedincima sprovode utiču na tehnologije sopstva pomoću kojih oni nastoje da utiču na sebe i obrnuto, tehnologije sopstva kojima pojedinci nastoje da utiču na sebe uvek su integrisane u postojeće strukture moći (*Ibid.*). Iz tog razloga veština upravljanja tvrdi da daje slobode onima kojima upravlja – one nisu odraz težnje da se upravljanje ograniči, već nužan uslov upravljanja koji omogućava da se ono sprovodi uz postizanje privida o ograničenju vršenja vlasti (Fuko 1997, 2005b, 2006, Foucault 2007).⁴⁷ Taj privid se stvara

⁴⁶ Civilno društvo, koje formalno predstavlja oblast lišenu intervencije države u liberalizmu, zapravo predstavlja glavno mesto intervencije države (v. Fuko 2005b, Foucault 2007). Civilno društvo je ujedno garancija ograničavanja vlasti i nužan uslov za sprovođenje vlasti.

⁴⁷ Da bi pojedinci mogli, zahvaljujući svojoj slobodnoj volji i svom ličnom odabiru, da usmeravaju sebe u pravcu ostvarivanja ciljeva vlasti, liberalizmu su potrebne slobode. Slobode kakve su liberalizmu svojstvene nisu proizvod tolerancije, već nužnosti. Liberalizam uvećava slobode zato što su mu one

zahvaljujući postojanju individualnih sloboda koje omogućavaju da pojedinci sami nad sobom sprovode vlast putem tehnologija sopstva u koje su integrisane tehnologije moći, pri čemu se primena tehnologija sopstva predstavlja kao naučno utemeljena praksa koja je u interesu pojedinca i čitavog društva.

Mesto intervencije veštine upravljanja je telo. Uticaj politike na telo nije isključiva odlika veštine upravljanja niti se sa njom prvi put pojavljuje: telo je u svakom obliku vlasti mesto na kojem se ispoljavaju odnosi vlasti (Fuko 1997, 132). Međutim, odnos veštine upravljanja prema telu, načini na koje ona interveniše na telu i ciljevi kojima se pri tome rukovodi drugačiji su u odnosu na ranije oblike vlasti (*Ibid.*, 132). Sa industrijalizacijom i modernizacijom, a usled demografskog rasta i težnje ka uvećavanju profita, telo je postalo glavna meta intervencije veštine upravljanja – telo kao proizvodna, radna snaga čiju ekonomsku upotrebljivost treba maksimalno uvećati i iskoristiti (*Ibid.*, 133-134). Oblik moći koji nastaje sa liberalizmom i koji je usmeren na život, a ne na smrt Fuko označava pojmom biomoć (Fuko 2006, Foucault 2003). Pravo nad životom i smrću podanika koju poseduje jedna vlast u biomoći je formulisano kao pravo „*dosuđivanja* života ili *guranja* u smrt“ (Fuko 2006, 154-155, Foucault 2003, 240-241). Biomoć ovo pravo ispoljava tako što gospodari životom koji jača, osnažuje, unapređuje: dosuđivanje smrću koje je bilo karakteristično za moć suvereniteta nije joj od koristi.⁴⁸ Akcenat na jačanju života i ovladavanju njime ima za cilj maksimizaciju

neophodne – liberalizam ih troši i iz tog razloga i proizvodi (Fuko 2006, 95). Imperativ u liberalizmu nije, međutim, sloboda, već upravljanje i organizacija uslova pod kojima je sloboda moguća (*Ibid.*, 95). To znači da liberalizam proizvodi slobode, ali i da određuje njene granice. Proizvodnja sloboda u liberalizmu počiva na proračunu bezbednosti – individualne slobode ili interesi mogu postojati samo ako ne ugrožavaju opšti interes. Liberalizam dakle upravlja opasnostima, sigurnostima, slobodama, interesima. Ovde se zapaža glavni paradoks liberalizma: liberalizam teži sigurnosti, ali podstiče opasnosti (*Ibid.*, 99). Osim toga, on uvećava slobode kojima istovremeno stvara protivtežu u vidu kontrole (*Ibid.*, 99). Uvođenje sloboda u liberalizmu moguće je samo uz povećanje kontrole – tako kontrola u liberalizmu više nije samo protivteža slobodi, već njegov pokretački princip (*Ibid.*, 100).

⁴⁸ Pravo nad životom i smrću u vlasti suvereniteta je bilo formulisano kao pravo „*dosuđivanja* smrću i *ostavljanja* u životu“ (Fuko 2006, Foucault 2003). Pravo nad životom u vlasti suvereniteta sprovodilo se posredno, preko prava nad smrću. Naime, pravo nad životom suveren je ostvarivao tako što je primenjivao pravo da ubija ili tako što je odustajao od primene ovog prava. Pravo nad životom i pravo nad smrću u moći suvereniteta nikada nisu u ravnoteži – prevagu uvek odnosi pravo nad smrću. Suveren nikada ne može da garantuje život u onoj meri u kojoj može da izazove smrt. Od početka XVII veka ovo pravo počinje da se preispituje sa pravnog stanovišta da bi u XIX veku, u jeku razvoja biomoći, ono konačno bilo odbačeno. Sa pravnog stanovišta, prema teoriji društvenog ugovora, suveren treba da štiti

profita i obezbeđivanje bogaćenja države. Da bi ovladavanje telom bilo postignuto, potrebno je da postoji znanje o telu koje će to da omogućiti, ali ne znanje koje se svodi na opisivanje telesnih funkcija i struktura, već znanje koje obezbeđuje zauzdanost tela, potčinjavanje tela interesima vlasti (Fuko 1997, 28).⁴⁹ Biomoć je dakle moć nad životom koja se ispoljava na telu služeći se znanjem, a sprovodi se putem primene dve tehnologije moći – discipline i biopolitike, koje ujedno predstavljaju i dve faze u razvoju biomoći i dva oblika biomoći. Disciplina ili *anatomo-politika ljudskog tela* je tehnologija moći koja deluje na nivou tela pojedinca i njegovih sposobnosti (Fuko 2006, Foucault 2003). Biopolitika je drugi pol biomoći, druga tehnologija biomoći koja je usmerena na populaciju u celini i na biološke procese čoveka kao vrste (Fuko 2006, Foucault 2003, 2007). Njeno postojanje upravo je omogućeno razvojem disciplinske moći – populacijom nije moglo biti upravljano bez prvobitnog razvoja tehnologije moći usmerene na pojedinca.

život svojih podanika, te je njihov život sama osnova suverenovog prava. Zbog toga život mora ostati van društvenog ugovora, jer je život taj koji ga je konstituisao.

⁴⁹ Vezu između znanja, moći i tela koja je ključna u genealoškoj fazi Fuko objedinjuje pojmom politička tehnologija tela pod kojim podrazumeva upravljanje telima uz pomoć znanja o njima (Fuko 1997, 28). Politička tehnologija tela je rasplinuta, rasparčana, sastavljena iz raznorodnih elemenata i metoda, ali koherentnih rezultata (*Ibid.*, 28). Ona nije locirana u državnom aparatu niti u nekoj specifičnoj instituciji, iako je mnoge od njih sprovode i koriste (*Ibid.*, 28). Ovo je posledica načina na koji Fuko tumači moć – kao uslove produkcije govora postojećih u svim društvenim odnosima. Za Fukoa moć nije negativna i represivna sila koja potiče iz jednog centra. Ona se ne ostvaruje u vidu nametanja zabrana, već je produktivna i pozitivna sila koja se sprovodi putem normi. „Moć nije nešto što se stiče, otima ili deli; nešto što se čuva ili pušta da pobegne; moć se vrši polazeći od bezbroj tačaka i u međudejstvu odnosa nejednakosti i pokretljivosti“ (Fuko 2006, 107). Moć se nalazi svuda, „ne stoga što sve obuhvata, nego stoga što dolazi odasvud“ (*Ibid.*, 106). Odnosi moći predstavljaju opštu matricu, a ne odnos nekih konkretnih strana; moć ne proističe iz izbora ili odluke nekog pojedinačnog subjekta (*Ibid.*, 107). Otuda je ravan na kojem politička tehnologija tela postoji i sprovodi se sasvim drugačije vrste – to je ravan mikrofizike moći (Fuko 1997, 28). Dakle, prema Fukou politika i moć ispoljavaju se na telu – telo je ono na šta politika utiče, mesto aktualizacije odnosa moći. Politika telom ovladava služeći se znanjem o njemu – to znanje i takvo ovladavanje telima je ono što Fuko podrazumeva pod političkom tehnologijom tela.

3. 1. 1. 2. TEHNOLOGIJE MOĆI LIBERALNE VEŠTINE UPRAVLJANJA – DISCIPLINA I BIOPOLITIKA

Disciplinu Fuko definiše kao veštinu upravljanja telom čiji je cilj da dovede u vezu ekonomsku korisnost i političku potčinjenost tela tako da srazmerno rastu jedno u odnosu na drugo: discipline su metode „kojima se omogućava precizna kontrola telesnih aktivnosti i obezbeđuje stalna zauzdanost telesnih snaga te nameće odnos poslušnost – korist (Fuko 1997, 133). Disciplina koristi nekoliko instrumenata i tehnika, a za njen uspeh najzaslužniji su hijerarhijski nadzor, normirajuća sankcija i ispitivanje (*Ibid.*, 166).⁵⁰

⁵⁰ Hijerarhijski nadzor je sistem osmatranja koji počiva na piramidalnoj organizaciji prostora koja omogućava da povećaju instance nadzora i da se rasporede po čitavoj površini prostora koji treba kontrolisati (Fuko 1997, 167-173). Na ovaj način uspostavlja se potpuna i nepropusna mreža nadzora zahvaljujući kojoj disciplinska vlast postaje jedan integrisan sistem iznutra povezan sa ciljevima aparata u kojem se vrši, anonimna i mnogostruka. Druga najznačajnija tehnika disciplinske vlasti jeste normirajuća sankcija. U disciplinskoj vlasti postoji mikrokazneni sistem koji kontroliše prostor koji ne pokriva zakon i pod koji potpada svako nepoštovanje pravila (*Ibid.*, 174). Kazna je popravnog karaktera i ima za cilj da smanji odstupanja od pravila kroz uvežbavanje, usavršavanje, intenziviranje obuke (*Ibid.*, 174-175). Kazna, međutim, ne postoji odvojeno od nagrade – oba je moguće izraziti brojačno, a njihovim zbirom određuje se kazneni bilans svakog pojedinca (*Ibid.*, 176). To dovodi do uspostavljanja hijerarhije među pojedincima čime se ukazuje na odstupanja, ali i kažnjava, odnosno nagrađuje, zbog toga što samo mesto u hijerarhiji ima vrednost nagrade ili kazne (*Ibid.*, 177). Kroz vrednosna merenja na kojem počiva rangiranje sprovodi se prinudno saobražavanje jedinki kojim se istovremeno uspostavlja spoljašnja granica abnormalnog (*Ibid.*, 178). Tako mikrokazneni sistem vrši standardizaciju pojedinaca, sa jedne strane, a sa druge strane omogućava individualizaciju putem merenja odstupanja i različitosti (*Ibid.*, 178). Treći mehanizam disciplinske vlasti najzaslužniji za njen uspeh jeste tehnika ispitivanja. Ispitivanje kombinuje prethodne dve tehnike – to je „pogled koji normira, osmatranje kojim se omogućava kvalifikovanje, klasifikovanje i kažnjavanje“ (Fuko 1997, 180). U postupku ispitivanja veza između znanja, moći/vlasti i tela je najvidljivija. Naime, postupak ispitivanja bio je od ključne važnosti za razvoj nauka o čoveku koje su saznanjima na ovaj način dobijenim olakšavale i potpomagale vršenje vlasti na telu (*Ibid.*, 180). Dakle, postupak ispitivanja dovodi u vezu „određeni oblik vršenja vlasti sa određenim načinom konstituisanja znanja“ (*Ibid.*, 182). Nekoliko je odlika tehnike ispitivanja. Kao prvo, ovom tehnikom vrši se inverzija dotadašnjeg rasporeda vidljivosti između subjekta i objekta u vršenju vlasti tako da sama vlast postaje nevidljiva, a oni na kojima se ona vrši vidljivi (*Ibid.*, 182-184). Vidljivost onih nad kojima se vrši vlast nužna je za uspeh disciplinske moći, jer je samo na taj način moguće obezbediti efekte vlasti, pri čemu je važno da ona sama, osim kroz efekte koje stvara na telu, ne bude vidljiva. Dalje, zahvaljujući tehnici ispitivanja, o pojedincima se stvara dokumentacioni materijal – informacije o pojedincu se dalje neprekidno beleže, čuvaju, skladište, formirajući čitav arhiv podataka koji se vremenom uvećava i nadograđuje (*Ibid.*, 184). U disciplini se individualne karakteristike jedinki kodiraju, što otvara dve uzajamno povezane mogućnosti: s jedne strane, pojedinac je postao objekt podložan deskripciji i analizi, ali ne u terminima opštih odlika ljudske vrste, već u smislu njegove osobenosti, specifičnosti, dok se, sa druge strane, formira se komparativni sistem koji omogućava procenu individua

Disciplinski dispozitiv pred sebe postavlja nekoliko ciljeva.⁵¹ Kao prvo, on nastoji da umanjí štetnost masovnih pojava: njegov cilj je da od mnoštva stvori uređenu jedinicu, poslušnu i podložnu manipulaciji, da oslabi ono što se opire korišćenju svakog elementa mnoštva i njihovog zbira, da ograniči sve ono što u mnoštvu pretil da poništi prednost brojnosti (*Ibid.*, 213). Dalje, disciplinski dispozitiv nastoji da poveća iskoristivost svakog pojedinačnog elementa mnoštva, i to korišćenjem samog mnoštva kao instrumenta (*Ibid.*, 213). Osim toga, on od mnoštva nastoji da stvori jedinicu čija korisnost prevazilazi korisnost zbira njegovih elemenata (*Ibid.*, 213). Konačno, on stvara anonimán sistem odnosa vlasti koji se ne nalazi unutar samog mnoštva (*Ibid.*, 213).⁵² Disciplína je dakle: efikasna, a jeftina; maksimalno pojačava i rasprostire dejstvo vlasti; istovremeno povećava pokornost, ali i iskoristivost svih elemenata nad kojima se vrši vlast (*Ibid.*, 213).

Biopolitika je „skup mehanizama pomoću kojih osnovne biološke odlike ljudske vrste postaju objekat političke strategije, opšte strategije moći“ (Foucault 2007, 16). Reč je dakle o tehnologiji moći koja je usmerena na „telo-vrstu, telo prožeto mehanikom života, telo koje služi kao podloga biološkim procesima: razmnožavanju, rađanju i smrtnosti, stanju zdravlja, životnom veku, dugovečnosti i svim okolnostima koje ga mogu učiniti podložnim promenama; o njima (*biopolitika*) vodi računa, preuzimajući ih na sebe, ceo niz intervencija i *regulativnih nadzora*“ (Fuko 2006, 156). Osnovni mehanizam putem kojeg se biopolitika sprovodi jeste dispozitiv bezbednosti (Foucault 2007). Dispozitiv bezbednosti je mehanizam moći koji se formira počev od XVIII veka,

na osnovu poređenja sa drugim individuama (*Ibid.*, 185-186). Stvaranje dokumentacionog materijala o pojedincima imalo je ključnu ulogu u procvatu nauka o čoveku (*Ibid.*, 185-186). Postupak ispitivanja je neka vrsta političkog rituala za disciplínsku vlast, ali je istovremeno i mesto naučne spoznaje – u njemu se utvrđuje individualna različitost kao predmet disciplínske vlasti, ali i kao premet naučnog saznanja (*Ibid.*, 187).

⁵¹ Pod dispozitivom Fuko podrazumeva „skup koji se sastoji od diskursa, insitucija, arhitektonskih formi, regulacionih odluka, zakona, administrativnih mera, naučnih izjava, filozofskih, moralnih i filantropskih stavova, ukratko, ono što se izgovara kao i ono što se ne izgovara. To su elementi dispozitiva. Sam dispozitiv je sistem odnosa koji se može uspostaviti među tim elementima.“ (Fuko 2006, 182).

⁵² Na ovaj način, prikriivanjem mehanizama vlasti, uvećava se efikasnost disciplina. Pored toga, smeštanjem mehanizama vlasti u mnoštvo kojim upravlja disciplínska vlast ostvaruje i cilj uvećavanja bogatstva i to na dva načina: povezivanjem političke pokornosti i ekonomske korisnosti i umanjnjem troškova vlasti.

a njegov cilj je da u okviru datog stanja umanja mogućnost pojave nepoželjnih događaja (*Ibid.*, 34).⁵³ Dispozitiv bezbednosti dozvoljava slučajnost, spontanost, otvorenost, cirkulisanje (*Ibid.*, 66-68). Za razliku od disciplinskog dispozitiva, dispozitiv bezbednosti ne funkcioniše u sferi imaginarnog, već u sferi realnosti koju pokušava da učini funkcionalnom i korisnom; on ne zabranjuje niti propisuje, već reguliše (*Ibid.*, 66-68). Negativni elementi u dispozivu bezbednosti nemaju status drugačiji od pozitivnih – i jedni i drugi tretiraju se kao nužnost, i dispozitiv sigurnosti rad je da toleriše negativne zarad onih koji su pozitivni. Prostor u kojem se mehanizmi bezbednosti sprovode nisu izolovani, ograničeni, već otvoreni, sa tendencijom da se šire (*Ibid.*, 66). Mehanizmi bezbednosti intervenišu u stanju prirodnosti pokušavajući da elemente realnosti regulišu, učine skladnim i funkcionalnim. Krajnji cilj jeste minimizacija rizika, odnosno umanjeње mogućnosti pojave nepoželjnih događaja.⁵⁴

⁵³ Jedan od primera na kojem Fuko ilustruje delovanje dispozitiva bezbednosti jeste primer grada (Foucault 2007). Grad je sve do XVIII veka, u prostornom, pravnom i administrativnom smislu, bio izolovana i zatvorena jedinica (Foucault 2007, 26). Međutim, u XVIII veku to se promenilo. Sa jedne strane, sa razvojem administrativnih država, pravna autonomija gradova počela je da se dovodi u pitanje, dok su, sa druge strane, razvoj trgovine, vojske i porast populacije zatvorenost i izolovanost gradova činili neodrživim (*Ibid.*, 26-27). Sve to doprinelo je tome da u XVIII veku grad postane otvoren prostor u konstantnom cirkulisanju. Novonastala otvorenost gradova otvarala je brojna pitanja u vezi sa bezbednošću njegovih stanovnika. Raniji oblici moći i njihovi mehanizmi nisu bili u stanju da razreše ove probleme, jer nisu bili prilagođeni otvorenom gradu i spontanitim procesima koji ga kao takvog karakterišu (*Ibid.*, 30-31). Moć suvereniteta upravljala je gradovima isključivo kao teritorijalno zatvorenim jedinicama, dok je otvorenost ostajala rezervisana isključivo za glavni grad. Disciplinacija pak podiže čitave gradove na do tada praznim prostorima koje uređuje po unapred određenom rasporedu i nije u stanju da se nosi sa problemima koji su karakteristični za spontano nastale gradove. U takvim okolnostima formiran je dispozitiv bezbednosti koji problem otvorenog grada rešava planskim uređenjem (*Ibid.*, 32). Ova vrsta planiranja svojstvena dispozitivu bezbednosti drugačija je od onog koje se sreće kod discipline: dok disciplina planski uređuje gradove koje podiže na praznim prostorima, dispozitiv bezbednosti planiranje vrši u postojećim uslovima (*Ibid.*, 34). Tim putem dispozitiv bezbednosti ne nastoji da stvori savršen grad kao što to disciplina čini, već najbolji od mogućeg.

⁵⁴ Ovaj proces umanjeња rizika počiva na nekoliko koraka (Foucault 2007, 35-38). Kao prvo, dispozitiv bezbednosti određuje prostor životne sredine u okviru kojeg se pojavljuju rizični elementi. Ovaj prostor Fuko smatra ključnim u određivanju mogućnosti pojave neželjenih događaja. Naime, on se sastoji iz skupa faktora koji na njemu deluju, kao i iz kombinacija efekata među njima. Zahvaljujući ovom poslednjem, prostor životne sredine je i posrednik u pojavi nekog događaja, a ne samo polje u okviru kojeg on nastaje. Prostor životne sredine dakle omogućava lociranje veze između uzroka i posledice, ali i obrnuto. Na taj način, sagledavanjem efekata faktora, vrši se proračun verovatnoće u kojem je moguća pojava nepoželjnih događaja. Intervencija dispozitiva bezbednosti odvija se upravo na nivou faktora i veza među faktorima – njihovim regulisanjem dispozitiv bezbednosti nastoji da umanja mogućnost pojave neželjenih događaja. Prostor životne sredine je dakle i sredstvo i polje intervencije mehanizma bezbednosti.

Subjekat i objekat mehanizama bezbednosti jeste populacija (*Ibid.*). U ovom periodu javlja se mišljenje da je populacija entitet kojeg odlikuju specifični i samo njemu svojstveni prirodni procesi, fenomeni i zakonitosti, kao i da njome treba da bude upravljano upravo u skladu sa njenim prirodnim svojstvima (Fuko 2005b, 2006, Foucault 2003, 2007). Ovo doprinosi potrebi za spoznajom populacije pa tako istaknutu ulogu u oblikovanju mehanizama bezbednosti ima naučno znanje koje za predmet ima populaciju, njene zakonitosti i način funkcionisanja – samo zahvaljujući njemu moguće je ostvariti uticaj na populaciju (Foucault 2007). Populacija je stoga subjekat i objekat ovog novog oblika moći – ona populacijom upravlja koristeći samu populaciju kao sredstvo upravljanja, a zahvaljujući naučnom znanju o njoj koje to i omogućava.

3. 1. 2. GOVERNMENTALISTIČKA TEORIJA RIZIKA: OSNOVNE TEZE I KONCEPTI

Governmentalistička teorija rizika utemeljena je na Fukoovim tezama o veštini upravljanja u zapadnoevropskim društvima koja je nastala sa pojavom liberalizma. Veština upravljanja, kao što je već rečeno, koristi mehanizme koji prikrivaju sprovođenje moći zahvaljući njihovoj utemeljenosti na naučnom znanju (Fuko 2005a, b, 2006, Foucault 2003, 2007). Smeštanje mehanizama vlasti u društveno telo kojim se upravlja posledica je osnovnih načela liberalizma (minimalna intervencija države, vladavina prava, individualne slobode), nastojanja da se smanje troškovi vlasti i da se obezbedi efikasnost vlasti postizanjem političke pokornosti onih nad kojima se ona sprovodi (Fuko 1997, 2005b, 2006, Foucault 2003, 2007). Cilj veštine upravljanja jeste povećanje ekonomske korisnosti pojedinaca koje omogućava uvećavanje bogatstva države, a koje se dovodi u vezu sa postizanjem političke pokornosti tako da jedno drugo osnažuju (*Ibid.*). Disciplina i biopolitika kao dve tehnologije ovog oblika moći ovaj cilj ostvaruju na dva različita nivoa: disciplina na nivou individualnog tela kao mašine, a biopolitika na nivou populacije, odnosno tela čoveka kao biološke vrste (Fuko 1997, 2006, Foucault 2003, 2007). Uprkos ovim razlikama, obe ove tehnologije su u osnovi usmerene na život i teže njegovoj maksimizaciji, zbog čega moć koju one sprovode Fuko naziva biomoć. Biomoć to je oblik moći karakterističan za zapadnoevropska društva počev od pojave liberalizma koji podstiče, osnažuje i uvećava život, i to ne putem zabrana i primene sile, nego putem podsticanja usvajanja oblika ponašanja koji podržavaju njene ciljeve (Fuko 2006, Foucault 2003, 2007). Ona spaja mikro i makronivo moći pokušavajući da u domenu civilnog društva, prikrivanjem svog političkog karaktera, ostvari interese vlasti nenasilnim putem. Tehnologije sopstva koje vuče korene iz ranohrišćanske tradicije imaju glavnu ulogu u tome: pomoću njih

pojedinci nastoje da utiču na sebe, pri čemu istovremeno doprinose ostvarivanju ciljeva vlasti (Fuko 2010, Foucault 1993). Međutim, biomoć u okviru odgovarajućih institucija primenjuje i korektivne i nasilne strategije onda kada je to potrebno, kod onih pojedinaca koji praktikuju za vlast nepoželjne oblike ponašanja i koji ne konstituišu sebe u skladu sa interesima vlasti (v. Fuko 1997, 2005a). Ovakvi pojedinci se proglašavaju opasnim i sa njima se biomoć direktno i otvoreno obračunava primenjujući korektivne, nasilne strategije i strategije isključenja kao što su, na primer, azil i zatvor.

Pomenute teze o upravljanju u liberalnim zapadnoevropskim društvima koje zastupa Fuko zastupljene su i u governmentalističkoj teoriji rizika i predstavljaju osnovu od koje autori koji je zastupaju polaze prilikom proučavanju rizika. Governmentalistička teorija rizika je teorija o savremenom obliku upravljanja u zapadnim društvima koje nastaje sa pojavom neoliberalizma u 1970-tim. U daljem delu rada biće najpre predstavljene opšte odlike neoliberalizma i upravljanja karakterističnog za neoliberalizam, a nakon toga biće obrazložena uloga diskursa rizika kao tehničkog sredstva u ovom obliku upravljanja.

3. 1. 2. 1. NEOLIBERALIZAM KAO EKONOMSKA IDEOLOGIJA I KAO VEŠTINA UPRAVLJANJA: OSNOVNE KARAKTERISTIKE

Gledano iz ekonomske perspektive, neoliberalizam, koji se još naziva i napredni ili razvijeni liberalizam, jeste ekonomska doktrina koja je nastala u drugoj polovini XX veka kao rešenje za probleme sa kojima se liberalizam suočavao. Počev od kraja XIX i početka XX veka klasični liberalizam počeo je da se preispituje sa različitih stanovišta, a uzrok tome bila je njegova neuspešnost i neefikasnost (Rose 1996).⁵⁵ U prvoj polovini

⁵⁵ Krajem XIX i početkom XX veka liberalizam je počeo da se preispituje sa različitih stanovišta – ekonomskog, političkog, moralnog, filozofskog, a uzrok tome bila je njegova neuspešnost i neefikasnost

XX veka nastala je ideologija velfarizma ili ideologija države blagostanja koja je pokušala da reši probleme sa kojima se suočavao rani liberalizam. Državu blagostanja karakteriše pojačana intervencija političkog autoriteta koji na sebe preuzima obavezu postizanja blagostanja u društvu (Rose 1996, 2000a, 2001, 2006, 2008b, Rose and Miller 1992). U ovom obliku liberalizma koji naginje socijalizmu država nastoji da obezbedi ekonomski progres i društvenu sigurnost primenom različitih sredstava i programa kao što su poreski sistem, investiranje, planiranje i intervencija u oblasti ekonomije od strane države, veliki birokratski aparat itd. (Rose and Miller 1992, 191). Zbog toga što u državi blagostanja politički autoritet na sebe preuzima odgovornost za postizanje blagostanja u društvu, ekspertiza se povezuje sa političkim aparatom u okviru različitih programa koji ovaj cilj nastoje da ostvare (Rose 1996, 39). Međutim, u državi blagostanja upravljanje se ne sprovodi direktno, putem otvorenog nametanja pravila koja potiču od političkog aparata, već se ono proteže van granica politike putem širenja mreža upravljanja kojima se obezbeđuje intervencija države na daljinu (*Ibid.*, 50). Ovo omogućava ekspertiza koja dovodi u vezu samoregulaciju pojedinaca sa ciljevima političke vlasti nenasilnim putem, putem formulisanja normi (*Ibid.*, 50). U državi blagostanja pojedinac biva uključen u mrežu kolektivnih obaveza i kolektivne solidarnosti kao društveno biće (*Ibid.*, 40). Pojedinci u državi blagostanja od države koja se o njima stara dobijaju zaštitu, a zauzvrat oni treba da ispunjavaju svoje obaveze prema državi, odnosno da postupaju u skladu sa opštim interesom (Rose 1996, 40, Rose 2001, 194). U državi blagostanja se od pojedinca očekuje da bude odgovoran, a ovo je posledica specifičnog odnosa između pojedinca i države u ovom obliku upravljanja (Rose and Miller 1992, 196). Država blagostanja pojedinca pokušava da zaštiti od različitih nepovoljnosti, ali ga istovremeno tumači i kao izvor tih nepovoljnosti (*Ibid.*,

– visoka stopa nezaposlenosti i siromaštva, porast kriminala, samoubistava, otuđenje u društvu itd. (Rose 1996, 47). Javilo se mišljenje da liberalizam ne uspeva da ostvari ciljeve kojima teži zbog insistiranja na ograničavanju intervencije političkog autoriteta. Liberalizam karakteriše tenzija između težnje da se upravlja i težnje da se upravljanje ograniči. Prvobitno rešenje za razrešenje ove tenzije u liberalizmu ponudila je ekspertiza, kao novi način upravljanja, koja je prividno bila razdvojena od političkog aparata (*Ibid.*, 39). Tako je bio stvoren privid ograničenja intervencije političkog autoriteta koji je i dalje neometano delovao u istoj meri kao i ranije. Međutim, kako na ovaj način nije bilo moguće ostvariti zadovoljavajuće rezultate, klasični liberalizam je počeo da se preispituje sa različitih stanovišta.

196). Kako ne bi stvarao nepovoljnosti od kojih treba da bude zaštićen, od pojedinca se u državi blagostanja zahteva da bude odgovoran. Bezbednost u društvu i odgovornost pojedinca su neraskidivo povezani u državi blagostanja.

Nakon II svetskog rata počele su da se naziru manjkavosti države blagostanja koje su postale predmet kritike: birokratski aparat države blagostanja bio je glomazan, skup i neefikasan; državni sektor je u izvesnoj meri finansiran novcem iz privatnog i na njemu je delimično parazitirao; država blagostanja nije ukinula nejednakosti u društvu i nije pomogla siromašnima, već je prvenstveno pomogla srednjoj klasi koja je zahvaljujući njoj ojačala; država blagostanja je uništila druge oblike društvene podrške poput crkve, porodice, lokalne zajednice; preterana intervencija države blagostanja i preterano upravljanje umanjuju prava i slobode pojedinaca, negiraju autonomiju pojedinaca i čine ga pasivnim i zavisnim od države; država blagostanja je paternalistička i patrijarhalna, u suprotnosti je sa liberalizmom, slobodom i demokratijom i put je u totalitarnu državu (Rose 1998, 165, Rose 1996, 49-52). Kritičari države blagostanja ukazali su na to da je ovaj oblik liberalizma, u težnji da uspostavi jedan novi model zajednice u kojem bi postala jednakost među njenim pripadnicima i u okviru koje bi oni imali zagantovane slobode, doveo do efekata suprotnih očekivanim – uništenja zajednice, nejednakosti, umanjenja slobode pojedinaca (Rose 1999, 83). Ovi problemi države blagostanja i njena neefikasnost tumačeni su kao posledica nerazumevanja procesa koji utiču na blagostanje u društvu – procesa koji se tiču tržišta i odnosa na tržištu (*Ibid.*, 84). Tako je u kritici države blagostanja, koja je dolazila sa svih pozicija političkog spektruma, dominirala ekonomska perspektiva. Odnosi na tržištu, kako kritičari države blagostanja smatraju, treba da postanu glavna vodilja u donošenju ekonomskih odluka (*Ibid.*, 84). Sredstva koja ostvaruju uticaj na individualne ekonomske izbore tako da oni budu u skladu sa opštim društvenim dobrom i koja počivaju na ekspertizi je potrebno ukinuti. U neoliberalizmu je ekonomsko blagostanje moguće ostvariti samo putem podsticanja preduzetništva pojedinačnih aktera na tržištu koji moraju biti slobodni i nezavisni od države i njene intervencije (Rose 1999, 139, Rose 1998, 153). Samo preduzetničke aktivnosti i izbori autonomnih aktera na

tržištu mogu obezbediti blagostanje jedne države. Država nikada ne može da poseduje informacije koje bi joj omogućile da valjano upravlja pojedinačnim ekonomskim akterima, zbog čega ona ovim mikronivoom ne treba ni da upravlja (Rose 1999, 139, Rose 1998, 153). Informacije koje se tiču pojedinačnih ekonomskih aktera poseduju isključivo oni sami: jedino su oni u stanju pravilno da procene odnos koristi i štete i da na osnovu toga donesu odluke koje će biti u njihovom najboljem interesu. Ekonomski akteri stoga moraju biti slobodni da sami donose odluke i preduzimaju akcije. Samo tako oni mogu da doprinesu sopstvenom ekonomskom blagostanju, a time i ekonomskom blagostanju države.

Neoliberali dakle izražavaju sumnju u kapacitete političkih autoriteta da vladaju najbolje što je moguće, pa i u mogućnost da uopšte vladaju, i u tom pogledu neoliberalizam je sličan ranom liberalizmu (Rose and Miller 1992, 198). Neoliberalizam reaktivira princip minimalne intervencije političkog autoriteta koji je bio svojstven klasičnom liberalizmu i to prvenstveno u sferi ekonomije, ali i u sferi društvenog i privatnog života (*Ibid.*, 198-199). Međutim, to ne znači da se neoliberalizam odriče volje za upravljanjem, nego da zahvaljujući ovakvom stanovištu stvara privid uzdržavanja od intervencije političkog autoriteta stvarajući nove, prikrivene i efikasne strategije upravljanja (Rose 1996, 53). Neoliberalizam dakle podrazumeva i kritiku političkog upravljanja i političko upravljanje. Pored toga, neoliberalizam, kao i rani liberalizam, svo upravljanje podređuje ekonomiji (*Ibid.*, 199). U neoliberalizmu ovo ne znači oslobađanje tržišta od intervencije države kao što je to bio slučaj u klasičnom liberalizmu, nego ograničavanje čitave državne politike tako da omogućava postojanje tržišta (Rose 1999, 141).

Ekonomsko upravljanje u neoliberalizmu dakle podrazumeva da moraju biti stvoreni i očuvani centralni elementi ekonomskog blagostanja kao što su preduzetništvo i kompeticija. Upravljanje društvom mora biti tako ograničavano da podržava ekonomsku logiku. U sferi društvenog i privatnog života država se više ne smatra odgovornom za blagostanje pojedinaca, već su oni sami ti koji upravljaju svojim životom i koji su odgovorni za njegov kvalitet (Rose and Miller 1992, 200). Pojedinaac

više nije podređen kolektivnim interesima i ciljevima kao u državi blagostanja, nego je posvećen ispunjavanju sopstvenih želja i ostvarivanju sopstvenih interesa. U neoliberalizmu politički subjekt se definiše kao aktivan građanin – kao nezavisan, slobodan, delatan pojedinac, a ne kao društveni građanin sa pravima i obavezama koji potiču od pripadnosti kolektivnom društvenom telu kao što je to bio slučaj u državi blagostanja (*Ibid.*, 201). Građanstvo se sada ne definiše kao pasivno i zavisno, već kao kao aktivno i individualističko (Rose 1998, 165). Aktivno građanstvo se manifestuje se u vidu ispoljavanja slobodne volje da se donesu individualne odluke na osnovu izbora između različitih opcija (*Ibid.*, 165). Aktivno građanstvo je kompatibilno sa kulturom preduzetništva kroz koju se ostvaruje povezivanje samoregulacije pojedinaca sa ostvarivanjem ciljeva vlasti (*Ibid.*, 165). Naime, u neoliberalizmu (kao i u klasičnom liberalizmu i velfarizmu) upravljanje počiva na povezivanju tehnologija sopstva sa tehnologijama moći – samo na taj način može biti obezbeđeno da ostvarivanje pojedinačnih interesa koje se u neoliberalizmu podstiče neće biti u sukobu sa ostvarivanjem kolektivnih interesa. Osim toga, na ovaj način prikriva se samo upravljanje koje je u neoliberalizmu formalno ograničeno. Kultura preduzetništva u neoliberalizmu stvara jedan poseban tip subjekta, poseban tip sopstva – preduzetničko sopstvo (*Ibid.*, 154). Preduzetničko sopstvo je oblik aktivnog i proračunatog sopstva koje podrazumeva maksimizaciju potencijala pojedinca praktikovanjem onih oblika ponašanja koji pojedincu omogućavaju da sebe dovede do onoga što želi da postane (*Ibid.*, 154). Preduzetničko sopstvo dakle podrazumeva i niz pravila o tome na koji način pojedinci treba da žive kako bi sebe doveli do maksimuma postojanja. Ostvarivanje maksimuma postojanja pojedinaca je ono što državu dovodi do maksimuma njenog postojanja (*Ibid.*, 154). Sa neoliberalizmom se javlja mišljenje da pojedinci mogu najbolje da doprinesu blagostanju države putem rada na ostvarivanju sopstvenog blagostanja, a ne putem odnosa zavisnosti i obligacija, jer samo na taj način oni mogu da doprinesu blagostanju države u celini. Neoliberalizam stoga stvara jedan novi tip sopstva koji je povezan sa interesima vlasti i čije usvajanje podstiče. S obzirom na istaknutu ulogu tehnologija sopstva u upravljanju u neoliberalizmu, neoliberalna

veština upravljanja naziva se još i etopolitika (Rose 2001, Rose 2008a). Etopolitika je oblik moći koji je usmeren na život i koji upravlja pojedincima kao autonomnim individuama putem podsticanja samoregulacije koju povezuje sa ciljevima vlasti (Rose 2001, 18, Rose 2008, 27). Kao i disciplina i biopolitika, i etopolitika se sprovodi sa ciljem osnaživanja života, a mesto njene intervencije je telo, kao i kod ova dva oblika moći. Međutim, za razliku od discipline i biopolitike, etopolitika uticaj na telo nastoji da ostvari putem tehnologija sopstva u koje su sada u potpunosti integrisane tehnologije moći. Telo je dakle osnova savremenog oblika sopstva – somatskog sopstva, koje podrazumeva konstantan rad na unapređivanju bioloških kapaciteta individue (Rose 1998, 2001, 2008a).

Konstruisanje preduzetničkog sopstva i podsticanje njegovog usvajanja potpomaže ekspertiza (Rose 1998, 1999, 2001). Ekspertiza ima istaknutu ulogu u upravljanju u neoliberalizmu i u tom pogledu neoliberalizam je sličan ranom liberalizmu i državi blagostanja (Rose and Miller 1992, Rose 1996, 2001, 2006, 2008a, b, Rabinow and Rose 2006). Još od pojave liberalizma ekspertiza potpomaže ostvarivanje ciljeva vlasti tako što podstiče usvajanje onih oblika ponašanja koji vode ka tome. Međutim, svaki od ovih oblika upravljanja pokazuje određene specifičnosti u pogledu upotrebe naučnog znanja. U ranom liberalizmu ekspertiza, osim što podstiče usvajanje poželjnih oblika ponašanja, opravdava i nasilne mere korekcije onih koji su nepoželjni, zbog toga što upravljanje u liberalizmu podrazumeva i primenu prisile, pored podsticanja usvajanja određenog tipa sopstva (Fuko 1997, 2005a). U tom pogledu se rani liberalizam razlikuje od države blagostanja i neoliberalizma. U državi blagostanja ekspertiza prvenstveno potpomaže nenasilno upravljanje, ali je povezana sa državnim aparatom, odnosno u njega je inkorporirana (Rose 1996, 2006). To znači da u državi blagostanja autoritet ekspertize ne može biti doveden u pitanje od strane vlasti i da vlast ne može uticati na ekspertizu. U neoliberalizmu to nije slučaj. Kao prvo, zbog toga što neoliberalizam teži depolitizaciji upravljačkih praksi, ekspertiza u neoliberalizmu nije povezana sa državnim aparatom, već sa tržištem u okviru kojeg je sada locirana (Rose 1996, 50). Dalje, ovo odvajanje ekspertize i državnog aparata

omogućava da se nauka u neoliberalizmu konstituiše i kao kritika vlasti, čime se dodatno prikriva njen politički karakter (*Ibid.*, 50). Pored toga, u neoliberalizmu dolazi do fragmentacije i specijalizacije ekspertize, pri čemu svako od tih novih polja u okviru tržišta stupa u odnos nadmetanja sa ostalima nudeći savete i usluge koje obezbeđuju maksimizaciju ljudskih kapaciteta (*Ibid.*, 52). Tako ekspertiza doprinosi uvećavanju bogatstva države. Nauke koje dominiraju u upravljanju u neoliberalizmu nisu društvene i humanističke nauke kao što je to bio slučaj ranije, nego kvantitativne nauke utemeljene na statistici čiji su ciljevi ograničeni, ali čije je polje primene neograničeno (*Ibid.*, 54).⁵⁶

3. 1. 2. 2. DISKURS RIZIKA KAO SREDSTVO NEOLIBERALNE VEŠTINE UPRAVLJANJA

Sa neoliberalizmom dakle nastaje novi oblik upravljanja, a glavno sredstvo putem kojeg se ono sprovodi jeste diskurs rizika (Lupton 1995, 1999, Rose 1999, 2000b, 2001, 2008a, O'Malley 2008, Diprose et al. 2008, Vaz and Bruno 2003, Valverde 2010, Castel 1991, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1996, 1997). Počev od 1970-

⁵⁶ Statistika je, kako Ijan Heking (*Ian Hacking*) zapaža, imala veoma važnu ulogu u upravljanju u zapadnoevropskim društvima još od njenog nastanka u XIX veku (Hacking 1991, 1992). Statistika nije samo disciplina koja se bavi prikupljanjem, organizacijom, analizom, interpretacijom i prezentovanjem podataka, već je deo tehnologije moći u modernom društvu. Još od svog nastanka početkom XIX veka statistika je određivanjem prosečnih vrednosti i merenjem odstupanja od prosečnih vrednosti uticala na društvene i humanističke nauke, na koncepte i klasifikacije unutar njih i pomogla da se odrede zakoni o društvu, kao i karakter društvenih činjenica. U drugoj polovini XIX veka statistika više nije samo opsivala i predviđala mogućnost pojave fenomena i događaja, već je počela da se bavi i njihovim objašnjavanjem. U isto vreme predmet proučavanja statistike postaje populacija u okviru koje statistika sada određuje normalnost i devijantnost koje pokušava da objasni primenom statističkih zakona. Vremenom je statistika počela da se primenjuje u sve većem broju drugih naučnih disciplina, a istovremeno se povećavala i primena kvantitativnog, statistički utemeljenog znanja. Statistika kvalitativni svet prevodi u kvantitativne informacije, a na taj način ona stvara određenu konstrukciju stvarnosti koju čini podložnijom kontroli i omogućava njeno lakše povezivanje sa tehnologijama moći i dominacije. Slična zapažanja kao i Heking iznosi i Nikolas Rouz (v. Rose 1991).

tih, odnosno od nastanka neoliberalizma, može se zapaziti sve veća zastupljenost pojma rizik u gotovo svim segmentima društva: rizik je danas postao sveprisutni, dominantni pojam koji se koristi da označi opasnost koja potiče od ljudi i njihovog ponašanja (Lupton 1999, Douglas 1992). Naglašavanje značaja rizika i zastupljenost ovog pojma u savremenom periodu u vezi su sa tendencijom da se stvarnost putem rizika oblikuje tako da postane podložna kalkulaciji kako bi bile moguće intervencije u njoj (v. Lupton 1999, Rose 2001, 2008a, Dean 1999, Valverde 2010). U okviru governmentality te teorije rizika smatra se da rizici ne postoje u stvarnosti i da rizik nastaje tek onda kada nešto bude označeno kao rizično: „rizik je način predstavljanja događaja tako da se njima može upravljati na određeni način, pomoću određenih sredstava i u skladu sa određenim ciljevima“ (Dean 1999, 131). Rizik je efekat kombinacija apstraktnih faktora koji omogućavaju predviđanje i prevenciju pojave nepoželjnih događaja (Castel 1991, 288). Rizik operiše sa mrežom faktora na osnovu koje locira prisustvo rizičnih individua, odnosno određene segmente populacije kvalifikuje kao rizične (Castel 1991, Lupton 1999, Valverde 2010, Rose 2000b, 2001, 2008a). Za razliku od tehnologija moći koje su mu prethodile i o kojima je govorio Fuko, upravljanje putem rizika ne zahteva prisustvo opasne individue niti direktno suočavanje sa njom, već podrazumeva prepoznavanje rizičnih pojedinaca koje se vrši na osnovu prikupljanja podataka o pojedincima i upoređivanja ovih podataka sa karakteristikama rizičnog profila (Castel 1991, Lupton 1999, Valverde 2010, Rose 2001, 2008a). Opasni pojedinci sada bivaju okarakterisani kao deo jedne rizične grupe i svo njihovo dalje ponašanje se procenjuje na osnovu pripadnosti toj grupi (Lupton 1999, 94). Rizik se dakle ne tiče pojedinaca, već faktora, statističkih korelacija heterogenih elemenata – on dekonstruiše tradicionalni subjekt koji je ranije bio meta intervencije, a umesto toga uvodi kombinacije faktora koje proizvode rizike (Castel 1991, 288). Kao što je već rečeno, cilj rizika kao sredstva upravljanja nije da se usprotivi nekoj konkretnoj opasnosti, već da anticipira sve moguće pojave opasnosti. U odnosu na prethodne tehnologije moći strategije rizika su bolje prikrivene i sa njima se mogućnost intervencije uvećava do beskonačnosti (*Ibid.*, 289). Savremeno upravljanje teži da u potpunosti ovlada

slučajnim, da ga u potpunosti kontroliše, a ova tendencija dovodi do stvaranja sve većeg broja rizika kako bi ovim poljem slučajnog bilo sasvim ovladano (Petersen 1997, 210). To je jedan od paradoksa diskursa rizika: on obećava sigurnost, dok istovremeno stvara sve veći broj rizika, odnosno sve veću nesigurnost (*Ibid.*, 201).

Veština upravljanja u neoliberalizmu koja se sprovodi putem diskursa rizika deli određene sličnosti sa veštinom upravljanja u ranom liberalizmu, ali se od nje po mnogo čemu i razlikuje. Rizik se, kao i opasnost, ispituje i proučava u okvirima naučnog diskursa, a onda se znanje o njemu koristi kao opravdanje za nadgledanje, regulisanje i upravljanje pojedinaca prema ciljevima vlasti (Castel 1991, Rose 1999, 2000b, 2001, 2008a, Rose and Miller 1992, Diprose et al. 2008, Vaz and Bruno 2008, Lupton 1995, 1999, 2006, Petersen 1996, 1997, 2003, Petersen and Lupton 1996, Brown and Baker 2012, Burchell 1993, McNay 2009, Fuko 1997, 2006, 2005b, Foucault 2003, 2007). Ciljevi vlasti su isti oni koji su bili karakteristični za zapadnoevropska društva u periodu rane modernosti o kojima je govorio Fuko – osnaživanje pojedinačnog tela i tela populacije i u tehničkom i u biološkom smislu sa ciljem uvećanja njihove iskoristivosti kao radne snage, odnosno sa ciljem uvećanja kapitala (*Ibid.*). Diskurs rizika pruža potporu za svaku akciju spram pojedinaca i oblika ponašanja koji su označeni kao rizični i koji se suprotstavljaju ciljevima vlasti kao što je to bio slučaj ranije, kod obračuna vlasti sa opasnim individuama (*Ibid.*). Međutim, upravljanje putem diskursa rizika ne podrazumeva primenu nasilnih, korektivnih strategija niti direktno suočavanje sa opasnim individuama: taktike rizika lišile su se nasilnosti prethodnih strategija koje su bile povezane sa institucijama intenziviranjem samoregulacije pojedinaca (Vaz and Bruno 2003, Rose 1998, 2008a, Burchell 1993, McNay 2009, Fuko 2006, 2005b, Foucault 2003, 2007, Lupton 1995, 1999, 2006, Petersen 1996, 1997, 2003, Petersen and Lupton 1996, Brown and Baker 2012). Spoljašnje upravljanje pojedincima sada postaje unutrašnje i ispoljava se u vidu samoregulacije koja se odvija u skladu sa ciljevima vlasti (Petersen 1996, 1997, 2003, Petersen and Lupton 1996, Brown and Baker 2012, Vaz and Bruno 2003, Rose 1998, 2008a, Burchell 1993, McNay 2009, Lupton 1995, 1999, 2006). Osnaživanje samodisciplinovanja znači bolju

prikrivenost mehanizama vlasti, a takođe doprinosi umanjenju potrebe za nasilnim metodama korekcije (*Ibid.*). Strategije rizika jačaju samoregulaciju i samokorekciju na taj način što izbegavanje rizika predstavljaju kao oblik ponašanja čije je praktikovanje u najboljem interesu za pojedinca, pa i društvo u celini, za šta potvrdu pružaju naučni argumenti na kojima su one utemeljene, a koje prikrivaju njihov politički karakter (Rose 1998, 1999, 2000a, b, 2001, 2008a, b, Vaz and Bruno 2003, Petersen 1996, 2003, Petersen and Lupton 1996, Buntun and Petersen 1997, Brown and Baker 2012, Lupton 1995, 2003). Diskurs rizika ne samo da definiše norme koje bi trebalo da rukovode ponašanjem pojedinaca već i pridaje moralnu vrednost načinu ponašanja koji zagovara. Izbegavanje rizika, koje se postiže putem kontinuiranog uvećanja znanja o rizicima i posledicama koje oni za sobom povlače i putem neprekidne samokontrole u ponašanju u nastojanju da se oni izbegnu, tumači se kao odraz odgovornosti prema sebi i drugima, kao odraz težnje ka unapređenju sopstvenog života i života drugih ljudi, kao oblik staranja o sebi (Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, 2003, Brown and Baker 2012, Lupton 1995, 1999, 2006, Lupton and Tulloch 2002a, Schehr 2005). Nasuprot tome, preduzimanje rizika i praktikovanje rizičnih oblika ponašanja se tumači kao iracionalno, neodgovorno, kao posledica nezainteresovanosti, nedostatka volje ili kao nemogućnost samokontrole koje dovodi u pitanje ne samo kvalitet života individua koje praktikuju ove oblike ponašanja već i sigurnost i bezbednost ostalih pripadnika društva (*Ibid.*).⁵⁷ Pridavanje ovakvih značenja izbegavanju i preduzimanju rizika ima za cilj da pojedince podstakne da se ponašaju na način koji omogućava ostvarivanje ciljeva vlasti, kao i da pruži opravdanje za osudu, stigmatizaciju, marginalizaciju, nadgledanje i kontrolisanje individua koje praktikuju rizične oblike ponašanja. Osim što osnažuju samoregulaciju pojedinaca, taktike rizika primenljive su na mnogo veću grupu ljudi nego što je upravljanje opasnostima. U periodu rane modernosti postojanje opasnosti pretežno je bilo povezivano sa određenim segmentima populacije (radničku klasu), dok

⁵⁷ Ovakvo shvatanje proističe iz vere u racionalnost aktera koje dominira od pojave liberalizma, zbog čega se neprihvatljivim smatra preduzimanje onih akcija za koje se unapred zna da mogu dovesti do negativnih posledica (Lupton 1995, Petersen and Lupton 1996, Gastaldo 1997, O'Malley and Valverde 2004, Davison, Frankel and Smith 1992).

sa pojavom diskursa rizika pojava neželjenih oblika ponašanja postaje moguća je u bilo kojem njenom delu, čime se širi polje intervencije vlasti (Fuko 1997, 2006, 2005b, Foucault 2003, 2007, Castel 1991, Lupton 1999, Rose 1999, 2008a, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1996, 1997). Osim toga, kontrola više nije vezana za određene institucije u okviru kojih se vlast obračunava sa opasnim pojedincima, već se sa diskursom rizika širi i postoji na svim mestima na kojima postoji devijacija (Rose 1999). Naime, u neoliberalnom upravljanju koje se sprovodi putem diskursa rizika tehnologije moći su u potpunosti su integrisane sa tehnologijama sopstva – u neoliberalizmu vlast se sprovodi na taj način što se pojedinci podstiču da usvajaju oblik mišljenja i ponašanja koji je u skladu sa interesima vlasti, što znači da se u ovom obliku upravljanja u svakom trenutku i na svakom mestu interveniše nad nepoželjnim oblicima ponašanja (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, Rose and Miller 1992, Crawshaw 2012, Petersen 2003, Purvis and Hunt 1999, Petersen and Lupton 1996, Lupton 1999).⁵⁸ Podsticanje samoregulacije pojedinaca omogućava da upravljanje putem diskursa rizika postoji u čitavoj populaciji i na svim mestima na kojima postoji devijacija – diskurs rizika upravljanje ne ograničava na neku određenu grupu u nekoj određenoj instituciji, već omogućava neprekidnu i sveprisutnu kontrolu i upravljanje. Kao sredstvo upravljanja rizik je veoma precizan: na osnovu efekata kombinacija faktora rizik uvek precizno locira prisustvo rizičnih individua, odnosno određene segmente populacije kvalifikuje kao rizične. Prisustvo rizične individue i njeno nadgledanje u ovom novom obliku upravljanja, kao što je već rečeno, postaje nepotrebno: intervencija neoliberalne veštine upravljanja ne zahteva neposredni kontakt sa subjektom, jer se diskurs rizika ne odnosi na pojedince, nego na statističke korelacije heterogenih elemenata i faktora (Castel 1991, 288). Strategija rizika teži da obezbedi dovoljno znanja o rizicima kako bi oni koji su među njima prihvatljivi mogli da budu odvojeni od onih koji su neprihvatljivi (Rose 1999, 263). Nakon toga, na osnovu prikupljanja podataka o pojedincima i njihovog

⁵⁸ Zbog toga se neoliberalno upravljanje naziva i upravljanje na daljinu: vlast u neoliberalizmu ne interveniše nad pojedincima direktno, već posrednim putem, nastojeći da ih podstakne da sami sebe usmeravaju u pravcu ciljeva vlasti (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, Peter and Miller 1992, Crawshaw 2012, Petersen and Lupton 1996, Lupton 1999).

upoređivanja sa karakteristikama rizičnog profila, vrši se prepoznavanje i lociranje rizičnih individua spram kojih se preduzima isključenje pojedinca iz zajednice (ako je reč o neprihvatljivim rizicima) ili inkluzija pojedinaca u zajednicu (ako je reč o prihvatljivim rizicima) (*Ibid.*, 263).⁵⁹ Osim što uvećava mogućnosti intervencije vlasti širenjem polja njenog delovanja, diskurs rizika dodatno umanjuje transparentnost vršenja vlasti, budući da se ne odnosi na neku specifičnu opasnost utemeljenu u nekoj specifičnoj osobi ili grupi (Castel 1991, Rose 2000b, Valverde 2010, Lupton 1999). Pored toga, diskurs rizika prikriva delovanje vlasti na taj način što podstiče samoregulaciju pojedinaca koja podrazumeva izbegavanje rizika i koja je u skladu sa ciljevima vlasti, a koja se predstavlja kao ponašanje u najboljem interesu za pojedinca, ali i društvo u celini (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, Rose and Miller 1992, Crawshaw 2012, Petersen 2003, Purvis and Hunt 1999, Petersen and Lupton 1996, Lupton 1999). Zbog svega navedenog upravljanje putem rizika je u prednosti u odnosu na obračun vlasti sa opasnim individuama.

Dakle, ključna odlika savremenog upravljanja putem rizika u pogledu koje se ovaj oblik upravljanja razlikuje od upravljanja u periodu rane modernosti jeste integrisanost tehnologija dominacije u tehnologije sopstva. Povezanost ove dve tehnologije, odnosno mikro i makronivoa moći, prisutan je i kod discipline i kod biopolitke – to je ono što Fuko i podrazumeva pod pojmom veština upravljanja (Foucault 1990, 1993, Fuko 2010, v. i npr. Fuko 2005a, 2006). Međutim, kod savremenog upravljanja koje počiva na upravljanju putem rizika ove dve tehnologije je gotovo nemoguće razgraničiti – one su neodvojive jedna od druge. Više nego ikad upravljanje počiva na konstruisanju određenog tipa subjektiviteta, određenog tipa sopstva, koji se formira u okviru i putem diskursa rizika.

⁵⁹ Ovo isključenje nije više samo fizičko niti sporadično kao što je to bio slučaj u periodu rane modernosti (Rose 1999, 263).

3. 1. 2. 3. EPIDEMIOLOŠKI RIZICI I NEOLIBERALNA VEŠTINA UPRAVLJANJA

U savremenim neoliberalnim društvima upravljanje se pretežno sprovodi pomoću tri vrste rizika: epidemiološkog rizika, kliničkog rizika i rizika u osiguranju (Dean 1997, Dean 1999, citirano u Lupton 1999, 95). Za ovaj rad najznačajniji su epidemiološki rizici o kojima će biti reči u ovom delu rada.

Epidemiološki rizici su sredstva koja se koriste kako bi se predvidelo zdravstveno stanje određenih populacija i kako bi se sprečila pojava bolesti (Lupton 1999, 98). Epidemiologija prati bolest u određenim populacijama pomoću statističkih tehnika i tehnika skrininga i povezuje je sa njenim uzrocima sa ciljem da predvidi zdravstveno stanje u toj populaciji kako bi bolje kontrolisala tu bolest i kako bi smanjila rizike po zdravlje (Dean 1997, 218, citirano u Lupton 1999, 99). U periodu rane modernosti uzroci bolesti tražili su se u čovekovom okruženju, međutim, danas se naglašava uloga koju sam pojedinac sa svojim ponašanjem i životnim stilom ima u pojavi bolesti, a to ima za cilj da pojedince podstakne na samoregulaciju (v. npr. Petersen and Lupton 1996, Petersen 1996, Bunton and Petersen 1997, Armstrong 2002, Brown and Baker 2012, Lupton 2003, 2013, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Macdonald 2002b, Bunton, Nettleton and Burrows 1995). Pojedinci se sada ohrabruju da izbegavaju rizike koji vode ka pojavi bolesti i koji se sada identifikuju u njihovom ponašanju. Podsticaj na samoregulaciju radi ostvarivanja stanja zdravlja ne dolazi putem direktne intervencije, odnosno putem ostvarivanja kontakta i konsultacije sa stručnjakom, nego se ostvaruje posrednim putem, stvaranjem osećanja odgovornosti prema sopstvenom zdravlju, u čemu značajnu ulogu imaju zdravstvene kampanje i promocija zdravlja (Petersen and Lupton 1996, Costello and Haggart 2003, Bunton and Petersen 1997, Brown and Baker 2012, Lupton 2003, 2013, Alaszewski 2006, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Macdonald 2002b, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Crawford 2000, 2006, Petersen et al. 2010, Diprose 2008).

Brojni autori su zapazili da u vremenu u kojem živimo postoji velika preokupacija zdravljem kakva u toj meri nije postojala ni u jednom periodu ranije: zdravlje je danas jedna od centralnih tema o kojoj se više nego ikada govori, znanje o zdravlju se sve više uvećava, dok je ostvarenje stanja zdravlja postalo moralna obaveza i dužnost svakog pojedinca (Petersen and Lupton 1996, Lupton 2013, Brown and Baker 2012, Crawford 2000, 2006, Greco 2004, Rose 2001, 2008a, b, Cheek 2008, Skrabanek 1994, Petersen et al. 2010, Vaz and Bruno 2003, Bunton and Petersen 1997, Bunton and Macdonald 2002b, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Crawford 2004, 2006, Costello and Haggart 2003). Savremena preokupacija zdravljem počela je da se formira sredinom 1970-tih kada je došlo do uvećanja ekspertskeg znanja o zdravlju, a posebno o zdravlju populacije, i nastanka „novog javnog zdravlja“ (Petersen and Lupton 1996, 1). Tokom 1970-ih došlo je do preispitivanja efikasnosti medicine usled postojanja brojnih bolesti koje ona nije bila u stanju uspešno da leči (Lupton 2013, 49). Pored toga, uvidelo se da i sama medicina predstavlja izvor bolesti, tačnije terapije i intervencije koje se u okviru nje primenjuju, a posebno primena novih tehnologija, kao i greške u radu lekara (*Ibid.*, 49). U ovom istom periodu uvidelo se i da su troškovi lečenja veliki i da se na taj način gubi dosta novca (*Ibid.*, 49). Osim toga, fokus je stavljen na neinfektivne bolesti uzrokovane nezdravim načinom života čiji je udeo u ukupnom morbiditetu i mortalitetu kao uzročnika rastao (Petersen and Lupton 1996, 30, Davison, Frankel and Smith 1992, 675, Parish 1995, 11). Zbog svega toga došlo je do promena u oblasti javnog zdravlja, odnosno do formiranja novog javnog zdravlja. Novo javno zdravlje nastoji da umani mogućnost pojave neinfektivnih bolesti putem prevencije (Petersen and Lupton 1996, 2, Lupton 2013, 30, Davison, Frankel and Smith 1992, 675). Fokus novog javnog zdravlja, međutim, nije na telu pojedinca, nego na okruženju kao izvoru uzročnika bolesti koje se tumači i kao fizičko i kao društveno i kao psihološko (Petersen and Lupton 1996, 3, Petersen 1997, 195, Costello and Haggart 2003, 4).⁶⁰

⁶⁰ To ne znači da novo javno zdravlje ne nastoji da utiče na telo, nego da ono samo telo kao materijalni entitet ne vidi kao izvor bolesti, već da kao takav vidi kontekst u okviru kojeg ono postoji. Uticaj koji novo javno zdravlje pokušava da ostvari upravo se tiče tela i njegove materijalnosti, ali ne putem intervencije na na telu, nego putem intervencije u sredini u kojoj ono postoji (Petersen and Lupton 1996, 22-26). Paradoksalno, upravo se zbog toga novo javno zdravlje može shvatiti kao povratak na osnovne principe

Uzrok tome jeste to što se bolest više ne tumači kao posledica delovanja fizičkog, biološkog, patogenog faktora, nego kao posledica patologije društva, civilizacije, nezdravih životnih stilova, modernog načina života (Lupton 2013, 51).⁶¹ Iako priznaje uticaj društvenih i psiholoških faktora, kao i uticaj sredine shvaćene u fizičkom, materijalnom smislu, svu odgovornost za pojavu bolesti u okviru novog javnog zdravlja snosi pojedinac (Petersen and Lupton 1996, 1, Davison, Frankel and Smith 1992, 675). U savremenom periodu stil života pojedinca, kao što je već rečeno, počinje da se ističe kao sve značajniji faktor koji utiče na pojavu bolesti. Pojedinac sam odlučuje o svom ponašanju, a tako i o svom zdravlju na koje ne utiče isključivo putem direktnog ostvarivanja uticaja na svoje telo nego i posrednim putem, ostvarivanjem uticaja na okruženje u kojem živi (Lupton 2013, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1996). Zbog toga što utiče na sredinu u kojoj živi, pojedinac ne utiče samo na sopstveno zdravstveno stanje, već i na zdravstveno stanje ljudi u njegovoj okolini, pa i šire (*Ibid.*). Kako bi sprečilo pojavu bolesti, novo javno zdravlje nastoji da utiče na ponašanje ljudi koje se sada tumači kao glavni izvor rizika po zdravlje (Petersen and Lupton 1996, Lupton

„starog javnog zdravlja“ iz XIX veka u kojem je fokus bio na intervenciji u okruženju koje se tumačilo kao izvor uzročnika bolesti (Bunton and Macdonald 2002a, 12). Staro javno zdravlje je nastalo kada je došlo do rapidnog uvećanja broja stanovnika u evropskim gradovima usled procesa urbanizacije, industrijalizacije i modernizacije koji su doveli do migracija stanovništva iz sela u gradove (Petersen and Lupton 1996, 1). Prenaseljenost gradova i loši higijenski uslovi života u gradu doveli su do pojave velikog broja infektivnih bolesti, a to je dovelo do nastanka starog javnog zdravlja čiji je cilj bio da poboljša zdravstveno stanje populacije preduzimanjem mera intervencije u prostoru životne sredine kako bi umanjilo pojavu i širenje infektivnih bolesti (više o nastanku i razvoju javnog zdravlja v. u Lupton 1995, Bunton and Macdonald 2002, Costello and Haggart 2003, Armstrong 2002). Petersen i Lupton smatraju da novo javno zdravlje predstavlja pokušaj revitalizacije starog javnog zdravlja u smislu da nastoji da postigne uspeh koji je u okviru njega ostvaren zahvaljujući naučnom i tehnološkom progresu (Petersen and Lupton 1996, 2).

⁶¹ U XIX veku bolest se tumačila kao posledica delovanja patogenih faktora i bila je je locirana u patološkoj leziji u telu, koje je bilo mesto medicinske intervencije (Armstrong 2002). Ovakvo tumačenje bolesti u devetnaestovekovnoj medicini bilo je povezano sa načinom na koji je tumačeno telo čoveka (*Ibid.*). Telo čoveka je predstavljalo jasno ograđen i određen entitet, stabilan i podložan analizi. Ključnu ulogu u uspostavljanju granica tela, odnosno odvajanju prostora tela od prostora ne-tela imalo je staro javno zdravlje koje je nadgledalo prostor oko tela, tačnije granice između tela i prostora oko tela. Pokretno, dinamično telo prvi put se javlja u XX veku pod uticajem fizičkog treninga u vojsci (*Ibid.*). Sada telo čoveka postaje trodimenzionalno, više nije odvojeno od prostora u kojem se nalazi i interaguje sa drugim telima. Granice između prostora tela i prostora ne-tela više nisu statične, fiksirane, već promenljive, fluidne, i kao takve bilo ih je nemoguće nadgledati. Zbog toga u javnom zdravlju akcentat više nije bio na nadgledanju granica između tela i ne-tela, nego na kontaktu između tela. Tako u novom javnom zdravlju, ali i u medicini, mesto intervencije postaje ponašanje pojedinca koje pokriva prostor između tela.

2003, 2013, Costello and Haggart 2003, Bunton and Petersen 1997, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Macdonald 2002, Armstrong 2002, Bunton, Nettleton and Burrows 1995). Novo javno zdravlje nastoji da pojedince podstakne da dobrovoljno izbegavaju preduzimanje rizika po zdravlje, mada se povremeno služi i merama prisile kao što su, na primer, zakoni kojima nastoji da onemogući one izbore koji su loši po zdravlje, karantin, sanitarna inspekcija (Petersen and Lupton 1996, 5, Lupton 2013, 54). Međutim, novo javno zdravlje, kao i javno zdravlje uopšte, nema za cilj da doprinese zdravlju pojedinca, nego populacije u celini – populacija je meta znanja i strategija javnog zdravlja (Petersen and Lupton 1996, 3). Sredstva koje novo javno zdravlje primenjuje kako bi poboljšalo zdravstveno stanje populacije većinom su novijeg nastanka, kao što su promocija zdravlja, zdravstveno obrazovanje, epidemiologija, biostatistika, dijagnostički skrining, imunizacija, zdrave javne politike, ekologija itd., ali i ona koja javno zdravlje koristi još od svog nastanka, poput karantina, izolacije, sanitarne inspekcije, ekonomije zdravlja (*Ibid.*, 5).⁶² Novo javno zdravlje nije vezano za neke specifične državne institucije poput klinike, dispanzera, bolnice, kao što je to bio slučaj sa starim javnim zdravljem, već se iz njih izmešta u različita mesta u društvu kao što su škole, radna mesta, šoping centri (Lupton 2013, 51).

Novo javno zdravlje se može shvatiti kao jedno od sredstava putem kojeg se sprovodi upravljanje u neoliberalizmu, i to iz nekoliko razloga. Kao prvo, rizici, koji imaju ključnu ulogu u upravljanju u neoliberalizmu, zauzimaju istaknuto mesto i u novom javnom zdravlju (Peterson and Lupton 1996, Lupton 1995, 2003, Petersen 1996, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Petersen 1997, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Costello and Haggart 2003, Armstrong 2002, Bunton, Nettleton and Burrows 1995). U okviru novog javnog zdravlja se na osnovu epidemiologije konstruišu rizični profili pomoću kojih se definišu i lociraju rizični pojedinci (Petersen and Lupton 1996, 20, Petersen 1997, 195). Rizični pojedinci, odnosno pojedinci koji su pod većim

⁶² Neki autori smatraju da je novo javno zdravlje u osnovi postmoderno, zbog distanciranja od kurativne medicine koja se praktikuje u medicinskim centrima, njegovog preventivnog, multisektorskog i multidisciplinarnog karaktera, dok neki autori smatraju da je u novo javno zdravlje u osnovi moderno, zbog naglaska na racionalnoj evaluaciji efikasnosti različitih strategija, ekonomije zdravlja i primata ekspertskog nad laičkim znanjem (Petersen and Lupton 1996, 7-8).

rizikom od obolevanja od neke bolesti u odnosu na ostatak populacije, predstavljaju ciljnu grupu u odnosu na koju novo javno zdravlje formuliše različite ciljeve i strategije (Petersen and Lupton 1996, 21, Petersen 1997, 195). Ta grupa rizičnih pojedinaca se dalje nadgleda i kontroliše. Rizični profili se konstruišu na osnovu trenutnog znanja i trenutnih uslova koji su promenljivi (Petersen and Lupton 1996, 20). To znači da se rizični profili stalno menjaju, jer se konstantno otkrivaju novi izvori rizika, a novi rizici znače nova pravila za ponašanje kako bi se oni izbegli i nove oblike intervencije kako bi poštovanje ovih pravila bilo obezbeđeno (*Ibid.*, 20). Za statistički proračun rizika ne postoje nebitni segmenti ljudskog postojanja koji se ne uzimaju u razmatranje, zahvaljujući čemu upravljanje putem rizika može da postoji u svakom segmentu društva (Petersen and Lupton 1996, 21, Petersen 1997, 195). Osim toga, u okviru novog javnog zdravlja razlika između zdravih i bolesnih postaje nebitna: novo javno zdravlje nije fokusirano samo na bolesne pojedince nego i na zdrave, jer je pojava rizika moguća u bilo kojem delu populacije (Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Gastaldo 1997). S obzirom na to da riziku mogu biti izloženi i bolesni i zdravi pojedinci, granica između zdravlja i bolesti je preoblikovana: pojedinac sada istovremeno može biti i zdrav i bolestan, a zdravi pojedinci mogu postati još zdraviji (Gastaldo 1997, 116). Na primer, pojedinci koji su trenutno zdravi mogu biti pod rizikom od obolevanja od neke bolesti, zbog čega se za njih ne može reći da su zdravi, ali ni bolesni, nego i jedno i drugo. Osim toga, zbog toga što se danas smatra da zdravstveno stanje pojedinca u najvećoj meri zavisi od njegovog životnog stila, a s obzirom na to da se zdravlje više ne definiše kao odsustvo bolesti, izbegavanjem preduzimanja rizika po zdravlje pojedinci koji su zdravi mogu postati još zdraviji – na taj način oni smanjuju rizik obolevanja od određenih bolesti i poboljšavaju svoje zdravstveno stanje. Kao drugo, novo javno zdravlje počiva na osnaživanju samoregulacije pojedinaca koje usmerava ka izbegavanju rizika po zdravlje (Petersen and Lupton 1996, 11-13, Petersen 1997, 197-198). U okviru novog javnog zdravlja pojedinci se podstiču da usvoje poželjne oblike ponašanja, odnosno one koji omogućavaju ostvarivanje stanja zdravlja. Iako se povremeno koristi primenom prisile oličene u vidu zakona, sanitarne inspekcije ili

karantina, novo javno zdravlje prvenstveno počiva na dobrovoljnoj samoregulaciji pojedinaca kao slobodnih i autonomnih individua (Petersen and Lupton 1996, 5, Lupton 1995, 54, 58, Gastaldo 1997, 117). Novo javno zdravlje konstruiše određeni tip sopstva čije usvajanje podstiče, a to je ono koje pojedinca definiše kao slobodnu, autonomnu individuu koja samostalno donosi odluke i koja je aktivna, kao individuu koja teži napretku i maksimizaciji sopstvenih potencijala, odnosno poboljšanju svog zdravstvenog stanja putem racionalnog i odgovornog ponašanja koje podrazumeva izbegavanje zdravstvenih rizika (Petersen and Lupton 1996, 63-65).⁶³ Tako se samoregulacija predstavlja kao samoosnaživanje, čime se maskira njen politički karakter (Lupton 1995, 58, Gastaldo 1997, 117).⁶⁴ Kao treće, u okviru novog javnog zdravlja javlja se mišljenje da zdravstveno stanje pojedinca zavisi od njegovog ponašanja i od toga kako se on odnosi prema rizicima koji predstavljaju pretnju po njegovo zdravlje (Peterson and Lupton 1996, Lupton 1995, 2003, Petersen 1996, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Petersen 1997, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Costello and Haggart 2003, Armstrong 2002, Bunton, Nettleton and Burrows 1995). Zbog toga svu odgovornost za sopstveno zdravstveno stanje snosi pojedinac koji više ne predstavlja teret za državu kao što je to bio slučaj u državi blagostanja. Kao četvrto, ostvarivanje stanja zdravlja postaje moralna obaveza svakog pojedinca, a oni koji joj se ne povinuju ili koji ne uspeju da je ispune se smatraju osobama koje karakteriše nedostatak volje, samodiscipline i samokontrole, osobama koje su nesposobne da se staraju o sebi, neodgovorne, neuspešne, slabe (Petersen and

⁶³ U osnovi novog javnog zdravlja nalazi se uverenje da su ljudi racionalna, objektivna, logična bića koja odluke koje su loše po njihovo zdravlje donose isključivo iz neznanja i da ovo može da bude sprečeno putem obrazovanja, što je stanovište koje u zapadnim zemljama dominira još od perioda prosvetiteljstva (Lupton 2013, 55-57, Davison, Frankel and Smith 1992, 676).

⁶⁴ Ovaj momenat samoosnaživanja u okviru novog javnog zdravlja posebno je istaknut u zdravstvenom obrazovanju. Zdravstveno obrazovanje se tumači i predstavlja kao ono koje je u interesu za pojedinca i koje ima za cilj da ga osnaži putem umanjenja njegovog neznanja koje ga čini neslobodnim (Gastaldo 1997, 118). Ovde se takođe zapaža uverenje da su ljudi racionalna i objektivna bića koja loše odluke mogu donositi samo iz neznanja i da je način da se to prevaziđe obrazovanje, što je dominantni, ali ne i jedini model objašnjenja preduzimanja rizika po zdravlje koji se koristi u okviru novog javnog zdravlja. Prema drugom objašnjenju, nezdravi životni stilovi ne moraju biti isključivo proizvod neznanja, jer se oni oblikuju i pod uticajem stavova pojedinaca (Davison, Frankel and Smith 1992, 676). To je dovelo do brojnih psiholoških istraživanja u vezi sa ovom tematikom čiji su rezultati primenjivani u oblasti javnog zdravlja (*Ibid.*, 676).

Lupton 1996, Petersen 1997).⁶⁵ Pojedinaac, međutim, nije odgovoran samo za svoje zdravstveno stanje nego i za zdravstveno stanje drugih ljudi, usled čega stigmatizacija izostanka samodiscipline postaje dodatno izražena (Lupton 1995, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1996). Kao peto, novo javno zdravlje ima za cilj poboljšanje stanja zdravlja populacije u skladu sa maksimizacijom života kojoj teži neoliberalna veština upravljanja sa ciljem uvećanja bogatstva države (Petersen and Lupton 1996, 65-67, Lupton 1995, 62).⁶⁶ Samo zdrav pojedinac može da bude produktivan i tako da doprinese blagostanju države. Bolest pojedinca je teret za državu ne samo u smislu troškova lečenja nego i u smislu njegove neproduktivnosti kao posledice bolesti koja se suprotstavlja ekonomskom progresu države. Zbog toga je veoma važno da pojedinci izbegavaju preduzimanje rizika po zdravlje, a to se danas nameće kao imperativ.⁶⁷ Konačno, upravljanje pojedincima pomoću diskursa rizika koje se odvija u oblasti novog javnog zdravlja počiva na ekspertskom znanju koje olakšava i prikriva upravljanje: ekspertiza pojedince usmerava ka ostvarenju ciljeva vlasti prikrivajući svoj politički karakter. Epidemiologija, koja ima ključnu ulogu u novom javnom zdravlju i pomoću koje se definišu, identifikuju i rešavaju problemi u oblasti javnog zdravlja, obično se tumači kao neutralna, objektivna nauka. Na taj način prikrivaju se brojne regulatorne funkcije i funkcije nadgledanja svojstvene epidemiologiji, čime se olakšava upravljanje pojedincima i obezbeđuje efikasnost u upravljanju (Petersen and Lupton 1996, 27-43).⁶⁸

⁶⁵ Vrlo često se u diskursu rizika pravi opozicija Mi (nismo izloženi rizicima/izbegavamo rizike) – Oni (izloženi su rizicima/ne izbegavaju rizike). U diskursu rizika Drugi je uvek stigmatizovan i predstavljen kao pretnja po dominantnu zajednicu (v. npr. Douglas 1992, Joffe 1999).

⁶⁶ Isto se može reći i za staro javno zdravlje i liberalnu veštinu upravljanja. Javno zdravlje koje je nastalo sa liberalizmom imalo je za cilj da unapredi zdravlje populacije kako bi u što većoj meri bio iskorišćen njen potencijal kao radne snage sa namerom da se što je više moguće uveća bogatstvo države (Lupton 2013).

⁶⁷ Netleton zapaža da diskurs zdravstvenih rizika nema samo za cilj da spreči bolest zbog troškova koje ona predstavlja za državu nego i da teži tome da osnaži veru u medicinsku profesiju i omogući medikalizaciju, ali i potpomogne ostvarivanje profita od usluga i proizvoda koji imaju za cilj izbegavanje bolesti i ostvarivanje/poboljšanje stanja zdravlja (Nettleton 1997). Povezanost težnje za ostvarivanjem profita sa diskursom (zdravstvenih) rizika zapaža i Nikolas Rouz (v. npr. Rose 1999, 2001, 2008).

⁶⁸ Epidemiologija otkriva faktore rizika koji doprinose pojavi bolesti, vrši njihovu procenu i pravi hijerarhiju među njima, a na osnovu toga i hijerarhiju među različitim društvenim grupama na osnovu stepena njihove izloženosti određenim vrstama rizika (Petersen and Lupton 1996, 30-32). Dalje,

Dakle, epidemiološki rizici imaju značajnu ulogu u upravljanju u savremenim neoliberalnim društvima koje se odvija u okvirima novog javnog zdravlja (Dean 1997, Dean 1999, citirano u Lupton 1999, 95). Fokus na ostvarivanju zdravlja populacije sa ciljem povećanja njene ekonomske iskoristivosti uz istovremeno povećanje njene političke pokornosti u zapadnim društvima postoji još od pojave liberalizma i nastanka biomoći (Fuko 2006, Foucault 2003, 2007). Imperativ biomoći, koja nastoji da maksimizuje život kako bi uvećala potencijal populacije kao radne snage, odnosno profit koji se zahvaljujući njoj ostvaruje, jeste zdravlje populacije – regulisanjem bioloških procesa svojstvenih čoveku kao vrsti ona nastoji da postigne optimalno funkcionisanje populacije. U neoliberalnoj veštini upravljanja ovaj cilj se, međutim, ne ostvaruje primenom nasilnih strategija i strategija isključenja, nego putem podsticanja samoregulacije, koja podrazumeva dobrovoljno izbegavanje zdravstvenih rizika (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, 2003, Bunton and Petersen 1997, Bunton and Macdonald 2002b, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Armstrong 2002, Brown and Baker 2012, Petersen 1996, 2003). Propagiranje izbegavanja zdravstvenih rizika odvija se u oblasti novog javnog zdravlja, koje ovom imperativu vlasti daje naučni kredibilitet na taj način prikrivajući njegovu političku dimenziju (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, 2003, Armstrong 2002, Bunton and Petersen 1997, Bunton and

epidemiologija nudi rešenja za probleme javnog zdravlja, interveniše i nadgleda preventivnu zdravstvenu zaštitu (*Ibid.*, 30). Istraživanja koje se vrše u okviru epidemiologije se koriste kao osnova za razvoj programa zdravstvene zaštite i nege, za raspodelu resursa i formulisanje relevantnih zakona (*Ibid.*, 30). Epidemiologija koristi kvantitativne podatke koji se prikupljaju sa brojnih mesta kako bi na osnovu njih konstruisala modele uzroka i širenja bolesti, a zbog toga što se konstantno suočava sa promenama, ona konstantno nadgleda i analizira populaciju (*Ibid.*, 31). Kako počiva na statističkim podacima, epidemiologija se predstavlja kao objektivna nauka čije tvrdnje ne mogu biti dovedene u pitanje. Međutim, ni prosto prebrojavanje nije nikada objektivno, neutralan proces, zbog toga što podrazumeva određivanje onoga što treba prebrojiti, kao i načina na koji to treba učiniti (Potter 1991, 337, citirano u Petersen and Lupton 1996, 39). U epidemiologiji se najpre određene bolesti, stanja, faktori rizika i simptomi definišu kao problemi koji zahtevaju merenja, ispitivanja, analize, pri čemu se ovaj odabir fenomena i način njihovog ispitivanja odvija pod uticajem društvenih i kulturoloških faktora kao što su izvodljivost merenja i analiza, interesi različitih aktera i institucija, trenutno znanje o datom fenomenu koji se ispituje, etički i politički aspekti istraživanja itd. (*Ibid.*, 39). Dalje, na osnovu istraživanja u epidemiologiji se formulišu kategorije na osnovu kojih se vrši klasifikacija pojedinaca, a te kategorizacije dalje utiču na prikupljanje, obradu i interpretaciju podataka (*Ibid.*, 40). One su, međutim, uprošćene i vrlo često vrednosno obojene.

Macdonald 2002b, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Fischer and Poland 1998).

3. 1. 2. 4. PRIMENA GOVERNMENTALISTIČKE TEORIJE RIZIKA U KONTEKSTU SAVREMENE SRBIJE

Governmentalistička teorija rizika je teorija koja se odnosi na zapadna neoliberalna društva: ona je inspirisana Fukoovim radom o veštini upravljanja kakva je u zapadnoevropskim društvima nastala u XVIII veku sa pojavom liberalizma, a govori o promenama u načinu upravljanja koje su u istom ovom kontekstu, ali i šire, u drugim zapadnim društvima, nastupile sa pojavom neoliberalizma u 1970-tim. Governmentalistička teorija rizika je dakle formulisana na osnovu istorijskih, političkih, ekonomskih i društvenih prilika u zapadnoevropskim društvima počev od druge polovine XVII veka pa do danas, a objašnjava određene fenomene koji se tiču savremenih zapadnih neoliberalnih društava, zbog čega se nameće potreba za preispitivanjem opravdanosti primene ove teorijske perspektive u istraživanju koje se odnosi na kontekst savremene Srbije. U vezi sa tim, smatram da na umu treba imati društvenu reformu koja se u Srbiji trenutno sprovodi. Formalno, Srbija prolazi kroz proces tranzicije počev od pada komunizma i raspada SFRJ, mada su značajnije društvene promene tranzicijskog tipa u Srbiji otpočele tek nakon 2000. godine kada je nastupila faza „odblokirane“ tranzicije koja je još uvek u toku (Lazić 2000, 2002, 2005, Lazić and Cvejić 2007, Lazić i Cvejić 2010).⁶⁹ U toku ove faze nastavljeno je sa

⁶⁹ Domaći sociolozi tranziciju u Srbiji obično dele na tri perioda: od 1989. do 1991., od 1991. do 2000., i period nakon 2000. godine, pri čemu se prve dve faze često ne tumače kao odvojene (Lazić 2000, 2002, 2005, Lazić and Cvejić 2007, Lazić i Cvejić 2010). U periodu od 1989. do 1991. godine došlo je do ukidanja komandno-planske regulacije kao osnovne kategorije reprodukcije socijalističkog načina proizvodnje društva (Lazić 2002, 24). Od 1991. do oktobra 2000. godine trajala je faza blokirane transformacije društva koja predstavlja „proces u kojem se totalizovani monopol kolektivnovlasničke klase nad ukupnom društvenom produkcijom, karakterističan za socijalizam, zamenjuje ekonomskom i političkom

društvenim reformama u pravcu uspostavljanja kapitalističke političke ekonomije koje je tokom 1990-tih usporavala, pa i blokirala bivša vladajuća elita koja je uspela da održi svoj raniji društveni položaj (*Ibid.*). Međutim, ova faza tranzicije, iako sa optimizmom dočekana, još uvek nije dala zadovoljavajuće rezultate ni za građane Srbije ni za zvaničnike Evropske unije čijem se priključivanju stremi (Novaković 2012b, Novaković i Pešić 2010, Novaković i Stanimirović 2011, Pribićević 2013, Stančić i Grubišić 2011, Tripković i Tripković 2008). Uprkos dosadašnjem bilansu društvene transformacije ne može se osporiti da postoji izvesni napor da se Srbija, bar formalno, razvija po ugledu na zapadna (evropska) društva, a on se zapaža prvenstveno na institucionalnom nivou, u razvoju institucija i usvajanju zakona koji su karakteristični za ova društva. Ova tendencija se, između ostalog, reflektuje i u vidu usvajanja i primene zakona koji ograničavaju upotrebu alkohola i duvana, a koji su u pomenutim zemljama uglavnom već na snazi.⁷⁰ Ovi zakoni se formulišu i usvajaju po ugledu na zapadna (evropska) društva i imaju za cilj da Srbiju približe Evropskoj uniji, čiji član ona teži da postane. Pridruživanje Evropskoj uniji predstavlja glavni strateški cilj Srbije još od smene vlasti oktobra 2000. godine (Đukanović i Lađevac 2009). Iako se ovaj proces ne odvija bez poteškoća, Srbija je na putu da postane članica EU – maja 2012. godine Srbija je stekla status kandidata za članstvo u EU, a u istom statusu nalazi se i danas. To znači da će Srbija morati da prođe kroz proces tranzicije, odnosno da pređe iz socijalizma u kapitalizam i da institucije političkog i ekonomskog sistema formira po ugledu na institucije razvijenih demokratskih zemalja. Zbog reformi kroz koje zemlje koje teže da postanu članice EU treba da prođu da bi bile primljene u EU, neki autori smatraju da se

dominacijom u osnovi iste grupe, koja tu dominaciju koristi da što više uspori razvoj tržišne ekonomije i političkog takmičenja“ (Lazić 2000, 33). Blokiranje daljih transformacijskih procesa u ovom periodu izazvano dominacijom pomenute grupacije ne znači da društvo nije nastavilo da se preobražava u odnosu na prethodni socijalistički oblik, već da taj preobražaj nije imao tranzicijske karakteristike, odnosno da nije vodio uspostavljanju tržišne ekonomije i demokratskog političkog društva (Lazić 2002, 24). Nakon smene vlasti oktobra 2000. godine otpočela je faza odblokirane tranzicije u kojem su društvene promene ponovo usmerene u tranzicijskom pravcu (*Ibid.*, 24).

⁷⁰ Prvi zakon kojim je u Srbiji regulisano pušenje na javnim mestima bio je, kao što je već rečeno, Zakon o zabrani pušenja u javnim i radnim prostorijama donet 1988. godine. 1991. godine donet je Zakon o zabrani pušenja u zatvorenim prostorijama, u dva navrata dopunjavao i menjan (1995. i 2005. godine). Ovi zakoni, međutim, nisu bili restriktivni i gotovo da se uopšte nisu poštovali, što nije slučaj sa Zakonom o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu koji je u Srbiji na snazi od 2010. godine.

proces evropskih integracija može posmatrati i kao proces širenja veštine upravljanja iz zemalja u kojima je ponikla, starim članicama EU, u zemlje koje su to naknadno postale (v. Walters 2004). Neki autori, međutim, smatraju da širenje veštine upravljanja iz zapadnih (evropskih) društava nije ograničeno na EU, nego da postoji na globalnom nivou zahvaljujući procesima globalizacije (v. Larner and Walters 2004a, b, Larner and Le Heron 2002, Ferguson and Gupta 2002).

Dakle, na osnovu svega do sada rečenog sledi da se prilikom proučavanja fenomena u savremenoj Srbiji, koja prolazi kroz proces tranzicije i pridruživanja EU, može primeniti teorija koja je formulisana na osnovu istorijskih, društvenih i političkih prilika u zapadnim zemljama sa ciljem da u okviru pomenutog konteksta objasni izvesne fenomene, s obzirom na to da pomenuti procesi u savremenoj Srbiji podrazumevaju prenos ideologije neoliberalizma upravo iz ovih zemalja.⁷¹ Prenos ideologije neoliberalizma, koja je nastala u određenoj društvenoj, kulturnoj i ekonomskoj sredini kojoj je primerena, u sredinu koja nastoji da se formira po ugledu na nju, ne znači da se ta ideologija prenosi u istovetnom obliku, kao ni da će uslovi željene promene u sredini u okviru koje se usvaja. To, međutim, ne sprečava proučavanje prenosa te ideologije u jednom njenom segmentu u sredinu kojoj nije primerena niti primenu teorije koja je formulisana da objasni fenomene do kojih ta ideologija dovodi u okviru tog konteksta.

⁷¹ Među domaćim autorima postoje nesuglasice u pogledu toga da li je model po kojem se tranzicija u Srbiji izvodi neoliberalan (v. npr. Mitrović 2012, Vujović, Macura i Gvero 2011, Golubović 2004, Novaković 2012a).

3. 2. ANTROPOLOGIJA JAVNIH POLITIKA

Antropologija javnih politika je jedna od poddisciplina antropologije koja se bavi proučavanjem javnih politika koje tumači kao najzačajnija sredstva neoliberalne veštine upravljanja (Wedel et al. 2005, Shore and Wright 1997, 2011, Feldman 2011, Wright 2006). Antropolozi su se odavno bavili proučavanjem tema koje su implicitno povezane sa javnim politikama, kao što znanje i moć, norme i institucije, retorika, diskurs, ideologija i sl. (Shore and Wright 1997, 4), kao i sprovođenjem istraživanja sa ciljem pružanja pomoći u formulisanju i implementaciji javnih politika radi povećanja njihove efikasnosti (v. npr. Willner 1978, Stull and Moos 1981, Musheno 1981). Uprkos tome, proučavanje javnih politika kao društvenih, kulturnih i političkih konstrukata u antropologiji dugo nije steklo pažnju koju zavrđuje (Wedel and Feldman 2005, 1, Shore and Wright 1997, 6). Ovo je bilo posledica opšteprihvaćenog instrumentalističkog, pozitivističkog tumačenja javnih politika koje je do nedavno bilo jedino u oblasti studija javnih politika i koje je uticalo i na antropologiju u smislu da je uslovalo izostanak proučavanja ove tematike u okviru discipline.⁷² Prema ovom tumačenju, javne politike predstavljaju pravna sredstva koja nastaju kao odgovor na određeni problem u društvu i čiji je cilj da ovaj problem reše i da postignu određenu promenu u društvu (Shore and Wright 1997, Wedel et al. 2005, Wedel and Feldman 2005, Shore and Wright 2011). U okviru ove perspektive javne politike se dakle definišu kroz niz linearnih procesa (identifikacija problema, formulacija rešenja problema, njegova implementacija, evaluacija i eventualno revidiranje) i tretiraju se kao kao racionalna, logična, objektivna, neutralna sredstva formulisana na osnovu naučnih

⁷² Paradigma pozitivizma i dalje dominira u oblasti studija javnih politika, u disciplinama kao što su političke nauke, sociologija, ekonomija, psihologija, međutim, ona više ne predstavlja jedini okvir tumačenja i proučavanja javnih politika (Wedel et al. 2005, 43, v. i npr. Yanow 1993, 1995b, 1997).

činjenica (*Ibid.*).⁷³ U skladu sa ovim tumačenjem, socio-kulturni kontekst, u okviru kojeg se odvijaju pomenuti procesi, tumači se kao irelevantan za njihovo proučavanje koje se prvenstveno oslanja na upotrebu varijabli čije su vrednosti i korelacije utemeljene u nekom apstraktnom modelu (Wedel et al. 2005, Wedel and Feldman 2005, Shore and Wright 1997). Ovakav način proučavanja javnih politika oslanja se na upotrebu teorijskih modela koji imaju za cilj da predvide funkcionisanje neke javne politike u praksi putem proračuna efekata kombinacija različitih varijabli na teorijskom nivou, pri čemu se pretpostavlja da se i u praksi te varijable povezuju na istovetan način i sa istovetnim posledicama (*Ibid.*). Dakle, prema ovom tumačenju, javne politike predstavljaju datosti koje se ne mogu dovesti u pitanje niti problematizovati. Ovakvo tumačenje javnih politika je dugo vremena uticalo na izostanak ove oblasti proučavanja u antropologiji, ali danas to više nije slučaj: savremena antropologija odbacuje pozitivizam u tumačenju javnih politika i nudi njegove preko potrebne kritike i korekcije.⁷⁴ Počev od sredine 1990-tih brojni antropolozi nastoje da prevaziđu nedostatke u proučavanju javnih politika u kvalitativnom smislu, prvenstveno one koji su svojstveni interdisciplinarnim studijama javnih politika, a u okviru discipline i da doprinesu popularnosti i zastupljenosti ove tematike.⁷⁵ Javne politike su danas uglavnom prepoznate kao antropološki relevantni fenomeni koji se mogu proučavati sa različitih aspekata: kao kulturni tekstovi, kao klasifikatorna sredstva, kao narativi koji služe da opravdaju sadašnjost ili je dovedu u pitanje, kao retorička sredstva i

⁷³ Ponašanje svih aktera koji učestvuju u pomenutim procesima, kao i ponašanje onih kojima je neka javna politika namenjena i na koje se primenjuje se takođe tumači kao racionalno.

⁷⁴ Koreni antropologije javnih politika mogu se vezati za 1994. godinu u kojoj je održana konferencija Evropske asocijacije socijalnih antropologa (*European Association of Social Anthropologists*) u Oslu, odnosno za 1997. godine kada je objavljen zbornik radova predstavljenih na ovoj konferenciji – „Antropologija javnih politika. Kritičke perspektive u proučavanju upravljanja i moći“ (*„Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power“*), urednika Krisa Šora (*Chris Shore*) i Suzan Rajt (*Susan Wright*) (Wright 2006, 22).

⁷⁵ Uprkos tome, Wedel i Feldman su pre jedne decenije zapazili da proučavanje javnih politika još uvek nije sasvim prihvaćeno u antropologiji (Wedel and Feldman 2005). Antropolozi koji se bave proučavanjem javnih politika konstantno se susreću sa preispitivanjem njihovog rada u okvirima antropologije, jer je i dalje među antropolozima rasprostranjeno mišljenje da ovom temom treba da se bave politikolozi, sociolozi, ekonomisti, i da ona nije antropološki relevantna. Ovakav stav utemeljen je na pravljenju razlika među disciplinama na osnovu predmeta njihovog proučavanja – javne politike se i dalje ne smatraju temom koju bi antropologija trebalo da izučava.

diskurzivne formacije kojima se uspostavljaju odnosi moći itd. (Shore and Wright 1997, 6). Javne politike kodifikuju društvene norme i vrednosti i artikulišu fundamentalne organizujuće principe u društvu, sadrže implicitne i eksplicitne modele društva, upravljaju ponašanjem ljudi u društvu i pozivaju na akciju (*Ibid.*, 6). One bi se, Mosovim (*Marcel Mauss*) terminima iskazano, mogle okarakterisati kao totalne društvene činjenice, kako Kris Šor i Suzan Rajt zapažaju, zbog toga što poseduju važne kulturne, moralne, pravne i ekonomske implikacije i zbog toga što mogu da stvore čitav niz odnosa između pojedinaca, grupa i objekata (*Ibid.*, 6). Javne politike mogu da otkriju čitavu strukturu kulturnog sistema i zbog toga predstavljaju antropološki relevantne fenomene. Osim što reflektuju socio-kulturni kontekst, javne politike takođe aktivno utiču na njega, oblikuju ga, kreiraju (Shore and Wright 2011, 1). Prepoznavanje javnih politika kao antropološki relevantnih fenomena i njihovo proučavanje u okvirima antropologije je od izuzetnog značaja za razvoj discipline u teorijskom i metodološkom smislu, ali i za razvoj studija javnih politika, kao kritika i korekcija dugo dominantne paradigme pozitivizma (Wedel and Feldman 2005, Shore and Wright 1997, 2011, Wedel et al. 2005, Wright 2011, Wedel 2008, Feldman 2011).

U okviru antropologije se, nasuprot objektivnosti, racionalnosti, neutralnosti koje se naglašavaju u instrumentalističkoj i pozitivističkoj paradigmi, kao glavna odlika javnih politika izdvaja njihova političnost (Wedel et al. 2005, Shore and Wright 1997, 2011, Wright 2006, Wedel and Feldman 2005, Feldman 2011). Antropologija dakle nastoji da razume javne politike kao političke fenomene. Iako predstavljaju političke fenomene, javne politike se retko kada tumače kao takve upravo zbog svoje pretpostavljene neutralnosti koja prikriva njihov politički karakter. Antropologija, međutim, nastoji da razume i prouči javne politike izvan pretpostavki o njihovoj neutralnosti koje se ne dovode u pitanje i da sagleda njihove političke efekte. Javne politike, kako se u okviru antropologije javnih politika zapaža, imaju centralnu ulogu u organizaciji savremenih društava i predstavljaju najznačajnije sredstvo u sprovođenju moći u savremenom svetu (*Ibid.*). Tumačenje moći koje je zastupljeno među antropolozima koji se bave proučavanjem javnih politika preuzeto je od Fukoa: moć je

produktivna, a ne represivna sila, i sprovodi se putem normi i pravila čije se usvajanje podstiče kod onih nad kojima se vlast sprovodi, a ne putem prisila i zabrana (Shore and Wright 1997, 2011, Wright 2006, Wedel and Feldman 2005). Sprovođenje moći se dakle odvija putem procesa pomoću kojih pojedinci konstruišu i menjaju sebe, odnosno putem tehnologija sopstva u koje su integrisani procesi moći i dominacije. Javne politike učestvuju u sprovođenju ovako shvaćene moći – one su performativne, produktivne i aktivno učestvuju u konstrukciji društvenih i kulturnih konteksta (*Ibid.*). Javne politike uspostavljaju norme i obrasce mišljenja i ponašanja, kreiraju subjektivitet, kreiraju, kategorizuju, klasifikuju i hijerarhizuju individue, kreiraju i regulišu političke subjekte, uspostavljaju nove odnose u društvu, definišu probleme i predlažu njihova rešenja, klasifikuju i regulišu prostore, kreiraju nove društvene i semantičke svetove, uspostavljaju režime moći (Shore and Wright 2011, 1, Wedel and Feldman 2005, 1). Javne politike dakle intenzivno utiču na način na koji pojedinci poimaju sebe i svet oko sebe, na način njihovog mišljenja i ponašanja, na njihov identitet, na njihov odnos sa drugim pojedincima, pri čemu su oni ovog uticaja gotovo u potpunosti nesvesni (Shore and Wright 1997, 3-5). Osim toga, javne politike povezuju pojedince i uspostavljaju odnose moći među njima, čak i kada je reč o međusobno udaljenim akterima koji nikada nisu stupili u direktni kontakt (Wedel et al. 2005, 31, Wedel and Feldman 2005, 1). Pojedinci koji na ovaj način bivaju povezani i dovedeni u odnose moći, sa ili bez namere da u tome učestvuju, reprodukuju, kritikuju, pružaju otpor ili na neki drugi način utiču na globalne režime moći (*Ibid.*). Polje koje javne politike regulišu se sve više širi i danas gotovo da ne postoji nijedan segment života na koji javne politike ne utiču, a ovaj uticaj je nemoguće zanemariti i ignorisati (Shore and Wright 1997, 3, Wedel et al. 2005, 37). Uobičajeno je, kao što je već rečeno, tumačenje javnih politika kao racionalnih, tehničkih instrumenata formulisanih na osnovu naučnih činjenica čiji je cilj prevazilaženje nekog problema u društvu i postizanje opšteg dobra. Upravo je ovo razlog zbog kojeg upotreba pojma javnih politika doživljava ekspanziju u svakodnevnom diskursu i u diskursu elita, vladinih i nevladinih organizacija, posebno kada je reč o načinu na koji ovi entiteti sebe predstavljaju, načinu

na koji definišu svoje ciljeve i načinu na koji objašnjavaju razloge svog postojanja (Wedel et al. 2005, 37). S obzirom na potencijal koji poseduju, javne politike predstavljaju konstantno polje nadmetanja i borbi među različitim akterima radi sticanja moći. One predstavljaju sredstva koja se mogu koristiti za davanje legitimiteta postojećem društvenom poretku, kao podrška za njegovu konsolidaciju, ali su i sredstva pomoću kojih postojeći društveni poredak može da bude doveden u pitanje i zamenjen nekim drugim (Wedel and Feldman 2005, 3). Javne politike daju institucionalni legitimitet jednom ili većem broju diskursa potiskujući druge na margine društva. Zahvaljujući tome, viđenja stvarnosti svojstvena pojedinim diskursima ostvaruju svoju hegemoniju u društvu predstavljajući se kao istinita pod okriljem pretpostavljene racionalnosti i objektivnosti javnih politika u kojima su sadržani (Wedel et al. 2005, 37). Ako se javne politike, odnosno diskursi koje propagiraju, tumače kao racionalni i praktični, onda se alternativna diskursi mogu proglasiti iracionalnim i nepraktičnim (Wedel et al. 2005, 37). U takvim okolnostima preispitivanje, kritikovanje i odbacivanje neke javne politike, odnosno diskursa koji su u njoj zastupljeni je otežano, ali ne i nemoguće – javne politike su neprekidno poprište borbi i nadmetanja za prevlast između različitih aktera, odnosno diskursa koje oni zastupaju. Javne politike se dakle mogu shvatiti kao društveni i politički prostor koji se artikuliše kroz odnose moći i sisteme upravljanja (Shore and Wright 2011, 11).⁷⁶

Sveopšta regulacija društva, odnosno svih njegovih segmenata, pomoću javnih politika noviji je fenomen, a njegova pojava u vezi je sa pojavom novog oblika upravljanja u zapadnim društvima nakon napuštanja velfarizma i uspostavljanja neoliberalizma (Shore and Wright 1997, 4). Javne politike su dakle sredstva neoliberalne veštine upravljanja nastale u zapadnim društvima koja, zahvaljujući globalnom širenju neoliberalizma, danas postoji u zemljama širom sveta (*Ibid.*, 4).⁷⁷

⁷⁶ Ovo tumačenje javnih politika kakvo je zastupljeno u antropologiji blisko je Fukoovom pojmu dispozitiva.

⁷⁷ Kako Šor i Rajt zapažaju, savremene strategije upravljanja i tehnologije moći karakteristične za neoliberalizam širom sveta međusobno su slične: i u zapadnim društvima, u kojima je neoliberalizam i njemu svojstven oblik upravljanja nastao, i u ne-zapadnim društvima, u kojima se on usvaja po ugledu na Zapad, populacije se mobilisu uz pomoć javnih politika koje nastoje da transformišu subjekte i prostore

Veština upravljanja u neoliberalizmu počiva na propagiranju usvajanja određenog tipa subjektiviteta od strane onih nad kojima se sprovodi, odnosno na podsticanju samoregulacije pojedinaca u skladu sa njenim interesima, a uzdržava se od direktne intervencije u najvećoj mogućoj meri (v. npr. Rose and Miller 1992, Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, Burchell 1996, Shore and Wright 1997, 2011).⁷⁸ Za neoliberalnu veštinu upravljanja od ključnog značaja su tehnologije sopstva koje podrazumevaju usvajanje određenog tipa subjektiviteta koji je od interesa za vlast i njene ciljeve: u neoliberalizmu upravljanje se ne sprovodi putem direktne intervencije, regulacije i kontrole pojedinaca, već putem podsticanja njihove samoregulacije, samokorekcije i samodiscipline koje podrazumeva usvajanja određenog tipa subjektiviteta koji je u skladu sa ciljevima upravljanja (*Ibid.*).⁷⁹ Javne politike su najznačajniji instrumenti putem kojih se sprovodi veština upravljanja u neoliberalizmu: one promovišu određene subjektivitete koje predstavljaju kao oblike mišljenja i ponašanja koji ostvaruju dobrobit za pojedinca, počivaju na ekspertskom znanju, operišu u oblasti civilnog društva i predstavljaju se kao apolitične (Shore and Wright 1997, 2011, Wedel et al. 2005). Javne politike definišu određeni tip subjektiviteta kao normu čije se usvajanje podstiče, pri čemu efikasnost upotrebe javnih politika u sprovođenju moći počiva na prikriivanju delovanja njenih mehanizama koje omogućava naučno znanje. Javne politike se, kao što je već rečeno, tumače kao sredstva utemeljena na objektivnim, naučnim činjenicama čija primena ima za cilj postizanje opšteg dobra u društvu. Tumačenje javnih politika kao objektivnih stvari iluziju o njihovom kolektivnom karakteru, a negira ulogu individualnih odluka, odnosno odluka pojedinačnih aktera u njihovom formulisanju i usvajanju (*Ibid.*, 8). Na taj način stvara se utisak da je proces

kojima se upravlja (Shore and Wright 2011, 17). Pored pomenutih odlika promena kroz koje Srbija prolazi od sloma socijalističkog režima, globalna raširenost neoliberalne veštine upravljanja jedan je od razloga za primenu antropologije javnih politika kao teorijske perspektive u ovom radu. S obzirom na to da je o post-socijalističkoj transformaciji u Srbiji već bilo reči u delu o razlozima primene governmentality-teorije rizika u ovom istraživanju, ovde o tome neće biti ponovo pisano.

⁷⁸ S obzirom na to da je u radu već detaljno bilo reči o veštini upravljanja u neoliberalizmu, u ovom delu dat je samo kratak osvrt na njene osnovne karakteristike, onoliko koliko zahteva predstavljanje uloge javnih politika u njenom sprovođenju, u skladu sa temom ovog dela rada.

⁷⁹ Ti ciljevi su, kao što je već rečeno, oni koji u krajnjoj instanci omogućavaju bogaćenje države.

formulisanja i usvajanja javnih politika anoniman, impersonalan, birokratski, što dovodi do pravljenja distance između onih koji su u ovim procesima učestvovali i onih na koje se neka javna politika odnosi i među kojima se primenjuje (*Ibid.*, 8). Dakle, javne politike subjektivne, ideološke i iracionalne ciljeve kojima teže i koje nastoje da ostvare predstavljaju kao racionalne, kolektivne, univerzalne (*Ibid.*, 8). Pored toga, one daju legitimitet samo određenim diskursima predstavljajući ih kao pragmatične, objektivne, funkcionalne, dok sve druge odbacuju kao nefunkcionalne i iracionalne, čime otežavaju kritiku i promenu (*Ibid.*, 8).⁸⁰

Antropologija javnih politika zauzima kritički stav u proučavanju javnih politika koje ne tretira kao datosti, već ih problematizuje. Javne politike su u antropologiji predmet proučavanja, a ne neupitna premisa istraživanja. Antropolozi koji se bave proučavanjem javnih politika, kao što je već rečeno, zastupaju mišljenje da javne politike reflektuju društvene i kulturne pretpostavke konteksta u okviru kojeg nastaju (Shore and Wright 1997, 6, Shore and Wright 2011, 1). Međutim, to ne znači da se u okviru antropologije javnih politika javne politike tumače kao statični i monolitni entiteti, već se, upravo suprotno tome, smatra da javne politike imaju sopstveni „društveni život“ (Wedel and Feldman 2005, 3, Shore and Wright 2011, 20). Javne politike vrlo često prelaze iz jednog okruženja u drugo, pri čemu u okviru svakog od tih okruženja stupaju u interakciju sa ljudima, institucijama i drugim artefaktima i tako aktivno na njega utiču (Wedel and Feldman 2005, 3, Shore and Wright 2011, 20). Osim toga, značenja javnih politika nisu fiksirana, već se menjaju sa prelaskom u svako od ovih novih okruženja (Shore and Wright 2011, 8). Zbog svega nabrojanog, efekti javnih politika su najčešće drugačiji od očekivanih i planiranih (Wedel and Feldman 2005, 3, Shore and Wright 2011, 20). Dinamičnost fenomena javnih politika koja je uslovljena njihovim izmeštanjem u različite kontekste Šor i Rajt nazivaju efektom domena (Shore and Wright 2011, 3).⁸¹ U okviru antropologije javnih politika se dakle zastupa

⁸⁰ To, međutim, ne znači da subjekti kojima su javne politike namenjene nisu u stanju da se prema njima odnose kritički, da preispitaju i dovedu u pitanje diskurse koji su u njima zastupljeni i viđenja stvarnosti koje oni proklamuju (v. Shore and Wright 2011, 17-21).

⁸¹ Važno je napomenuti da efekat domena i prostor koji on otvara za različite interpretacije neke javne politike ujedno predstavlja prostor koji omogućava dalja nadmetanja i borbu među ovim različitim

procesualno tumačenje javnih politika, odnosno tumačenje javnih politika kao nizova hemijskih reakcija koji otpočinju sa datom javnom politikom koja se u toku i nakon procesa implementacije transformiše pod uticajem različitih aktera i njihovih interesa, načina na koji oni interpretiraju datu javnu politiku i stupaju u interakciju sa njom (*Ibid.*, 4-8, Wedel and Feldman 2005, 2).⁸² Procesualno tumačenje javnih politika dovodi u pitanje shvatanje koje je dominantno u studijama javnih politika i prema kojem su svi procesi u vezi sa javnim politikama linearni i u potpunosti predvidivi. Javne politike nisu tehnički, racionalni instrumenti kojima se ostvaruju očekivani ishodi na očekivani način, odnosno očekivanom putanjom. Identifikacija problema, formulacija i implementacija njegovog rešenja u praksi predstavljaju procese koji su, gotovo po pravilu, praćeni pojavom nepredvidivih varijabli kombinovanih na nepredvidiv način (Wedel et al. 2005, 38, Shore and Wright 1997, 12, Wedel and Feldman 2005, 2). Uticaj koji javne politike ostvaruju ne odvija se linearno, već je difuzan i mora se posmatrati u okvirima datog socio-kulturnog konteksta (Shore and Wright 1997, 12, Shore and Wright 2011, 4-8). Ova kompleksnost procesa u vezi sa javnim politikama posmatrana u okvirima datog socio-kulturnog konteksta, a ne njihove idealtipske, uprošćene verzije,

interpretacijama, kao i osnaživanje ili preispitivanje koncepata i pretpostavki koje neka javna politika sadrži (Shore and Wright 2011, 14).

⁸² U okviru antropologije javnih politika sagledavaju se značenja koja pojedinci pridaju nekoj javnoj politici (oni koji učestvuju u formulaciji, usvajanju i sprovođenju javne politike, kao i oni na koje se ona odnosi i među kojima se primenjuje), po čemu je ova poddisciplina antropologije bliska interpretativnom pristupu u studijama javnih politika (Shore and Wright 2011, 8). Interpretativni pristup se u studijama javnih politika razvija od 1970-tih godina i predstavlja izazov dominantnoj paradigmi pozitivizma (Yanow 1995b, 1997). U okviru ovog pristupa sagledavaju se značenja koja su sadržana u nekoj javnoj politici, kao i značenja koja različiti akteri koji učestvuju u procesima u vezi sa nekom javnom politikom pridaju toj javnoj politici, ali i uticaj koji ova značenja ostvaruju na tok i ishod ovih procesa (Yanow 1987, 1993, 1995b, 1997). Pored toga, u okviru ovog pristupa sagledavaju se i značenja koja javne politike komuniciraju, a koja nisu sadržana u jeziku, već u ponašanju, delima, objektima, prostoru (Yanow 1995a). Interpretativni pristup u studijama javnih politika sa antropologijom javnih politika deli i kritičnost prema pozitivističkom tumačenju i proučavanju javnih politika u celini, odnosno prema tumačenju javnih politika kao tehničkih sredstava čiji je cilj da uz pomoć naučnih činjenica reši određeni problem u društvu i postigne promenu, tumačenju javnih politika kao nizova linearnih procesa, tumačenju zajednice neke javne politike kao ograničenog i relativnog stabilnog skupa malog broja individua, tumačenju uspešnosti implementacije javne politike kao uslovljene jasnoćom i preciznošću jezika date javne politike i doslednošću u pridržavanju njenih pravila i smernica od strane onih koji je sprovode, proučavanjima koja imaju za cilj da doprinesu uspešnosti javnih politika i u teorijskom (na nivou njihove formulacije) i u praktičnom smislu (na nivou njihove implementacije i u smislu evaluacije ostvarenih rezultata javnih politika, odnosno provere emprijske uspešnosti javnih politika i ispitivanja faktora od kojih zavisi) (v. npr. Yanow 1987, 1993, 1995b, 1997).

u fokusu je antropologije javnih politika – nju zanimaju svi procesi, efekti, odnosi i akteri koji su povezani sa formulisanjem, usvajanjem i implementacijom javnih politika u svojoj njihovoj složenosti (Wedel et al. 2005, 43-44, Shore and Wright 2011, 4-8). Za razliku od drugih disciplina koje se bave proučavanjem javnih politika, antropologija akcenat ne stavlja isključivo na same javne politike, već pre na aktere koji učestvuju u svim procesima povezanim sa njima, kao i na njihovu interakciju (Wedel and Feldman 2005, 2). Zahvaljujući tome, antropologija je u stanju da objasni zašto javne politike nakon implementacije ne dovode do očekivanih ishoda koji su najčešće u suprotnosti sa prvobitnim namerama onih koji su ih formulisali (Wedel and Feldman 2005, 2, Shore and Wright 2011, 3-4).

Zbog sagledavanja kompleksnosti svih procesa u vezi sa javnim politikama i kompleksnosti odnosa među akterima koji su u njih uključeni u specifičnom socio-kulturnom kontekstu, antropologija javnih politika omogućava razumevanje javnih politika u njihovoj celosti (Wedel and Feldman 2005, 2). Antropološko proučavanje javnih politika se od proučavanja iste tematike u drugim disciplinama razlikuje po tri ključne stvari (Wedel et al. 2005, Wedel and Feldman 2005). Kao prvo, za antropologe javna politika predstavlja predmet analize, a ne neupitnu premisu istraživanja (Wedel and Feldman 2005, 2). Antropolozi nastoje da otkriju kako određene pretpostavke ostvaruju uticaj na identifikaciju problema čijem je prevazilaženju neka javna politika namenjena i na predložena rešenja tog problema, kao i na tok debata u vezi sa nekom javnom politikom (*Ibid.*, 2). Antropolozi dakle kritički preispituju javne politike i na taj način otvaraju mogućnost sagledavanja alternativnih viđenja problema i rešenja problema u odnosu na one koji su zastupljeni u nekoj javnoj politici. U okviru antropologije dominantni modeli tumačenja javnih politika koji postoje u drugim disciplinama (instrumentalistički, racionalni, pozitivistički) odbacuju se kao uprošćeni, netačni i nepotpuni, a umesto njih se predlažu procesualni modeli koji uzimaju u obzir svu kompleksnost javnih politika i koji služe kao njihovo korektivno sredstvo (*Ibid.*, 2, Shore and Wright 1997, 12, Wedel et al. 2005, 43). Osim toga, u antropologiji se prilikom proučavanja javnih politika ne upotrebljavaju ideologizovani diskursi

(globalizacije, privatizacije, demokratizacije itd.) niti dihotomije (privatno – javno, mikro – makro, globalno – lokalno, centralizovano – decentralizovano itd.) koji onemogućavaju sagledavanje kompleksnosti odnosa aktera koji učestvuju u procesima koji se tiču javnih politika (Wedel and Feldman 2005, 2, Wedel et al. 2005, 30, 43). Uvođenje antropologije i njenih saznanja o javnim politikama u studije javnih politika u stanju je da doprinese prevazilaženju ovih nedostataka studija javnih politika i razumevanju javnih politika u celosti.

3. 3. KRITIČKA MEDICINSKA ANTROPOLOGIJA

Kritička medicinska antropologija je jedan od teorijskih pristupa koji se razvija u okviru medicinske antropologije i koji fenomene u vezi sa bolešću, zdravljem i lečenjem sagledava u širem političkom i ekonomskom kontekstu povezujući mikro i makronivo analize (Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, Morsy 1979, Baer 1997). Kritička medicinska antropologija počiva na nekoliko pretpostavki. Kao prvo, u okviru ove perspektive smatra se da je razumevanje fenomena na mikronivou nemoguće bez razumevanja uticaja koji na njega vrši širi kontekst, ali i načina na koji se ovaj uticaj, koji je proizvod njihove interakcije, realizuje (*Ibid.*). Kao drugo, kritička medicinska antropologija smatra da je svetski kapitalistički sistem kontekst u kojem treba posmatrati sve pojave na lokalnom nivou, jer razvoj i globalno širenje kapitalizma tumači kao najznačajnije procese savremene epohe koji širom sveta, bez izuzetka, ostvaruju svoj uticaj u najrazličitijim segmentima društva i kulture (Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, 2009, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Baer 1997, 2004, 2008, 2011, Singer and Clair 2003, Singer et al. 2011, Singer and Baer 2009a, Farmer 2002, 2004). U skladu sa ovim pretpostavkama, kritička medicinska antropologija u proučavanju fenomena u vezi sa zdravljem, bolešću i lečenjem povezuje interpretacije, verovanja, prakse i iskustva na lokalnom nivou, među pripadnicima neke kulture, sa političkim i ekonomskim procesima na makronivou koji su posledica globalnog širenja kapitalizma (*Ibid.*). Kritičku medicinsku antropologiju zanima kakav efekat globalni političko-ekonomski procesi ostvaruju u oblasti zdravlja na makronivou i kakav je odgovor na ove uticaje na lokalnom nivou. Dimenzija kapitalizma na koju kritički

medicinski antropolozi stavljaju akcenat i kroz koju tumače pitanja i teme u vezi sa zdravljem jeste dimenzija moći. Kritički medicinski antropolozi smatraju da se odnosi moći i nejednakosti svojstveni kapitalističkom sistemu prenose u sve domene društva i kulture, uključujući i domen zdravlja (Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, Morsy 1979, Baer 1997, 2004). Fokus kritičkih medicinskih antropologa jeste na odnosima moći i nejednakosti koji se uspostavljaju na osnovu klasne pripadnosti, ali oni ne zanemaruju ni odnose moći i nejednakosti koji počivaju na rasi, etnicitetu, kasti, rodu, regiji i religiji.

3. 3. 1. RAZVOJ I OSNOVNE PRETPOSTAVKE KRITIČKE MEDICINSKE ANTROPOLOGIJE

Kao zaseban teorijski pristup u okviru medicinske antropologije, kritička medicinska antropologija je počela da se formira tokom sedamdesetih godina prošlog veka, mada se koreni perspektive političke ekonomije zdravlja koju zagovara mogu pratiti od sredine XIX veka.⁸³ Svest o društvenom poreklu bolesti koja je karakteristična za ovu perspektivu nije, međutim, imala uticaja na medicinsku antropologiju sve do 1970-tih godina kada je u okviru ove poddiscipline antropologije sve veći značaj počeo da se pridaje političko-ekonomskoj dimenziji, a ovaj trend zapaža se i u vidu pojave kritičke medicinske antropologije u istom ovom periodu (Singer 2004a, 24-25, Baer, Singer and Susser 2004, 38).⁸⁴ Kritička medicinska antropologija je nastala kao odgovor

⁸³ Začetnicima perspektive političke ekonomije zdravlja smatraju se Fridrih Engels (*Friedrich Engels*) i Rudolf Firhov (*Rudolf Virchow*) (Singer 2004a, 25, Baer, Singer and Susser 2004, 19). Firhov i Engels su uočili da se bolest ne može tumačiti isključivo kao biološki fenomen, jer društveni faktori igraju značajnu ulogu u njoj pojavi. Sredinom XIX veka Engels je napisao delo „Položaj radničke klase u Engleskoj“ (*„Die Lage der arbeitenden Klasse in England“*). U ovom delu Engels kao glavne uzroke učestale pojave bolesti i prerane smrti kod radničke klase u Engleskoj identifikuje loše uslove rada i života: ograničenu proizvodnju u kapitalizmu, loše uslove stanovanja, prenaseljenost gradova, lošu ventilaciju, hroničnu nestašicu hrane, preteranu konzumaciju alkohola, lošu raspoređenost lekara (Baer 1982, 2, Baer, Singer and Susser 2004, 53). Prema Engelsu, loše zdravstveno stanje radnika u industrijskom kapitalizmu potiče od represivne klasne strukture koja mu je svojstvena i zbog koje se radnička klasa nalazi u izuzetno lošem položaju, koji, između ostalog, zbog svega nabrojanog, dovodi do česte pojave bolesti i prerane smrti. Firhov je, proučavajući nekoliko epidemija koje se u Nemačkoj pojavile tokom 1840-tih, uočio da materijalni uslovi svakodnevnog života ljudi na poslu, u kući i u širem društvu utiču na pojavu bolesti – što su ovi uslovi nepovoljniji, mogućnost pojave bolesti je veća. (Baer, Singer and Susser 2004, 54). Stoga je Firhov razvio multifaktorijalnu teoriju etiologije bolesti koja je povezivala bolest, invaliditet i preranu smrt sa ekonomskom deprivacijom i nedostatkom političke moći (Baer 1982, 2).

⁸⁴ Prvi napor da se u okviru medicinske antropologije uspostavi kritička perspektiva vezuje se za simpozijum „Mesta i utopije u zdravstvu“ (*„Topias and utopias in health“*), koji je održan 1973. godine i koji je rezultirao objavljivanjem istoimenog zbornika (Baer, Singer and Susser 2004, 38, Singer 2004a, 24). 1979. godine Sohir Morsi (*Soheir Morsy*) je objavila članak pod nazivom „Karika koja nedostaje u medicinskoj antropologiji: politička ekonomija zdravlja“ (*„The missing link in medical anthropology: the political economy of health“*) u kojem je ukazala na nedostatke medicinske antropologije ističući važnost sagledavanja tema u vezi sa zdravljem, bolešću i lečenjem u političko-ekonomskom kontekstu (Morsy 1979). 1982. godine Hans Baer (*Hans Baer*) je uradio pregled literature napisane iz perspektive političke

na tadašnje stanje u okviru medicinske antropologije. U toku prve faze svog razvoja kritička medicinska antropologija je dala kritiku koncepata, teorija i ciljeva konvencionalne medicinske antropologije i umesto njih ponudila alternativne ideje u vezi sa proučavanjem domena zdravlja u okviru antropologije (Singer 1995, 81). Od svog zasnivanja u 1950-tim medicinska antropologija je pretežno bila fokusirana na mikronivo, odnosno na proučavanje verovanja i ponašanja u vezi sa zdravljem, bolešću i lečenjem na lokalnom nivou, u datoj kulturi, sagledavajući, pored kulturnih, i uticaj psiholoških faktora, kao i prirodnog okruženja, na verovanja i ponašanja u oblasti zdravlja (Singer 2004a, 24, Baer, Singer and Susser 2004, 19).⁸⁵ Kritički orijentisani medicinski antropolozi su istakli da je u medicinskoj antropologiji zanemaren makronivo, odnosno širi politički i ekonomski kontekst u okviru kojeg proučavane zajednice postoje (Singer 1989, 1990, Baer and Singer 1989, Baer, Singer and Johnsen 1986). Medicinska antropologija je, kako kritički orijentisani medicinski antropolozi zapažaju, naglasak stavljala na ritualne i simboličke aspekte kulture, a zanemarivala političku i ekonomsku dimenziju te je stoga u njenim okvirima dominirao kulturni determinizam u objašnjavanju pojava i fenomena iz oblasti zdravlja, dok su političke i ekonomske determinante bolesti i zdravlja u potpunosti bile izostavljene iz proučavanja, čak i one koje postoje na lokalnom nivou (Singer 1989, 1990, 2004a,

ekonomske zdravlja koja je u to vreme bila razvijena u disciplinama kao što su sociologija, ekonomija, istorija, političke nauke, medicina, javno zdravlje, ali ne i u antropologiji, što je nedostatak čije je prevazilaženje Baer ocenio kao prioritet (Baer 1982). Iste godine Hans Baer i Meril Singer (*Merrill Singer*) su upotrebili termin kritička medicinska antropologija da označe perspektivu političke ekonomije zdravlja u antropologiji, a termin su kasnije usvojili svi oni antropolozi koji su bili zainteresovani za proučavanje fenomena iz oblasti zdravlja, bolesti i lečenja posmatranih u kontekstu politike i ekonomije (Baer, Singer and Susser 2004, 37). Rad kritičkih medicinskih antropologa inspirisan je radom Visentea Navara (*Vicente Navarro*) i drugih zastupnika perspektive političke ekonomije zdravlja, ali odlučujući uticaj na kritičku medicinsku antropologiju izvršili su Fridrih Engels, Karl Marks (*Karl Marx*), Čarls Rajt Mils (*Charles Wright Mills*), koji su inspirisali i zastupnike perspektive političke ekonomije zdravlja, kao i teoretičari Frankfurtske škole i drugi dijalektički materijalisti kao što su Moris Godelije (*Maurice Godelier*), Emanuel Teri (*Emmanuel Terray*), Džozel Kan (*Joel Kahn*), Hozep Ljobera (*Josep Llobera*), Beri Hajndes (*Barry Hindess*), Pol Hrst (*Paul Hirst*) (Baer, Singer and Johnsen 1986, 95, Baer, Singer and Susser 2004, 37).

⁸⁵ Iako tek od polovine XX veka u antropologiji počinju da se javljaju prvi radovi čiji je primarni cilj proučavanje fenomena iz oblasti zdravlja, i ranije je ova oblast bila proučavana u okviru antropologije, ali ne kao glavni i jedini predmet interesovanja, već kao jedan od aspekata kultura koje su antropolozi proučavali i koje su privlačile njihovu pažnju, pored religije, srodstva, društvenog uređenja, itd. (Baer, Singer and Susser 2004, 19).

Singer and Baer 1989). Iako kritička medicinska antropologija ne zanemaruje značaj ovih proučavanja koji pružaju uvid u prirodu, odlike i funkcije kulturnih modela u oblasti zdravlja, ona ih, usled zanemarivanja političkog i ekonomskog konteksta, smatra nepotpunim. Kritička medicinska antropologija nastoji da inkorporira mikronivo analize u širi kontekst koji se tiče regionalnog, nacionalnog i globalnog nivoa i na kojem kao faktor koji u najvećoj mogućoj meri utiče na živote ljudi identifikuje kapitalizam, njemu svojstven način proizvodnje i društvene odnose nejednakosti. Kritičku medicinsku antropologiju zanima ispitivanje uticaja kapitalizma, a prvenstveno klasne nejednakosti koja mu je svojstvena, na domen zdravlja u nekoj kulturi, počev od značenja koja se pridaju fenomenima u ovoj oblasti, preko donošenja odluka i načina ponašanja pojedinaca koja se tiču zdravlja, bolesti i lečenja, do ustrojstva sistema zdravstvene zaštite i nege (Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, 2009, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Baer 1997, 2004, 2008, 2011, Singer and Clair 2003, Singer et al. 2011, Singer and Baer 2009a, Farmer 2002, 2004). Kritička medicinska antropologija kulturu povezuje sa pitanjem moći, kontrole, otpora i sukoba.

Druga kritika koju su kritički orijentisani medicinski antropolozi uputili medicinskoj antropologiji tiče se načina na koji se u njenim okvirima tumače društveni odnosi. U okviru medicinske antropologije društveni odnosi su tumačeni kao veze između pojedinaca koje odlikuju reciprocitet, razmena i podrška, a ne kao strukturisana konfiguracija odnosa baziranih na moći (Singer 1990, 197, Singer 1989, 1194). U skladu sa tim, u okviru medicinske antropologije postoji shvatanje prema kojem je odnos između lekara i pacijenta odnos jednakosti (Singer 1990, 179). Kritički orijentisani medicinski antropolozi zastupaju drugačije shvatanje: oni smatraju da između lekara i pacijenta postoji odnos nejednakosti koji je determinisan od strane šireg polja klasnih i drugih odnosa moći koji su implicitno ili eksplicitno inkorporirani u kliničko okruženje (*Ibid.*, 179). Odnosi moći, kako kritički medicinski antropolozi ističu, postoje u svim segmentima društva pa tako i u oblasti zdravlja, bolesti i lečenja.

Još jedna od kritika koju su kritički orijentisani medicinski antropolozi uputili medicinskoj antropologiji tiče se fokusa koji se u okviru nje stavlja na kulturno

konstruisana značenja i uticaj koji oni ostvaruju u oblasti kliničke prakse i u interakciji između pacijenata i lekara i drugog medicinskog osoblja (*Ibid.*, 180). U okviru medicinske antropologije ukazuje se na to da lekari i pacijenti pripadaju različitim semantičkim svetovima, odnosno da ne dele ista značenja, i da je zadatak medicinske antropologije da posreduje u njihovoj komunikaciji u ulozi kulturnog prevodioca. Međutim, kako kritički medicinski antropolozi zapažaju, kulture ne konstruišu samo značenja nego i ideologije koje utiču na ova značenja i koje prikrivaju političke i ekonomske realnosti (*Ibid.*, 180). Kritička medicinska antropologija nastoji da prouči uticaj koji ideologija ostvaruje na kulturna značenja i efekte tog uticaja.

Na ovo se nadovezuje se kritika koju kritički medicinski antropolozi upućuju medikalizaciji medicinske antropologije. Naime, medicinska antropologija je pomogla da se utvrdi i osnaži monopol koji biomedicina ima u svim savremenim društvima (*Ibid.*, 181, Singer 1989, 1194). Medicinska antropologija, a pogotovo njena poddisciplina klinička antropologija, nije zauzimala kritički stav prema biomedicini i nije se bavila preispitivanjem njenih političko-ekonomskih dimenzija i funkcija kao što su ostvarivanje profita, društvena kontrola, reprodukovanje klasnih i drugih odnosa moći, medikalizacija društvenih problema, strukturne nejednakosti u oblasti zdravstvene nege itd. (Singer 1989, 1194-1195). Na taj način su strukture moći u oblasti zdravlja u okviru medicinske antropologije ostale neispitane, čime je medicinska antropologija pomogla depolitizaciju političkih tema u ovoj oblasti. Postoji nekoliko razloga koji su doveli do ovakvog stanja u medicinskoj antropologiji. Iako je interesovanje za izučavanje oblasti zdravlja, bolesti i lečenja u antropologiji postojalo još od samih njenih začetaka, nastanak medicinske antropologije kao zasebne poddiscipline bilo je rezultat angažmana antropologa zainteresovanih za ovu oblast proučavanja, najpre u okviru javnog zdravlja u zemljama Trećeg sveta koje su tada bile kolonije, a onda i u kliničkim uslovima globalno (Baer, Singer and Susser 2004, 20, Singer 1990, 181, Singer 1989, 1195). U ovakvom kontekstu medicinska antropologija je gradila svoj identitet kao kulturni prevodilac, čime je trebalo da olakša globalno širenje biomedicine, a kasnije i da je, zbog njenog birokratskog karaktera, učini humanijom. Iako su ciljevi zbog koji su

medicinski antropolozi u tome učestvovali bili plemeniti, kao što su potpomaganje poboljšanja zdravstvenog stanja populacija, humanizacija odnosa između lekara i pacijenta i sl., kolonijalno nasleđe medicinske antropologije se ne može poreći (Baer, Singer and Susser 2004, 21). Istraživanja u oblasti medicinske antropologije bila su finansirana od strane kolonijalnih sila i kao takva ona su podržavala interese ovih sila – globalno širenje njihovog uticaja i moći koje je, između ostalog, podrazumevalo i globalno širenje biomedicine (*Ibid.*, 21). To je dovelo do toga da biomedicina nije kritički preispitivana od strane medicinskih antropologa, nego je tumačena kao vrednosno neutralna.⁸⁶ Uostalom, medicinska antropologija je na osnovu povlašćenog statusa biomedicine u društvu, a putem bliskosti sa njom, nastojala da sebi obezbedi sličan društveni položaj (Singer 1989, 1195, Singer 1990, 181). Osim što je ostavilo političke i ekonomske dimenzije biomedicine neispitanim, ovo je takođe uslovalo razvoj medicinske antropologije po ugledu na biomedicinu (Singer 1989, 1195, Baer 1986, 63-65). Zbog toga je medicinska antropologija holizam svojstven disciplini u celini zamenila redukcionizmom u pogledu podele rada i znanja, nalik biomedicini. Specijalizacija po ugledu na biomedicinu u okviru medicinske antropologije je postavila prepreke za razvoj kritičke perspektive koja bi umesto delova sagledala celinu, odnosno političko-ekonomski kontekst u okviru kojeg biomedicina postoji.

Konačno, kritički medicinski antropolozi kritikuju ekološki redukcionizam i adaptacionizam koji je prisutan u medicinskoj antropologiji, tačnije medicinsko-ekološkoj teoriji u okviru ove poddiscipline antropologije (Singer 1989, 1990, Baer, Singer and Susser 2004). U okviru ovog pristupa fizičko okruženje se tumači kao prirodno, kao nezavisno od političkih i ekonomskih faktora (Singer 1989, 1194, Singer 1990, 180, Baer, Singer and Susser 2004, 32-26). U skladu sa tim, zdravlje i bolest se tumače kao odgovori ljudi na fizičko okruženje u kojem žive, odnosno kao oblici adaptacije, koja može biti biološka i bihevioralna (*Ibid.*). U okviru medicinske antropologije se ne sagledava uticaj koji politički i ekonomski faktori imaju na

⁸⁶ U okviru medicinske antropologije biomedicina je tumačena isključivo kao nauka koja je objektivna i vrednosno neutralna, a ne kao deo šire kulture, kao što je to slučaj sa etnomedicinom (Singer 1990, 181).

okruženje putem posrednog uticaja na ljude koji na njega utiču u fizičkom smislu, a to dalje maskira društveno poreklo bolesti i zdravlja. Ovo dovodi do toga da se odgovornim za sopstveno zdravlje/bolest smatra isključivo pojedinac (*Ibid.*). Kritički medicinski antropolozi ukazuju na to da se ljudi ne prilagođavaju toliko prirodi koliko je transformišu, a transformišu je tako da bude u skladu sa društvenom stvarnosti (Singer 1990, 180). Zbog toga je veoma važno razmotriti političke i ekonomske faktore koji utiču na način na koji ljudi utiču na okruženje, a posredstvom okruženja i na pojavu bolesti/zdravlja u populaciji, faktore kao što su vlasništvo nad sredstvima za proizvodnju, ostvarivanje profita, rasna i rodna represija itd. (Singer 1990, 180, Singer 1989, 1194). Bolest i zdravlje nisu prirodni, već društveni fenomeni.

Kritička medicinska antropologija je dakle nastala tokom 1960-tih i 1970-tih godina kao odgovor i reakcija na tadašnje stanje u okviru medicinske antropologije (Singer 1989, 1990, 1995, 2004a, Baer and Singer 1989, Baer, Singer and Johnsen 1986, Baer, Singer and Susser 2004). Kritički medicinski antropolozi su istakli važnost sagledavanja uticaja političkih i ekonomskih faktora na zdravlje, bolest i lečenje, odnosno važnost povezivanja mikro i makronivoa u analizi. Ovi autori ne negiraju značaj mikroanaliza bolesti, zdravlja i lečenja, ali smatraju da je na taj način nemoguće sagledati uticaj šireg konteksta koji determiniše pojave na lokalnom nivou. Pored toga, kritički medicinski antropolozi ukazali su na to je prirodna sredina i društvena i da ljudi ne samo da se prilagođavaju prirodi nego i da je transformišu (Singer et al. 2011, Singer 1989, 1990, Baer, Singer and Susser 2004). Iako njihov uticaj na prirodu nije neograničen i iako su posledica njihovog uticaja često nepredvidive, uticaj ljudi na prirodu je nameran i ne može se negirati. Otuda se bolest i zdravlje ne mogu shvatiti kao prirodni fenomeni, odnosno kao posledice prilagođavanja prirodi, nego kao fenomeni čiji je poreklo društveno. Glavni društveni faktor koji utiče na zdravlje i bolest jeste kapitalizam i njemu svojstveni odnosi moći i nejednakosti, a prvenstveno oni utemeljeni na klasi (Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, 2009, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Baer 1997, 2004, 2008, 2011, Singer and Clair 2003, Singer et al. 2011, Singer and Baer 2009a, Farmer 2002, 2004). Prema

kritičkim medicinskim antropolozima, asimetrija moći je ključna odlika društvenih odnosa, a ne jednakost, ravnopravnost, reciprocitet. Ispitivanjem političke i ekonomske dimenzije koja prevazilazi lokalni nivo i odnose nejednakosti koji je karakterišu, kritički orijentisani medicinski antropolozi nastoje da ponude jednu drugačiju perspektivu u proučavanju fenomena iz oblasti zdravlja u okviru medicinske antropologije, koja je, kako ovi autori zapažaju, do sada bila u službi interesa kapitalizma i biomedicine (v. Singer 1989, 1990, Baer, Singer and Susser 2004). Osim toga, ovi autori nastoje da poboljšaju zdravstveno stanje proučavanih populacija putem primene saznanja do kojih dolaze – kritička medicinska antropologija je i primenjena disciplina (Singer 1990, 1995, Baer 1997, Baer, Singer and Johnsen 1986, Baer, Singer and Susser 2004, Pfeiffer and Nichter 2008). Kritička medicinska antropologija je holistička, istorijska, ali prvenstveno politička perspektiva, jer: prepoznaje da zdravlje predstavlja političko pitanje; prepoznaje i kritikuje kolonijalističko nasleđe antropologije i tendenciju medicinske antropologije da služi interesima kapitalizma i biomedicine; dovodi u pitanje tvrdnje o nepristrasnom naučnom znanju, čiju društvenu, istorijsku i političku uslovljenost uviđa; priznaje fundamentalni značaj klasne, rasne i rodne neravnopravnosti u oblasti zdravlja; moć definiše kao najznačajniji faktor koji determiniše istraživanja i formulisanje zdravstvenih javnih politika; izbegava artificijelnu podelu između mikro i makrokonteksta; cilj joj je ne samo da razume represivne i eksploatatorske paterne u oblasti zdravlja (i šire) nego i da ih promeni; posvećenost promeni vidi kao ključni zadatak discipline (Singer 1995, 81).

3. 3. 2. KLJUČNI KONCEPTI I TEME U OKVIRU KRITIČKE MEDICINSKE ANTROPOLOGIJE

Ključni koncepti i teme koje su predmet interesovanja medicinskih antropologa su: zdravlje, bolest, iskustvo bolesti, medicinski sistem, medicinski pluralizam, biomedicina, medikalizacija, medicinska hegemonija, sindemija (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 2004a). U ovom delu rada biće predstavljena značenja koja se pridaju ovim pojmovima u okviru kritičke medicinske antropologije.

3. 3. 2. 1. ZDRAVLJE

Prema kritičkim medicinskim antropolozima, definicija zdravlja u kapitalističkim društvima uslovljena je klasnom društvenom strukturom, jer nejednaka raspodela moći među klasama u ovim društvima uslovljava nejednake mogućnosti za ostvarivanje stanja zdravlja za pripadnike različitih klasa (Baer, Singer and Susser 2004, 4-5).⁸⁷ Zbog nejednakog pristupa sistemu zdravstvene zaštite, kao i drugih klasno uslovljenih faktora koji utiču na zdravlje kao što su uslovi života i rada, kritički medicinski antropolozi zdravlje definišu kao „pristup i kontrolu nad osnovnim materijalnim i nematerijalnim resursima koji omogućavaju održanje i promovisanje

⁸⁷ Pripadnicima niže klase umanjene su mogućnosti za ostvarivanje zdravlja zbog njihovog društvenog položaja i ekonomske deprivacije, dok su više klase u tom pogledu privilegovane. Osim toga, karakter sistema zdravstvene zaštite oblikovan je pod uticajem dominantnih društvenih grupa izvan zdravstvenog sektora koje vodi želja za ostvarivanjem profita (Baer, Singer and Susser 2004, 5). Interes kapitalističke klase, koji određuje sistem zdravstvene zaštite, dovodi do ograničavanja pristupa siromašnih klasa ovom sektoru i tako sprečava ostvarivanje stanja zdravlja kod njenih pripadnika.

života na visokom nivou satisfakcije“ (*Ibid.*, 5; Singer 2004a, 26). Klasna pripadnost nije, međutim, jedini faktor čiji uticaj na zdravlje kritički medicinski antropolozi sagledavaju nego i uticaj svih drugih odnosa nejednakosti i diskriminacije (na rasnoj, rodnoj, religijskoj, etničkoj osnovi) i ostalih faktora koji su svojstveni kapitalističkim društvima (siromaštvo, društvena trauma, strukturno nasilje, primoranost da se živi i/ili radi u opasnom i toksičnom okruženju itd.) (Singer 2004a, 26).⁸⁸

3. 3. 2. 2. BOLEST

U okviru kritičke medicinske antropologije bolest se tumači i kao prirodni i kao društveni fenomen (Singer 1986, 1989, 1990, 2004a, Baer, Singer and Susser 2004). Iako predstavlja univerzalno ljudsko iskustvo, bolest se, kako kritički medicinski antropolozi napominju, razlikuje u različitim društvima zbog različitih geografskih, klimatskih, organskih, ali i društvenih faktora. Bolest nije samo posledica delovanja patogenih mikroorganizama, fizioloških ili psihičkih poremećaja ili dobrovoljno preduzetog ponašanja rizičnog po zdravlje, već može biti i posledica postojanja represivnih društvenih odnosa, odnosa nejednakosti i eksploatacije, kao što je to slučaj

⁸⁸ Strukturno nasilje je termin koji se često koristi u kritičkoj medicinskoj antropologiji i o kojem je najviše pisao Pol Farmer (*Paul Farmer*) (v. npr. Farmer et al. 2006, Farmer 2002, 2004). Strukturno nasilje je termin koji je 1969. godine prvi upotrebio norveški naučnik Johan Galtung (*Johan Galtung*), začetnik studija mira (Singer 2009, Farmer 2004, Farmer et al. 2006). Galtung je pojam strukturno nasilje koristio da označi društvena ograničenja koja predstavljaju prepreku ostvarenju ljudskih potencijala, a koja potiču od ekonomskih i političkih struktura, kao što su nejednak pristup resursima koji su neophodni za preživljavanje ili za ostvarivanje određenog kvaliteta života, za sticanje političke moći, ili nejednak pristup obrazovanju, informacijama, zdravstvenoj zaštiti, nejednak pravni status, diskriminacija u bilo kojoj sferi svakodnevnog života itd. (Singer 2009, 140, Farmer et al. 2006, 1686). Termin strukturno nasilje su od Galtunga prihvatili liberalni teolozi, a onda i društveni naučnici koji se bave istraživanjem tema u vezi sa zdravljem (Singer 2009, Farmer 2004, Farmer et al. 2006). Strukturno nasilje se dakle ispoljava u vidu nemogućnosti zadovoljenja osnovnih ljudskih potreba koje potiče od društvenih, političkih i ekonomskih struktura. Strukturno nasilje je utemeljeno u društvene strukture, normalizovano od strane društvenih institucija i zahvaljujući svakodnevnom iskustvu (Farmer et al. 2006, 307). Ono je veoma blisko društvenoj nepravdi i društvenoj represiji (*Ibid.*, 307, Singer 2009, 140, Farmer 2004, 307).

u kapitalizmu (*Ibid.*). U kritičkoj medicinskoj antropologiji akcent se stavlja upravo na društveno poreklo bolesti: u proučavanju etiologije bolesti kritički medicinski antropolozi fokus stavljaju na loše uslove života u kojima živi radnička klasa koji su posledica društvenih odnosa nejednakosti, odnosno eksploatacije pripadnika ove klase od strane kapitalističke klase.⁸⁹

3. 3. 2. 3. ISKUSTVO BOLESTI

Oslanjajući se na rad Margaret Lok (*Margaret Lock*) i Nensi Šeper-Hjuz (*Nancy Scheper-Hughes*), kritički medicinski antropolozi iskustvo bolesti tumače kao društveni produkt koji se formira u interakciji između društveno konstruisanih značenja i političko-ekonomskih faktora koji oblikuju svakodnevni život (Singer 1990, 2004a, Baer, Singer and Susser 2004).⁹⁰ Kritički medicinski antropolozi nastoje da sagledaju

⁸⁹ U proučavanju etiologije bolesti kritički medicinski antropolozi povezuju mikroparazitizam sa makroparazitizmom (Singer 1986, 1989, 1990, 2004a, Baer, Singer and Susser 2004). Mikroparaziti su biološki patogeni kao što su bakterije, virusi, geni, dok su makroparaziti veći organizmi koji žive na račun drugih organizama. U svetu ljudi najveći makroparaziti su, kako kritički medicinski antropolozi ističu, drugi ljudi. Ovi autori smatraju da je sa pojavom kapitalističkog sistema, u kojem postoji struktura klasnih odnosa nejednakosti, makroparazitizam postao institucionalizovan. U kapitalističkom sistemu kapitalistička klasa živi na račun radničke klase zahvaljujući njenoj eksploataciji. Loši uslovi u kojem radnička klasa živi i koji su posledica društvenih odnosa nejednakosti vrlo često dovode do pojave bolesti koja je u krajnjoj instanci nastala kao posledica delovanja mikroparazita, ali je u osnovi uzrokovana strukturom društvenih odnosa koja postoji na makronivou.

⁹⁰ U tumačenju iskustva bolesti kritički medicinski antropolozi se rukovode radom Margaret Lok i Nensi Šeper-Hjuz, autorkama koje zastupaju kritičko-interpretativni pristup u okviru medicinske antropologije. U svom čuvenom radu „Promišljeno telo: prolegomena za buduća istraživanja u medicinskoj antropologiji“ („*The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*“) ove dve autorke daju kritiku kartezijanske podele između duše i tela (Scheper-Hughes and Lock 1987). Prema ovom stanovištu koje dominira u zapadnim društvima, telo i duša predstavljaju dva odvojena aspekta ljudskog postojanja, materijalni i konceptualni, koji su jasno razdvojeni i međusobno suprotstavljeni. Lok i Šeper-Hjuz ovakvo shvatanje dovode u pitanje. One smatraju da se telo ne može posmatrati isključivo kao materijalna, biološka datost, već da je ono i društveno i kulturno konstruisano. U okviru svake kulture postoje određene predstave o telu koje utiču na individualna poimanja tela: pojedinac ne poseduje svest o telu nezavisno od kulturnih koncepata, ideja, tumačenja, vrednosti, uverenja. Kontekst, međutim, ne utiče samo na iskustvo telesnosti nego i na materijalnost tela. Pored kulturnih konceptualizacija, na telo utiču i odnosi moći koji postoje u datom društvu, kako ove dve autorke ističu.

uticaj odnosa moći i nejednakosti, represije i eksploatacije karakterističnih za kapitalistička društva na individualno iskustvo bolesti (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 1990, Singer 2009). Međutim, kritički medicinski antropolozi ne smatraju da je individualno iskustvo bolesti u potpunosti determinisano strukturom društvenih odnosa: iako često pasivno prihvataju uticaj šireg konteksta u poimanju iskustva bolesti, pojedinci takođe mogu pružiti otpor delovanju ovog uticaja i zastupati alterantivna viđenja koja mogu biti i katalizatori društvenih promena (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 1989, 1990, 184).

3. 3. 2. 4. MEDICINSKI SISTEM

Medicinski sistem je sistem koji postoji u svakom društvu i koji predstavlja reakciju na bolest u okviru datog društva. On se sastoji iz uverenja i praksi koji promovišu zdravlje i eliminišu bolest i u čijoj se osnovi nalazi dijada lekar – pacijent (Baer, Singer and Susser 2004, 10; Baer, 2004, 109). Medicinski sistemi se razlikuju u različitim društvima u zavisnosti od kulturnih pretpostavki, ideja, značenja, uverenja i vrednosti koje su u njima zastupljene (Baer, Singer and Susser 2004, 8). U preindustrijskim društvima medicinski sistem je integrisan u širi društveni kontekst i nije jasno odvojen od drugih društvenih sistema kao što su religija, politika itd. (*Ibid.*, 8). U industrijskim društvima medicinski sistem je naizgled odvojen od drugih društvenih sistema u smislu da se praksa lekara i drugog medicinskog osoblja tiče samo promocije zdravlja i lečenja, ali je, materijalno i simbolički, povezan sa drugim društvenim sistemima koji na njega utiču (*Ibid.*, 8). Svaki medicinski sistem se sastoji iz sistema teorije bolesti i sistema zdravstvene nege (Foster and Anderson 1978, 36-38, citirano u Baer, Singer and Susser 2004, 9). Sistem teorije bolesti obuhvata tumačenja zdravlja i uzroka bolesti. U pogledu sistema teorije bolesti može se napraviti razlika između personalističkih i naturalističkih medicinskih sistema, pri čemu oni među

sobom ne moraju biti isključivi (*Ibid.*). Personalistički medicinski sistemi su oni u kojima se uzročnicima bolesti smatraju bića – natprirodna, neljudska ili ljudska, dok su naturalistički oni u okviru kojih se bolest tumači kao posledica neravnoteže između određenih elemenata u telu (*Ibid.*). Sistem zdravstvene nege obuhvata društvene odnose između osobe koja leči i osobe koja je lečena. U preindustrijskim, indigenim društvima ovaj odnos može biti odnos dve osobe – one koja leči i one koje je lečena, ili mogu biti uključene i osobe koje asistiraju izlečitelju (*Ibid.*). U kompleksnim društvima ovaj odnos dopunjen je učestvovanjem raznih drugih aktera, i onih koji asistiraju u lečenju i onih koji pružaju podršku pacijentu, i odvija se u razrađenoj birokratskoj strukturi – bolnici, klinici, ambulanti itd. (*Ibid.*).

3. 3. 2. 5. MEDICINSKI PLURALIZAM

Medicinski pluralizam je fenomen koji podrazumeva postojanje više medicinskih sistema u okviru jednog društva, a javlja se samo u onim društvima koja su kompleksna, odnosno u društvima sa državom (Baer 2004, 2008, 2011, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986). Medicinski sistemi koji postoje u okviru jednog društva mogu međusobno mogu biti u kooperativnom ili kompetitivnom odnosu, u zavisnosti od postojećih društvenih odnosa koje reflektuju (*Ibid.*). U kapitalističkim društvima, kako kritički medicinski antropolozi ističu, medicinski pluralizam reflektuje odnose hijerarhije koji postoje u društvu i koji mogu biti utemeljeni na klasi, kasti, rasi, etnicitetu, rodu, religiji, regiji (Baer 2011, 413, Baer 2004, 111, Baer, Singer and Susser 2004, 9). Početkom XX veka biomedicina je stekla dominantan i povlašćen položaj u odnosu na druge medicinske podsisteme koji postoje u kompleksnim društvima, a takav status poseduje i danas, zbog čega se, kada je reč o modernim društvima sa državom, ne može govoriti o ravnopravnosti među različitim medicinskim podsistemima (Baer 2004, 2008, 2011, Baer, Singer and Johnsen 1986,

Baer, Singer and Susser 2004, Singer 1986). Biomedicina podržava interese kapitalističke klase, dok kapitalistička klasa, uz pomoć podrške vladajućih elita, biomedicini obezbeđuje povlašćen položaj koji je garantovan i zakonski (Baer 2004, 2008, 2011, Baer, Singer and Johnsen 1986, Baer, Singer and Susser 2004, Singer 1986).⁹¹ Međutim, dominacija biomedicine nikada nije bila apsolutna. Država, koja primarno služi interesima kapitalističke, korporativne klase, s vremena na vreme mora da učini ustupke i obezbedi prava podređenim grupama, odnosno drugim medicinskim sistemima koji postoje u društvu kako bi održala klasni društveni poredak i kapitalistički način proizvodnje (Baer 2004, 111, Baer 2011, 414, Baer 2008, 252).⁹² Osim toga, sami pojedinci dovode u pitanje dominaciju biomedicine priklanjajući se alternativnim medicinskim sistemima (Baer 2004, 2008, 2011, Baer, Singer and Susser 2004).⁹³

3. 3. 2. 6. BIOMEDICINA

Biomedicinu, kao i druge teme kojima se bave, kritički medicinski antropolozi proučavaju u kontekstu kapitalističkog sistema. Prema kritičkim medicinskim antropolozima, biomedicina, i na nivou teorije i na nivou prakse, podržava vrednosti i

⁹¹ Zakoni biomedicini obezbeđuju monopol nad određenim medicinskim praksama, pri čemu ograničavaju ili zabranjuju medicinske prakse drugih medicinskih sistema.

⁹² Tako su neki medicinski sistemi zakonski stekli prava na punu praksu (npr. homeopatija u Velikoj Britaniji, osteopatija u Sjedinjenim Državama, ajurveda i unani u Indiji) ili prava na ograničenu praksu (npr. kiropraktika, naturopatija i akupunktura u Severnoj Americi, mnogim evropskim i azijskim državama, Australiji). Međutim, na alternativne medicinske sisteme se vrši pritisak da svoje učenje, praksu, obuku i organizaciju oblikuju u skladu sa korporativnom ideologijom i kovencionalnim medicinskim modelom institucionalne organizacije, što i oni sami vrlo često dobrovoljno čine kako bi opstali i prosperirali (Baer 2011, 413-414).

⁹³ Obično su to pripadnici niže klase, žene, rasne i etničke manjine koji na taj način žele da dovedu u pitanje ne samo dominaciju biomedicine nego i dominaciju korporativne klase i njenih političkih saveznika (Baer 2004, 2008, 2011, Baer, Singer and Susser 2004). Pored toga, ka alternativnim medicinskim sistemima ljude okreće i nemogućnost medicine da izleči brojne bolesti. Dominaciju biomedicine dovodi u pitanje i preispitivanje njenih praksi i zdravstvenih politika u akademskim krugovima i nevladinom sektoru (*Ibid.*).

ciljeve kapitalizma i dominantne kapitalističke klase (Singer 1989, 1990, 2004a, 2009, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986). Za kritičke medicinske antropologe, kao i za druge marksistički orijentisane autore koji se bave proučavanjem fenomena iz oblasti zdravlja, biomedicina je buržoaska medicina: ona promoviše hegemoniju kapitalističkog društva, a posebno hegemoniju kapitalističke klase (Singer 1986, 129). Biomedicina nije prvenstveno skup znanja, procedura i tretmana, već skup društvenih odnosa i ideologije koja im daje legitimitet. Biomedicina je svoj dominantni položaj u Evropi i Severnoj Americi ostvarila upravo sa pojavom industrijskog kapitalizma i zahvaljujući pomoći koju je pružila vladajućoj klasi, a hegemonija koju danas uspostavlja na svetskom nivou posledica je povezanosti sa kapitalizmom i odvija se paralelno sa njegovim globalnim širenjem (Baer, Singer and Susser 2004, 13-15). Poznatno je da je biomedicina od samih svojih začetaka bila u službi kapitalizma i da njen nastanak koincidira upravo sa pojavom kapitalizma (Baer, Singer and Susser 2004, 13, Baer, Singer and Johnsen 1986, 99, Navarro 1980, 199). Istraživanja u oblasti biomedicine bila su finansirana od strane velikih fondacija još od početka XX veka kao što su npr. Rokfeler (*Rockefeller*) i Karnegi (*Carnegie*), a isti slučaj je i danas: velike fondacije i korporacije finansiraju istraživanja u okviru biomedicine, a takođe utiču na uređenje zdravstvenog sektora u celini i na donošenje javnih politika u oblasti zdravlja (Baer, Singer and Susser 2004, Elling 1981, Waitzkin 2003). Uticaj koji velike korporacije i fondacije vrše na biomedicinu doveo je do toga da se u tumačenju bolesti u okviru biomedicine akcenat stavlja na patofiziologiju, kao i na kurativni, a ne preventivni pristup bolesti (Baer, Singer and Susser 2004, 13). U okviru biomedicine bolest se tumači kao posledica delovanja patogenih mikroorganizama, fiziološkog ili psihičkog poremećaja ili dobrovoljno preduzetog ponašanja rizičnog po zdravlje i locira se isključivo u telu, kao patološka lezija na obolelom organu (Baer, Singer and Susser 2004, 12-13, Navarro 1980, 196-199). Ovakvo tumačenje bolesti dovodi do zanemarivanja političkih, ekonomskih i društvenih faktora koji učestvuju u njenom nastanku. Na taj način biomedicina potpomaže postojanje i dominaciju kapitalizma i njemu svojstvenih odnosa nejednakosti čiji efekti na zdravlje ljudi ostaju neispitani i

nepromenjeni. Ona štiti interese dominantne kapitalističke klase i opravdava njenu eksploataciju potlačenih klasa. Odnosi moći i nejednakosti koji su svojstveni kapitalizmu i koje biomedicina potpomaže/opravdava/mistifikuje reprodukuju se i na nivou njenih institucija u sistemu zdravstvene zaštite. Ovo se odnosi na bolnice i klinike i hijerarhiju koja se uspostavlja među njihovim osobljem, ali i na odnos između lekara i pacijenta koji odlikuje asimetrija moći (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 2004a, Baer, Singer and Johnsen 1986, Waitzkin 1979, 1986, 1989, Elling 1981, Navarro 1980).

Osim putem mistifikovanja i reprodukovanja odnosa nejednakosti, biomedicina potpomaže kapitalizam podsticanjem ostvarivanja profita. Ovaj cilj ona ostvaruje stavljanjem akcenta na lečenje, a ne na prevenciju bolesti, odnosno podsticanjem masovne upotrebe lekova, upotrebom visoko razvijene i skupe tehnologije i koncentrisanjem usluga u velikim medicinskim kompleksima (Baer, Singer and Susser 2004, 40, Baer, Singer and Johnsen 1986, 98). Pored toga, povezanost biomedicine sa kapitalizmom ogleda se i u za nju karakterističnom tumačenju tela kao mašine kojoj je potrebno održavanje kako bi moglo da bude funkcionalno u proizvodnji i kako bi pomagalo imperativima kapitalizma (Baer, Singer and Susser 2004, 13). Ona nastoji da doprinese zdravlju radne snage, a time i njenoj produktivnosti i ostvarivanju profita (Baer, Singer and Susser 2004, 13, Baer 1982, 14). Dakle, kapitalizam može da dovede i do poboljšanja zdravstvenog stanja ljudi, a ne samo da izaziva bolest. Međutim, zdravlje o kojem je ovde reč jeste funkcionalno zdravlje, odnosno ono koje podrazumeva optimalno stanje snaga i kapaciteta koje je nužno kako bi pojedinac ostvario svoju ulogu u društvu i doprineo ostvarivanju profita, a ne iskustveno zdravlje koje podrazumeva slobodu od bolesti, otuđenja i prepreka za ljudski razvoj, samootkrivanje i samoaktualizaciju (Kelman 1975, citirano u Baer, Singer and Susser 2004, 4).

Biomedicina, međutim, ne samo da potpomaže kapitalizam već i doprinosi njegovom globalnom širenju – imperijalizmu, kome je nekada služila, biomedicina služi i danas (Baer, Singer and Susser 2004, 40, Elling 1981, 94, Baer, Singer and Johnsen 1986, 99). Još od samih svojih začetaka biomedicina je doprinosila širenju tržišta,

pretežno u zemljama Trećeg sveta, i stvaranju novih mogućnosti za ostvarivanje profita. Širom sveta biomedicina je uspela da se nametne kao dominantni model zdravstvene zaštite, i to ne zbog njenih mogućnosti i dometa u lečenju, nego zbog globalne ekspanzije kapitalizma (Baer, Singer and Susser 2004, 14). Uprkos svojoj političkoj nezavisnosti, zemlje Trećeg sveta i danas su opterećene svojim kolonijalnim nasleđem, kontrolisane i eksploatisane od strane razvijenih kapitalističkih zemalja. Vladajuće političke elite u zemljama Trećeg sveta danas sarađuju sa internacionalnim agencijama i fondacijama u određivanju i oblikovanju zdravstvenih politika koje su kurativne, pre nego preventivne (Baer, Singer and Susser 2004, 41, Baer, Singer and Johnsen 1986, 99). Pored toga, u ovim zemljama velike korporacije bivaju uključene u zdravstveni sektor – farmaceutski giganti, korporacije koje učestvuju u izgradnji bolnica, nabavci opreme, dobara i usluga i sl. (*Ibid.*). Upliv velikih korporacija u zdravstveni sektor odvija se uz odobrenje vladajućih političkih elita koja stupaju u neku vrstu međusobnog saveza (*Ibid.*).

Dakle, u analizi odnosa moći koji utiču na biomedicinu, kritička medicinska antropologija pokušava da pruži odgovor na sledeća pitanja: ko ima moć nad akterima i institucijama biomedicine; na koji način i u kojem obliku ova moć operiše; kako se ova moć ispoljava u društvenim odnosima između različitih društvenih grupa i lekara; koje su ključne kontradiktornosti biomedicine i sa njima povezana polja borbe i otpora koja utiču na karakter i funkcionisanje medicinskog sistema i na način na koji ga ljudi percipiraju (Baer, Singer and Susser 2004, 38, Baer, Singer and Johnsen 1986, 98).

3. 3. 2. 7. MEDIKALIZACIJA

Medikalizacija je pojam koji se koristi da označi podvođenje različitih oblika ponašanja u društvu pod polje patoškog u okviru medicine (Singer 2004a, 28, Baer, Singer and Susser 2004, 14). Iako medikalizacija nije nova pojava koja je vezana

isključivo za biomedicinu, modernizaciju i zapadna društva, kako se to obično pretpostavlja (v. Lock 2004), kritički medicinski antropolozi su zainteresovani za sagledavanje ovog fenomena isključivo u pomenutom kontekstu, zbog interesovanja za uticaj koji kapitalizam ostvaruje na domen zdravlja. Uostalom, sa modernizacijom i pojavom kapitalizma u zapadnim društvima došlo je do širenja polja biomedicine i obuhvatnije medikalizacije u odnosu na prethodne periode koja je nakon toga bivala sve intenzivnija (Lock 2004). Postoji nekoliko razloga zbog kojih se različiti oblici ponašanja u društvu podvode pod polje patološkog u okviru biomedicine, a svi potiču od povezanosti biomedicine sa kapitalizmom. Kao prvo, jedan od motiva koji vodi ka medikalizaciji jeste ostvarivanje profita putem otkrivanja novih „bolesti“ koje treba „lečiti“ (Singer 2004a, Baer, Singer and Susser 2004). Kao drugo, medikalizacija dovodi do povećanja društvene kontrole nad ponašanjem ljudi od strane lekara i zdravstvenih institucija (Singer 2004a, Baer, Singer and Susser 2004, Waitzkin 1986, 1989, Zola 1975). Medikalizacija se vrlo često primenjuje na društvene probleme, odnosno na ponašanja koji se u društvu označavaju kao nepoželjna, i pruža opravdanje za nastojanje da se oni iskorene (Waitzkin 1986, 1989, Zola 1975). Kao treće, medikalizacija ima za cilj da depolitizuje i mistifikuje probleme koji postoje na nivou društvene strukture i koji su pravi uzroci bolesti u probleme koji se isključivo tiču pojedinca, koje biomedicina definiše kao uzroke bolesti i koji postaju predmet njene kontrole (Singer 2004a, Baer, Singer and Susser 2004, Waitzkin 1989, Zola 1975). Ovakvo širenje polja medicine na različite oblike ponašanja u društvu odigrava se upravo zahvaljujući njenoj pretpostavljenoj naučnoj neutralnosti i objektivnosti.

3. 3. 2. 8. MEDICINSKA HEGEMONIJA

Ispod medikalizacije svakodnevnog života nalazi se širi fenomen medicinske hegemonije. Medicinska hegemonija je proces u kojem kapitalistički koncepti,

vrednosti i pretpostavke utiču na medicinu, njeno učenje i praksu (Singer 2004a, 28, Baer, Singer and Susser 2004, 14). U okviru kritičke medicinske antropologije usvaja se mišljenje marksistički orijentisanih autora prema kojima vladajuća klasa ne uspostavlja hegemoniju u društvu samo putem represivnih organa državnog aparata (policija, pravosuđe, vojska, zatvor itd.), već i putem institucija civilnog društva (obrazovni sistem, religija, nauka, masovni mediji, porodica itd.), nametanjem vrednosti, verovanja i stavova koje zastupa kao dominantnih (Singer 2004a, 29, Baer, Singer and Susser 2004, 15, v. i npr. Waitzkin 1979, 1989, Navarro 1980).⁹⁴ Hegemonija (ideološka hegemonija) je proces koji podrazumeva uspostavljanje kontrole nad kognitivnim i intelektualnim životom društva od strane vladajuće klase putem primene strukturnih sredstava (Singer 2004a, Baer, Singer and Susser 2004, Waitzkin 1979, 1989). Dakle, hegemonija se ostvaruje kroz difuziju i osnaživanje ideja, vrednosti, stavova, uverenja, normi koje zastupa vladajuća klasa. Uspostavljanje hegemonije ima za cilj da podrži postojeći društveni poredak i interese vladajuće klase.

Biomedicina je jedna od oblasti u okviru koje se reprodukuje ideološka hegemonija dominantne kapitalističke klase. Ovo se odvija i na teorijskom i na praktičnom nivou biomedicine. Na teorijskom nivou, odnosno na nivou biomedicine kao nauke, ideologija dominantne kapitalističke klase se reprodukuje isto kao i u bilo kojoj drugoj nauci: putem odabira tema koje će biti proučavane, metoda analize koje će na njih biti primenjene i istraživačeve pozicije u okviru celokupnog procesa proizvodnje (Navarro 1980, 198). Dominantna ideologija kapitalističke klase u biomedicini je prisutna još od samih njenih začetaka u XIX veku, a ogleda se u vidu

⁹⁴ Hegemonija je koncept koji je razvio Antonio Gramsci (*Antonio Gramsci*) krenuvši od Marksovog i Englesovog zapažanja da su dominantne ideje u društvu ideje vladajuće klase (Baer, Singer and Susser 2004, 14). U tom pogledu značajna je razlika koju Marks pravi između baze i nadgradnje. Baza obuhvata odnose ekonomske proizvodnje, a njena glavna odlika jeste društvena klasa koja određuje posjedovanje i/ili kontrolu nad sredstvima za proizvodnju (Waitzkin 1979, 601). Nadgradnja obuhvata pravne i državne institucije, kao i dominantnu ideologiju u određenom istorijskom periodu koja može da se javi u različitim segmentima društva kao što su religija, politika, etika, estetika (*Ibid.*, 601). Marks je tvrdio da ekonomija ima primat nad ideologijom, odnosno da je ideologija determinisana ekonomijom, ali i da je ideologija ključna za očuvanje odnosa ekonomske proizvodnje, odnosno uspostavljanje i očuvanje dominacije jedne klase (*Ibid.*, 601). Ovo tumačenje odnosa baze i nadgradnje u ranoj marksističkoj teoriji ideologije kasnije su, pored Gramšija, razvili Đerđ Lukač (*György Lukács*), Luj Altiser (*Louis Althusser*), Jirgen Habermas (*Jürgen Habermas*).

doktrina pozitivizma i mehanicizma koje su u njoj zastupljene (Navarro 1980, 1988).⁹⁵ Pozitivizam se u medicini ispoljava u vidu tumačenja bolesti kao biološkog fenomena koji izaziva jedan ili više faktora uvek povezanih na jedan određeni način koji se uvek mogu identifikovati u nekoj određenoj bolesti (*Ibid.*). Mehanicizam se u biomedicini javlja u vidu mehanicističkog viđenja tela kao mašine koje se ne posmatra kao celina koja postoji u određenom kontekstu, nego se posmatraju njegovi sastavni delovi čija pojedinačna funkcionalnost određuje stanje bolesti/zdravlja (*Ibid.*). Fokus na biološkim uzrocima bolesti koja se locira u telu maskira njene društvene korene u odnosima nejednakosti koji su svojstveni kapitalizmu i koji su, za razliku od bioloških, prva instanca u njenom nastanku. Na nivou prakse, odnosno na nivou odnosa između lekara i pacijenta, dominantna ideologija kapitalističke klase se reprodukuje na dva načina. Kao prvo, odnos lekar – pacijent jeste odnos nejednakosti u kojem se pacijent potčinjava ekspertskom mišljenju lekara: lekari poseduju kontrolu nad informacijama koja je uvek u rukama onih koji poseduju moć (Singer 2004a, 29, Baer, Singer and Susser 2004, 15; Waitzkin 1979, 603). Odnos između lekara i pacijenta je oblikovan po ugledu na odnos između kapitalističke i radničke klase. Kao drugo, lekar pacijentovu pažnju usmerava na neposredne, a ne strukturne uzroke bolesti (Singer 2004a, 29, Baer, Singer and Susser 2004, 15, Waitzkin 1979, 603). Na taj način lekari potpomažu prikrivanje njenog društvenog porekla, čime doprinose održanju postojećeg poretka u društvu i čime štite interese kapitalističke klase. Zahvaljujući globalizaciji, biomedicina postaje globalno dominantni medicinski sistem, a sa njome se globalno širi i ideologija dominantne kapitalističke klase.

⁹⁵ Već je rečeno da nastanak biomedicine koincidira sa pojavom kapitalizma koji je zapravo i uslovio njen nastanak, u obliku u kojem danas postoji.

3. 3. 2. 9. SINDEMIJA

Sindemija je koncept koji je sredinom 1990-tih uveo Meril Singer da označi dve ili više bolesti/zdravstvenih problema koji stupaju u sinergističku interakciju koja doprinosi velikoj opterećenosti bolestima i jakom lošem zdravstvenu stanju u okviru neke populacije (Singer 2004a, 2009, Baer, Singer and Susser 2004, Singer and Clair 2003, Singer et al. 2011).⁹⁶ Sindemija se dešava usled grupisanja bolesti/zdravstvenih problema kod jedne osobe, u okviru jedne populacije, na jednom mestu ili u jednom vremenskom periodu (Singer 2004a, 27, Baer, Singer and Susser 2004, 15). Međutim, pojam sindemije se ne koristi samo da označi temporalnu i prostornu interakciju između dve ili više bolesti/zdravstvenih problema već i da označi posledice njihove biološke interakcije po zdravlje (Singer 2004a, 27, Baer, Singer and Susser 2004, 16, Singer and Clair 2003, 425). Osim toga, pojam sindemije ukazuje na društvenu uslovljenost zdravstvenog stanja pojedinaca i grupa. Nastanku sindemija doprinose odnosi društvene nejednakosti i neravnomerna raspodela moći, kao i nepovoljne odlike životne sredine čije je poreklo društveno (Singer 2004a, 2009, Baer, Singer and Susser 2004, Singer and Clair 2003, Singer et al. 2011).

⁹⁶ Interakcija između dve ili više bolesti/zdravstvenih problema može dovesti i do pozitivnih posledica po zdravlje – u tom slučaju reč je o kontrasindemijama (Singer 2009, 18). Uobičajeno, međutim, ona dovodi do negativnih posledica po zdravlje koje prevazilaze prost komorbiditet – sindemija, koje su u fokusu proučavanja kritičkih medicinskih antropologa.

3. 3. 3. PRIMENA PERSPEKTIVE KRITIČKE MEDICINSKE ANTROPOLOGIJE U OVOM ISTRAŽIVANJU

Neke od teza kritičke medicinske antropologije ne poklapaju sa osnovnim pretpostavkama od kojih se polazi u ovom istraživanju ili su sa njima u suprotnosti. Ovo se prvenstveno tiče načina na koji se upotreba alkohola i duvana tumače u okviru kritičke medicinske antropologije. Kao i u tumačenju i analizi drugih fenomena iz oblasti zdravlja, bolesti i lečenja, kritički medicinski antropolozi prilikom tumačenja upotrebe alkohola i duvana naglašavaju klasnu dimenziju, dimenziju moći (Baer, Singer and Susser 2004, Singer 1986b, 2004b, 2012, v. i npr. Singer et al. 1992, Stebbins 1990, 1991, 1997, 2001, Marshall 1991, 2005, Benson 2012). Kao prvo, u okviru kritičke medicinske antropologije naglašava se negativni uticaj koji upotreba ovih supstanci ima po zdravlje njihovih konzumenata. Kao drugo, kritikuje se izostanak inicijative vlasti da upotrebu ovih supstanci ograniči u što je moguće većoj meri putem ograničavanja njihove dostupnosti. Izostanak ove inicijative tumači se kao posledica interesa za ostvarivanjem profita od njihove prodaje, ali i kao posledica težnje da se umani nezadovoljstvo eksploatacije, radničke klase. Naime, kako kritički medicinski antropolozi naglašavaju, nezadovoljstvo koje postoji kod nižih klasa uzrokovano siromaštvom, nedostatkom moći, lošim uslovima rada i sl. biva umanjeno upotrebom psihoaktivnih supstanci, poput duvana, alkohola i droga, koja je, kako ovi autori naglašavaju, najviše zastupljena upravo kod ove klase. Kompenzacija za sve nepovoljnosti položaja u kome se radnička klasa nalazi ostvaruje se upravo upotrebom psihoaktivnih supstanci koja situaciju u kojoj se nalazi čini podnošljivijom čime se obezbeđuje njena dalja eksploatacija. Na ovaj način vladajuća kapitalistička klasa

ostvaruje dvojaku korist: uvećanje profita od prodaje alkoholnih pića i duvanskih proizvoda i uvećanje profita od eksploatacije radničke klase koju njihova upotreba olakšava. Kao i kod drugih zdravstvenih problema, biomedicina i ovde naglašava ličnu odgovornost za sopstveno zdravlje konzumenata ovih supstanci tretirajući ih kao probleme individualnih, ali ne i društvenih uzroka kakvi oni, prema kritičkim medicinskim antropolozima, zapravo i jesu, pogotovo bolesti zavisnosti i zloupotreba ovih supstanci.

Jasno je da se ovakvo tumačenje upotrebe alkohola i duvana ne poklapa sa onim koje predstavlja polazište u ovom radu pa ipak korišćenje pristupa kritičke medicinske antropologije u ovom radu smatram primerenim iz nekoliko razloga. Kao prvo, kritička medicinska antropologija ističe značaj posmatranja fenomena u vezi sa zdravljem, bolešću i lečenjem u širem kontekstu, odnosno kontekstu kapitalističkog političko-ekonomskog sistema koji danas doživljava globalnu ekspanziju. Ista dimenzija naglašena je i u druge dve perspektive koje će biti korišćene u radu: governmentalističkoj teoriji rizika i antropologiji javnih politika. U ovom istraživanju polazi se od pretpostavke da je način na koji se u Srbiji kulturno konceptualizuje upotreba alkohola i duvana oblikovan pod uticajem prodora kapitalizma u periodu post-socijalističke transformacije društva. Na ovaj trag navodi skorašnje zakonsko ograničavanje njihove upotrebe kakvo je svojstveno razvijenim kapitalističkim zemljama i kakvo se danas širi globalno uporedo sa širenjem kapitalizma. Kao drugo, kritička medicinska antropologija, kao i druga dva teorijska pristupa koja će biti korišćena u radu, akcent stavlja na vezu između znanja i moći koju razmatra na primeru biomedicine. Kritički medicinski antropolozi fokus stavljaju na uticaj koji kapitalizam i njemu svojstveni odnosi moći i nejednakosti imaju na teorijskom i praktičnom nivou biomedicine, i kao nauke i kao medicinskog sistema. Povezanost znanja i moći je pretpostavka od koje se u ovom istraživanju polazi, a koja se razmatra na primeru implikacija tumačenja upotrebe alkohola i duvana utemeljenih na osnovu saznanja u biomedicini. Kako zakoni koji regulišu upotrebu alkoholnih pića i duvanskih proizvoda ukazuju, u te implikacije spadaju kontrola, disciplina, stigmatizacija i

marginalizacija osoba koje praktikuju društveno nepoželjne oblike ponašanja. Upotreba alkohola i duvana kao društveno nepoželjnih oblika ponašanja može biti posmatrana iz ugla interesa za uvećanjem profita koji je u samoj osnovi kapitalizma. Kao što kritički medicinski antropolozi ističu, interes za uvećanjem profita svojstven kapitalizmu javlja se u svim domenima društva, pa i u domenu medicine. Ovaj interes, kako kritički medicinski antropolozi zapažaju, rukovodi oblikovanjem biomedicinskih saznanja i praksi – naglasak na kurativnom, a ne preventivnom pristupu bolesti, podsticanje masovne upotrebe lekova, okrenutost visoko razvijenim tehnologijama itd. (Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986). Pored toga, imperativ uvećanja profita svojstven kapitalizmu uslovljava naglasak na funkcionalnom zdravlju populacije, koji je od ključne važnosti u iskorišćavanju njenih potencijala kao radne snage (Baer, Singer and Susser 2004). Ovakvo shvatanje ne zastupaju samo kritički medicinski antropolozi nego i governmentalistički orijentisani teoretičari rizika i predstavlja jednu od ključnih pretpostavki ovog istraživanja. U ovom radu namera mi je da interpretacije upotrebe alkohola i duvana u Srbiji i njihove implikacije ispitam u svetlu značaja koje zdravlje dobija u kapitalističkom načinu proizvodnje, između ostalog. Komponenta profita koju kritički medicinski antropolozi naglašavaju u ovom istraživanju javlja se u još jednom obliku – zakonskom podsticanju kupovine alkoholnih pića nakon 22 (23) časa u ugostiteljskim objektima u kojima je njihova cena viša nego u trgovinskim (u kojima se prodaja alkoholnih pića tokom noći direktno zabranjuje ili posredno ograničava putem ograničavanja njihovog radnog vremena). Pored toga, u zakonskoj regulaciji zapaža se i eksplicitna klasna komponenta, tako značajna u kritičkoj medicinskoj antropologiji, koja se nadovezuje na prethodno rečeno u vezi sa zakonskom regulativom prodaje alkoholnih pića: ona postaje omogućena samo višim klasama, a zabranjuje se nižim (u određenom vremenskom periodu u toku dana). Ovo je u suprotnosti sa načinom na koji se u okviru kritičke medicinske antropologije interpretira upotreba alkohola, ali u skladu sa njenim ostalim pretpostavkama. Ovaj paradoks, kao i druge nelogičnosti kakve se zapažaju u radu kritičkih medicinskih antropologa ukazuju na to da će pretpostavke ove perspektive u radu biti uzete sa

rezervom i u onoj meri u kojoj analizirani materijal dopušta. Na primer, kritička medicinska antropologija nije u stanju da objasni usvajanje zakona poput onih koji će biti analizirani u ovom radu, a pritom zastupa stanovište da vlasti širom sveta vođene kapitalističkim interesom za ostvarivanjem profita podstiču upotrebu alkohola i duvana, odnosno da ne čine ništa kako bi ih umanjili. Ovo istraživanje polazi od sasvim suprotnih pretpostavki u prilog kojima, uostalom, svedoči i usvajanje zakona koji će u njemu biti analizirani, zbog čega se u radu kritička medicinska antropologija kombinuje sa governmentalističkom teorijom rizika i antropologijom javnih politika. Pored toga, prenaplašenost klasne komponente u tumačenju fenomena u vezi sa zdravljem, bolešću i lečenjem kakva se zapaža u okvirima kritičke medicinske antropologije se ne usvaja u ovom radu, osim u već pomenutom kontekstu zabrane prodaje alkoholnih pića nakon 22 (23) časa u trgovinskim objektima. Ovde se, na primer, zapaža još jedna pojava koju kritička medicinska antropologija nije u stanju da objasni – omogućavanje kupovine po zdravlje štetne supstance višim, ali ne i nižim klasama (u određenom periodu u toku dana). U ovom radu akcenat na odnosima moći nije redukovan na klasne odnose, već je u skladu sa Fukoovim tumačenjem moći koje se u njemu usvaja. Kombinacija perspektive kritičke medicinske antropologije sa governmentalističkom teorijom rizika i perspektivom antropologije javnih politika trebalo bi omogućiti sveobuhvatno sagledavanje analiziranih fenomena koje nijedna od njih pojedinačno nije u stanju da ponudi.

4. ISTRAŽIVANJE

Dizajn ovog istraživanja, način na koji su su dobijeni podaci koji su u njemu analizirani i način na koji je analiza tih podataka osmišljena i realizovana inspirisani su teorijsko-metodološkim inovacijama karakterističnim za antropologiju javnih politika. U osnovi ove inovacije podrazumevaju redefinisane terena, onako kako se on uobičajeno tumači u antropologiji, i redefinisane relevantnosti različitih vrsta građe, odnosno primarnih i sekundarnih izvora podataka, što je posledica nužnosti koju postavlja specifičnost njenog predmet proučavanja, kao i pristupa koji se u tom pogledu u ovoj poddisciplini zauzima (Wedel and Feldman 2005, Shore and Wright 1997, Wedel et al. 2005, Wright 2011, Shore and Wright 2011). Naime, proučavanje javnih politika zahteva praćenje procesa koji povezuju različite aktere, organizacije i institucije koji učestvuju u formulisanju, usvajanju i implementaciji javnih politika (kao što su npr. političari, interesne grupe, eksperti, institucije zakonodavne, sudske i izvršne vlasti, birokratski aparat, nevladine organizacije, internacionalne organizacije, verske zajednice, mediji, građani, privredni sektor itd.) i sagledavanje diskursa o javnim politikama koji omogućavaju uspostavljanje i održavanje ovih veza, čak iako se strane koje stupaju u vezu nalaze na različitim, međusobno udaljenim mestima i čak iako one nikada nisu stupile u direktni kontakt. To znači se prilikom proučavanja javnih politika teren ne može shvatati na način na koji se u antropologiji to uobičajeno čini – kao određeni geografski prostor ili kao određena lokalna zajednica u okviru koje antropolog boravi, prikuplja građu i vrši istraživanje. Umesto toga antropolozi koji se bave proučavanjem javnih politika predlažu tumačenje terena u terminima moći, kao društvenog i političkog prostora koji se artikuliše kroz odnose moći i sisteme upravljanja (Wedel and Feldman 2005, 2, Shore and Wright 1997, 11). Ovako shvaćen teren omogućava sagledavanje odnosa između aktera koji učestvuju u procesima u vezi sa javnim politikama. Naime, različiti akteri koji u ovim procesima učestvuju poseduju različiti stepen moći i stoga su odnosi koji se među njima uspostavljaju odnosi moći (Wedel and Feldman 2005, 1). Osim toga, oni se, kao što je već rečeno, vrlo često nalaze na različitim i međusobno udaljenim mestima i vrlo često ne stupaju u direktni kontakt zbog čega se teren ne može shvatati kao geografski prostor (*Ibid.*, 1). Tumačenje terena

u terminima moći omogućava proučavanje ovakvih teško dostupnih „terena“ kojima se ne može pristupiti na način koji je uobičajen – odlaskom i boravkom na terenu. Teren koji je relevantan za antropologe koji se bave proučavanjem javnih politika je, kao što je već rečeno, širokog raspona i obuhvata različite aktere, aktivnosti i prostore (Wright 2011, 28). Čak i ako se teren ovako širokog raspona mapira pre početka istraživanja, što podrazumeva određivanje opsega organizacija i kategorija ljudi koji mogu biti uključeni u procese nadmetanja oko date javne politike (Shore and Wright 2011, 11)⁹⁷, malo je verovatno da će u toku samog istraživanja on ostati isti (Wright 2011, 28). Naime, sa napredovanjem u istraživanju teren se može suziti ili proširiti kako se potvrđuje ili odbacuje relevantnost određenih aktera, aktivnosti i prostora za dato istraživanje. Dakle, teren u proučavanju javnih politika nije statičan, obuhvata više lokacija i ne može biti u potpunosti obuhvaćen. Stoga je od izuzetnog značaja da se prilikom proučavanja ove tematike strateški odaberu mesta u okviru relevantnog terena, da se prouče njihove specifičnosti i njihov odnos sa događajima i procesima na drugim mestima kako bi bilo moguće razumevanje neke javne politike u celini, procesa koji postoje na širem društvenom, ekonomskom, političkom planu sa kojima je u ona vezi, kao i razumevanje promena tih procesa tokom vremena (Shore and Wright 1997, Wedel and Feldman 2005, Shore and Wright 2011, Wright 2011, Feldman 2011). Cilj etnografija sa više lokacija (*multi-sited ethnographies*) u okviru ovako konceptualizovanog terena nije dakle povezivanje različitih mesta u vremenu i prostoru koja čine deo režima regulacije neke populacije, već otkrivanje diskursa koji omogućavaju postojanje tog režima i koji mu daju određeni oblik i usmerenje i načina na koji oni to čine (Feldman 2011). Sagledavanje neke javne politike od debata koje su

⁹⁷ Za razliku od studija javnih politika, u antropologiji se zajednica neke javne politike ne shvata kao relativno stabilan skup individua među kojima se nalaze institucionalni akteri, političari, interesne grupe, i druge zainteresovane strane koje su locirane oko izvora problema (Shore and Wright 2011, 11). U okviru antropologije javnih politika zajednica neke javne politike nije stabilan skup individua, već skup individua u konstantnim odnosima nadmetanja i borbe (*Ibid.*, 11). Osim toga, ona obuhvatanja mnogo veći raspon aktera od onog koji se navodi u studijama javnih politika, počev od onih koji se nalaze na vlasti do onih nad kojima se vlast sprovodi, pri čemu se smatra da njihov odnos prevazilazi odnos dominacije jedne, a potčinjavanja druge strane – podrazumeva se da oni kojima se vlada mogu biti aktivni i kritički nastorojeni (*Ibid.*, 12). Zbog toga se prilikom proučavanja zajednice neke javne politike sagledavaju i tehnologije koje posreduju između ove dve strane (*Ibid.*, 12).

prethodile njenom nastanku preko njenog usvajanja pa sve do implementacije, uz mapiranje odnosa među različitim akterima koji učestvuju u svim procesima u vezi sa tom javnom politikom (od onih koji učestvuju u formulisanju, usvajanju i sprovođenju javnih politika do onih na koje se data javna politika odnosi) i povezivanje ovih odnosa sa procesima koji postoje na širem, pa i globalnom nivou, u osnovi je načina na koji se antropolozi bave proučavanjem javnih politika (*Ibid.*).⁹⁸

Rekonceptualizacija terena u antropologiji javnih politika za sobom povlači i rekonceptualizaciju relevantnosti različitih vrsta građe (Wright 2011, 29, Shore and Wright 1997, 11). Antropolozi koji se bave proučavanjem javnih politika analiziraju drugačije vrste materijala od onih koji se u antropologiji uobičajeno analiziraju i koje čine podaci prikupljeni putem posmatranja, posmatranja sa učestvovanjem, intervjuisanja i sl. Iako se prilikom proučavanja javnih politika antropolozi oslanjaju na pomenute metode i na podatke koji se na taj način dobijaju, oni koriste i tretiraju kao jednako važne, a neretko i kao važnije, i podatke dobijene na drugi način, korišćenjem izvora koji su antropologiji obično smatraju sekundarnim, dopunskim (*Ibid.*). U te izvore spadaju, na prvom mestu, tekstovi javnih politika, zatim dokumenti internacionalnih agencija, vlada, nevladinih organizacija, transkripti debata sa zasedanja skupština, izjave političara, izveštaji sa različitih skupova, izveštavanja medija, istorijski izvori itd. (*Ibid.*). Dakle, doprinos antropologije javnih politika disciplini u celini ogleda se i u drugačijem poimanju primarne i sekundarne građe, odnosno primarnih i sekundarnih izvora podataka.

U skladu sa predmetom i ciljem ovog istraživanja u njemu se usvajaju smernice u proučavanju javnih politika onako kako su definisane u okviru antropologije javnih politika, i to ne samo u teorijskom nego i u metodološkom smislu, u pogledu specifičnog

⁹⁸ Analiza društvenih mreža preuzeta iz pristupa društvene organizacije od velikog je značaja u antropologiji javnih politika (Wedel and Feldman 2005, Shore and Wright 1997). Analiza društvenih mreža je u stanju da rasvetli povezanost između različitih aktera (pojedinaca, grupa, organizacija), njihove uloge u okviru neke društvene mreže, promene i preklapanje ovih uloga, različite nivoe relevantne za istraživanje i njihovu povezanost, strukture i procese koji čine osnovu javnih politika i koji im daju usmerenje, povezanost partikularnih interesa sa odlukama zastupljenim u javnim politikama (Wedel and Feldman 2005, 2).

određenja terena, strateškog odabira mesta u okviru njega i relevantnih izvora i vrsta građe. S obzirom na to da se u ovom radu kritički preispituje diskurs (o određenim oblicima) zdravstvenih rizika u Srbiji sa ciljem rasvetlavanja određenog režima moći kojeg podupire i u skladu sa kojim je oblikovan, a da je fokus u tome na pravnoj regulaciji tih oblika zdravstvenih rizika, jasno je da teren koji određuje prostor istraživanja ne može biti shvaćen u geografskim terminima, već isključivo u terminima moći. Na taj način je omogućeno sagledavanje i razmatranje datih javnih politika i diskursa koji omogućavaju njihovo usvajanje u kontekstu funkcija koje ostvaruju u određenom režimu moći posmatrano na nivou procesa koji postoje na širem društvenom, političkom i ekonomskom planu. Teren shvaćen kao društveni i politički prostor koji se artikuliše kroz odnose moći je nestabilan i širokog raspona te ga je kao takvog u proučavanju nemoguće u celosti obuhvatiti, a to zahteva strateški odabir relevantnih mesta u njegovim okvirima i njihovo međusobno povezivanje koje će omogućiti sagledavanje neke javne politike u širem društvenom, političkom i ekonomskom kontekstu (Wedel and Feldman 2005, Shore and Wright 1997, Wright 2011). Otuda se u ovom radu mapiranje relevantnog terena vrši počev od debata koje su prethodile nastanku javnih politika koje se u njemu analiziraju, preko njihovog usvajanja pa sve do efekata koje su ostvarile, uz sagledavanje odnosa među različitim akterima koji učestvuju u različitim procesima u vezi sa ovim javnim politikama i uz njihovo povezivanje sa procesima na širem društvenom, političkom i ekonomskom nivou, nacionalnom, ali i globalnom, a ovakav poduhvat, kao što je već opisano, zahteva prvenstveno oslanjanje na izvore podataka koji se u antropologiji uobičajeno smatraju sekundarnim. U ovom istraživanju to konkretno znači da materijal koji je analiziran čine tekstovi javnih politika koje su u njegovom fokusu – Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 22 (23) sata do 06 sati i odluka o ograničavanju radnog vremena trgovinskih objekata koji prodaju alkoholna pića do 22 sata, transkript debata o Predlogu zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu vođenih na sednicama Narodne skupštine Srbije (zajednički načelni pretres Predloga zakona na

zasedanju 08. 04. 2010. i razmatranje pojedinosti Predloga zakona na zasedanju 21. 04. 2010.)⁹⁹, kao i medijsko izveštavanje o ovim javnim politikama počev od 26. decembra 2006. godine kada je prva među njima uvedena – odluka doneta u Kragujevcu, prema kojoj je trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjeno da rade u vremenu od 22 do 06 sati, pa sve do kraja 2013. godine od kada je otpočet rad na ovom delu disertacije.¹⁰⁰ Podaci o načinu medijske reprezentacije uvođenja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, odluke o zabrani prodaje alkoholnih pića u vremenu od 22 (23) sata do 06 sati u trgovinskim objektima u Beogradu, Novom Sadu, Zrenjaninu i Šapcu i odluke donete u Kragujevcu, prema kojoj je trgovinski objekti koji prodaju alkoholna pića zabranjeno da rade u periodu od 22 do 06 sati, dobijeni su iz dnevne štampe, televizijskih informativnih emisija i vesti sa internet sajtova. Od dnevne štampe kao izvori korišćeni su sledeći listovi: Danas, Politika, Večernje novosti, Blic, Press, Kurir, Alo, 24 sata, Pravda. Emisije informativnog karaktera uključene u analizu su one koje su emitovane na televizijama sa nacionalnom pokrivenošću – RTS, B92, Prva i Pink, a od vesti one objavljenje na sajtovima pomenutih radio-televizija, kao i na sajtu RTV Studio B. Ovako dobijeni podaci omogućavaju uvid u „život“ javnih politika koje su predmet analize u ovom radu počev od debata koje su prethodile njihovom usvajanju kako onih vođenih na sednici Narodne skupštine (kada je reč o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvaskom dimu) tako i onih vođenih u javnosti koje su medijski zapažene i praćene, preko njihovog usvajanja i medijske reprezentacije ovih poteza vlasti i njihove percepcije u društvu pa sve do implementacije i ostvarenih efekata ovih javnih politika, onako kako su o njima izveštavali mediji. Ovi izvori građe – tekstovi analiziranih javnih politika, transkripti zasedanja Narodne skupštine, mediji –

⁹⁹ U radu je već rečeno da, za razliku od transkripta sa sednica Narodne skupštine Srbije, transkripti sa sednica gradskih opština nisu dostupni javnosti, te stoga oni nisu mogli da budu iskorišćeni kao materijal za analizu zabrane prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 22 (23) sata do 06 sati usvojene u Beogradu, Novom Sadu, Zrenjaninu i Šapcu, odnosno analizu odluke o ograničavanju radnog vremena trgovinskih objekata koji prodaju alkohol do 22 sata u Kragujevcu.

¹⁰⁰ Medijsko izveštavanje o zabranama noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima koje je u ovom istraživanju analizirano pokriva period od 26. decembra 2006. godine, kada je prva takva zabrana usvojena u Kragujevcu, a medijsko izveštavanje o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu od početka 2009. godine, u kojoj je najavljeno uvođenje ovog zakona.

omogućavaju povezivanje najvažnijih mesta u okviru terena koji je relevantan za istraživanje (formulacija i usvajanje zakona, njihova društvena percepcija i recepcija, njihovi efekti i implikacije), aktera koji u njima deluju (predlagači zakona, državne institucije, političari, zdravstvene i institucije javnog zdravlja, medicinski eksperti, ugostitelji, duvanska industrija, policija, trgovci, građani i udruženja građana itd.), njihovih međusobnih odnosa (npr. politička podrška medicinskoj ekspertizi u pogledu mera koje predlaže u cilju očuvanja zdravlja ili protivljenje ugostiteljskog sektora, duvanske industrije i građana u pogledu tih istih mera), kao i njihovog odnosa prema procesima i događajima na drugim mestima (npr. povezanost predloga o uvođenju zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu od strane domaćih eksperata sa ratifikovanjem Okvirne konvencije o kontroli duvana i procesima pridruživanja Srbije EU ili povezanost tumačenja alkohola i duvana među određenim kategorijama osobama u zakonima, među predlagačima zakona, u medijima itd. sa stigmatizacijom i marginalizacijom tih osoba u društvu). Cilj povezivanja ovih aktera, mesta i procesa nije, međutim, prosto opisivanje sastavnih delova režima neoliberalnog upravljanja putem (zdravstvenih) rizika, već otkrivanje diskursa (zdravstvenih) rizika koji omogućava postojanje tog režima i koji mu daje određeni oblik i usmerenje i načina na koji on to čini, ali i ispitivanje implikacija ovog diskursa u vidu stigmatizacije i marginalizacije oblika ponašanja nepoželjnih za režim moći.

Razmatranje diskursa zdravstvenih rizika, njegovog sadržaja i njegove povezanosti sa strukturama moći koji su mu imanentni i koje podupire i reprodukuje implicira upotrebu diskurzivne analize kao metode analize podataka. Diskurzivnu analizu različiti autori definišu na različite načine, a način njene primene zavisi od discipline i autora. Diskurzivna analiza nastoji da proučava jezik dalje od nivoa izolovane rečenice te se zanima za veće jedinice i strukture koje posmatra u prirodnom okruženju u kojem se javljaju (Mills 2007, Paltridge 2006, Johnstone 2002). Ovakva vrsta definicije predstavlja najopštiji opis diskurzivne analize, a svaka dalja specifikacija onoga što ona predstavlja i načina na koji se primenjuje zavisi od već pomenutog: discipline, autora i njegovog pristupa, onoga što se primenom ovog metoda

želi postignuti. U ovom radu biće korišćen oblik diskurzivne analize koji je socio-kulturno orijentisan i čiji je fokus na razmatranju veze između jezika i socio-kulturnog konteksta njegove upotrebe, između društvenih praksi i ideoloških pretpostavki, s jedne strane, i jezika, s druge strane (Biber, Connor and Upton 2007, 2-6).¹⁰¹ Ovaj oblik diskurzivne analize po pravilu nije fokusiran na proučavanje lingvističkih formi koje se u tekstu koriste, već na način na koji je on povezan sa društvenim kontekstom u kojem se javlja. Analiza diskursa jeste analiza jezika u kontekstu, odnosno interakcije između jezika i socio-kulturne stvarnosti. Mogli bismo reći da je diskurs proizvod kulture ako kulturu definišemo kao sistem znanja, ideja, verovanja i vrednosti koji postoji u određenom društvenom kontekstu – diskurs ne može postojati van kulturnog sistema. Stoga se proučavanjem diskursa može doći do podataka o kulturi u čijim se okvirima on javlja, odnosno onog njenog segmenta na koji se diskurs odnosi. Za Fukoa, na čijem se radu ovo istraživanje u velikoj meri bazira, diskurs predstavlja skup istorijski i kontekstualno uslovljenih pravila koja definišu diskurzivnu praksu koja proizvodi objekte o kojima diskurs govori (Fuko 1998).¹⁰² Iako Fuko ne koristi pojam kulture prilikom određenja diskursa, smatram da je u ovoj definiciji on implicitno sadržan u kontekstualnoj uslovljenosti diskursa te da se u tom smislu diskurs može tumačiti na gorenavedeni način. Diskurs dakle postoji samo kroz efekte koje proizvodi, a ne kao nešto što postoji samo po sebi i za sebe. Iako ne može biti izolovan, diskurs može biti identifikovan, jer sistematično oblikuje ideje, koncepte, način razmišljanja i ponašanja u okviru određenog konteksta. U skladu sa već iznetim tumačenjem odnosa između diskursa i kulture ovaj uticaj diskursa zapravo se može shvatiti kao posredni uticaj kulture.

¹⁰¹ Pored ovog oblika diskurzivne analize moguće je izdvojiti još dva: prvi se bavi proučavanjem upotrebe jezika, a drugi proučavanjem lingvističkih struktura koje prevazilaze nivo rečenice (Biber and Upton 2007). Ova dva oblika diskurzivne analize tekstualno su orijentisana: oni stavljaju fokus na lingvističku formu i način upotrebe rečeničnih struktura u komunikaciji. Naravno, moguće su i kombinacije ova tri oblika diskurzivne analize (*Ibid.*).

¹⁰² Kao što je već rečeno, Fuko (1998) smatra da se proizvodnja objekata zapravo se odvija kroz proizvodnju režima objekata, odnosno njihovog značenja, međusobne povezanosti, vrste odnosa (Fuko 1998).

Prilikom tumačenja diskursa, Fuko naglašava povezanost znanja, istine i moći (Fuko 1997, 2005a, 2006, 2007). Istina nije imanentna spoljašnjem svetu, već se proizvodi u skladu sa okolnostima, istorijskim i društvenim prilikama. Svakom društvu je svojstven specifični režim istine koji je proizvod dominantnog diskursa podržanog od strane vlasti i koji potiskuje druge diskurse na margine društva. Dominacija jednog diskursa nad ostalim uspostavlja vezu između diskursa i moći koja je od ključnog značaja za razumevanje diskursa. Fuko moć, kao što je već rečeno, ne definiše kao negativnu i represivnu silu skoncentrisanu u jednom centru, već kao uslove produkcije govora koji su postojeći u svim društvenim odnosima i koji proizvode sve oblike ponašanja, a ne samo one koji su produkt represivnog delovanja vlasti (*Ibid.*). Moć je direktno povezana sa znanjem, budući da je svo znanje u jednom trenutku u jednom kontekstu posledica borbe za moći i dominacijom (*Ibid.*). Znanje kao proizvod nepristrasne naučne delatnosti pruža potporu dominantnom diskursu dajući legitimitet viđenju stvarnosti koje proklamuje.

Diskurzivnu analizu moguće je primeniti na bilo koji tekst koji ne mora postojati isključivo u pisanoj formi. Primenom diskurzivne analize izdvajaju se elementi, odnosno jedinice diskursa, otkriva njihovo značenje i funkcija u okviru diskursa, kao i način njihove međusobne povezanosti, hijerarhijski odnosi unutar diskursa, njegova struktura, odnosno model diskursa (Mills 1997, 138-140). Analizom diskursa, odnosno jezika u kontekstu, otkriva se u kakvim istorijskim i društvenim uslovima diskurs nastaje, kakav sistem odnosa moći i znanja reflektuje i način na koji on funkcioniše u okviru određenog konteksta, kakvi su efekti diskursa kojem određeni tekst pripada u okviru mreže društvenih odnosa. Prvi korak u ovoj vrsti analize jeste odabir diskursa na koji će biti primenjena. Odabrani diskurs se razmatra kroz određeni korpus građe/tekstova uz kontekstualno relevante činjenice koje otkrivaju njegovu genealogiju, način funkcionisanja, strukturu i efekte. Konačni rezultat diskurzivne analize jesu interpretativne tvrdnje o načinu funkcionisanja korpusa znanja u njegovom specifičnom kontekstu i efektima koje proizvodi u vidu njemu svojstvenih odnosa moći.

Najopštije rečeno, diskurs koji će u ovom istraživanju biti analiziran jeste diskurs zdravstvenih rizika, tačnije diskursi o dve vrste zdravstvenih rizika, upotrebi duvana i upotrebi alkohola. Ovi diskursi biće razmatrani kroz već opisan materijal koji čine zakonski akti koji regulišu upotrebu alkohola i duvana i njihova medijska reprezentacija, kao i transkripti debata vođenih na sednicama Narodne skupštine povodom Predloga zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu. Iz ovako dobijene građe biće izdvojene jedinice diskursa rizika i značenja koja im se pridaju. U te jedinice spadaju različita tumačenja upotrebe duvana i alkohola uopšteno i među određenim kategorijama osobama/na određenim mestima, odnosno različiti načini kulturne konceptualizacije upotrebe pomenutih supstanci uopšteno i u određenim specifičnim kontekstima i različite strategije koje se primenju u cilju smanjenja upotrebe alkohola i duvana. Nakon toga biće proučene funkcije ovih izdvojenih jedinica diskursa zdravstvenih rizika u kontekstu struktura moći, odnosno efekti koje on stvara u vidu stigmatizacije, disciplinovanja i korekcije upotrebe alkohola i duvana kao društveno nepoželjnih oblika ponašanja i osoba koje ove supstance koriste. Jedinice diskursa zdravstvenih rizika, odnosi moći sa njima u vezi i efekti koji se na taj način putem ovog diskursa proizvode biće razmotreni u kontekstu post-socijalističke transformacije društva koja označava formalno, pre nego suštinsko usvajanje odlika razvijenih kapitalističkih zemalja, prvenstveno na nivou usvajanja javnih politika karakterističnih za ova društva. Na taj način biće moguće uspostavljanje veze između diskursa zdravstvenih rizika i oblika upravljanja koje je svojstveno razvijenim kapitalističkim zemljama, što i čini jednu od glavnih pretpostavki ovog istraživanja. Konačno, primenom diskurzivne analize u ovom radu trebalo da bi otkrili na koji način diskurs zdravstvenih rizika, razmotren na primeru građe o intepretacijama upotrebe alkohola i duvana, funkcioniše u Srbiji i kakve efekte proizvodi u kontekstu odnosa moći.

5. REZULTATI ISTRAŽIVANJA

5. 1. KULTURNA KONCEPTUALIZACIJA PUŠENJA U SAVREMENOJ SRBIJI

Predmet ovog dela rada, kao što njegov naziv govori, jeste razmatranje kulturne konceptualizacije pušenja u savremenoj Srbiji, a bazira se, kao što je već rečeno, na analizi tumačenja pušenja koja su zastupljena u Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, materijalu sa sednica Narodne skupštine na kojima je raspravljano o predlogu ovog zakona i na kojima je ovaj zakon usvojen, i medijskoj reprezentaciji uvođenja, ali i primene pomenutog zakona. Polazište u razmatranju kulturne konstrukcije pušenja u savremenoj Srbiji čini dakle Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu. Ovaj zakon je donet 2010. godine sa ciljem da se uredi „mere ograničenja upotrebe duvanskih proizvoda radi zaštite stanovništva od izlaganja duvanskom dimu, kontrola zabrane pušenja i nadzor nad sprovođenjem ovog zakona“ (član 1.). Namera predlagača ovog zakona, kako je u materijalu koji je analiziran istaknuto, bila je da se isprave manjkavosti prethodnog zakona kojim je u Srbiji regulisano pušenje na javnim mestima, Zakona o zabrani pušenja u javnim prostorijama, prvobitno usvojenog 1991. godine, a onda i u dva navrata dopunjavanog (1995. i 2005. godine). Naime, Zakon o zabrani pušenja u javnim prostorijama, koji je bio dopunjen 2005. godine i koji je bio na snazi u trenutku kada je predložen Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, zabranjivao je pušenje na malom broju mesta, pretežno u zatvorenim javnim i radnim prostorijama, predviđao je kaznene mere samo u slučajevima zaticanja osobe koja puši sa upaljenom cigaretom, dok je mehanizam inspeksijskog nadzora, onako kako je zakonom bio definisan, bio osmišljen tako da je praktično bilo nemoguće sprovesti ovaj zakon. Osim toga, Srbija je 2006. godine ratifikovala Okvirnu konvenciju o kontroli duvana koju je

2005. godine donela Svetska zdravstvena organizacija i koja je iste ove godine u Srbiji stupila na snagu, a koja, između ostalog, predviđa rigorozniju i efikasniju zabranu pušenja na javnim mestima u zemljama koje su potpisnice ove konvencije.

Uvođenje novog Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu najavljeno je tokom 2009. godine i odmah je privuklo veliku pažnju javnosti, medija i raznih interesnih grupa (ugostiteljski sektor, duvanska industrija). Od početka 2009. pa sve do kraja 2013. godine, što je period koji ovo istraživanje pokriva kada je reč o medijskoj reprezentaciji ove nove regulative o pušenju na javnim mestima, Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu predstavljao je čestu temu u dnevnoj štampi i na internet sajtovima, dok je u televizijskim emisijama kao tema bio aktuelan samo u periodu neposredno pre njegovog usvajanja. Osim po tom pitanju, ovi različiti mediji masovne komunikacije razlikuju se i po načinu na koji su o ovoj temi izveštavali: dok je u televizijskim emisijama čiji je predmet bio uvođenje Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskim dimu (Utisak nedelje, Kažiprst, Uvećanje koje se emituju/su se emitovale na RTV B92) akcentat bio na sučeljavanju različitih viđenja i stavova, u dnevnim novinama i na internet sajtovima dominirao je oblik izveštavanja utemeljen na činjenicama što je odraz težnje ka uspostavljanju objektivnog novinarstva koji bi predstavljao pouzdan izvor istinitih informacija za javnost i zahvaljujući kojem bi ovi mediji stekli kredibilitet u društvu. S obzirom na to, a posmatrano u kontekstu celokupnog medijskog izveštavanja o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, dominantni način u prikazivanju ove teme u medijima počivao je na insistiranju na objektivnim činjenicama, proverenim i istinitim informacijama. Među takvima u medijima, ali u skupštinskim debatama, najzastupljenije su one koje se odnose na određenje pušenja kao javno-zdravstvenog problema i pomoću kojih ono kao takvo treba da bude definisano i opisano, što je postignuto ukazivanjem na štetnost, rasprostranjenost i prihvaćenost pušenja kao normalne pojave u Srbiji. Osim toga, isti način izveštavanja povodom uvođenja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu zastupljen u medijima i ista izlaganja na skupštinskim debata na kojima je izvršen pretres predloga ovog zakona

prisutan je i u vidu razmatranja akcija spram pušenja u Srbiji kao što je pomenuti Zakon, slični zakoni koji su mu prethodili i druge mere javnog zdravlja, njihovog proklamovanog značaja, ciljeva, kao i očekivanog i ostvarenog doprinosa ovih mera po pitanju poboljšanja zdravlja stanovništva.

Dominantni diskurs o pušenju zastupljen u analiziranom materijalu počiva dakle na pozivanju na objektivne, naučne činjenice o štetnosti pušenja i izloženosti duvanskom dimu i o različitim akcijama u oblasti javnog zdravlja spram ovog javno-zdravstvenog problema. Kao što je već rečeno, ovo je, kada je reč o zastupljenosti ovog diskursa u medijima, posledica težnje novinara i medija da svoje izveštavanje učine pouzdanim, objektivnim i istinitim izvorom informacija, ali i odraz preovladavajućeg društvenog tumačenja pušenja kao zdravstvenog i javnog problema o kojem može biti govoreno isključivo u kontekstu naučnih, medicinskih, a posebno epidemioloških podataka i podataka iz oblasti javnog zdravlja, a ovo se odnosi i na medijsko izveštavanje i na skupštinske debate. Ovo je kontekst u kojem je govoreno o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, a na koji želim da skrenem pažnju pre nego što prikažem i razmotrim rezultate ovog istraživanja, s obzirom na to smatram da je ovaj kontekst odlučujuć faktor u društvenoj interpretaciji i recepciji kulturno konstruisanih predstava o pušenju zastupljenih u analiziranom materijalu. Pozivanje na naučno znanje o štetnosti pušenja i izloženosti duvanskom dimu za posledicu ima davanje legitimiteta i opravdanja različitim tumačenjima pušača i pušenja, implikacijama ovih tumačenja i različitim akcijama spram pušenja koje imaju za cilj da doprinesu smanjenju učestalosti pušenja, broja pušača i opštoj izloženosti duvanskom dimu, kao su, na primer, diskriminacija, stigmatizacija i marginalizacija pušača u društvu, na šta su brojni autori do sada ukazali (npr. Fischer and Poland 1998, Poland 2000, Mair 2011, Thompson, Pearce and Barnett 2007, Brewis and Grey 2008, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Bell 2011, 2013a, b, Bell et al. 2010a, b, Jackson 1994, 1995). Uspostavljanje odnosa dominacije i moći u društvu na osnovu pozivanja na naučne činjenice ne odvija se samo putem instrumentalizacije medicinskog nego i znanja drugih (humanističkih) nauka (v. npr.

Fuko 1997, 2006) niti je, kada je reč o upotrebi medicinskog znanja u pomenute svrhe, ograničeno isključivo na tematiku pušenja i izloženosti duvanskom dimu (v. npr. Fuko 1971, 2005a). Naučno znanje se u društvu tumači kao vrednosno neutralno, objektivno, lišeno uticaja društvenog i kulturnog konteksta i istraživačeve ličnosti, njegovog mišljenja, stavova i sklonosti, a to omogućava davanje legitimiteta svim onim društvenim pojavama i praksama koje se pozivaju na naučne činjenice. Uostalom, ovakva percepcija naučnog znanja u društvu prikriva njegovu kontekstualnu uslovljenost koja je u literaturi potvrđena i razmotrena na jako velikom broju primera, prvenstveno onih koje se odnose na biomedicinu (v. npr. Fuko 1971, 1997, 2005a, 2006, 2009, Lupton 1995, 2003, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Rose 1994, Lock and Nguyen 2010, Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and Johnsen 1986, Armstrong 2002, Hunt 1999a, Rimke and Hunt 2002, O'Brien 1995, Ajzenstadt and Burch 1990, Valverde 1997, Tigerstedt 1999). Na osnovu svega do sada rečenog treba imati na umu da su rezultati ovog istraživanja, i onde gde ne postoji direktno pozivanje na medicinske činjenice o štetnosti pušenja i izloženosti duvanskom dimu, pa i onde gde je očigledno da izostaje povezanost sa medicinskim znanjem, izdvojeni iz konteksta u analiziranom materijalu dominantnih predstava o pušenju kao javno-zdravstvenom problemu koji može biti tumačen samo na objektivni način koji je utemeljen na naučnim činjenicama. To zamagljuje njihov politički karakter čije je rasvetljavanje u fokusu ovog istraživanja i u kontekstu kojeg će oni u ovom delu rada biti razmotreni.

5. 1. 1. U TERMINIMA MORALA – PUŠENJE IZMEĐU POŠASTI, POROKA, BOLESTI VOLJE I ADIKCIJE

U analiziranom materijalu, među različitim tumačenjima pušenja, dominantno je ono prema kojem pušenje predstavlja rezultat nedostatka/odsustva moralnih kvaliteta osobe koja puši i/ili se sama praksa pušenja definiše kao ona kojoj je, samoj po sebi, svojstven nedostatak/odsustvo moralnosti. S obzirom na to da se u savremenom periodu pušenje prvenstveno i pretežno definiše u okviru medicinskog diskursa bilo kao bolest samo po sebi (bolest zavisnosti) bilo kao faktor rizika za pojavu drugih (somatskih) bolesti, zastupljenost tumačenja pušenja u terminima morala u analiziranoj građi na prvi pogled deluje iznenađujuće. Ipak, donošenje ovakvog zaključka zahteva opreznost, na šta upućuje odnos prema pušenju i izlaganju duvanskom dimu u zapadnim društvima tokom istorije, od trenutka kada su se Evropljani susreli sa duvanom u XV veku. Naime, još krajem XVI veka, kada je upotreba duvana u zapadnoevropskim društvima postala rasprostranjena, javili su se prvi prigovori upućeni ovoj praksi, kao i izlaganju duvanskom dimu nepušača od strane pušača, u kojima su pušenje i pušači bili definisani u terminima morala (Bell 2011, 50-51). Na primer, škotski kralj Džejms VI je 1604. godine napisao pamflet protiv pušenja u kojem je istakao da je pušenje loša i po zdravlje štetna, ali i prljava i ružna navika i da sagorevanje duvana stvara užasno neprijatan miris. U XIX veku moralni ton u tumačenju pušenja i pušača u zapadnim društvima postao je dominantan zahvaljujući pojavi puritanskih anti-pušačkih pokreta u okviru kojih su pušači bili definisani kao osobe kojima nedostaje volje i samodiscipline i koje upravo zbog toga puše/nisu u stanju da ostave pušenje, ali i kao osobe koje su bezobzirne i sebične i koje svesno

ugrožavaju pravo ljudi iz njihove okoline da udišu svež i čist vazduh koji nije kontaminiran duvanskim dimom (Brant 1990, McCullough and Anderson 2013, Bell 2011, Bell et al. 2010a). Moralni ton u dominantnom tumačenju pušenja u zapadnim društvima nije nestao ni sa medikalizacijom pušenja, procesom koji se odvija počev od druge polovine XX veka i sa kojim je pušenje počelo da se definiše kao medicinski problem na osnovu naučne evidencije o štetnosti pušenja, aktivnog i pasivnog, po zdravlje ljudi: u medicinskom diskursu o pušenju i dalje se ističe nedostatak volje i samodiscipline pušača, njihova bezbobjirnost i sebičnost, kao što je to nekada bio slučaj u anti-pušačkim pokretima, a ova tumačenja danas dobijaju legitimitet u društvu upravo zbog toga što se javljaju u okviru naučnog diskursa (Bell 2011, Bell et al. 2010a, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Tan 2013, Hakkarainen 2013, Brandt 1990).¹⁰³ Imajući to na umu, jasno je da definisanje pušenja u negativnom moralnom kontekstu, što je zaključak na koji moje istraživanje upućuje, ne predstavlja redak i neobičan fenomen. Tumačenje pušenja u terminima morala u zapadnim društvima posebno je postalo istaknuto sa pojavom pokreta protiv pušenja u drugoj polovini XIX veka (Bell 2011, Bell et al. 2010a, Bell, Salmon and McNaughton 2011). Pokret protiv pušenja, kao i drugi sličan pokret nastao u isto vreme – pokret protiv alkohola, bio je deo šireg pokreta inspirisanog protestantskim puritanizmom (Bell, Salmon and McNaughton 2011, v. i Brandt 1990). Ovaj pokret zalagao za umerenost, samodisciplinu i samodricanje, kojima je dodelio moralnu vrednost, a osuđivao je neumerenost, preterivanje i suvišnost (*Ibid.*, 3).¹⁰⁴ Iz ovog pokreta nastao

¹⁰³ S obzirom na to da uporedo sa medikalizacijom pušenja opstaje i tumačenje pušenja u terminima morala, može se reći da je ovaj proces samo parcijalno izveden, odnosno da nije ostvaren u potpunosti.

¹⁰⁴ Ova tendencija u zapadnim društvima u pomenutom periodu oličena je u vidu pojave brojnih projekata moralne regulacije, kakav je bio i pokret protiv pušenja, a takvi projekti i danas postoje (v. npr. Hunt 1999a, b, Rimke and Hunt 2002). Projekti moralne regulacije predstavljaju oblik politike u kojoj jedna grupa ljudi nastoji da problematizuje ponašanje, vrednosti i kulturu neke druge grupe ljudi i da uspostavi regulaciju i kontrolu nad njom (Hunt 1999a, 2, 6-8). Moralna regulacija podrazumeva primenu moralnih diskursa kojima se konstruiše moralizovani subjekat, odnosno objekat – meta nad kojom se deluje primenom moralizatorskih praksi. Ponašanje na koje moralni diskursi nastoje da utiču definiše se kao loše, pogrešno, pri čemu ove karakteristike nisu one koje su intristične tom ponašanju, nego nastaju kao rezultat odnosa između subjekata, objekata, znanja, diskursa, praksi i njihovih pretpostavljenih društvenih posledica. Ponašanja i prakse koje označavaju kao nemoralne moralni diskursi obično nastoje da dovedu u vezu sa nekim oblikom štete, obično po čitavo društvo u celini, i na toj osnovi opravdavaju potrebu za njihovom regulacijom. Važno je napomenuti da projekti moralne regulacije nikada ne

je pokret protiv pušenja koji je u uživanju u duvanu video pretnju po moralne vrednosti koje je zagovarao, izvor zla, opasnost po fizičko i, što je još značajnije, moralno zdravlje ljudi. Pušenje je, kako su proponenti ovog pokreta smatrali, uzrok mnogih zdravstvenih problema, ali su još veću opasnost pušenja videli u njegovoj pretnji po moralno zdravlje, koja se ogleda u pojavi raznih moralno-medicinskih problema koje pušenje uzrokuje, kao što su, na primer, ludilo, histerija, lenjost, impotencija (*Ibid.*, 2). Pušenje se ovde dakle definiše kao uzrok raznih moralnih problema kod ljudi, ali se istovremeno i ono samo po sebi smatra moralnim problemom, budući da se tumači kao posledica kompromitovanog morala kod osoba koje ne žive u skladu sa načelima protestantske etike. Naime, u drugoj polovini XIX veka u pokretima koji su se zalagali za umerenost u Sjedinjenim Državama i zemljama zapadne Evrope dominirali su moralni modeli adikcije od različitih supstanci, uključujući i duvan, između ostalog, prema kojima je zavisnost od ovih supstanci nastajala kao posledica nedostatka morala, slabe volje i nemogućnosti samokontrole i samodisciplinovanja (McCullough and Anderson 2013). Uzdržavanje od pušenja je stoga tumačeno kao odraz moralnog zdravlja individue i kao način za njegovo održanje, pa i poboljšanje, zahvaljujući sprečavanju mogućnosti pojave medicinsko-moralnih problema koje pušenje izaziva. U oba slučaja argumenti protiv pušenja bili su moralne prirode i isticali su moralnu dobrobit koju uzdržavanje od pušenja donosi, pre nego stanje fizičkog zdravlja i blagostanja koje se na taj način postiže. Tokom vremena moralni problem sa pušenjem više nije bio ograničen na štetu koje ono, u moralnom smislu, pričinjava osobi koja puši, nego se prvenstveno ticao štete koju pušač nanosi ljudima iz njegove okoline i njihovom zdravlju izlažući ih duvanskom dimu, čak i pre nego što je medicinska evidencija govorila u prilog tome (Bell 2011, Bell et al. 2010a, Hakkarainen 2013).¹⁰⁵ Međutim, čak i kada to više nije bio slučaj i kada su

podrazumevaju samo uspostavljanje regulacije nad jednom grupom ljudi od strane neke druge grupe ljudi, već uvek regulacija drugih ujedno znači i samoregulaciju onih koji je nad njima sprovode. Projekti moralne regulacije obično dolaze „odozdo“, od strane aktera koji nemaju institucionalnu moć, mada su veoma često uspešni i uspevaju da steknu državnu, institucionalnu, političku podršku.

¹⁰⁵ U toku ove faze borbe protiv pušenja, koja se vremenski vezuje za period neposredno pre pojave novog javnog zdravlja u 1970-tim i za 1970-te, moralni argumenti protiv pušenja počivali su i na isticanju kršenja prava nepušača da udišu svež i nezagađen vazduh od strane pušača iz njihove okoline koji su smatrani bezobzirnim i sebičnim (Bell 2011). Na ovo pravo nepušača je i ranije ukazivano od strane

izvesna naučna, medicinska, a posebno epidemiološka istraživanja potkrepila do tada isključivo na moralnim osnovama utemeljene tvrdnje o štetnosti pasivnog pušenja i pušenja uopšte, moralna dimenzija ove problematike i dalje je ostala prisutna, samo je težište stavljeno na njen materijalni, činjenični aspekt, a takvo stanje održalo se i do danas (Bell 2011, Bell et al. 2010a, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Tan 2013, Hakkarainen 2013, Brandt 1990).¹⁰⁶ Ovo je posebno očigledno u oblasti javnog zdravlja, tačnije novog javnog zdravlja koje se razvija od 1970-tih, merama koje predlaže u cilju zaštite nepušača od izloženosti duvanskom dimu, ali i u načinu na koji tumači dobrovoljno izlaganje zdravstvenim rizicima koje potiče od pušenja kod samih pušača – akcenat je i dalje na individualnoj moralnosti pušača, slabosti njegove volje i njegovoj nemogućnosti da praktikuje samokontrolu i samodisciplinu kako bi zaštitio svoje zdravlje i zdravlje drugih ljudi.

Na osnovu svega do sada rečenog sledi da tumačenje pušenja u terminima morala kakvo je pretežno zastupljeno u analiziranom materijalu ne predstavlja arhaičan relikv pre-medicinskog diskursa o pušenju koji je karakterističan isključivo za Srbiju, nego je u skladu sa opštim trendom u tumačenju pušenja na globalnom nivou koji postoji i u okvirima medicinskog diskursa.¹⁰⁷ Nekoliko je načina na koje je u analiziranoj građi pušenje definisano kao problem u domenu morala: kao pošast i zlo, kao oblik tiranije nad nepušačima, kao porok, kao loša navika, kao bolest volje i kao bolest zavisnosti. Ove definicije pušenja koje su zastupljene u analiziranom materijalu biće predstavljene i detaljnije razmotrene u daljem delu rada.

različitih aktera uključenih u borbu protiv pušenja počev od kraja XVII veka, ali je u ovom periodu ova linija argumentacije postala dominantna, za razliku od prethodnih perioda (*Ibid.*).

¹⁰⁶ Međutim, kada je reč o pasivnom pušenju, i danas je, kako brojni autori napominju, medicinska evidencija koja daje potvrdu tvrdnjama o njegovoj štetnosti i dalje slaba (v. npr. Jackson 1994, 1995, Brewis and Grey 2008, Bell 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Bell et al. 2010b, Dennis 2014, Thompson et al. 2009, Chapman 2000).

¹⁰⁷ Ipak, uprkos određenim sličnostima sa opštim trendom u tumačenju pušenja, analiza ovih definicija ukazuje na određene specifičnosti za koje se ne može reći da ih karakteriše globalna rasprostranjenost, iako su i one deo moralnog diskursa o pušenju, a koje će takođe biti razmotrene u ovom delu rada.

5. 1. 1. 1. RAZMERA KATASTROFE – PUŠENJE KAO POŠAST I ZLO

Neka od tumačenja pušenja u terminima morala zastupljena u analiziranom materijalu jesu tumačenje pušenja kao pošasti i zla. U većini slučajeva pušenje je okarakterisano kao pošast i zlo, a da ovakvo tumačenje pušenja nije dodatno obrazloženo. Ipak, u manjem broju slučajeva u ovakvom određenju pušenja ukazano je na to da pušenje predstavlja pošast i zlo zbog izrazito negativnih posledica do kojih dovodi, kao i zbog rasprostranjenosti pušenja i velikog broja pušača, zbog kojih je o pušenju govoreno kao problemu koji poprima razmere katastrofe, i u materijalnom i moralnom smislu. Dakle, definisanje pušenja kao pošasti i zla podrazumeva pridavanje izrazito negativnih moralnih konotacija pušenju zbog različitih negativnih efekata koje ono ostvaruje, ali i zbog njegove rasprostranjenosti, i ima za cilj da na ovaj način istakne štetu koja od njega potiče, kao i značaj mera prevencije i zabrane pušenja na javnim mestima i drugih mera koje se preduzimaju sa ciljem smanjenja broja pušača i izloženosti duvanskom dimu, na šta je u manjem broju slučajeva prilikom ovakvog određenja pušenja i eksplicitno ukazano. Definicije pušenja kao pošasti i zla u većem broju su zastupljene u medijskoj reprezentaciji Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, ali su eksplicitnije elaborirane od strane narodnih poslanika u skupštinskim izlaganjima i debatama povodom razmatranja predloga ovog zakona. Nalik tumačenju pušenja u okviru pokreta protiv pušenja od pre više od jednog veka (v. Bell, Salmon and McNaughton 2011), u analiziranom materijalu pušenje se definiše kao izvor zla i opasnosti po zdravlje ljudi, a samim tim i kao zlo samo po sebi. U tom pogledu akcenat je stavljen na negativan uticaj pušenja na fizičko zdravlje ljudi, a posebno je istaknut problem rasprostranjenosti pušenja i povećanje stope smrtnosti od bolesti izazvanih pušenjem.

„Jednostavno, činjenica da 16.000 ljudi godišnje umre od pušenja nije za šalu. To neće odobriti ni vaši glasači koji su možda u međuvremenu izgubili nekog člana porodice od te

pošasti, niti bilo ko, ko ozbiljno pristupi ovom problemu“. (Janko Veselinović, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

Osim toga, akcenat je stavljen i na finansijski aspekt negativnog uticaja pušenja na zdravlje koji se ogleda u vidu velikih troškova lečenja bolesti izazvanih pušenjem, smanjenja produktivnosti na poslu i odsustvovanja sa posla bilo zbog bolovanja od bolesti koje nastaju kao posledica pušenja bilo zbog odlaska na pauze za pušenje. Nikola Krpić iz iz poslaničke grupe PUPS u tom pogledu napominje:

„Alarmantan je podatak da teret koštanja lečenja bolesti i smrtnosti građana Srbije inicira kao podstrekač ili inicijalna kapisla upotreba i zloupotreba duvana, što raste ukoliko još ovome dodamo izgubljeno vreme radnika u toku radnog vremena i njihov nerad dok im je cigareta u ruci, znači nerad u to vreme, zatim troškove za nabavke lekova i bezuslovno njihovo lečenje izazvano od duvana i duvanskog dima. (...) Da napomenem da ova pošast (*pušenje*) izaziva veliki broj medicinskih posledica, štetnih po zdravlje i pušača i nepušača. Dugotrajna i skupa lečenja, sa velikim brojem bolesničkih dana, i zauzimanjem bolničkih kapaciteta, smanjuju produktivnost, dovodi do kolapsa zdravstvenog sistema i predstavlja društveni teret i trošak“. (zajednički načelni pretres Predloga zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu na sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Isticanje materijalnih troškova koje država i društvo u celini snose zbog pušenja pojedinaca kao argumenta koji govori u prilog važnosti usvajanja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu ukazuje na to da cilj ovog zakona nije (isključivo) zaštita zdravlja, prvenstveno nepušača, kao što je u njegovom nazivu iskazano, niti pušača, kao što su njegovi predlagači napominjali. Štaviše, u tom kontekstu ovi razlozi postaju u potpunosti potisnuti, zanemareni, nebitni – uticaj pušenja na zdravlje ovde se pojavljuje kao važan samo kada posredstvom pojave bolesti koja je njime izazvana dovodi do materijalne, finansijske štete po državu i društvo u celini. Ovo je jedan od primera koji ukazuje na to da se ovakav i njemu slični zakoni, kao i druge mere kojima se postiže minimizacija zdravstvenih rizika, mogu tumačiti kao

sredstva koja imaju za cilj maksimizaciju života sa ciljem uvećanja potencijala populacije kao radne snage, odnosno profita koji se zahvaljujući tome ostvaruje, kao i smanjenja troškova koji nastupaju kada ona ne ostvari svoj optimalni nivo funkcionisanja (v. npr. Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Petersen 1997, Fuko 2005b, 2006, Foucault 2003, 2007). Samo je zdrav pojedinac produktivan pojedinac i samo u stanju zdravlja on može da doprinese blagostanju države; u suprotnom, on predstavlja teret i trošak za državu kako u smislu troškova lečenja tako i u smislu njegove neproduktivnosti. Strategije biomoći koje jačaju biološki kapital populacije kao radne snage nastoje da preduprede pomenute probleme nizom mera u koje se i svrstava inicijativa da se pušenje kao faktor rizika po zdravlje smanji u što je moguće većoj meri. Osim u kontekstu tumačenja pušenja kao pošasti i zla, iste negativne posledice pušenja istaknute su i na brojnim drugim mestima u analiziranoj građi, što dodatno potkrepljuje goreizvedeni zaključak.

Zbog navedenih posledica pušenja poslanici zaključuju da je „neophodno zakonskim putem, vaspitnom i kaznenom politikom uticati na promenu svesti o pušenju kao opštem nacionalnom zlu“ (Zoran Bortić, poslanička grupa SPS-JS) i da „Srbija, kao deo UN i sveta, ima moralnu obavezu“ da usvoji Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu (Nikola Krpić, poslanička grupa PUPS). Iako se u tumačenjima pušenja kao pošasti i zla nedostatak/odsustvo moralnosti generalno locira u samoj praksi pušenja, jasno da se u krajnoj instanci pušači smatraju odgovornim za sve one probleme koji potiču od pušenja i koji ne samo da podrazumevaju narušavanje njihovog fizičkog zdravlja nego i sve one probleme izazvane pušenjem koji postoje na nivou društva i države u celini: nerad *pušača* dok puši na poslu utiče na njegovu produktivnost u radu, a time i na celokupnu ekonomiju; bolesti od kojih *pušači* obolevaju dovode do odsustvovanja sa posla i skupih lečenja, bolničkih i vanbolničkih, a posredstvom toga i do opterećenja zdravstvenog sistema i povećanja državnih troška itd. Osim toga, na pojedinim mestima u analiziranom materijalu eksplicitno je i ukazano je na to da od pušača zavisi hoće li se osloboditi te „pošasti“, uprkos tome što je o pošasti pušenja govoreno kao o pojavi koja primarno

postoji nezavisno od pušača i koja se kao nekakav oblik moralne bolesti među njima širi poprimajući razmere epidemije.

„Bez obzira na uporne kampanje sa upozorenjima o štetnosti duvana na zdravlje ljudi, raširenost pušenja na planetarnom nivou postaje alarmantna. Uz to, svaka nova generacija sve ranije počne sa prvom cigaretom, a samo najuporniji uspevaju da se ove pošasti i oslobode.“ („Pušenje kao bolest zavisnosti“, Večernje novosti, 15. 07. 2013.)

Dakle, pored toga što navodi na zaključak o postojanju strategije usmerene na jačanje života sa ciljem uvećavanja profita, tumačenje posledica pušenja u kontekstu tereta i troškova za društvo i državu implicira i da svu odgovornost za ove posledice koje pričinjavaju štetu svim pripadnicima društva snose pušači. Ovakvo tumačenje postoji uprkos tome što se trošak i gubitak koji nastaje zbog epidemije pušenja u ekonomskom, društvenom, pa i u medicinskom smislu ne može sa preciznošću utvrditi (Bell, Salmon and McNaughton 2011, 2). Naime, sa nastankom epidemiologije i povećanjem udela neinfektivnih bolesti kao uzorčnika ukupnog morbiditeta i mortaliteta u svetu u medicini se, umesto na postojanje jednog uzročnika bolesti, sve veći akcenat stavlja na različite faktore koji doprinose pojavi neke bolesti (*Ibid.*, 2, v. i Armstrong 2002, Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995).¹⁰⁸ U tom kontekstu posmatrano, pušenje ne može sa preciznošću biti identifikovano kao jedini uzrok onih bolesti za koje se pretpostavlja ili zna da su povezane sa pušenjem, iako se o njemu može govoriti kao jednom od faktora rizika za nastanak tih bolesti. To znači da tumačenja pušenja koja su u ovom delu razmatrana i koja svu odgovornost za troškove koji potiču od pušenja prebacuju na pušača nisu utemeljena na naučnim činjenicama na

¹⁰⁸ Na primer, u medicini se ne govori o jednom uzročniku kardiovaskularnih bolesti, nego o različitim faktorima koji doprinose pojavi ovih bolesti kao što su genetska predisponiranost, starost (rizik od obolevanja od ovih bolesti se povećava sa godinama), pol (muškarci su pod većim rizikom od obolevanja od ovih bolesti nego žene u reproduktivnom periodu), povišen krvni pritisak, pušenje, povišen LDL-holesterol, nizak HDL-holesterol, diabetes mellitus, gojaznost, neadekvatna ishrana, nedostatak fizičke aktivnosti itd. Ovi faktori predstavljaju faktore rizika za nastanak kardiovaskularnih bolesti, ali se nijedan od njih ne može smatrati njihovim uzročnikom.

koje se pozivaju. Osim toga, ovakvo tumačenje pušenja dovodi do stigmatizacije pušenja, ali i pušača, a to je, kako se pokazalo, efikasno sredstvo koje obezbeđuje smanjenje broja pušača. Naime, stigmatizacija pušenja i pušača nalazi se u osnovi denormalizacije pušenja, strategije koju javno zdravlje primenjuje kako bi pušenje učinilo društveno nepoželjnim ponašanjem sa ciljem da smanji broj pušača, a koja je u tom pogledu u velikoj meri uspešna (Bayer 2008, Bayer and Stuber 2006, Bell 2013b, Bell and Dennis 2013, Bell et al. 2010a, b, Dennis 2013b, 2014, Dean 2014). Iako ovde nije ukazano na to da je stigmatizacija pušenja i pušača u vezi sa denormalizacijom pušenja kao strategijom javnog zdravlja, odnosno da predstavlja posledicu primene ove strategije, ono se na taj način ipak može protumačiti. Međutim, bez obzira na to da li se ova veza može potvrditi ili ne, stigmatizacija pušenja i pušača koju za sobom povlači definisanje pušenja kao pošasti i zla poseduje potencijal da doprinose smanjenju broja pušača. U tom kontekstu posmatrano, ovakva tumačenja pušenja mogu se protumačiti kao indikatori delovanja neoliberalne veštine upravljanja: smanjenje broja pušača kojem one doprinose dovodi do poboljšanja zdravlja čitave populacije, njenog potencijala kao radne snage i uvećanja profita koji je time uslovljen.

5. 1. 1. 2. PRAKSA BEZOBZIRNIH: PUŠENJE KAO OBLIK TIRANIJE NAD NEPUŠAČIMA

Tumačenje pušenja kao oblika tiranije i torture nad pušačima je jedno od tumačenja pušenja zastupljeno u analiziranom materijalu koje nemoralnost u vezi sa pušenjem locira u osobi koja puši, a ne samoj praksi pušenja. Prema ovom viđenju, pušači su bezobzirni i bezosećajni jer ne uzimaju u obzir potrebu nepušača da udišu čist vazduh i njihovu želju da očuvaju svoje zdravlje, već svoje potrebe i želje stavljaju na prvo mesto i ne mare za to što puše pred ljudima koji ne žele/ne treba da budu izloženi duvanskom dimu. Kako Žarko Korać (poslanička grupa LDP) napominje:

„u ovoj zemlji pušači terorišu nepušače, a ne obrnuto. Izvinite, mi nepušači smo ovde terorisani, a kako se ovde navodi u obrazloženju zakona, trećina stanovništva u Srbiji otrprike puši, mi smo u većini. Izvinjavam se, dve trećine stanovništva Srbije, odnosno da kažem da je taj procenat približan u svetu su nepušači i oni imaju prava da zahtevaju svoju zaštitu“. (zajednički načelni pretres Predloga zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu na sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Uoči početka primene Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu Blic najavljuje:

„Ako se novi zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu zaista bude poštovao, od 11. novembra, kada je predviđeno da stupi na snagu, nepušačima u Srbiji će posle decenija torture konačno svanuti.“ („Firme spremne za zabranu pušenja“, 25. 09. 2010.)

Pušenje se ovde dakle definiše kao oblik torture nad nepušačima koja se javlja usled odsustva određenih moralnih kvaliteta osoba koje puše – uviđavnosti, obzirnosti i saosećajnosti prema nepušačima koje ugrožavaju svesnim i namernim izlaganjem duvanskom dimu. U okviru ovog tumačenja akcenat nije na šteti koju pušenje pričinjava pušačima, nego nepušačima onda kada su izloženi duvanskom dimu od kojeg treba da budu zaštićeni. Isticanje prava nepušača da borave i žive u zdravom okruženju i obaveze države da zakonski zaštiti ovo pravo dominantno je u tumačenju pušenja kao oblika tiranije nad nepušačima. Pušačima se takođe priznaje pravo da puše (i „uništavaju svoj život“), ali samo onda kada to pravo ne ugrožava pravo nepušača da udišu nezagađen vazduh, odnosno samo onda kada ono ne dovodi do narušavanja njihovog zdravlja.

„Sociolog Ksenija Petrovar saglasna je sa stavom države i kao argument koristi činjenicu da je naučno dokazano da pušenje šteti zdravlju. „Naprosto je to pitanje slobode i neke granice gde vi ugrožavate druge. Pušači time što ugrožavaju zdravlje drugih građana na neki način

moraju da prihvate da postoje nekakvi prostori u kojima oni mogu da puše.““ („Dan uoči zabrane pušenja“, sajt RTV B92, 10. 11. 2010.)

„Jasno je da su prava i obaveze nepušača u svakom trenutku ispred prava i obaveza pušača zbog toga što pušači ne ugrožavaju samo svoje zdravlje, nego i zdravlje onih koji su njihove žrtve pre svega zbog činjenice da su osuđeni da se nalaze u njihovom prisustvu. (...) Ako se (*pušači*) odlučuju da uništavaju svoj život, treba da shvate da, uništavajući svoj život, u mnogo većoj meri uništavaju život onih koji nisu pušači i zato treba da budu rigorozno sankcionisani. Ako treba slikovito da se izrazim – oni bi da skoče kroz prozor, ali da povuku još dvoje-troje sa sobom. To treba jasno reći ljudima u ovoj zemlji. Mi se ne borimo protiv pušača, nego se borimo za život onih koji ne puše, koji su ugroženi tim zadovoljstvom ljudi koji uživaju u cigareti.“ (Čedomir Jovanović, poslanička grupa LDP, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

„Ja mislim da je to skroz u redu (*da se uvede zabrana pušenja na javnim mestima*) i da je to zaista neophodno pošto, koliko god pušači imaju prava da puše, toliko i nepušači imaju prava da ne budu izloženi toj količini duvanskog dima koja se nalazi svuda na javnim mestima.“ (anketa prolaznika na ulici, transkript video priloga, „Svetski dan bez duvanskog dima“, sajt RTV B92, 31. 05. 2009.)

Osim na onim mestima na kojima se dovodi u vezu sa pušenjem kao oblikom tiranije nad nepušačima, retorika zaštite nepušača od izloženosti duvanskom dimu provlači se gotovo kroz čitav analizirani materijal, u onim segmentima u kojima se ukazuje na ciljeve i značaj Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu – to je jedna od najčešće zastupljenih tema. U vezi sa tim, često je isticano da se ovaj zakon, kao što njegov naziv govori, donosi sa ciljem da zaštiti nepušače od izloženosti duvanskom dimu, a ne kako bi zabranio pušačima da puše – prava pušača moraju biti ograničena onda kada ugrožavaju prava nepušača. Pravo nepušača da budu zaštićeni od duvanskog dima kojim ih izlažu pušači jedan je od ključnih argumenata u borbi protiv pušenja još od anti-pušačkih pokreta u zapadnim zemljama iz druge polovine XIX veka (Bell 2011, Bell et al. 2010a). Zastupnici ovog pokreta istakli su da nepušači imaju

pravo da udišu svež i čist vazduh i da ovo pravo ne treba da im bude uskraćeno zbog bezobzirnosti i sebičnosti pušača (Bell 2011, 51). Pored toga, oni su smatrali da je država u obavezi da zaštiti ovo pravo nepušača i da spreči da bude učinjena šteta nevinim ljudima, deci pogotovo (Bell et al. 2010a, 796). Međutim, sve do 1970-tih godina ovaj argument nije dovodio do željene promene u pogledu zaštite nepušača od izloženosti duvanskom dimu, s obzirom na to da nije postojala naučna evidencija o štetnosti pasivnog pušenja koja bi ga potkrepila (Bell 2011, Bell et al. 2010a).¹⁰⁹ Tokom 1970-tih to je promenjeno: u ovom periodu počela je da se formira medicinska evidencija o štetnosti duvanskog dima po zdravlje, a takođe je i usvojena zabrana pušenja na javnim mestima u pojedinim zapadnim zemljama (Bell 2011, Brewis and Grey 2008, Jackson 1994, 1995, Bayer and Colgrove 2002, Oaks 2000, Bayer 2008). Međutim, čak i tada u osnovi borbe protiv pušenja nalazio se diskurs prava (Bell 2011, Bell et al. 2010a), a pušenje je i dalje bilo definisano kao moralni problem, pre nego kao zdravstveni (Hakkarainen 2013). Dakle, izloženost duvanskom dimu nije postala centralna tema u borbi protiv pušenja zahvaljujući medicinskoj evidenciji, nego zahvaljujući pozivanju na prava nepušača, a pogotovo zahvaljujući identifikaciji nepušača, naročito beba, dece i žena, kao nevinih žrtava duvanskog dima i pušača koji ih njemu izlažu (Bell 2011). Danas zaštita nepušača od izloženosti duvanskom dimu ima hegemonijski status u okviru javnog zdravlja i čini osnovu zahteva za regulacijom pušenja na javnim mestima (Hakkarainen 2013, Dennis 2014, Brewis and Grey 2008, Bell 2011, Jackson 1994, 1995, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Brandt 1990, Hakkarainen). Međutim, ni danas, kako brojni autori napominju, zahtev za zabranom pušenja na javnim mestima u cilju zaštite nepušača i njihovog prava da udišu čist vazduh ne može biti objašnjen (isključivo) medicinskim činjenicama o štetnosti pasivnog pušenja, posebno kada je reč o zabrani pušenja na otvorenim javnim mestima (Jackson 1994, 1995, Brewis and Grey 2008, Bell 2011, Bell, McNaughton and Salmon

¹⁰⁹ Određeni broj istraživanja o štetnosti duvanskog dima sproveden je i pre 1970-tih, ali ovo je bilo nedovoljno da se donese zaključak da je duvanski dim zaista štetan po zdravlje ljudi koji su mu izloženi (Brewis and Grey 2008, Brandt 1990). Tokom 1970-tih evidencija koja je to potkrepljivala bivala je sve brojnija i sigurnija, kako neki autori ukazuju (v. npr. Brewis and Grey 2008).

2009, Bell et al. 2010b, Dennis 2014, Thompson et al. 2009, Chapman 2000). Kako ovi autori ističu, medicinska evidencija o štetnosti pasivnog pušenja koja trenutno postoji nije dovoljna da podrži zabranu pušenja na javnim mestima, a posebno ne na otvorenim javnim mestima. Uprkos tome, eksperti angažovani u oblasti javnog zdravlja ističu da ne postoji nivo bezbedne izloženosti duvanskom dimu i na ovoj osnovi opravdavaju zahtev za zabranom pušenja na javnim mestima (Hakkarainen 2013, Bell 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009). Stavljanje akcenta na štetnost pasivnog pušenja u okviru javnog zdravlja uprkos nedostatku naučne evidencije nastalo je kao rezultat uviđanja utilitarnosti definisanja nepušača kao nevinih žrtava pušača radi usvajanja zabrane pušenja na javnim mestima – moralno je neprihvatljivo ugrožavanje nepušača od strane pušača (Bayer and Colgrove 2002). Ovo je imalo za posledicu promenu odnosa prema pušačima kako od strane nepušača tako i od strane društva u celini. U sve većem broju nepušači smatraju da ih pušači putem izlaganja duvanskom dimu ugrožavaju i da su oni zbog toga njihove žrtve, dok na dominantnom društvenom nivou pušenje postaje neprihvatljivo, a pušači stigmatizovani (Bayer 2008). Fokus na pasivnom pušenju, stigmatizacija pušača i upotreba taktike denormalizacije u okviru javnog zdravlja korespondirala je sa opadanjem broja pušača i promenom klasne strukture pušača tokom 1980-tih i 1990-tih (Bayer 2008, Bayer and Colgrove 2002, Bell et al. 2010a). Naime, tokom ovih dekada smanjen je broj pušača iz više klase, ali ne iz nižih, zbog čega je bilo lakše stigmatizovati pušenje kao nepoželjno ponašanje.¹¹⁰ Konačno, zabrana pušenja na javnim mestima koja se bazira na štetnom uticaju pasivnog pušenja zapravo nema za cilj pružanje zaštite nepušačima, nego se koristi kako bi se indirektno uticalo na mogućnost pušača da puše – njihov cilj je smanji broj pušača i broj popušanih cigareta (Bell et al. 2010b).

Dakle, pozivanje na ugrožavanje prava pušača i štetu koju im pušači pričinjavaju putem izlaganja duvanskom dimu kakvo je dominantno u tumačenju pušenja kao oblika

¹¹⁰ Slična tendencija postoji i danas, s tim što, dok broj pušača iz više klase i iz razvijenih zapadnih zemalja i dalje opada, broj pušača iz najnižih slojeva i nerazvijenih i zemalja u razvoju kontinuirano raste (npr. Harman et al. 2006, Graham et al. 2006, Moon, Pearce and Barnett 2012, Tan 2013, Frohlich et al. 2010, Graham 2009).

torture nad nepušačima u analiziranom materijalu dominantno je i u diskursu javnog zdravlja i predstavlja osnovu zahteva za zabranom pušenja na javnim mestima, jer bi u suprotnom isti zahtev u društvu bio shvaćen kao paternalistička intervencija u ponašanju pojedinca koja ugrožava individualne slobode koja bi dovela do opozicije i kritike. Ovakav stav za sobom povlači stigmatizaciju pušača i pušenja, dok zabrana pušenja na javnim mestima, opravdana na njegovim osnovama, zapravo nema za cilj zaštitu nepušača, nego ograničavanje mogućnosti pušenja. Zbog toga se i o tumačenju pušenja kao obliku tiranije nad nepušačima može govoriti kao o onom koji potpomaže ciljeve neoliberalne veštine upravljanja posredstvom uticaja na smanjenje broja pušača/broja popušanih cigareta.

5. 1. 1. 3. „STVAR DISCIPLINE VOLJE“ – PUŠENJE KAO BOLEST VOLJE

Još jedna definicija pušenja u terminima morala zastupljena u analiziranom materijalu pušenje određuje kao posledicu odsustva određenih kvaliteta kod osobe koja puši, a u ovom slučaju reč je o slabosti volje i nedostatku samodiscipline. Dakle, prema ovom tumačenju, određeni ljudi puše upravo zbog nedostatka ili slabosti njihove volje, a to je ono što onemogućava da osoba koja puši samu sebe disciplinuje i da konačno sa ovom praksom prekine. U analiziranom materijalu ovakvo tumačenje pušenja obično se javlja u kontekstu razmatranja faktora koji uslovljavaju uspešnost pokušaja da se ostavi pušenje jer se kao ključni takav faktor ističe upravo snaga volje.

„Prim. dr Petar Borović, lekar Instituta za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ i član nacionalne komisije Ministarstva zdravlja Srbije, kaže (...) da je za ostavljanje cigareta potrebna pre svega jaka volja. Pored snage volje, postoje i drugi načini, kao što je

dolazak u detoksikaciono savetovalište, gde su pušači, pomožu grupnih terapija, ostavljali pušenje u 93 do 96 odsto slučajeva.“ („Recite zbogom cigaretama“, Danas, 30. 03. 2011.)

„Svetlana Apostolović, zdravstvena radnica iz Beograda je posle srčanog i moždanog udara, shvatila da je ipak vreme da posle 35 godina „kaže ne“ cigaretama. (...) Ona dodaje da pušači ne žele i nemaju volje da ostave duvan. „Mogu da potvrdim, jer ja sam neko ko je imao zdravstvene probleme i bila pušač tolike godine. Ali treba imati volju, jaku volju, želju i stručnu pomoć tako da to može da se reši“, objašnjava naša sagovornica.“ („Recite zbogom cigaretama“, Danas, 30. 03. 2011.)

„Znam da nije lako ostaviti cigarete, ali i za to ima načina ukoliko postoji snažna volja. Moram da naglasim da kod nas postoje i individualni i grupni pristupi odvikavanju od pušenja, i to veoma uspešni.“ (Tomica Milosavljević, ministar zdravlja, „Očekujem da i poslanici Skupštine poštuju Zakon“, Danas, 10. 11. 2010.)

„Aktivno unošenje duvanskog dima kao lični izbor pojedinca je svesno zadovoljenje, nekad uz kafu, nekad zbog nervoze, nekad iz navike, to su najčešći izgovori, ali se suštinski radi o vrsti zavisnosti koja je razložno tome i odvikavanju od pušenja, uz lakši ili teži napor, stvar discipline volje.“ (Dušanka Plećević, poslanička grupa SRS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)¹¹¹

Pored toga što pušače definiše kao ljude koje odlikuje nedostatak određenih vrlina, ovakvo tumačenje pušenja implicira da ne postoje nikakvi drugi razlozi zbog kojih ljudi puše osim slabosti njihove volje zbog čega su oni na neki način primorani da

¹¹¹ U ovom segmentu građe, u okviru nemedicinskog diskursa o pušenju, pušenje se istovremeno definiše i kao bolest zavisnosti i kao bolest volje. U okviru ovog diskursa prihvata se medicinsko tumačenje pušenja kao bolesti zavisnosti, ali se zavisnost ne shvata u neurohemijskim terminima u kojima je u medicini definisana, već se tumači kao posledica slabosti karaktera. Istovremeno tumačenje pušenja na više različitih načina, a uvek u moralnim terminima, kako će u daljem delu rada biti pokazano, jako je često u analiziranom materijalu i ukazuje na to da u društvu ne postoji konsenzus po pitanju ove teme i da nisu u potpunosti prihvaćeni medicinski modeli u tumačenju pušenja, i sami sa prikrivenim primesama moralnih konotacija, već da paralelno postoje sa brojnim drugim definicijama eksplicitno iskazanim u terminima morala.

to čine.¹¹² To, kao drugo, ukazuje na to da se definicijom pušenja kao bolesti volje pušači karakterišu i kao robovi svojih nesavršenih moralnih konstitucija, zatočenici sopstvenog nemoralnog bića.¹¹³ Međutim, ovaj oblik zatočeništva ispoljen u vidu pušenja u nekim segmentima građe definiše se i kao posledica primene manipulativnih tehnika od strane duvanske industrije sa ciljem povećanja broja pušača, odnosno sa ciljem povećanja profita od prodaje cigareta. Iako u ovim tumačenjima nije eksplicitno ukazano na to, ove taktike duvanske industrije usmerene su, razume se, ka ljudima slabe volje, jer samo kod njih mogu da dovedu do željenih rezultata.

„Duvanska industrija uzima sve agresivnije korake da se suprostavi merama država u cilju smanjenja pušenja“, navela je ona (*Dorit Nican, šefica kancelarije SZO*). (...) Šetnjom Knez Mihailovom ulicom i akcijom kod spomenika „Pobednik“ u Beogradu je obeležen Svetski dan bez duvanskog dima čiji je ovogodišnji slogan „Odolimo uticaju duvanske industrije“, a tema „Uplitanje duvanske industrije“. („Osveži prostor – izbac i duvanski dim“, sajt RTV RTS, 31. 01. 2010.)

Kako neki autori zapažaju, tumačenje pušenja kao posledice uticaja agresivnih, manipulativnih taktika duvanske industrije poprilično je prihvaćeno i rasprostranjeno u medicini i javnom zdravlju do te mere da čini osnovu od koje Svetska zdravstvena organizacija (SZO) polazi u pristupu kontroli duvana (Bell and Simone 2013, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012). Naime, prema SZO ljudi puše jer su robovi duvanske industrije i manipulacija kojima se ona služi, a ovo se može sprečiti putem primene agresivnijeg pristupa u raskrinkavanju i obelodanjivanju ovih struktura

¹¹² Ovakva tumačenja pušenja u građi jesu dominantna, ali se u izvesnom broju javljaju i ona njima suprotna. Na primer, Milan Knežević (poslanička grupa Napred Srbijo) na sednici održanoj 08. 04. 2010. godine napominje: „Druga interesna strana su pušači, koji su eto svojom slobodnom voljom, stekli tu naviku koja im pričinjava, možemo da kažemo, jedan čin zadovoljstva koji sigurno, kako je rekao neko od prethodnih govornika, predstavlja i odgovorajući psihološki momenat“.

¹¹³ Osim u ovakvim tumačenjima u kojima je implicitno ukazano na to, pušenje je na nekoliko drugih mesta u građi eksplicitno definisano kao oblik ropstva. Na primer, Milenko Petronijević iz „Alan Kar“ centra za odvikavanje od pušenja u razloge zbog kojih ljudi ne bi trebalo da puše svrstava „novac, robovanje, opasnost po zdravlje i društveni žig“ („Pomama za metodama koje odvikavaju od pušenja“, Politika, 02. 12. 2010.). Pored toga, tumačenje pušenja kao oblika ropstva implicitno je sadržano i u nekim drugim definicijama pušenja zastupljenim u analiziranoj građi, o čemu će biti reči u daljem delu rada.

ropstva (Bell and Simone 2013, 3-4). Ovakva tumačenja pušenja doprinose kreiranju predstave o pušačima kao nedelatnim, pasivnim individuama kod kojih pušenje ne predstavlja rezultat lične odluke, nego posledicu uticaja unutrašnjih i spoljašnjih sila koje na njega deluju i koje ga nagone da puše, odnosno oblik ropstva. Ona takođe, kao i kada je reč o tumačenju pušenja kao isključive posledice nedostatka/slabosti volje pušača, zanemaruju celokupni kontekst u okviru kojeg ljudi puše, odnosno (sve) razloge zbog kojih oni to čine.

Na onim mestima u građi na kojima je ukazano na uticaj koji duvanska industrija vrši sa ciljem povećanja broja pušača, nisu svi pušači okarakterisani kao oni koji su mu jednako podložni, već su pretežno žene i mladi izdvojeni kao kategorije osoba podložnije ovom uticaju. To implicira da se žene i mladi tumače kao kategorije osoba koje su posebno slabe volje u poređenju sa muškarcima koji u sve većem broju ostavljaju pušenje odolevajući uticaju duvanske industrije. Ovakvo negativno tumačenje žena i mladih, a pozitivno muškaraca, u vezi je sa stepenom moći koju oni u društvu poseduju: žene i mladi kao nepriviligovane grupe podložniji su stigmatizaciji, za razliku od muškaraca koji imaju dominantan položaj u društvu. To znači da ovakva tumačenja dovode do duple marginalizacije i stigmatizacije pomenutih kategorija osoba: zbog toga što su pušači i zbog njihovog položaja u društvu.¹¹⁴

„Krsteva ukazuje na to da se duvanska industrija u svetu, zbog toga što gubi kupce među muškarcima, jer je dostignut „vrh“, sada okreće novoj ciljnoj grupi – ženama, čineći sve da paklica cigareta izgleda što primamljivije.“ („Sve manje pušača“, Danas, 31. 01. 2011.)

„Najnovija istraživanja pokazuju da broj pušača među muškarcima u svetu opada, a raste broj žena i mladih koji puše, i to zahvaljujući naporima duvanske industrije da pridobije nove „žrtve“ i tako smanji svoje gubitke“, kaže dr Srmena Krstev, predsednica Komisije za

¹¹⁴ S obzirom na to da u svim segmentima društva, bar kada je o razvijenim zapadnim zemljama reč, broj pušača opada među višim slojevima, a ostaje isti ili se povećava među siromašnima (Bayer 2008, Bayer and Colgrove 2002, Harman et al. 2006, Graham et al. 2006, Moon, Pearce and Barnett 2012, Tan 2013, Frohlich et al. 2010, 2012, Graham 2009, Bell et al. 2010a) ovde se može govoriti i o troduploj stigmatizaciji i marginalizaciji mladih i žena: zbog toga što su pušači, zbog njihovog društvenog položaja i zbog njihove klasne pripadnosti, što su i neki drugi autori zapazili (v. npr. Frohlich et al. 2012).

prevenciju upotrebe duvana.“ („Nepušači nepoželjni u skoro svim kafićima i restoranima“, 24 sata, 01. 06. 2012.)

Uopšteno govoreći, tumačenje pušenja kao posledice nedostatka volje i samodiscipline ima tradiciju dugu gotovo dva veka – koreni ovakvog tumačenja nastali su u anti-pušačkim pokretima u zapadnim društvima u drugoj polovini XIX veka (v. Brandt 1990, McCullough and Anderson 2013). U zapadnim društvima u tom periodu, osim u ovom kontekstu, imperativ snage volje, samodiscipline i samokontrole odnosio se i na druge segmente ljudskog postojanja i predstavljao je opšti ideal koji je trebalo da rukovodi ponašanjem ljudi (Bell, Salmon and McNaughton 2011, v. i Brandt 1990). Posmatrano u širem društvenom kontekstu, ovaj ideal bio u vezi sa pojavom kapitalizma, liberalizma i veštine upravljanja koja je, između ostalog, mada ne isključivo, počivala na podsticanju samokontrole, samodiscipline i samoregulacije pojedinaca (v. npr. Petersen 1997, Burchell 1996, Fuko 1997, 2006, Lupton 1999, Rose 1999). Tokom vremena ove tehnike upravljanja nisu izgubile na značaju, već su, štaviše, sa nastankom neoliberalizma one postale još značajnije, budući da se neoliberalna veština upravljanja u potpunosti oslanja na intenziviranje samoregulacije i samoupravljanja pojedinaca (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Lupton 1995, 1999, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Burchell 1996). Podsticanje samoregulacije, samodiscipline i samokontrole prisutno je i u oblasti savremenog javnog zdravlja u okviru kojeg se naglašava da zdravstveno stanje pojedinca zavisi isključivo od njegovih odluka, tačnije spremnosti da prihvati i povinuje se savetima medicinskih eksperata (Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Lupton 1995, 2003, Gastaldo 1997). Na taj način svu odgovornost za sopstveno zdravlje snosi pojedinac koji se ohrabruje da se informiše o rizicima po zdravlje, da sledi savete medicinskih eksperata i izbegava preduzimanje rizika, da praktikuje samokontrolu i samodisciplinu. U ovom procesu preduzimanja odgovornosti posebno se naglašava uloga volje – za one koji se staraju o sebi i praktikuju samokontrolu i samodisciplinu smatra se da poseduju snažnu volju, dok se o onim osobama kod kojih to nije slučaj govori kao o osobama koje

su slab karakter i umanjene snage volje (Brown and Barker 2012, 28).¹¹⁵ U skladu sa tim, u okviru savremene medicine, a posebno tzv. novog javnog zdravlja, dominantne su predstave o pušačima kao osobama slabe volje (Tan 2013, Bell et al. 2010b, McCullough and Anderson 2013, Becker 1993), a to i ovo istraživanje pokazuje – tumačenje pušača kao osoba kojima nedostaje snaga volje kako bi sebe mogli da disciplinuju i prestanu sa pušenjem mahom je upotrebljavano od strane stručnjaka iz oblasti ovih nauka, pa i od strane tadašnjeg ministra zdravlja.

Na osnovu svega rečenog može se izvesti zaključak da se ovakvo tumačenje pušenja i pušača zastupljeno u analiziranom materijalu može protumačiti kao posledica delovanja neoliberalne veštine upravljanja. Naime, tumačenje pušenja kao negativne pojave koja nastaje kao posledica slabosti volje implicitno ukazuje na to da se samokontrola i samodisciplina smatraju idealima kojima pojedinac treba da se rukovodi u svom ponašanju i da su pušači osobe koje u tom poduhvatu nisu uspele. Isticanje poteškoća u ostavljanju pušenja usled nedostatka volje pušača, o čemu je često bilo reči u analiziranom materijalu, ima za cilj da istakne da je snaga volje vrлина koja nije lako dostižna, ali ne i neostvariva, čime se ukazuje na njen značaj i njenu vrednost. Ovo ima za cilj da podstakne samoregulaciju pojedinca, a na isti način i sa istim ciljem deluje i stigmatizacija osoba koje karakteriše nedostatak ove vrline – konačni rezultat trebalo bi da bude smanjenje broja pušača bilo putem podsticanja ostavljanja pušenja bilo putem odvrćanja od toga da se sa ovom praksom uopšte započne. Podsticanje samoregulacije, kao što je već rečeno, nalazi se u osnovi neoliberalnog upravljanja (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Burchell 1996, Petersen 1997, Lupton 1995, 1999, Petersen and Lupton 1996). Cilj neoliberalne veštine upravljanja je da uvećavanje i osnaživanje bioloških kapaciteta individue poveže sa ciljevima vlasti – uvećavanjem profita i bogaćenjem države (*Ibid.*). U nastojanju da se smanji broj pušača težnja za ostvarivanjem ovog cilja je evidentna: pušenje ostvaruje negativan uticaj na zdravlje, a to dalje ugrožava ekonomski prosperitet države koji počiva na

¹¹⁵ Moć volje, kao i samokontrola i samodisciplina koje na njoj počivaju, nisu samo kvaliteti pojedinca koji omogućavaju ostvarivanje stanja zdravlja, nego je i postizanje stanja zdravlja prilika da pojedinac ispolji ove vrednosti (Crawford 2006, 412).

produktivnosti zdravih pojedinaca. Tumačenje pušenja kao bolesti volje koje pomaže ostvarivanje ovog cilja uobičajeno je u okviru medicine, kako ovo i druga istraživanja pokazuju (v. npr. Tan 2013, Bell et al. 2010b, McCullough and Anderson 2013), što dodatno govori u prilog tome da se na ovom primeru može potvrditi delovanje neoliberalne veštine upravljanja, s obzirom na to da u njoj istaknutu ulogu ima ekspertiza (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Burchell 1996, Petersen 1997, Lupton 1995, 1999, Petersen and Lupton 1996).

5. 1. 1. 4. RĐAVA NAVIKA PUŠENJA, KARAKTERNA ANOMALIJA

U analiziranom materijalu jedno od zastupljenih tumačenja pušenja koje ovu praksu određuje u terminima morala jeste definicija pušenja kao loše, štetne i/ili ružne navike. Prema ovoj definiciji, pušenje je radnja koju pušači praktikuju isključivo zbog toga što su navikli na to, pri čemu se samo pušenje smatra lošim, štetnim, ružnim. U većini slučajeva definisanje pušenja kao loše/štetne/ružne navike nije dodatno obrazloženo, već je ovaj termin upotrebljavan u različitim kontekstima da označi praksu pušenja. Ipak, ovakvo tumačenje pušenja implicitno ukazuje na nekoliko stvari. Kao prvo, kada se pušenje definiše kao navika umanjuje/eliminise se značaj svih onih razloga zbog kojih ljudi puše, a ističe samo jedan – moć navike. Dakle, prema ovom tumačenju, osim moći navike zbog koje iz dana u dan nastavljaju na puše, pušači kao da nemaju drugih razloga zbog kojih puše ili ih nisu svesni. Pušenje se ovde dakle pojavljuje kao jedna automatska, nesvesna radnja, lišena bilo kakvog smisla i značaja za pušače, ponavljana tokom vremena bez ikakvih razloga za to, održavana isključivo pod uticajem moći navike. Kao drugo, pušači se ovde, u izvesnom smislu, pojavljuju kao taoci moći navike, osobe nisu u stanju da joj se odupru, upravo zbog toga što gotovo da je nisu ni svesni, a u tom pogledu se u pitanje može dovesti i moć njihove volje da sa ovom

navikom prestanu, onda kada to nije slučaj.¹¹⁶ Na nekim mestima u analiziranom materijalu na kojima je praktikovanje navike pušenja izjednačeno sa ropstvom na to je i eksplicitno ukazano:

„Ali mi – Udruženi pušači Srbije – zahtevamo da nam se, proporcionalno zastupljenosti u populaciji, obezbedi određeni broj javnih, kafanskih i drugih prostora na kojima se nesmetano možemo odavati ružnoj navici čiji smo robovi“. („Pušenje upozorenja“, Danas, 22. 10. 2010.)¹¹⁷

Dovođenje u vezu pušenja kao navike sa oblikom ropstva posebno je istaknuto zahvaljujući stavu prema kojem se u pušenju ne vidi ništa dobro i lepo: ako je pušenje loše, ružno i štetno, pretpostavlja se da ljudi puše jer njihovim ponašanjem rukovodi moć navike i automatizam zbog kojeg ove svoje navike gotovo da nisu ni svesni, a ako to nije slučaj, da je razlog zbog kojeg puše to što nemaju snagu volje da sa ovom navikom prestanu.¹¹⁸ Dakle, u takvim okolnostima, a s obzirom na to da se pušenje definiše kao loše/štetno/ružno, moć navike i odusustvo volje se smatraju jedinim logičnim objašnjenjem za pušenje. Inicijalni motiv za pušenjem nije sadržan niti objašnjen u

¹¹⁶ Ipak, u jednoj definiciji pušenja kao navike, istaknuto je da pušači svojom slobodnom voljom i izborom tu naviku praktikuju: „Druga interesna strana su pušači, koji su eto svojom slobodnom voljom, stekli tu naviku koja im pričinjava, možemo da kažemo, jedan čin zadovoljstva koji sigurno, kako je rekao neko od prethodnih govornika, predstavlja i odgovorajući psihološki momenat.“ (Milan Knežević, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.).

¹¹⁷ Definicije pušenja kao oblika ropstva i kao ružne navike obično dolaze od pušača, a isti je slučaj i sa nekim drugim negativnim tumačenjima pušenja, kako će u daljem delu rada biti pokazano. Sve to ukazuje na to da pušači u velikoj meri internalizuju dominantne (negativne) predstave o pušenju u društvu, što su brojna istraživanja i potvrdila (v. Fischer and Poland 1998, Poland 2000, Bell 2013b, Bell et al. 2010b, Louka et al. 2006). Osim toga, kako neki autori napominju, pušači često imaju problem da rečima iskažu ono što pušenje predstavlja za njih, jer jezik koji bi se u te svrhe koristio ne postoji u društvu, pa otuda često bivaju prinuđeni da koriste jedini jezik u tom pogledu u društvu koristi – jezik medicine, koji negira postojanje veze između pušenja i zadovoljstva (v. Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012).

¹¹⁸ Ovo tumačenje pušenja i pušača blisko je tumačenju pušenja kao bolesti volje samo što za razliku od ovog tumačenja pušenja u definiciji pušenja kao ružne navike to nije eksplicitno iskazano niti razrađeno, već je ovo pre zaključak koji se nameće na osnovu razmatranja implicitnih značenja ove definicije. Osim toga, u okviru tumačenja pušenja kao bolesti volje ozbiljniji je i dramatičniji ton kojim se o pušenju govori kao o posledici nedostatka volje da se njime prekine, što je u tumačenju pušenja kao loše navike u velikoj meri izostavljeno. Tumačenje pušenja kao loše navike implicira da pušač puši po automatizmu, pre nego zbog nedostatka volje, s obzirom na to da automatizam podrazumeva odsustvo svesti i razmišljanja, dok se o volji, njenom postojanju ili nedostatku, može govoriti samo onda kada to nije slučaj. Ipak, na par mesta u građi je spomenuto da pušači žele da ostave pušenje i da prekinu sa ovom lošom navikom i tada to implicira da je pušenje, definisano kao navika, posledica odsustva volje da se sa tom navikom prestane.

ovom tumačenju – u njemu se o pušenju govori isključivo u kontekstu radnje koja je postala sastavni deo svakodnevne rutine jedne osobe. To, kao treće, znači da se ovim tumačenjem, osim različitih motiva za pušenjem, negira i postojanje različitih paterna pušenja koji uopšte ne moraju da podrazumevaju rutinizaciju pušenja i pušenje na svakodnevnoj osnovi. Konačno, kao četvrto, tumačenje pušenja kao loše navike implicira i to da su osobe koje praktikuju ovu radnju i same na neki način loše, pri čemu se veza između nemoralnosti pušenja i pušača pojavljuje kao dvosmerna: osobu koja puši karakteriše odusustvo izvesnih vrlina upravo zbog toga što puši, odnosno praktikuje radnju koja je loša i/ili se pušenje kao negativna pojava javlja samo kod ljudi koje karakteriše odsustvo određenih pozitivnih karakteristika. Sve ovo ukazuje na to da je u tumačenju pušenja kao loše/štetne/ružne navike sadržana predstava o pušaču kao nesvesnom biću koje puši po automatizmu, jer njegovim ponašanjem rukovodi moć navike, a u izvesnoj meri i predstava o pušaču kao robu navike pušenja koji nije u stanju da je se oslobodi čak iako ju je svestan i iako zna da je ona loša/štetna/ružna. Osim toga, tumačenje pušenja kao loše, ružne i/ili štetne navike obesmišljava samo pušenje izjednačavajući ga sa radnjom bez ikakvog značenja i značaja za pušače. To pušenje čini neprivlačnim, a pušače predstavlja kao nerazumne i neinteligentne osobe, naročito ako se ima na umu se ova navika smatra negativnom. Konačno, definicija pušenja kao navike koja je loša implicira da su pušači loši ljudi bilo zbog toga što praktikuju ovu radnju koja se smatra lošom bilo zbog toga što takvu radnju na prvom mestu mogu da praktikuju samo ljudi koji su i sami loši. Implicitno dakle tumačenje pušenja kao loše navike, koje na prvi pogled ističe imanentnost nemoralnosti pušenja, ukazuje na to da je nemoralnost svojstvo pušača koliko i pušenja. Ovakva negativna predstava o pušačima kao osobama koje karakteriše odsustvo (izvesnih) vrlina, kao što je već istaknuto, doprinosi njihovoj stigmatizaciji i marginalizaciji u društvu.

Na nekim mestima u građi jasno je precizirano kakve su to osobe koje robuju navici pušenja, odnosno kakve ih mane karakterišu. Na primer, Lidija Šarić, psihijatar, specijalista za bolesti zavisnosti, za Press objašnjava:

„Postoje i drugi razlozi za otpor, jer pušenje uopšte nije jednostavno ostaviti. To je ritual koji se ugradi u ličnost. A kao i svaki drugi ritual, i ovaj uliva određenu dozu sigurnosti. Ljudi se i inače rađaju kao poprilično nestabilna, nesigurna i zavisna bića, pa ako jednom uđu u ritual ispijanja jutarnje kafe ili pušenja cigareta, jako je teško kasnije osloboditi se te navike.“ (,,Pušenje ili...“, 19. 02. 2012.)

Tumačenje pušenja kao loše, štetne i/ili ružne navike u velikoj meri je zastupljeno u medijskom izveštavanju o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, upotrebljeno od strane novinara, kao i od strane samih pušača, čiji su stavovi povodom uvođenja pomenutog zakona prenošeni putem medija, a u nešto manjoj meri i od strane poslanika. Na osnovu zastupljenosti ovog izraza u opisivanju i definisanju pušenja može se izvesti zaključak da je on u društvu veoma prihvaćen i rasprostranjen, a na isti zaključak navodi i veoma česta upotreba izraza *odvikavanje od pušenja* u analiziranom materijalu u celini. Uprkos opštoj rasprostranjenosti upotrebe u materijalu koji je analiziran, *izaz navika pušenja* nije nijednom upotrebljen od strane medicinskih eksperata. Ovo se može dovesti u vezu sa tim što se u okviru medicine o pušenju po pravilu ne govori kao o navici, već kao o bolesti zavisnosti, što je aktuelan zvanični stav medicine po pitanju kategorizacije pušenja¹¹⁹, na šta su neki od medicinskih eksperata u Srbiji i skrenuli pažnju u izjavama za medije povodom Zakona

¹¹⁹ Iako medicina danas pušenje definiše kao bolest zavisnosti, to nije uvek bio slučaj. Status duvana kao adiktivne supstance bio je ambivalentan tokom najvećeg dela XX veka, a ovo je bilo posledica toga što se pušenje nije uklapalo u dominantne medicinske i kulturne modele zavisnosti (Bell and Dennis 2013, 6). Naime, kako Rum zapaža, jedna od funkcija koncepta adikcije bila je da pruži kauzalno objašnjenje za loše ponašanje: adikcija je, kako se smatralo, pojava nalik zaposednuću u kojoj adiktivna supstanca uspeva da kod pojedinca koji je konzumira izazove ponašanje koje za njega nije tipično i koje se u normalnim okolnostima nikada ne bi javilo (Room 2003, citirano u Bell and Dennis 2013, 6). S obzirom na to upotreba duvana ne izaziva ovakvo neuobičajeno ponašanje, odnosno s obzirom na to da je ponašanje pušača uobičajeno, normalno, svakidašnje, skladno, pušenje jako dugo, sve do kasnih 1980-tih i ranih 1990-tih, nije tumačeno kao bolest zavisnosti, a i danas, kada se na taj način tumači, i dalje postoje određene konceptualne razlike između duvana i drugih droga (Bell and Dennis 2013, Bell, Salmon and McHaughton 2011, Hakkarainen 2013, Brandt 1990). U periodu koji je prethodio definisanju pušenja kao bolesti zavisnosti, izjednačavanje pušenja sa navikom nije bilo neuobičajena pojava u medicini: na primer, Surgeon General's Report iz 1964. godine o pušenju govori pre kao o navici, nego kao o adikciji (Bell and Dennis 2013, 6).

o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, kao i na skupštinskim sednicima na kojima se o ovom zakonu raspravljalo.

„Pušenje duvana nije samo loša navika, ona je samo na prvom mestu bolest zavisnosti. Narkomanija, alkoholizam i pušenje duvana su tri bolesti zavisnosti. Lično nemam ništa protiv pušača, niti iko normalan može da ima nešto protiv ljudi koji imaju problem što nešto što je doživljavano i kulturološki bilo prihvatljivo u njihovom ranom detinjstvu i zrelosti i što se smatralo, pre svega, navikom koja je sloboda odluke pojedinca, što je za to postalo sasvim jasno da je ozbiljna bolest zavisnosti i da je najznačajniji pojedinačni faktor rizika za bolesti koje bi mogle potpuno da se spreče ukoliko bismo promenili svoje ponašanje.” (Tomica Milosavljević, ministar zdravlja, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

...pa bih u tom smislu evo ja, ako mi dozvolite, zamolila sve građane, vrlo pametne naše građane, koji su zaista shvatili da pušenje nije navika nego da je to jedna ozbiljna bolest zavisnosti koje se jako teško rešiti i da je to jedan tako veliki problem koji pravi nevolje svim ljudima, znači, u okruženju, i pušačima i nepušačima.“ (Ika Pešić, šef Kabineta za prevenciju i odvikavanje od pušenja Klinike za pulmologiju pri Kliničkom centru Srbije, telefonsko uključanje u emisiju Uvećanje, TV B92, 01. 06. 2009.)

Uprkos tome što su mnogi medicinski eksperti u obraćanju za javnost povodom Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu istakli da pušenje nije navika, kako se to obično u društvu misli, nego bolest zavisnosti, drugi segmenti analizirane građe ne govore u prilog tome. Naime, među onim medicinskim stručnjacima koji su istakli da se pušenje ne može smatrati navikom, među ostalim njihovim kolegama, pa i u okviru same profesije, uobičajena je i rasprostranjena upotreba izraza *odvikavanje od pušenja*. Ovde se dakle o prestanku pušenja ne govori kao o lečenju od jedne od bolesti zavisnosti, nego kao o napuštanju navike pušenja. Osim toga, na to da je tumačenje pušenja kao navike u velikoj meri inkorporirano u medicinsko promišljanje pušenja ukazuje i sadržanost izraza *odvikavanje od pušenja* u nazivima nekih od nekih zdravstvenih institucija i tela za borbu protiv pušenja – npr.

Kabinet za prevenciju i odvikavanje od pušenja Klinike za pulmologiju pri Kliničkom centru Srbije, savetovališta za odvikavanje od pušenja u okviru domova zdravlja i drugih zdravstvenih institucija itd. Dakle, iako u medicini i među medicinskim ekspertima zvanična definicija pušenje određuje kao bolest zavisnosti, u praksi paralelno sa ovim tumačenjem opstaje i tumačenje pušenja kao (loše) navike.¹²⁰ Ovo ukazuje na to da je određenje pušenja u terminima morala, kao (loše) navike, iako negirano, u medicini prisutno, ali prikriveno pod okriljem naučne objektivnosti i neutralnosti, kao i na to da su društvene implikacije ovakve definicije pušenja zastupljene među medicinskim ekspertima jednake onima koje stvara ista ovakva definicija među laicima.¹²¹

5. 1. 1. 5. SA ONE STRANE MORALA – PUŠENJE KAO POROK

Tumačenje pušenja kao poroka u velikoj meri je slično prethodno razmotrenoj definiciji pušenja kao loše/štetne/ružne navike. Nalik tumačenju pušenja kao loše navike, i tumačenje pušenja kao poroka u osnovi podrazumeva da je nemoralnost istaknuta odlika ove prakse kao i samih pušača. Međutim, za razliku od ove definicije pušenja, definicija pušenja kao poroka podrazumeva da je nemoralnost svojstvena ovoj praksi, kao i nemoralnost svojstvena pušačima, u toj meri izražena da poprima svoj krajnji izraz – potpuno odusustvo vrline. I dok definicija pušenja kao automatskog, gotovo nesvesnog oblika ponašanja u izvesnoj meri umanjuje odgovornost pušača za praktikovanje ovog oblika ponašanja, a time i stepen njegove nemoralnosti, kod definicije pušenja kao poroka ovaj oblik „opravdanja“ za pušače ne postoji – porok

¹²⁰ Ovo se može protumačiti i kao posledica uticaja u društvu rasprostranjenog tumačenja pušenja kao navike, ali i kao posledica zastupljenosti ovakvog tumačenja pušenja i u okvirima same medicine, u periodu pre nego što je pušenje konačno definisano isključivo kao bolest zavisnosti (v. Bell and Dennis 2013).

¹²¹ Osim toga, moralna dimenzija u pogledu tumačenja pušenja u medicini prisutna je i čak i kada se (posebno tada) pušenje definiše kao bolest zavisnosti, o čemu će biti reči u daljem delu rada.

pušenja podrazumeva namerno i svesno zadovoljenje hedonističkih poriva pušača ka pušenju. Potpuno odsustvo morala u definiciji pušenja kao poroka ne potiče dakle od same prakse pušenja, nego od ljudi koji je upražnjavaju: u izvesnoj meri pušenje je nemoralno, ali tek sa svesnom odlukom da se ovakvo nemoralno ponašanje praktikuje, iz strasti prema njemu i zbog zadovoljstva koje ono prčinjava pušenje postaje krajni izraz nemorala.

Ipak, iako se generalno stiče utisak da se odluka pušača da puši kako bi zadovoljio svoj porok smatra svesnom, u analiziranoj građi ona se istovremeno ponekad pojavljuje i kao oblik nevoljnog ponašanja koji nema uvek za cilj zadovoljenje hedonističkog poriva ka pušenju. Naime, na nekoliko mesta je upražnjavanje poroka pušenja dovedeno u vezu sa snagom moći navike koja pušače nagoni da puše te je tako na tim mestima porok pušenja praktično izjednačen sa lošom navikom.

„Kazne svakako mogu da daju efekat u borbi protiv pušenja, ali cilj nije da kažnjavamo nego da ljude odviknemo od poroka, koji dokazano oštećuje zdravlje - kaže Srmena Krstev.“ („Ej kafano puna dima“, Večernje novosti, 04. 09. 2010.)

„Na taj način (*putem usvajanja i primene Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu*), s jedne strane ćemo ljude koji su dosada koristili duvan i duvanske proizvode odvići od korišćenja tog poroka, a s druge strane zaštititi od onih koji su sticajem okolnosti, kao što sam rekao, bili u situaciji da se nađu u njihovoj blizini. (Petar Petrović, poslanička grupa SPS-JS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Osim toga, istaknuto je i da pušači upražnjavaju svoj porok iz nemoći da se odupru želji za njegovim zadovoljenjem. Jedno od objašnjenja njihove nemoći pred ovim porokom jeste slabost snage njihove volje, a u tom je pogledu definicija pušenja kao poroka bliska definiciji pušenja kao loše navike, a posebno definiciji pušenja kao bolesti volje.

„Dr Zorica Plavšić iz Gradskog zavoda za plućne bolesti u Beogradu godinama je vodila program za odvikavanje od pušenja u toj ustanovi. Ona kaže da je uz jaku volju moguće rešiti se ovog poroka i u sopstvenoj režiji.“ („Za odvikavanje od pušenja potrebno je bar 90 dana“, Blic, 11. 11. 2010.)

„Nijedna metoda (*za ostavljanje pušenja*) ne može biti uspešna ako čovek nema jaku želju da se odupre poroku – smatra dr Pešić.“ („Samo jaka volja gasi cigaretu“, Večernje novosti, 15. 01. 2012.)

Kao drugo objašnjenje za ovu pojavu navodi se i jačina samog poroka – svaki porok sam po sebi poseduje toliko privlačnu snagu da je ljudima jako teško mu odole, a još teže da prestanu sa njim, jednom kada počnu da se mu se odaju. To je posebno istaknuto onde gde je ukazano na to da ljudi puše čak i kada su svesni štete koju pušenje pričinjava njihovom zdravlju, upravo zbog jačine (ovog) poroka.

„Iako je poslednje istraživanje pokazalo da 90 odsto stanovnika zna da duvan uzrokuje mnogobrojne i teške bolesti, porok je, izgleda, jači od brige za zdravlje. A nauka duvanski dim zvanično okrivljuje za kardiovaskularne, plućne, maligne bolesti... U cigaretama ima čak 7.500 različitih hemijskih jedinjenja, od kojih je za 60 dokazano da su kancerogena, a za 100 da su toksična.“ („Trećina Srbije su – pušači“, Večernje novosti, 25. 10. 2012.)

Kao još jedno od objašnjenja teškoće da se prekine sa porokom pušenja navodi se i strast pušača prema pušenju i zadovoljstvo koje im pušenje pričinjava. Ova strast i zadovoljstvo koje potiče iz njenog zadovoljenja ne smatraju se, međutim, normalnim, već patološkim, zbog čega se u ovakvim objašnjenjima pušenje dovodi u vezu sa zavisnošću, odnosno tumači se kao pojava koja se nalazi između poroka i bolesti zavisnosti.

„Kada imamo ovako poražavajuće podatke, nameće se pitanje kako zaštititi od tog poroka zadovoljstva onaj deo stanovništva kojima je ugroženo pravo na zdravlje, pravo na život? Kolika je pušačka strast videli smo za vreme bombardovanja Srbije od strane NATO

pakta, kada su i, pored toga što su im životi bili izloženi NATO bombama, čekali u dugim redovima pred trafikama da kupe cigarete. Sada imamo zakon o zabrani pušenja na radnom mestu, na sportskim priredbama i na drugim javnim skupovima koji je još na snazi, a koji retko ko poštuje i pridržava ga se.“ (Dušanka Plećević, poslanička grupa SRS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

I na drugim mestima u analiziranom materijalu je ukazano na bliskost pušenja shvaćenog kao poroka sa bolestima zavisnosti, iako zadovoljstvo koje pušenje pričinjava pušačima i strast i žudnja koju u tom pogledu osećaju na tim mestima nisu spominjani i razmatrani, ili je porok pušenja definisan kao put u zavisnost, takođe bez referisanja na strast prema pušenju i zadovoljstvo koje ono pričinjava.

„Za one koji su u tom poroku bolesti zavisnosti, kako je, već, sve, nas, grupa ljudi sela, definisala i utvrdila da jesmo, pa, čak i u kategoriji zavisnih, dakle, to su ljudi kojima treba, na neki način, pomoći.“ (Mileta Poskurica, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

„To (*pušenje*) jeste opasan porok. Jeste, prouzrokuje zavisnost.“ (Zoran Krasić, poslanička grupa SRS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Definicija pušenja kao poroka najeksplicitnija je i najnegativnija definicija pušenja u terminima morala zastupljena u analiziranom materijalu. Prema ovoj definiciji, hedonističku praksu pušenja karakteriše potpuno odsustvo morala upravo zbog toga što predstavlja zadovoljenje težnje ka postizanju zadovoljstva. Osim toga, ona pušače otvoreno definiše kao ljude sa odsustvom izvesnih vrlina koji se upravo zbog toga odaju nemoralnoj praksi zadovoljenja hedonističkih poriva. Definisanje pušenja kao poroka ima jako dugu tradiciju koja datira još s kraja XIX veka, iako se ono danas uglavnom napušta pod uticajem dominantnog tumačenja pušenja kao bolesti zavisnosti. To nije slučaj samo sa pušenjem nego i sa svim drugim praksama i oblicima ponašanja koji su bili predmet moralne regulacije tokom XIX veka – o njima se danas

(obično) ne govori kao o porocima, nego kao o bolestima zavisnosti (v. Hunt 1999a). Kao što je već rečeno, tokom XIX veka pušenje je postalo meta projekta moralne regulacije, anti-pušačkog pokreta, zbog svoje neusaglašenosti sa idealima skromnosti, umerenosti, samodiscipline i samoodricanja koji su bili oblikovani pod uticajem protestantske etike i kapitalizma (Bell, Salmon and McNaughton 2011, v. i Brandt 1990). Sve one prakse koje su podrazumevale preterivanje i neumerenost i koje su donosile uživanje i zadovoljstvo bile su okarakterisane kao poroci i kao takve bile su mete različitih projekata moralne regulacije, a to se odnosi i na pušenje (v. Hunt 1999a).

Međutim, osim što se tumači kao posledica sklonosti ka hedonističkom ponašanju koje pušač svesno preduzima, za porok pušenja se povremeno tvrdi i da predstavlja nevoljan oblik ponašanja koji ne nastaje kao posledica namere pojedinca da zadovolji svoju strast ka pušenju, nego kao rezultat delovanja privlačne snage poroka, moći navike, slabosti volje, ali i zavisnosti od pušenja koje zapravo uslovljavaju i upravljaju pušenjem. Putem ovih tvrdnji, kojima se umanjuje i/ili negira voljni karakter pušenja, kreira se predstava o pušenju kao o praksi lišenoj zadovoljstva za one koji je praktikuju – pušenje se ovde tumači isključivo kao odgovor na one sile van čoveka koje ga uslovljavaju. Osim toga, predstava o pušačima u njima sadržana naglašava njihovu slabost, kako god ona bila definisana, slabost zbog koje oni ovim silama ne mogu da se odupru, nego im robuju. Dakle, čak ni na onim mestima u materijalu koji je analiziran, na kojima je pušenje dovedeno u vezu sa svesnom potragom za zadovoljstvom, pa bilo ona određena kao krajnje nemoralna praksa u kojoj se strast prema zadovoljenju poroka graniči sa patologijom, ovaj aspekt zamagljen je i umanjen dovodenjem pušenja u vezu sa navikom, slabošću volje, zavisnošću i slično. Ovo za posledicu ima stvaranje predstave o pušaču kao dodatno moralno degradiranom pojedincu, pasivnom i slabom, koji je uhvaćen u mrežu sila koje deluju oko njega.

Kao i kod prethodno razmotrenog tumačenja pušenja kao loše navike, i definicija pušenja kao poroka često je korišćena od strane medicinskih eksperata, iako je zvaničan stav medicine prema pušenju drugačiji, što ukazuje na to da i oni učestvuju u

reprodukcovanju moralno konotiranog diskursa o pušenju i svih njegovih implikacija, i to, što je još važnije, sa pozicije autoriteta u društvu.

„Pušenje predstavlja najznačajniji pojedinačni faktor rizika za bolesti srca, krvnih sudova i malignih bolesti i zato će Ministarstvo zdravlja nastaviti svim snagama da se bori protiv ovog poroka, izjavio je ministar zdravlja Tomica Milosavljević.“ („Svetski dan bez duvanskog dima“, sajt RTV B92, 31. 05. 2009.)

„Želimo da pušačima pomognemo da što pre ostave taj porok, a da one koji ne puše edukujemo o velikoj štetnosti duvanskog dima - kaže dr Biljana Marković iz Savetovališta za mlade.“ („Odvikavaju đake od pušenja“, Blic, 25. 10. 2010.)

5. 1. 1. 6. PUŠENJE KAO BOLEST ZAVISNOSTI (NEUROLOŠKO-BIOLOŠKOG POREKLA)

U većini do sada razmotrenih definicija pušenja, iako su one prvenstveno iskazane u terminima morala, prisutno je preplitanje, u manjoj ili većoj meri, medicinskog i moralnog u objašnjenju pušenja, pa čak i onda kada one dolaze od strane medicinskih eksperata kada po pravilu to ne bi trebalo da bude slučaj. Naime, posmatrano sa medicinske tačke gledišta, pušenje je bolest, i to bolest zavisnosti, a ovu bolest, kao i ostale fenomene koji su polje njene ekspertize, medicina, kako se obično smatra, definiše na osnovu naučnih činjenica, objektivno i nepristrasno. Na osnovu toga moglo bi se pretpostaviti da je moralna dimenzija u tumačenju pušenja izostavljena bar onda kada se o njemu govori kao o bolesti zavisnosti, s obzirom na to da je ovakvo određenje pušenja, kako se smatra, naučno, objektivno, utemeljeno na činjenicama, međutim, to nije (uvek) slučaj, kako ovo, a i mnoga druga istraživanja pokazuju (v. Bell and Dennis 2013, Bell and Keane 2012, 2014, Keane 2013, Frohlich et al. 2012,

Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, McCullough and Anderson 2013). Iako je u analiziranom materijalu pušenje uglavnom definisano kao bolest zavisnosti bez ikakvog eksplicitnog prisustva moralno konotiranih značenja, u gotovo svakom od ovih slučajeva moralna dimenzija je implicitno sadržana, dok je na pojedinim mestima u građi ona i eksplicitno istaknuta. To nije specifičnost ovog istraživanja, nego je moralna konotiranost pušenja u kontekstu u kojem se ono definiše kao bolest zavisnosti sama po sebi nužna, i to iz nekoliko razloga. U daljem delu rada ovo će biti obrazloženo i ilustrovano primerima iz građe.

Ideja o postojanju onoga što se danas podrazumeva pod bolestima zavisnosti – kompulzija da se koriste psihoaktivne supstance – javila se u drugoj polovini XVIII veka (May 2001, 1997, Levine 1978). U tom periodu, u kojem još uvek nije bila formulisana psihološka niti psihijatrijska teorija zavisnosti, formulisana je model bolesti zavisnosti koji je ove bolesti karakterisao kao bliske ludilu, odnosno tumačio ih kao posledicu nedostatka kapaciteta za razumno, ali i moralno rezonovanje (May 1997, 2001). Neutralni dijagnostički kriterijumi u tom trenutku još uvek nisu postojali i adicija je bila definisana kao moralni problem i kao nemogućnost samokontrole. Međutim, početkom XIX veka otpočeo je proces medikalizacije zavisnosti u okviru šireg procesa preuzimanja onih segmenata ljudskog postojanja do tada definisanih kao moralnih od strane medicine, da bi do kraja XIX veka tumačenje zavisnosti kao fenomena koji pripada medicinskom, a ne moralnom domenu, postalo društveno dominantno i podstaklo pojavu prvih medicinskih modela zavisnosti (May 1997, 2001, Levine 1978). Definisana kao medicinski fenomen zavisnost podrazumeva podređenost volje pojedinca nekom pretpostavljenom patološkom mehanizmu (May 2001, 385). Tokom XIX veka javilo se nekoliko objašnjenja za bolesti zavisnosti: psihološki model zavisnosti, uticaj naslednih faktora, anomalije u endokrinom i centralnom nervnom sistemu itd. (*Ibid.*, 387). Iako su ovakva tumačenja zavisnosti potisnula do tada dominantno viđenje adicije kao moralnog problema, ona, međutim, nisu u potpunosti nestala, s obzirom na to da organski uzrok bolesti zavisnosti, za kojim je psihijatrija u tom periodu intenzivno tragala, nije pronađen, a takva se situacija održala i do danas

(*Ibid.*, 388).¹²² U savremenom periodu postoje dva modela koja na različite načine objašnjavaju nastanak i razvoj zavisnosti: psiho-socijalni i neurološko-biološki model (*Ibid.*, 248). Prema psiho-socijalnom modelu, zavisnost predstavlja adaptivni odgovor na život u nepovoljnom okruženju koji omogućava distanciranje i dislokaciju pojedinca-zavisnika iz takvog okruženja. Neurološko-biološki model zavisnost tumači kao rezultat farmakološkog uticaja psihoaktivne supstance na podizanje nivoa dopamina i smanjenje stresa. Nakon određenog perioda konzumiranja neke psihoaktivne supstance nedostatak te supstance u organizmu počinje da dovodi do apstinencijalne krize koju karakterišu različiti neprijatni fizički (i psihički) simptomi i koja konzumenta te supstance ponovo vraća njenoj upotrebi. S obzirom na to da se pri kontinuiranoj upotrebi neke psihoaktivne supstance razvija tolerancija na njeno dejstvo, nakon određenog perioda pokušaj postizanja prijatnih efekata koja je ta supstanca prvobitno izazivala zahteva povećavanje unete doze i tako nastaje „začarani krug“ iz kojeg zavisnik jako teško izlazi. U objašnjenju zavisnosti uopšteno u medicini prevladava upotreba drugog opisanog, neurološko-biološkog modela (McCullough and Anderson 2013), a to važi i za objašnjenje nikotinske zavisnosti (v. Hakkarainen 2013, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012).¹²³ Međutim, čak ni danas, sa razvojem

¹²² Uprkos tome, poimanje zavisnosti tokom vremena jeste moralno neutralizovano, a tome su doprineli sledeći faktori: masovni porast broja psihičkih bolesnika iz više klase nakon I svetskog rata i otkiće nesvesnog i konverzije kao oblika psihe kod Frojda (May 2001). Nakon I svetskog rata porast broja psihičkih bolesnika iz redova bogatih i uglednih pripadnika društva, naročito vojske, doveo je do redefisanja psihičkih bolesti u teorijskom smislu, kao i u pogledu načina njihovog lečenja. Naime, u kontekstu ovih okolnosti, psihičke bolesti su počele da se tumače kao one čiji su uzroci stvarni, realni, a ne kao bolesti koje predstavljaju posledicu nedostatka morala. Kao takve one su mogle kod svakog da se pojave, a tek onda da dovedu do gubitka moralne kontrole koju je, s obzirom na to da taj gubitak nije potpun, medicinskim tretmanima lečenja moguće povratiti. Ovakvo redefinisavanje psihičkih bolesti dovelo je do formiranja ideje o latentnoj psihičkoj vulnerabilnosti pojedinca koji se ispoljava isključivo u određenim okolnostima, međutim i dalje je opstalo mišljenje da su oboleli od bolesti zavisnosti obično pripadnici aberantnih grupa. Otkrivanje nesvesnog i konverzije kao odlika psihe kod Frojda dovelo je toga da se one smatraju uzročnicima autodestruktivnosti i slabljenja moralnog rezonovanja kod obolelih kod adikcije za koje se smatralo da ih je moguće izlečiti. Uopšteno govoreći, frojdovska psihologija je akcenat stavljala na psihičko, nesvesno, emotivno, a ne ne organske uzroke bolesti, a takav je slučaj i bio i po pitanju tumačenja adikcije.

¹²³ S obzirom na to da se pušenje, kao što je već rečeno, dugo nije uklapalo u dominantne medicinske i kulturne modele zavisnosti, jer nije izazivalo neuobičajeno ponašanje kod pušača, sve do kasnih 1980-tih ono nije ni bilo definisano kao bolest zavisnosti (v. Bell and Dennis 2013, Bell, Salmon and McNaughton 2011). Tek je krajem 1980-tih i početkom 1990-tih, upravo pod uticajem neuroloških nauka

neurološko-bioloških proučavanja bolesti zavisnosti proces medikalizacije adikcije nije u potpunosti okončan, jer još uvek nije formulisan ubedljiv patološki model etiologije ovih bolesti u smislu da nisu utvrđeni i izmereni njihovi organski uzroci te on i dalje počiva na moralnim kategorijama kako u pogledu njihovog definisanja tako i u pogledu načina lečenja (May 2001, 394). U savremenim modelima adikcije simptomi se izjednačavaju sa patološkim znacima bolesti, s obzirom na to da ne postoji drugi način da se oni detektuju izuzev preko onoga što o njima može biti rečeno u terminima simptoma bolesti, a koji mogu biti spoznati samo na osnovu iskaza obolelih (*Ibid.*, 394). Tako se zavisnost i danas pretežno definiše kao moralni problem, kao posledica slabosti volje, nedostatka samokontrole i samodiscipline, dok lečenje ima za cilj da povрати normalan potencijal i kapacitet pojedinca da deluje putem njegove moralne rehabilitacije (May 2001, v. i McCullough and Anderson 2013).

U osnovi tumačenja pušenja kao bolesti zavisnosti u okviru kojeg se naglašava farmakološki uticaj nikotina nalazi se shvatanje prema kojem ljudi koji puše čine to isključivo zbog toga što im telo zavisno od ove psihoaktivne supstance govori to da čine.

„Kako pušenje duvana postaje zavisnost

Prva faza: psihička zavisnost – pušenjem prvih cigareta postiže se psihički izmenjeno ponašanje i prividna opuštenost koja nastaje pod dejstvom nikotina. To što je doživeo, čovek želi da obnovi, što čini paljenjem nove cigarete radi održavanja količine nikotina na istom nivou u krvi. I tako, cigareta po cigareta...

Druga faza: fizička zavisnost – nikotin pušenjem dospeva do svih organa i tkiva, pa tako ulazi u „rad i život“ skoro svih ćelija organizma. To je faza kada pušač želi da ostavi pušenje, ali pušenje ne želi da ostavi njega.“ („Živite zdravo, živite bez duvanskog dima“, Press, 23. 01. 2012.)

i neurološko-bioloških studija o uticaju nikotina na mozak, pušenje počelo da se tumači kao oblik zavisnosti, a od tada je zavisnost postala ključni pojam u definisanju pušenja (Hakkarainen 2013, 257).

Iako se u ovakvim tumačenjima pušenja generalno priznaje postojanje prvobitno drugačijih motiva za pušenjem, o kojima se po pravilu ne govori, akcentat je stavljen na to kako sa razvojem zavisnosti pušači ne puše zato što su tu odluku doneli samostalno i svojevolumno, već se predstavljaju kao robovi procesa nad kojim nemaju nikakvu kontrolu niti mogućnost uticaja.

„Olja Bečković (voditeljka): A što (*ste prestali da pušite*)?

Milenko Petronijević („Alan Kar“ centar za odvikavanje od pušenja): Pa shvatio sam da je to jedna sila, koja počinje da upravlja mojim životom, a ne da ja kontrolišem, pa palim samo onda kada želim da zapalim, nego je to bila sila, koja je upravljala mojim životom.” (Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

„Ali da li smo tad, kada smo zapalili svoju prvu cigaretu, doneli odluku da ćemo za sedam dana da zapalimo još jednu, da ćemo za mesec dana da kupimo kutiju, da ćemo posle godinu dana da budemo kao goli bez svoje kutije. Znači, da li smo mi, onda kad smo zapalili svoju prvu cigaretu, doneli odluku da ćemo da pušimo svaki dan, po ceo dan, do kraja svog života? (...) Ne, mi smo zavedeni, uvučeni smo u jednu od najzlokbnijih, suptilnih zamki, koje postoje. Dakle, mi nismo tada doneli odluku da ćemo pušiti celog života, samo smo probali nešto novo. Šta je to, ako nije zavisnost? Upali smo u zamku.“ (Milenko Petronijević, „Alan Kar“ centar za odvikavanje od pušenja, Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

Jačina zavisnosti od duvana i njeni negativni aspekti posebno su istaknuti na onim mestima na kojima je govoreno o uticaju prinudne apstinencije putem uvođenja zakona o zabrani pušenja na javnim mestima:

„Lekari i psiholozi ne smatraju da zakon o zaštiti stanovništva od duvanskog dima diskriminiše strastvene pušače, ali stručnjaci za ljudsko ponašanje tvrde da će zaposleni koji su pušači bar u prvom periodu raditi slabije i biti dekoncentrisani, jer nemaju prostoriije za pušenje, već svoju zavisnost moraju tokom radnog vremena da zadovolje uglavnom ispred

zgrade u kojoj rade.“ („Veći broj pacijenata u centrima za odvikavanje od pušenja“, Blic, 17. 11. 2010.)

Budući zavisnici, pušači su dakle neslobodni pojedinci koji ne poseduju autonomiju i slobodu volje i koji predstavljaju žrtve svoje nikotinske zavisnosti, kako se to u okviru medicine, a posebno javnog zdravlja, često ističe (Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, McCullough and Anderson 2013). U tom kontekstu važno je napomenuti da se u okviru medicinskih nauka upotreba nikotina kao adiktivne supstance ne tumači uvek kao oblik zavisnosti. Naime, kako određeni autori zapažaju, medicinskim naukama je svojstvena relativizacija nikotina kao adiktivne supstance i upotrebe nikotina kao adiktivnog ponašanja, a ova tumačenja menjaju se pod uticajem konteksta u okviru kojeg se nikotin upotrebljava, namere sa kojom se to čini, kao i oblika u kojem se ova supstanca konzumira (v. Bell and Keane 2012, Keane 2013). Na primer, medikalizovana upotreba nikotina u vidu terapije supstitucijom nikotina, pa čak i u savremenom periodu u kojem se obavlja bez nadzora lekara i kupuje bez lekarskog recepta¹²⁴, sa medicinske tačke gledišta ne predstavlja adiktivno ponašanje kao što ni nikotin ne predstavlja adiktivnu supstancu, jer je ovakva upotreba nikotina proizvod svesne odluke pojedinca i ima za cilj izlečenje zavisnosti. Osim toga, u ovom slučaju nikotin se ne upotrebljava u obliku cigarete te se stoga ne tumači kao zamena za pušenje koje se izjednačava sa adikcijom, što je, na primer, razlog zbog kojeg elektronske cigarete ne dobijaju preporuke od lekara za upotrebu u iste svrhe u koje se upotrebljava terapija supstitucijom nikotina. Na elektronske cigarete medicinski eksperti takođe ne gledaju blagonaklono i iz razloga što ovakav vid upotrebe nikotina vide kao onaj koji se praktikuje sa ciljem postizanja zadovoljstva, a ne radi ostavljanja pušenja, kao i zbog toga što omogućava ostvarivanje tog cilja bez posledica po zdravlje,

¹²⁴ Sve do 1990-tih terapija supstitucijom nikotina obavljala se pod nadzorom lekara, isključivala je istovremenu upotrebu cigareta i trajala je jako kratko, dok su se sami nikotinski supstituenti mogli kupiti samo uz recept lekara (Keane 2013). Danas to nije slučaj: uz terapiju je dozvoljeno pušiti, doduše, u manjoj meri, a kako lečenje naređuje potrebno je smanjivati cigarete uz povećanje unosa nikotinskih supstituenata do potpunog ostavljanja cigareta, ali ne i istovremenog prekidanja sa supstituentima – to može da se desi u bilo kom trenutku u budućnosti, mada i ne mora (*Ibid.*). Ovde je reč o medicinskim preporukama, razume se.

s obzirom na to da sam nikotin nema štetan uticaj na zdravlje. Upravo su to razlozi zbog kojih se ovakav način upotrebe nikotina definiše kao oblik zavisnosti, a ne kao metod lečenja.

Dakle, upotreba nikotina u vidu cigareta i drugih duvanskih proizvoda koji se puše je prvenstveno ono ponašanje koje se smatra adiktivnim i koja se interpretira kao oblik ropstva za pušača – samo u tom slučaju konzumenti nikotina „upadaju u zamku“ zavisnosti od nikotina. Međutim, zavisnost od nikotina nije jedina „zamka“ za one koji upotrebljavaju duvanske proizvode, nego pred njih, kako je u analiziranom materijalu istaknuto, „zamke“ postavlja i duvanska industrija tako što dodaje sve adiktivnije supstance u duvanske proizvode sa ciljem nikada ne ostave pušenje.

„Kako bi pušačima svaki pokušaj odvikavanja dodatno otežali, u duvanskoj industriji su tokom proteklih nekoliko godina uveli supstance koje podstiču zavisnost. Dr Borović navodi da je pre šest godina u sve cigarete ubačen amonijum-hlorid, koji povećava stepen zavisnosti, pa se nikotin po stepenu zavisnosti gotovo izjednačio sa heroinom. Zatim je pre četiri i po godine ubačen takozvani nikotin slobodne osnove, koji mnogo brže ulazi u mozak i višestruko povećava količinu unetih otrova.“ („Za odvikavanje od pušenja potrebno je bar 90 dana“, Blic, 11. 11. 2010.)

Kao što je već rečeno, isticanje uticaja koji duvanska industrija ima na započinjanje pušenja i razvoj zavisnosti od pušenja je opšteprihvaćena pojava u medicinskim naukama (Bell and Simone 2013, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012) koja, kao i samo tumačenje pušenja kao bolesti zavisnosti, doprinosi kreiranju predstave o pušačima kao nedelatnim, pasivnim individuama kod kojih pušenje ne predstavlja rezultat lične odluke, nego je proizvod uticaja unutrašnjih i spoljašnjih sila koje na njega deluju, odnosno oblik ropstva. Ono takođe zanemaruje celokupni kontekst u okviru kojeg ljudi puše, odnosno (sve) razloge zbog kojih oni to čine, a ista je situacija i kada je reč o tumačenju pušenja kao neurološko-biološke zavisnosti uopšteno. Kao što je već rečeno, u tumačenju pušenja kao bolesti zavisnosti priznaje se postojanje određenih motiva za pušenjem pre nego što nastupi zavisnost, onih koji dovode do

inicijacije u pušenje, mada se o njima nikada ne govori, već se na njih uvek samo nejasno ukazuje. Uprkos tome, ovakvo tumačenje pušenja generalno negira sve one faktore koji predstavljaju razloge zbog kojih ljudi puše (u toku i nakon ovog prvobitnog perioda), što uključuje i one brojne među njima koji su pozitivni, već insistira na fizičkoj zavisnosti kao jedinom objašnjenju za pušenje. Zadovoljstvo, smanjenje stresa, napetosti i nervoze, povećanje koncentracije, samopouzdanja itd. su samo neki od motiva za pušenjem koji su iz ovakvog tumačenja izostavljeni, a i kada se o njima govori u kontekstu pušenja kao bolesti zavisnosti uvek su interpretirani kroz prizmu adikcije, predstavljeni isključivo kao telesne i mentalne zablude u koje pušači dospevaju upravo zbog toga što su zavisnici.

„Znači, dolaze nam pacijenti i svi kažu: „Šta ću ja bez cigarete?“, navikao na cigaretu. Kad se zapali cigareta, imate dva dejstva. Ono što osećamo, efekat na mozgu, pa nam je kao malo lepo, smiren, ono što ne osećamo, znači, nad dva bubrega se nalazi nadbubrežna žlezda, svaka cigareta snažno stimuliše – to se lako da izmeriti, najlakše moguće na svetu, podigne nivo hormona stresa, ali to pušač ne oseća. Naši pacijenti, kad dođu kod mog kolege i kod mene, uplašeni su. Kad prestanu posle nekoliko dana, kažu zapanjeno: „Pa ja više nisam nervozan!“ - upravo ovo što ste rekli: „Nisam nervozan, a bio sam 30 godina ubeđen, ja moram da pušim, da se smirim, da ne budem sam. Sad sam jedino smiren.“ (prim. dr Petar Borović, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna komisija za odvikavanje od pušenja, Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

„Često pitam moje prijatelje, koji su menadžeri, direktori, nije bitno: „Zašto ti pališ cigaretu, kad god se javljaš na telefon?“, on kaže: „Pa razgovor je stresan“ - dobro razgovor je stresan, a telefoniranje može biti i zabavno, ne mora biti stresno. Stvar je u koncentraciji. Mi kad nemamo vizuelni kontakt, mi moramo da se dodatno koncentrišemo da bi mogli da savladamo to. A ono malo čudovište, koje traži nikotin nam smeta da se koncentrišemo. Mi zapalimo cigaretu, nadoknadimo ga i osetimo se koncentrisanijim na taj razgovor. iz toga izvlačimo zaključak – pušenje povećava koncentraciju – pogrešno, zato što pušenje dovodi... čini mi se da je termin spazma, sužavanje krvnih sudova u mozgu, samim tim manje krvi dolazi i onda se

koncentracija smanjuje.“ (Milenko Petronijević, „Alan Kar“ centar za odvikavanje od pušenja, Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

Izostavljanje faktora koji dovode do pušenja uobičajeno je u medicinskim naukama, posebno u epidemiologiji i javnom zdravlju (Mair 2011, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, Bell and Dennis 2013, Lupton 1995), kao i u proučavanjima adikcije uopšteno u okviru ovih nauka (McCullough and Anderson 2013). U okviru ovih nauka takav pristup proučavanju pušenja koji bi uzeo u obzir kontekst i omogućio otkrivanje motiva za pušenjem zapravo je nemoguć, s obzirom na to da one pušenje posmatraju jednostrano i dekontekstualizovano, naročito epidemiologija (Mair 2011, Bell and Dennis 2013, Lupton 1995). Medicinske nauke, u skladu sa opštim, dominantnim premisama u zapadnim (neo)liberalnim, kapitalističkim društvima, pojedinca tumače kao racionalnu individuu koja donosi odluke na osnovu proračuna koristi i štete, a upravo je to razlog zbog kojeg veliki naglasak stavljaju na zdravstvenu edukaciju, sa ciljem da pruže dovoljno informacija za donošenje ispravnih odluka koje se tiču zdravlja (v. npr. Dennis 2013, Alaszewski 2005, Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, 2003, Bunton and McDonald 2002, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Gastaldo 1997). U onim slučajevima u kojima pojedinci puše iako su upoznati sa svim informacijama o štetnosti pušenja, medicinske nauke kao jedino logično objašnjenje vide zavisnost od nikotina koja pušače primorava da uprkos svemu što znaju o pušenju ipak puše – samo na taj način pretpostavljena racionalnost pojedinaca u ovim naukama u pomenutim slučajevima može da bude očuvana (Dennis 2013). Ovakav pristup koji podrazumeva izostanak sagledavanja motiva za pušenjem upravo dovodi do toga da gotovo svi napori koji se preduzimaju u okviru ovih disciplina, a posebno javnog zdravlja, sa ciljem smanjenja broja pušača, budu vrlo često bez rezultata (Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, Dennis 2013). Osim toga, isticanje farmakološkog delovanja nikotina kao adiktivne supstance koje pušače predstavlja kao taoce sopstvene zavisnosti, uz izostavljanje svih faktora koji doprinose pušenju, a naročito onih pozitivnih, doprinosi stigmatizaciji pušača kao nedelatnih, pasivnih, potčinjenih

individua kojima upravlja zavisnost, a ne oni sami. I iako u medicinskim naukama preovladava mišljenje da će konstrukcija zavisnosti kao bolesti mozga doprineti umanjenju stigmatizacije zavisnika, s obzirom na to da je, prema ovom viđenju, on žrtva bolesti, to obično nije slučaj (McCullough and Anderson 2013, 250). Kako brojna istraživanja pokazuju, zavisnici su upravo zbog ovakvog tumačenja još više stigmatizovani, jer se u ovakvim modelima adikcije koja akcenat stavljaju na farmakološko delovanje adiktivne supstance uzrok zavisnosti locira u pojedincu, a ne uzimaju se u obzir kontekstualni faktori koji utiču na pojavu zavisnosti i njeno trajanje (*Ibid.*, 250).¹²⁵ U analiziranoj građi potencijal ovakvog tumačenja pušenja u vidu pružanja doprinosa stigmatizaciji pušača posebno je uočljiv na onim mestima na kojima je istaknuta jačina hemijske, fizičke zavisnosti od nikotina, kao i nemogućnost i nesposobnost pušača da joj se odupru do te mere da je čak u stanju da dovede do moralne degradacije ličnosti pušača usled nužnosti koju zahteva njeno zadovoljenje:

„Biće na televiziji, ne znam zašto nisu emitovali, u vreme rata u Bosni, znate kako je bilo tužno i nije bilo hleba, nije bilo grejanja, nema ništa i ljudi pričaju, danas, onako sa nekim vremenskim intervalom, zapanjeno i kažu: „Nema ništa. U rovu se nalazimo. Ovi rovu, mi u rovu, čekamo one druge, ali...”, kaže: „najgori problem” ... pazite nema hleba, nema hrane, nema voća, nema veze.... nema cigareta. I kaže, onda je neko, komandant u selu, njihov brat, rođak čiji je iz tog sela, brane selo, dobije cigarete i kaže.... oni danas pričaju, kaže: „Mi gledamo – jao, čoveče, koji sretnik, puši cigarete, a mi nismo mesecima povukli dim i gledamo ga i kaže” - oni pričaju i on kaže, proviri da vidi gde su oni drugi, snajperista ga pogađa i on pada mrtav i naša prva reakcija, kažu oni, bila je: „Hej, osta cigareta” i onda su iz usta čoveka, nekad i krvavu, vadili cigaretu i nastavili da povlače dim, da li je to zavisnost, eto odlučite vi, naši gledaoci.“ (prim. dr Petar Borović, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna komisija za odvikavanje od pušenja, Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

¹²⁵ Ovakvo tumačenje takođe negativno utiče na lečenje bolesti zavisnosti u smislu da će osobe zavisne od neke supstance sebe smatrati bolesnim, nemoćnim, nesposobnim da se izbore sa svojom zavisnošću i da će na kraju, zbog ovakvog tumačenja, sebe sažaljevati (McCullough and Anderson 2013, 250).

Moralna degradacija ličnosti pušača u analiziranom materijalu je istaknuta i na onim mestima na kojima je bilo reči o posledicama prinudne apstinencije od duvana:

„Međutim, da prinudna apstinencija može imati i negativne posledice potvrđuje i primer Engleske, gde je, navodno, od uvođenja mera (*zabrane pušenja na javnim mestima*) zabeležen značajan porast porodičnog i uličnog nasilja.“ („Nema dima, ali nema ni gostiju“, Press, 05. 04. 2009.)

Osim što dovodi do njihove stigmatizacije, ovakva tumačenja pušenja pružaju i opravdanje za kontrolu pušenja na javnim mestima u cilju zaštite nepušača od osoba koje su zavisnici i koje nisu u stanju same sebe da kontrolišu:

„Neko je danas, a mislim da je više puta pominjana reč – prava mera u odnosima između pušača i nepušača, dogovor, sporazum. Jednostavno nisam siguran da tu nekog sporazuma i dogovora može biti. Na kraju krajeva, rekli smo da je tog sporazuma moglo biti, ovaj zakon ne bi ni bio nužan. U jednoj zatvorenoj prostoriji ne mogu da egzistiraju paralelno pušač i nepušač, a da to ne ostavi posledice na nepušača. Znači u tom smislu dogovora jednostavno ne može biti. (...) Postoji tu nešto što svakako jeste problem, a to je činjenica da pušenje jeste zavisnost i da ljudi koji na neki način treba da prave kompromis sa ljudima koji ipak sami ne mogu da kontrolišu mogućnost da prestanu da puše, teško da do tog kompromisa mogu da dođu.“ (Janko Veselinović, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Kontrola pušenja shvaćenog kao bolest zavisnosti smatra se važnom, kako je u građi napomenuto, i iz još jednog razloga. Naime, u sklopu tumačenja pušenja kao adiktivnog ponašanja na pojedinim mestima u građi javlja se mišljenje prema kojem pušenje predstavlja uvod u druge oblike zavisnosti, odnosno zavisnost od drugih psihoaktivnih supstanci. U tom kontekstu istaknuta je važnost zabrane pušenja na javnim mestima, i to prvenstveno kako bi se mladi ljudi odvratili od toga da počnu da

puše, a tako i od toga da probaju druge psihoaktivne supstance, odnosno postanu zavisni od njih.

„Digresija: nema narkomana koji prvo nije bio pušač, cigareta tamo trasira u mozgu, no dobro da ne držim predavanje službeno, i posle toga idući korak je hajde da probamo drogu. Ako ne bude bilo pušača nema narkomanije. Ako ne bude bilo pušača smanjuje se problem sa alkoholizmom. Da ne ulazim u detalje, ako vas zanima možemo da objasnimo.“ (prim. dr Petar Borović, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna komisija za odvikavanje od pušenja, Stanje nacije – „Da li je novim Zakonom trebalo zabraniti pušenje na svim javnim mestima“, TV B92, 09. 04. 2010.)

„...u adolescentnom periodu duvan je nažalost ulazna droga, a nastavlja se sa drugim psihoaktivnim supstancama, što kod većeg broja mladih dovodi do rizičnog ponašanja, napuštanja škole i drugih brojnih problema.“ (Nikola Krpić, poslanička grupa PUPS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

„Olja Bečković (voditeljka): A šta pokazuje Vaše iskustvo, da li je to direktno povezano? Je l' ima pušača koji ne piju?

Milenko Petronijević („Alan Kar“ centar za odvikavanje od pušenja): Je l' ima pušača koji ne piju... e ovako, ono što sam ja imao iskustva, još sarađujući... mi imamo psihijatre, koji su naši savetnici i oni su... e sad, ne znam kakav je to nivo istraživanja, ali koliko sam čuo, to je pokazatelj neki, da ljudi recimo, koji konzumiraju heroin, da su uglavnom pušači, da ljudi koji alkoholičari, su uglavnom pušači. Dakle, moje mišljenje, izvinite... (...) Moje mišljenje je da je možda cigareta bila ta, koja nam je pokazala da smo nekompletni, pa smo počeli da tražimo neke druge odgovore, ali to je moje mišljenje, a moje mišljenje je zasnovano isključivo na empiriji, na radu na terenu.“ (Utisak nedelje – „Pušenje“ – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

Teorija stepenika, prema kojoj upotreba „lakših“ droga vodi ka upotrebi „težih“ droga zbog fizičke, hemijske zavisnosti koju izaziva (eng. *gateway theory*), postala je jako popularna u poslednjih 30 godina među lekarima, istraživačima, predlagačima i donosiocima javnih politika (Bell and Keane 2014, 46). Ova teorija nikada nije bila u

potpunosti akademska, već predstavlja skup različitih političkih, popularnih i akademskih tumačenja (*Ibid.*, 48). Poreklo i vreme nastanka uverenja prema kojem „lakše“ droge vode ka upotrebi „težih“ droga ne može se sa preciznošću utvrditi, ali je poznato da je tokom 1980-tih ono već bilo opšteprihvaćeno, i to zbog njegove kompatibilnosti sa popularnim viđenjem devijantnosti (*Ibid.*, 46). U popularnom tumačenju devijantnosti u pomenutom periodu eskalacija je bila uobičajena tema, odnosno progres shvaćen u negativnom smislu koji vodi do potpunog odsustva normalnosti. Nalik ovom tumačenju devijantnosti, i u teoriji stepenika glavni motiv je eskalacija: upotreba „lakših“ droga dovodi do upotrebe „teških“ droga, zbog adikcije shvaćene u bio-hemijskom smislu, a na taj način i do progresije devijantnosti. U tom kontekstu posmatrano, ova teorija predstavlja deskripciju devijantnog ponašanja, a ujedno omogućava i predviđanje njegove pojave. Tokom 1990-tih dodatnu prihvaćenost ove teorije uslovia su neurološka proučavanja adikcije koja su, kako se smatralo, pružila potvrdu njene bio-hemijske osnove (*Ibid.*, 48). Međutim, kao što je već rečeno, ova teorija nikada nije bila isključivo akademska, i sada, kao i ranije, obiluje brojnim protivrečnostima, paradoksima, kontradiktornostima (*Ibid.*, 48). Polje onoga od čega neka osoba može biti zavisna i na koje se ova teorija odnosi danas je prošireno i više ne obuhvata samo ilegalne droge nego i legalne psihoaktivne supstance kao što su nikotin, kofein itd., ali i sve drugo što ljudima pričinjava zadovoljstvo, na primer, seks (*Ibid.*, 49). Tumačenje nikotina kao „lake“ droge čija upotreba predstavlja uvod u druge, mnogo ozbiljnije oblike zavisnosti (od ilegalnih psihoaktivnih supstanci)¹²⁶, onako kako podrazumeva teorija stepenika i onako kako je učinjeno i na određenim mestima u građi koja je analizirana u ovom istraživanju, pušenje čini problemom većim nego što ono jeste, a to pruža dodatnu potporu zahtevu za sprovođenjem mera kontrole duvana.¹²⁷ Osim toga, što je još važnije, takve tvrdnje definišu pušenje kao ponašanje

¹²⁶ Ozbiljnije u smislu posledica, a ne ozbiljnije po jačini zavisnosti – stručnjaci danas zavisnost od nikotina porede sa zavisnošću od heroina, a čak je i smatraju jačom (Bell, Salmon and McNaughton 2011, Bell and Dennis 2013).

¹²⁷ Kontrola duvana ima za cilj da smanji upotrebu duvana i mobiditet i mortalitet koji je njime uzrokovan putem primene strategija kao što su prevencija pušenja, kampanje o štetnosti pušenja i izlaganja

koje je devijantno samo po sebi, ali i koje otvara put u još devijantnije oblike ponašanja, a to doprinosi društvenoj stigmatizaciji pušenja i pušača. U takvoj koncepciji pušenja pušač više nije samo pušač, osoba zavisna od nikotina, nego je potencijalno i budući zavisnik od ilegalnih droga ili je već to postao, zbog čega ovakvo tumačenje u još većoj meri doprinosi negativnoj percepciji pušača u društvu, osudi njihove zavisnosti od nikotina i njih samih nego što je to čini samo definisanje pušenja kao bolesti zavisnosti.

U osnovi, bez obzira na to da li se ono dovodi u vezu sa drugim oblicima zavisnosti, odnosno shvata kao put koji ka njima vodi, tumačenje pušenja kao bolesti zavisnosti neurološko-biološkog porekla opravdava sprovođenje kontrole nad pušačima. Razlog za to jeste taj što, gledano iz perspektive tumačenja pušenja kao biološke, hemijske adikcije, pušačima, kao što je već rečeno, upravlja „sila“ nad kojom nemaju moć i zbog čega nisu u stanju sami sebe da kontrolišu. Očekivana dobrobit ovakve kontrole, međutim, ne svodi se samo na zaštitu pušača od njih samih nego i na zaštitu žrtava nedostatka njihove samokontrole – nepušača (posebno njih). U okviru ovakvog tumačenja pušenja zanemaruje se činjenica da nije svaka upotreba duvanskih proizvoda zavisnost, odnosno da ona ne mora uvek da predstavlja nezaobilaznu svakodnevnu rutinu koja nastaje iz fiziološke potrebe za nikotinom. Kako određena istraživanja pokazuju, veliki broj ljudi danas, usled stigme koju u društvu za sobom povlači pušenje, često izbegava da puši na određenim mestima na kojima će zbog toga podvrgnuta osudi (Wood et al. 2013, Bell et al. 2010b, Thompson, Pearce and Barnett 2009, Frohlich et al. 2010). Ovi pojedinci dakle konstantno osciliraju između kategorije pušača i kategorije nepušača u zavisnosti od konteksta i odnosa prema pušačima koji je za njega karakterističan dovodeći na taj način u pitanje dominantno tumačenje pušenja kao bolesti zavisnosti. Insistiranje na nikotinskoj zavisnosti i izostavljanje ukazivanja na različite paterne upotrebe duvanskih proizvoda potiče od neusaglašenosti priznanja o postojanju različitih pozitivnih funkcija upotrebe ovih proizvoda za njihove konzumente sa statusom koji ovakvo ponašanje ima u medicinskim naukama (Mair

duvanskom dimu, zaštita stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, pružanje pomoći u ostavljanju pušenja, povećanje cena i zabrana reklamiranja duvanskih proizvoda.

2011, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, Bell and Dennis 2013, Lupton 1995, McCullough and Anderson 2013), a u širem kontekstu posmatrano, i neusaglašenost sa ciljevima neoliberalne veštine upravljanja u čijoj se službi medicinske nauke upravo i nalaze, javno zdravlje pogotovo (npr. Petersen and Lupton 1996, Bunton and Petersen 1997, Lupton 1995, 2003, Petersen 1996, 2003, Brown and Baker 2012, Bunton and Macdonald 2002, Bunton, Nettleton and Burrows 1995). Na osnovu toga, kao i zbog isticanja nedostatka samokontrole i samodiscipline u tumačenju pušenja kao bolesti zavisnosti, i ovde se, kao i kod mnogih definicija pušenja koje su do sada razmotrene, može govoriti o delovanju neoliberalne veštine upravljanja. Neoliberalna veština upravljanja, kao što je već rečeno, podstiče samoregulaciju i samoupravljanje pojedinaca, a osuđuje sve one oblike ponašanja koji od toga odstupaju (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Lupton 1995, 1999, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Burchell 1996). I iako tumačenje pušenja kao bolesti zavisnosti podrazumeva da je nedostatak samokontrole i samodiscipline kod osoba koje puše uslovljen biološkim, neurološkim, hemijskim procesima kojima uistinu pojedinac ni može upravljati, inicijacija u pušenje i zavisnost od pušenja su nešto što ne može biti objašnjeno na ovoj osnovi, već se njihovi uzroci moraju potražiti u ličnosti pušača, njegovim moralnim kvalitetima, snazi njegove volje i sl. Na taj način pušači bivaju stigmatizovani kao osobe upitnog morala, a to ima za cilj da podstakne samoregulaciju pojedinca kako bi došlo do smanjenja broja pušača i osnaživanja bioloških kapaciteta populacije u celini, a posredstvom toga i do uvećanja profita i bogaćenja države (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Burchell 1996, Petersen 1997, Lupton 1995, 1999, Petersen and Lupton 1996).

5. 1. 2. OSTALE PREDSTAVE O PUŠENJU I FAKTORIMA KOJI UČESTVUJU U ETIOLOGIJI PUŠENJA

Pored dominantnog tumačenja pušenja kao pojave koja se javlja kod osoba upitnog morala i kojoj je samoj po sebi svojstvena nemoralnost, u analiziranoj građi su zastupljene i drugačije definicije pušenja i motiva za pušenjem. Neke od njih su u suprotnosti sa do sada razmotrenim definicijama i dovode ih u pitanje, dok su u nekima zastupljene teme o kojima do sada nije bilo reči. Osim po tome što ne podrazumevaju moralizaciju pušenja, tumačenja koja će biti predstavljena u ovom delu rada se od onih koja su do sada razmotrena razlikuju i po tome što pušenje ne definišu isključivo kao negativnu pojavu. Izuzev po tome što se u ovim aspektima razlikuju od prethodno analiziranih definicija, ova tumačenja pušenja i faktora koji učestvuju u etiologiji pušenja ne dele nikakve međusobne sličnosti. Dve su teme u analiziranom materijalu koje se ne pripadaju moralnom diskursu o pušenju o kojem je do sada bilo reči, a koje se često sreću i ponavljaju: tumačenje pušenja kao posledice nedostatka znanja o štetnosti pušenja i pozitivni aspekti pušenja kao motivi za pušenjem. Ova tumačenja pušenja i faktora koji učestvuju u etiologiji pušenja biće razmotreni u daljem delu rada.

5. 1. 2. 1. U EDUKACIJI JE SPAS: NEDOVOLJNA INFORMISANOST O ŠTETNOSTI PUŠENJA KAO (JEDINO LOGIČNO) OBJAŠNJE ZA PUŠENJE

Jedna od često zastupljenih tema u materijalu koji je analiziran jeste informisanost i svest o štetnosti pušenja i izloženosti duvanskom dimu. O ovoj temi govoreno je u nekoliko različitih konteksta. Kao prvo, ukazano je na to da je svest o štetnosti pušenja i izloženosti duvanskom dimu u Srbiji nerazvijena i da je potrebno raditi na edukaciji stanovništva u tom pogledu. U tom kontekstu istaknuto je da u Srbiji pušenje predstavlja društveno prihvatljivo ponašanje, iako je štetno po zdravlje kako pušača tako i ljudi iz njihove okoline. Uzrok tome je, kako se napominje, nedovoljna informisanost stanovništva o štetnosti aktivnog i pasivnog pušenja, odnosno nedostatak kontinuiteta u sprovođenju mera iz oblasti javnog zdravlja koje imaju za cilj da stanovništvo upoznaju sa činjenicama o negativnom uticaju duvana na zdravlje. Prevažilaženje ovih nedostaka dakle zahteva intenzivan, kontinuiran rad na edukaciji stanovništva o štetnosti pušenja i izloženosti duvanskom dimu, a ne sporadično organizovanje kampanja protiv pušenja. To će, kako se napominje, doprineti smanjenju broja pušača, kao i žrtava pasivnog pušenja, jer će ljudi postati svesni štete koju pušenje pričinjava, a konačno dovesti i do toga da pušenje postane pojava koja je neprihvatljiva u društvu. Na onim mestima u analiziranom materijalu na kojima je o tome govoreno, istaknuto je i da javnost Srbije ima pravo da zna istinu o štetnosti pušenja. Ovo implicira da je istina o negativnom uticaju upotrebe duvana na zdravlje iz nekih razloga sakrivena od stanovnika Srbije i da je upravo to razlog zbog kojeg je situacija ovde u pogledu pušenja takva kako je opisano. Takve tvrdnje su po pravilu bile praćene navođenjem podataka koji govore o tome koliko je pušenje štetno po zdravlje.

„U Srbiji još nije dovoljno razvijena svest o tome koliko je duvanski dim štetan za mozak, srce, pluća, krvne sudove, i naša javnost ima pravo da sazna punu istinu o tome, rekao

je danas državni sekretar Ministarstva zdravlja Tomislav Stantić.“ („Stantić: Javnost mora da zna istinu o štetnosti duvana“, Press, 29. 05. 2009.)

„U Srbiji još nije dovoljno razvijena svest o tome koliko je duvanski dim štetan za mozak, srce, pluća, krvne sudove i da javnost ima pravo da sazna punu istinu. Svake godine više od pet miliona ljudi umire zbog duvana. Više od HIV infekcije, side, malarije i tuberkuloze zajedno. Istraživanja su pokazala da je kod 70% nepušača u Beogradu pronađen nikotin u organizmu jer su uglavnom na radnom mestu bili izloženi duvanskom dimu. Dim od duvana je najveći serijski ubica. Duvanski dim sadrži preko četiri hiljade otrova koji loše utiču na zdravlje, od kojih je za 50 dokazano da su kancerogeni. Podjednako su ugroženi i oni koji puše, a i oni koji udišu dim, tzv. pasivni pušači. Prema podacima Svetske zdravstvene organizacije, u svetu danas puši više od jedne milijarde stanovnika. Ako ne prestanu sa pušenjem, jedna trećina do jedne polovine umreće od posledica pušenja i to u proseku 15 godina ranije.“ (Gordana Paunović-Milosavljević, poslanička grupa SRS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Uoči usvajanja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu na nedovoljno razvijenu svest o štetnosti duvana ukazano je kao na faktor koji dovodi do protivljenja donošenju pomenutog zakona, odnosno povećanje stepena informisanosti stanovništva o štetnosti duvana izdvojeno je kao faktor od kojeg zavisi poštovanje i primena Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu. Pored toga, i sam Zakon je izdvojen kao jedan od faktora koji bi trebalo da doprinese razvoju svesti o štetnosti pušenja u Srbiji.

„Nažalost, Srbija je i u ovoj oblasti, kao i u mnogim drugim oblastima, uprkos zakonskim i drugim merama koje preduzima, još u velikom zaostatku u odnosu na razvijene zemlje. Uprkos činjenici da je naša zemlja još 9. februara 2006. godine ratifikovala Okvirnu konvenciju o kontroli duvana Svetske zdravstvene organizacije i koja je stupila na snagu 9. maja iste godine, nije se u značajnoj meri promenila opšta slika o pušačkoj svesti, niti su značajnije smanjeni broj pušača, a i pušenje u zatvorenim prostorima i na javnim mestima je gotovo svakodnevna pojava. (...) Iako se procenat pušača u Srbiji smanjio u odnosu na 2000. godinu, ovaj trend drastično zaostaje za razvijenim zemljama. Zbog toga je neophodno zakonskim putem urediti ovu oblast,

a pratećim aktima, vaspitnom i kaznenom politikom uticati na promenu svesti o pušenju, kao o opštem nacionalnom zlu.“ (Zoran Bortić, poslanička grupa SPS-JS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

„Međutim, problem nedovoljne informisanosti, koga naše društvo nikako da se oslobodi, pojavio se i u ovom slučaju. Neobavešteni pušači ga smatraju vrlo rigoroznim, nepušači, opet, nedovoljno oštrim, ne znajući da nam ovaj zakon svima ostavlja mogućnost izbora. Važno je, ipak, da ukoliko pravimo bilo kakav izbor, znamo sve činjenice. A one u ovom slučaju govore same za sebe. Izloženost duvanskom dimu izaziva sledeće posledice: rak pluća, rak dojke, koronarnu bolest srca, bolesti disajnih organa. Kod dece: astmu, bronhitis, poremećaj rasta i razvoja pluća. U trudnoći: prevremeno rođenje, spontane pobačaje. Posledice znače jedan ljudski život manje u jednom danu.“ („Izbor između pušenja i zdravlja“, Blic, 08. 04. 2010.)

Kao drugo, u materijalu koji je analiziran često je govoreno i o različitim kampanjama i akcijama koje se organizuju u oblasti javnog zdravlja u Srbiji sa ciljem informisanja stanovništva o štetnosti aktivnog i pasivnog pušenja. U tom kontekstu istaknuto je da promocija zdravlja i zdravstvena edukacija daju veoma dobre rezultate kada je reč o prevenciji pušenja, smanjenju broja pušača, smanjenju popušanih cigareta i smanjenju izloženosti duvanskom dimu u Srbiji, odnosno da doprinose poštovanju i uspešnoj primeni Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu.

„Proteklih nekoliko godina radilo se na unapređenju informisanosti i znanja populacije o štetnosti pušenja i načinima prevencije, pre svega kroz širenje mreže savetovališta za odvikavanje od pušenja i sprovođenje zdravstveno-vaspitanog rada u zdravstvenim i obrazovnim ustanovama. Prema raspoloživim podacima, učestalost pušenja u Srbiji se smanjuje, što je rezultat sprovođenja mera koje zahtevaju intersektorsku saradnju. Rezultati upravo završene evaluacije prošlogodišnje kampanje na teritoriji Beograda pokazali su da je među anketiranim učesnicima bilo 30,1 odsto onih koji su uspešno ostavili pušenje i ostali nepušači nakon godinu dana od početka kampanje. Slična situacija je i kod osoba koje nisu uspele da prestanu da puše, ali su znatno smanjile broj popušanih cigareta.“ („Pušenje – prečica do smrti“, Politika, 28. 05. 2011.)

„Šef Kancelarije za prevenciju pušenja pri Institutu za javno zdravlje Srbije "Batut" Anđelka Dželetović je u saopštenju kao važan podatak označila da je za 12 odsto smanjen broj mladih koji su probali cigarete. Ona je ukazala da se aktivno radilo na edukaciji i podizanju svesti stanovništva od opasnosti duvanskog dima i da su organizovane brojne kampanje, seminari i konferencije. U poređenju sa istraživanjem sprovedenim novembra 2010. godine značajno je smanjena izloženost stanovništva duvanskom dimu - na radnim mestima sa 45 na 35 odsto, u školama za 20 odsto, a u kući prijatelja sa 83 na 76 odsto. Zakon podržava 84 odsto odraslih stanovnika Srbije, sedam odsto više nego u novembru prošle godine, a 88 odsto građana svesno je da je pušenje uzročnik teških i brojnih bolesti. Više od 90 odsto smatra i da je duvanski dim štetan i za nepušače koji ga udišu, kao i da pušači treba da vode računa gde puše kako ne bi ugrozili zdravlje drugih.“ („Za 12 odsto smanjen broj mladih koji su probali cigarete“, Blic, 09. 11. 2011.)

„Srmena Krstev, predsednik Komisije za prevenciju upotrebe duvana, kaže za Danas da se Zakon poštuje u velikoj meri. – To je, na izvestan način, efekat dugogodišnjeg rada u okviru kog smo nastojali da obavestimo građane o štetnosti pušenja i duvanskog dima. Građani su spremno dočekali primenu zakona. Inspeksijske kontrole su pokazale da je veoma mali broj onih koji su uhvaćeni sa cigaretom na nedozvoljenom mestu. Više je bilo kazni zbog neisticanja imena osobe koja je zadužena za sprovođenje zabrane – kaže Krstev.“ („Sve manje pušača“, Danas, 30. 01. 2011.)

Ovakva tumačenja počivaju na uverenju da je pušenje posledica nedostatka znanja pušača o štetnosti upotrebe duvana, što je stav koji preovladava i u medicinskim naukama (Dennis 2013a, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, Lupton 1995). U okviru kliničke medicine, epidemiologije i javnog zdravlja pušači se tumače kao racionalne osobe koje donose racionalne odluke. Upravo je to razlog zbog kojeg se pušenje tumači kao posledica nedostatka znanja o njegovoj štetnosti i zbog kojeg se smatra da je informisanje pušača o štetnosti upotrebe duvana ključno u ostavljanju pušenja. U skladu sa ovakvim pretpostavkama u okviru javnog zdravlja se sprovode mere koje imaju za cilj da pušače upoznaju sa svim relevantnim informacijama o negativnom uticaju pušenja na njihovo zdravlje, ali i na zdravlje drugih ljudi, a konačno

i da dovedu do smanjenja broja pušača i smanjenja izlaganja duvanskom dimu osoba iz njihove okoline. Opadanje upotrebe duvana u zapadnim društvima među nekim društvenim grupama (stariji muškarci i žene iz srednje klase) navelo je promotere zdravlja da izvedu zaključak o uspešnosti njihovih strategija kontrole duvana (Lupton 1995, 150). Međutim, savremeno smanjenje broja pušača među pomenutim segmentima populacije u zapadnim društvima ne može biti objašnjeno delovanjem mera javnog zdravlja koje imaju za cilj informisanje pušača o negativnom uticaju pušenja na zdravlje (Lupton 1995, Dennis 2013a, Carro-Ripalda and Russell 2012). U tom pogledu u obzir se mora uzeti širi kontekst, aktuelne društvene, kulturne, istorijske, ekonomske i političke prilike, a isto važi i za objašnjenje porasta broja pušača među, na primer, siromašnim klasama u zapadnim društvima, u nerazvijenim i zemljama u razvoju ili na globalnom nivou nakon II svetskog rata (*Ibid.*). Osim toga, radi razumevanja razloga zbog kojih ljudi puše u obzir se mora uzeti i značenje koje oni pridaju pušenju, značaj koji pušenje za ima za njih i drugi individualno specifični faktori koji učestvuju u etiologiji pušenja i koji su obično simboličke i emotivne prirode (*Ibid.*). Istraživanja pokazuju da dobrovoljno preduzimanje rizika bilo koje vrste, pa i rizika po zdravlje, obično prati upoznatost sa eventualnim posledicama takvog ponašanja, ali da uprkos tome pojedinci takvo ponašanje praktikuju usled određenih benefita koje ona za njih ostvaruju (v. npr. Hunt, Evans and Kares 2007, Lupton and Tulloch 2002a, b, Fox 2002). Stoga se preduzimanje rizika ne može smatrati (isključivo) posledicom neinformisanosti, a isto važi i za pušenje. Pušenje dakle ne predstavlja rezultat neznanja o njegovoj štetnosti niti se one mere javnog zdravlja koje imaju za cilj da to prevaziđu ne mogu smatrati merama koje će biti efikasne u pogledu smanjenja broja pušača. Takve mere, s obzirom na to da ne uzimaju u obzir kontekst i sve razloge zbog kojih ljudi puše, obično ne dovode do očekivanih rezultata jer nemaju nikakvog uticaja na pušače ili kod njih izazivaju otpor (Dennis 2013a, Carro-Ripalda and Russell 2012). Isto to se može reći i za promociju zdravlja i zdravstveno obrazovanje u celini, a osim neprilagođenosti poruka primaocima, uzrok tome je i njihovo aktivno učešće u interpretiranju primljenih poruka (v. npr. Thompson and Kumar 2011, Lawton 2002,

Hallowell and Lawton 2002, Alaszewski 2005, Bergmark 2004, Hunt, Evans and Kares 2007, Nettleton 1997, Brown and Baker 2012, Davison, Frankel and Smith 1992).¹²⁸ U okviru javnog zdravlja obično se zanemaruje činjenica da je komunikacija dvosmeran proces – primaoci poruka javnog zdravlja nisu pasivni, već aktivno učestvuju u interpretiranju informacija kojima su izloženi, a osim toga, pored autoritativnih izvora medicinskog znanja oni često konsultuju i druge izvore čije informacije nakon toga procenjuju i međusobno upoređuju (Alaszewski 2005, 103-104).¹²⁹ Osim što doprinose održanju nepromenjenog stanja, mere javnog zdravlja koje upozoravaju na štetnost pušenja mogu da dovedu i do efekta koji je u potpunosti u suprotnosti sa očekivanim – podsticanja na pušenje. Na primer, u istraživanju u kojem je ispitivala kakav uticaj upozorenja o štetnosti pušenja istaknuta na paklicama cigareta imaju na pušače, Simon Denis je uočila da ova upozorenja, paradoksalno, mogu da osnaže pušače u njihovoj nameri da puše (Dennis 2013a). Tako je, na primer, upozorenje o tome da pušenje u trudnoći dovodi do rađanja bebe male telesne težine jednu od njenih ispitanica upravo ohrabrilo da to čini, s obzirom na to da želi da izbegne komplikacije koje bi mogle da nastupe prilikom porođaja sa bebom koja je krupna (v. i Oakley 1989). Osim što ukazuju na kontraproduktivnost mera javnog zdravlja koje imaju za cilj edukaciju o štetnosti pušenja, a posredstvom toga i da dovedu do smanjenja broja pušača, rezultati ovog istraživanja svedoče o postojanju više različitih oblika racionalnosti koji su uslovljeni različitim uglovima posmatranja (v. i Fox 2002). Iz medicinskog ugla gledano, s obzirom na to da duvan ima negativan uticaj na zdravlje i s obzirom na to da medicina treba da promoviše zdrave životne stilove i izbegavanje bolesti, jedini racionalni oblik ponašanja

¹²⁸ Osim toga, zdravstveno stanje neke osobe je uslovljeno je i delovanjem strukturnih faktora, odnosno onih faktora koji potiču od struktura koje postoje na širem društvenom nivou – političkih, ekonomskih, pravnih, kulturnih, religijskih, kao što su, na primer, siromaštvo, loši uslovi stanovanja i rada, nemogućnost korišćenja usluga sistema zdravstvene zaštite i nege ili njegov loš kvalitet, industrijsko zagađenje itd. Iako se u okviru savremenog javnog zdravlja priznaje da strukturni faktori utiču na zdravstveno stanje ljudi, ovaj uticaj se obično zanemaruje (Becker 1993, Nettleton 1997, Nettleton and Bunton 1995, Diprose 2008, Daykin and Naidoo 1995, Petersen 1996).

¹²⁹ Traganje za informacijama na više različitih mesta kao što su, na primer, mediji, internet, prijatelji, porodica, delom je posledica nedostatka poverenja u medicinu (v. npr. Crawford 2004, Alaszewski 2006, 2008, Petersen and Lupton 1996), a poverenje je, kako su neki autori zapazili, centralno kada je reč o komunikaciji o rizicima (Alaszewski 2008, Zinn 2008a).

jeste uzdržavanje od pušenja, u trudnoći pogotovo. Međutim, kao jednako racionalno ponašanje pojavljuje se i, na primer, pušenje u trudnoći ukoliko se ono praktikuje sa ciljem rađanja bebe male telesne težine kako bi se izbegle komplikacije na porođaju. Osim što često ostvaruje efekte drugačije od očekivanih, zdravstvena edukacija je često neosnovana i nepotrebna, s obzirom na to da su pušači uglavnom upoznati sa svim rizicima koji potiču od pušenja, na šta je u građi analiziranoj u ovom istraživanju na nekolicini mesta i ukazano.

„Iako je poslednje istraživanje pokazalo da 90 odsto stanovnika zna da duvan uzrokuje mnogobrojne i teške bolesti, porok je, izgleda, jači od brige za zdravlje. A, nauka duvanski dim zvanično okrivljuje za kardiovaskularne, plućne, maligne bolesti... U cigaretama ima čak 7.500 različitih hemijskih jedinjenja, od kojih je za 60 dokazano da su kancerogena, a za 100 da su toksična.“ („Trećina Srbije su – pušači“, Večernje novosti, 25. 10. 2012.)

„Bez obzira na uporne kampanje sa upozorenjima o štetnosti duvana na zdravlje ljudi, raširenost pušenja na planetarnom nivou postaje alarmantna. Uz to, svaka nova generacija sve ranije počne sa prvom cigaretom, a samo najuporniji uspevaju da se ove pošasti i oslobode.“ („Pušenje kao bolest zavisnosti“, Večernje novosti, 15. 07. 2013.)

„Samo sam hteo da u ovom obrazloženju, da ne ponavljamo, čuli smo, mnogobrojni govornici u ovom zasedanju su naveli sve štetnosti pušenja. Ipak u ovoj zemlji ta edukacija, što se tiče štetnosti pušenja, mnogo godina traje i upoznati smo svi mi i pušači i nepušači o svim oblastima šetnog delovanja, tako da o tome ne želim da govorim, zato što je maltene opštepoznata stvar.“ (Milan Knežević, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Paradoksalno, ovakvo priznanje povremeno dolazi i od strane medicinskih eksperata. Na primer, u izjavi za medije tadašnji ministar zdravlja, Tomica Milosavljević, istakao je da je svakome „jasno da duvanski dim dovodi do niza bolesti“ („Milosavljević: Stroge kazne za pušače“, Press, 23. 09. 2010.), iako je na više mesta u

analiziranoj građi istakao i da je potrebno raditi na menjanju svesti stanovništva u pogledu prihvaćenosti pušenja kao normalne pojave, kao i na menjanju navika i ponašanja ljudi koji su štetni za njihovo zdravlje, što implicira da informisanost o štetnosti pušenja ne utiče na stav prema pušenju ili da nije jedini faktor koji je u tom pogledu značajan. S obzirom na to da je u Srbiji pušenje i dalje društveno prihvaćeno, odnosno da promocija zdravlja i zdravstvena edukacija u tom pogledu nisu (još uvek) dale željene rezultate, medicinski eksperti tvrde da su potrebne šire i sveobuhvatnije kampanje.

„Državni sekretar Ministarstva zdravlja Tomislav Stantić izjavio je da u Srbiji još nije dovoljno razvijena svest o tome koliko je duvanski dim štetan za mozak, srce, pluća i krvne sudove. Stantić je istakao da je u Srbiji potrebna šira kampanja, sa slikovnim upozorenjima na svim pakovanjima duvanskih proizvoda, jer je dokazano da su delotvorne u svim zemljama koje su ih uvele.“ („Danas se obeležava Svetski dan bez duvanskog dima“, Press, 31. 05. 2009.)

Ovakav odgovor na neuspešnost kampanji koje imaju za cilj edukaciju o štetnosti pušenja uobičajen je u okviru medicinskih nauka (Dennis 2013a, Carro-Ripalda and Russell 2012, v. i Alaszewski 2005). Naime, u onim slučajevima u kojima ne do dovode do smanjenja broja pušača, preduzete strategije promocije zdravlja i zdravstvene edukacije tumače se kao nedovoljno snažne i prodorne i tom prilikom ističe se potreba za formulisanjem novih mera koje će biti sveobuhvatnije, intenzivnije, agresivnije, a time i uspešnije. U tom kontekstu u materijalu koji je analiziran istaknuta je i važnost ubeđivanja stanovništva u štetnost pušenja od strane medicinskih eksperata sa ciljem formiranja javnog mnjenja o pušenju.

„Prof. dr Momčilo Đorđević (neurohirurg): Pa dobro, u redu, bilo je juče, ali ja govorim bila je fantastična, bila je propaganda, ljudi su sa svih strana čuli, videli su, da je to zaista, svinjska mast deluje na kardio-vaskularni sistem i onda su to prihvatili i odrekli su se. To je tačno. To je formiranje javnog mnjenja. I ovo služi, ova emisija je fantastična. Ona će pobuditi interesovanje kod tih ljudi, ubediće ih, kada čuju, mene koji vičem sada ovde o svemu tome, da

zaista treba da se odreknu svega toga, jer to je potpuno idiotski, to je glupo. Znae, to je glupo, da vi svoj život stavite na kocku, da bi sada vi bili romantični heroj, koga nerviraju stege društva, koji... njemu je važno samopoštovanje od samodiscipline. Manite taj romantizam, koji je smrtonosan.

(...)

Doc. dr Vesna Radojičić (Poljoprivredni fakultet): Akcenat je na ovome: „ubedićemo ih“.

Prof. dr Momčilo Đorđević: I treba da ih ubedimo.

Dr Srmena Krstev (predsednica Republičke komisije za prevenciju pušenja): Pa naravno, to je naš posao.

Prof. dr Momčilo Đorđević: Pa naravno, da ih ubedimo, zato i jesmo tu.

Doc. dr Vesna Radojičić: Nećemo misliti svojom glavom, nećemo više ni o čemu razmišljati, jednostavno ćete nam doneti zakone, reći ćete: „Ovo ne može!“, kazne, kazne, kazne i „ubedićemo vas“ – akcenat je na tome.

Dr Srmena Krstev: Jeste, pa to je naš posao.

Prof. dr Momčilo Đorđević: Naravno, pa tu i služimo, da ubedimo ljude.

(...)

Dr Srmena Krstev: Mi to radimo, ubeđujemo ljude...“ (Utisak nedelje – „Dimna zavesa“, TV B92, 07. 11. 2010.)

Zastupanje stava o racionalnoj individui u okviru medicinskih nauka nije ograničeno samo na pitanje pušenja, već je to stav koji se u njima zauzima po pitanju objašnjenja ljudskog ponašanja u vezi sa zdravljem u celini (v. npr. Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Davison, Frankel and Smith 1992, Crawford 2000, Alaszewski 2005, Petersen 1997, 2003, Nettleton 1997). Tumačenje pojedinaca kao racionalnih osoba koje odluke u vezi sa zdravljem donose na osnovu proračuna koristi i štete uz pomoć informacija koje potiču od eksperata u medicinskim naukama predstavlja skorašnju pojavu – začetak ovakvog mišljenja vezuje sa 1970-te godine i nastanak novog javnog zdravlja, a šire posmatrano, ono korespondira sa pojavom neoliberalizma i njime je uslovljeno (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Petersen 1997, 2003, Nettleton 1997). Naime, kao što je u radu već istaknuto, sa neoliberalizmom nastaje nova veština upravljanja u kojoj istaknuto mesto zauzima diskurs rizika (Lupton 1999, Rose 1999,

Dean 1999, Castel 1991, Valverde 2011). U ovom obliku upravljanja naglasak je na samoregulaciji pojedinaca koje se usmerava u pravcu u kojem omogućava ostvarivanje ciljeva vlasti – uvećanje profita, a podrazumeva izbegavanje rizika u skladu sa preporukama eksperata. Ovakvo ponašanje se tumači kao jedino prihvatljivo, a u osnovi ovog shvatanja nalazi se uverenje prema kojem su pojedinci racionalni akteri i koji stoga ne mogu da preduzimaju akcije čiji je ishod na njihovu štetu.¹³⁰ Usled ovakvog uverenja, koje datira još od pojave liberalizma u XVIII veku, a koje je danas, u skladu sa neoliberalnom veštinom upravljanja, još više osnaženo, u okviru medicinskih nauka pušenje i drugi oblici rizičnog ponašanja se tumače kao posledice nedostatka informacija o njihovoj štetnosti – jedino je na taj način moguće očuvati premisu o racionalnosti aktera i ujedno dati objašnjenje za one oblike ponašanja koja nisu sa njom u skladu. Ovo je osnova na kojoj počivaju gotovo sve mere javnog zdravlja koje se sprovode sa ciljem poboljšanja zdravlja stanovništva, naročito promocija zdravlja i zdravstveno obrazovanje.¹³¹ I iako su predstavljene kao potezi koji su u interesu pojedinaca, kao one koje doprinose poboljšanju njihovog zdravlja i prevenciji bolesti, ove mere javnog zdravlja su u osnovi u službi neoliberalizma i potpomažu ostvarivanje njegovih ciljeva – podsticanje samodiscipline i samoregulacije u pravcu uvećanja bioloških potencijala populacije kao radne snage koja uvećava profit (Petersen and Lupton 1996, Gastaldo 1997, Petersen 1996, 1997, Nettleton 1997, Lupton 1995, 2003, O'Brien 1995, Bunton and Burrows 1995, Diprose 2008).

¹³⁰ Iz istog razloga racionalno ponašanje, koje se izjednačava sa izbegavanjem rizika i koje je utemeljeno na kontinuiranom uvećavanju znanja o rizicima, tumači se kao oblik staranja o sebi, izraz odgovornosti prema sebi, ali i prema drugima, i pozitivno se vrednuje (Lupton 1999). Nasuprot tome, preduzimanje rizika tumači se kao iracionalno, neodgovorno ponašanje, kao posledica nezainteresovanosti, nedostatka volje ili kao nemogućnost samokontrole (*Ibid.*).

¹³¹ Tumačenje pojedinca kao racionalne individue od čijeg odabira životnog stila zavisi njegovo zdravstveno stanje karakteristično je za zdravstveno obrazovanje, pre nego za promociju zdravlja: zdravstveno obrazovanje zastupa individualistički pristup zdravlju u kojem se naglašava uticaj ponašanja pojedinca, dok promocija zdravlja uzima u obzir i druge faktore koji utiču na zdravlje ljudi i koji potiču iz njegovog okruženja (Bunton and Macdonald 2002a, Nettleton and Bunton 1995, Parish 1995, Petersen and Lupton 1996, Lupton 2013).

5. 1. 2. 2. NE TAKO NEGATIVNA POJAVA: POSTIZANJE ZADOVOLJSTVA I DRUGI POZITIVNI ASPEKTI PUŠENJA

U radu je do sada bilo reči isključivo o definicijama pušenja koja ova pojavu karakterišu kao negativnu, međutim, ovakva određenja pušenja nisu jedina u materijalu koji je analiziran – u malom broju slučajeva sagledani su i istaknuti i oni pozitivni aspekti pušenja, gledano iz ugla osoba koje ga praktikuju. Tako je u analiziranoj građi bilo reči o pozitivnim funkcijama koje pušenje ima za pušače i koje ujedno predstavljaju razloge zbog kojih oni puše, kao što su postizanje zadovoljstva, smanjenje stresa, poboljšanje koncentracije, povećanje samopouzdanja i slično. Među ovim motivima za pušenjem najviše pažnje je posvećeno zadovoljstvu koje se ostvaruje pušenjem. Na zadovoljstvo kao sastavni deo pušenja u analiziranoj građi najčešće je ukazano upotrebom izraza *uživaoci duvana/duvanskog dima* ili izraza *uživanje u duvanu/duvanskom dimu/nikotinu/cigaretama*. Na primer:

„Godišnje smanjenje broja pušača u Srbiji iznosi jedan odsto, a ova i slične akcije treba da doprinesu povećanju ovog procenta, odnosno daljem smanjenju broja ljudi sklonih cigaretama. Istraživanja pokazuju da uživaoci duvana u proseku žive deset godina kraće od nepušača. Da je reč o vodećem uzroku prevremene smrtnosti, pokazuje i podatak da svake godine pet miliona ljudi umre od posledica pušenja.“ („Reči „ne“ pušenju“, Večernje novosti, 31. 01. 2010.)

„Zabrana pušenja u EU i regionu

Austrija – Pušenje je zabranjeno u zatvorenom prostoru, osim u nekim kafićima, restoranima i diskotekama. Na radnim mestima, uživaoci duvana ne moraju da se odreknu cigareta ukoliko se sa tim slažu sve njihove kolege. Pušenje je zabranjeno u vozovima i na železničkim stanicama. U januaru 2009. uvedena je izmena na Zakon, te u restoranima, kafićima i diskotekama većim od 80 metara kvadratnih moraju da postoje pušačke i nepušačke zone. Ugostitelji čiji su lokali manji od 50 metara kvadratnih mogu da se opredele da li će biti

domaćini pušačima ili nepušačima. Zakonom je predviđen dug period prilagođavanja.“ („Pušači svih zemalja, ujedinite se!“, Danas, 12. 11. 2010.)

„Godina je 2013. U sablasno pustoj sali za ručavanje jedne od malobrojnih preživelih kafana, nekolicina gostiju razgovara. U krčmi je tiho, jer vlasnik bojkotuje plaćanje taksi za puštanje muzike. Zakonom je zabranjeno uživanje cigareta, pa posetioци grickaju nokte. Dok odlaze, konobar se jada kako niko ne daje bakšiš. Gledajući leđa gostima, gazda kafane se zaklinje da će zatvoriti lokal...“ („Kafana budućnosti – bez dima, pesme i bakšiša“, Politika, 01. 11. 2009.)

„Nekolicina zaposlenih u Socijalističkoj partiji Srbije danas je, drugog dana primene Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, uživala u cigaretama u prostorijama stranke, a novinari, koji su došli na konferenciju za štampu, bili su svedoci kršenja zakona.“ („Novinari zatekli zaposlene u SPS da puše“, Blic, 12. 11. 2010.)

Međutim, kao što ovi primeri pokazuju, reč uživanje se ovde koristi u značenju upotreba, a uživaoci u značenju korisnici, što ukazuje na to da je zadovoljstvo kao pozitivni aspekt upotrebe duvana ovde tek minimalno naznačen. Osim toga, na isti zaključak navodi i kontekst u kojem se ovi pojmovi upotrebljavaju i koji se ne odnosi na detaljnije razmatranje zadovoljstva kao motiva za pušenjem – na ovaj faktor koji učestvuje u etiologiji pušenja je, upotrebom izraza *uživanje u nikotinu/duvanu/cigareti/duvanskom dimu* samo implicitno ukazano.¹³² Na sličan način i u sličnom kontekstu povremeno je upotrebljavan i pojam zadovoljstvo kako bi označio pušenje:

„Statistika kaže da u Srbiji više od trećine puši, da oni ukupno, u toku samo jednog dana zapale više od 73 miliona cigareta, a to zadovoljstvo ih košta više od 3,2 miliona evra! Dakle, za

¹³² Ponekad je o uživanju u pušenju govoreno sa ironijom: u dnevnoj štampi je, na primer, uživanje povremeno stavljano pod znake navoda, što je imalo za cilj da istakne da je zadovoljstvo zapravo nemoguće doživeti prilikom pušenja, kao i da je to isključivo iluzija pušača.

mesec dana Srbi „spale" gotovo sto miliona evra!“ („Nema dima, ali nema ni gostiju“, Press, 05. 04. 2009.)

Osim toga, na nekim mestima u građi je takođe implicitno ukazano na zadovoljstvo kao sastavni deo pušenja, ali van opisanog konteksta. Naime, reč je o ukazivanju na različite izvore užitka, pored pušenja, kako bi se na taj način zadovoljstvo koje potiče od pušenja marginalizovalo kao ono koje je u suštini nebitno u poređenju sa tim drugim zadovoljstvima. Međutim, uprkos nameri sa kojom je o zadovoljstvu pušenja u ovim slučajevima govoreno, u njima se ipak priznaje da pušenje predstavlja nešto u čemu pušači uživaju.

„„Ušće" će već u sredu pokrenuti dvodnevnu akciju „Pronađite novi oblik uživanja", sa ciljem da sugrađanima skrene pažnju „na druge oblike hedonizma". U saradnji sa poznatim konditorskim kompanijama, ovaj tržišni centar Beograđanima će pružiti priliku da, umesto u cigareti, uživaju u ukusima čokolada, koje će se deliti svim posetiocima.“ („U šoping bez dima“, Večernje novosti, 09. 11. 2010.)

„Olja Bečković (voditeljka): To je dobro, ispitivaćemo ovaj zanimljiv stav. Dobro večer, doktor Petar Borović, član Nacionalnog saveta za odvikavanje od pušenja. (...) Nacionalne komisije i istraživač Instituta za javno zdravlje. Jeste li Vi pušili nekad u životu?

Petar Borović (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna komisija za odvikavanje od pušenja): Ne.

Bečković: Nikad u životu?

Borović: Ne.

Bečković: Kako je to ispalo?

Borović: Desilo se. Nije mi se nikad dopadalo.

Bečković: Svi su pušili oko Vas?

Borović: Pa bavio sam se muzikom, bio sam mlad, svirao, zabavljao se na drugi način i nisam imao potrebu.“ (Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

Ipak, u analiziranom materijalu ukazivanje na zadovoljstvo kao motiv za pušenjem nije ograničeno samo na ove slučajeve – na nekoliko mesta je zadovoljstvo i uživanje koje donosi pušenje tretirano kao činjenica koja ne može biti zanemarena i koja se eksplicitno priznaje. Ovakva tumačenja pušenja obično potiču upravo od pušača ili ljudi koji su to nekada bili.

„Pušenje osim što je štetno, što je porok i što je ovo, što je ono, pušenje je ogroman užitak. Glupo je negirati tu činjenicu, ja znam koliko je to ogroman užitak s jedne strane, ali znam takođe i to koliko mi je bolje od kad ne pušim. Dakle, moramo videti i jednu i drugu stranu priče.“ (Teofil Pančić, Kažiprst – „A ko pita za prava pušača?“, TV B92, 11. 11. 2010.)

„Druga interesna strana su pušači, koji su eto svojom slobodnom voljom, stekli tu naviku i koja im pričinjava možemo da kažemo jedan čin zadovoljstva koji sigurno, kako je rekao neko od prethodnih govornika, predstavlja i odgovarajući psihološki momenat. (...) Znači, zakon bi trebalo da bude tako uravnotežen da nađe pravu meru za sve, za nepušače da budu zaštićeni i da ne budu izloženi duvanskom dimu, a pušačima da se da mogućnost da na pravi način, ne ugrožavajući zdravlje okoline, mogu da tu svoju naviku ili to svoje zadovoljstvo upražnjavaju.“ (Milan Knežević, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

„Olja Bečković (voditeljka): Je l' se osećate kao bolesnik, ili kao čovek, koji prosto eto, voli da jede sarmu i voli da puši?

Miroslava Nikolić (redovni profesor na Poljoprivrednom fakultetu): Ja volim da jedem sarmu, volim da jedem kolače, volim mnogo štošta, da uživam u mnogo svemu... mnogo čemu, možemo da kažemo da sam, na neki način hedonista.

Bečković: A je l' ovo spada u hedonizam ili bolest, po Vašem mišljenju?

Nikolić: Hedonizam. I to je nešto, što je...

Bečković: A ne bolest?

Nikolić: ... krajnje lično opredelenje. Ne, mislim to je moje mišljenje.“ (Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

Ponekad je ostvarivanje zadovoljstva upotrebom duvana ograničavano samo na neke duvanske proizvode:

„Da se ja pitam, zabranio bih upotrebu cigareta jer su odvratne. Mislim da je veoma bitno da neko uživa u duvanu i zato bih svima dozvolio konzumaciju samo kubanskih cigara.“ („Opušci zatrpali parkove“, Blic, 12. 11. 2010.)

Često je uživanje u pušenju dovedeno u vezu sa dobrim provodom i druženjem u kafanama i drugim ugostiteljskim objektima. O tome da je pušenje nezaobilazni deo dobro provedenih izlazaka obično je govoreno u kontekstu najave potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima, pre nego što je usvojen Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu i u kojem se od ovakve zabrane odustalo. Protivnici ove najavljene mere, prvenstveno ugostitelji, ali i razni drugi pojedinci, najčešće pušači, istakli su da pušenje u ugostiteljskim objektima ne bi trebalo da bude zabranjeno jer su to mesta na koje ljudi odlaze da uživaju u druženju, hrani, piću, lepoj atmosferi, pa i pušenju koje je sastavni deo takvog ambijenta kao jedan od izvora zadovoljstva.¹³³ Zabrana pušenja u ugostiteljskim objektima dovela bi do narušavanja ovakve prijatne atmosfere, jer bi pušači bili prisiljeni da se odreknu nečega što im pričinjava užitek, dok bi osoblje imalo dužnost da obezbedi poštovanje zabrane, zbog čega bi eventualno moglo da dođe u sukob sa gostima koji su pušači.

¹³³ Na pojedinim mestima u građi je eksplicitno istaknuto da su ugostiteljski objekti mesta na kojima je primereno da odrasli ljudi puše. Na primer, nakon što se odustalo od potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima, iz duvanske industrije su istakli da „zakon efikasno štiti nepušače, istovremeno čuvajući slobode i ljudska prava odraslih da puše na društveno-odgovarajućim i tradicionalnim mestima, kao što su barovi, noćni klubovi i restorani.“ („Srbi smanjili pušenje cigareta“, Press, 31. 07. 2011.). Na nešto slično ukazali su i ugostitelji u toku debate povodom najave uvođenja potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima: „Predsednik ugostitelja Beograda Nikola Dimitrijević na jučerašnjoj konferenciji za novinare podsetio je da se njihova inicijativa zasniva na predlogu zakona koji bi regulisao pušenje na javnom mestu tako što bi se pušenje zabranilo u školama, odbaništima, bolnicama, javnom prevozu, pozorištima, prodavnicama i slično, dok bi se u ugostiteljskim objektima na efikasan način štitili nepušači, a istovremeno očuvalo pravo odraslih da puše na odgovarajućim mestima kao što su barovi, noćni klubovi, restorani, kazina.“ („Teški dani za kafedžije“, Danas, 03. 06. 2009.).

„Moje uživanje u kafani jeste dobra hrana, divno vino, razgovor sa prijateljima i da zapalim cigaretu i znači ja se jedino zalažem za to da imamo kafane u kojima se ne puši i one u kojima se ne puši, odnosno pušačke i nepušačke delove.“ („Koliko se poštuje zabrana pušenja“, transkript video priloga, sajt RTV B92, 09. 04. 2009.)

„Mislim da će nepušači praviti probleme jer će smatrati da je po novom zakonu potpuno zabranjeno pušenje, što nije slučaj - kaže Đorđević. Njegovo mišljenje ne deli Vladimir Mitrović, vlasnik poznatog novosadskog restorana „Plava frajla“ i noćnog kluba „Giardino“, međutim primena ovog zakona biće nezgodna u noćnim klubovima, s obzirom na to da je kod velikog broja Novosađana cigareta i dalje sastavni deo dobrog provoda - kaže Mitrović.“ („Pušači slobodni samo u sopstvenom domu“, Blic, 08. 11. 2010.)

„Pa evo vidite o čemu se radi, oni odrede da li je njihov lokal za pušenje ili nepušenje, u zavisnosti od kvadrature, i vi imate pravo da izaberete gde ćete da idete jer u principu ugostiteljski objekat i jeste pravo izbora, znate, treba da idete tamo gde vam se sviđa, gde vam odgovara usluga, način služenja, šta imate pravo tamo da radite i koliko dugo smete to da radite, to i jeste smisao našeg posla, naš posao je da zabavimo, da napravimo lepu atmosferu, da uslužimo, nikako da kontrolišemo, zabranjujemo, izbacujemo ili kažnjavamo što bi trebalo da radimo po ovakvom predlogu zakona.“ (Nikola Dimitrijević, predsednik Udruženja ugostitelja Beograda, Uvećanje, TV B92, 01. 06. 2009.)

Dakle, za razliku od do sada razmotrenih definicija pušenja i faktora koji učestvuju u njegovoj etiologiji u kojima je zadovoljstvo kao motiv za pušenjem u potpunosti izostavljen, ovde to nije slučaj. I iako je na većini mesta na kojima je spominjano zadovoljstvo u vezi sa pušenjem ovaj aspekt pušenja tek naznačen, na nekim mestima on je eksplicitno istaknut. Takav je slučaj obično sa izjavama koje su za medije davali pušači, sadašnji i bivši, ali i izjavama ugostitelja povom najavljene potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima prema prvobitnom nacrtu Zakona, što je i očekivano. Sa druge strane, takođe je očekivano i to što povezivanje zadovoljstva sa pušenjem nije zastupljeno među medicinskim ekspertima – izostavljanje užitka kao motiva za pušenjem uobičajena je praksa u okviru medicinskih nauka, kako brojni

autori ukazuju (v. npr. Hakkarainen 2013, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, Bell and Keane 2012) i kako je do sada u radu pokazano, iako rezultati mnogih istraživanja ne govore u prilog tome (v. npr. Bell and Dennis 2013, Bell 2011, Louka et al. 2006, Lupton 1995). Negiranje zadovoljstva u medicinskim naukama, međutim, nije ograničeno na pušenje, nego se odnosi i na upotrebu drugih psihoaktivnih supstanci, obično ilegalnih (Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, O'Malley and Valverde 2004, Bergmark 2004, Lupton 1995)¹³⁴, ali je opštije i od toga, budući da se samo zdravlje tumači kao stanje koje isključuje zadovoljstvo i koje je moguće ostvariti samo pomoću samodiscipline i odricanja (Bell and Keane 2012, 242, v. i Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, 2003, Petersen 1996, 2003, Bunton and Petersen 1997, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Brown and Baker 2012, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Macdonald 2002, Crawford 1994).¹³⁵ Izostavljanje zadovoljstva kao sastavnog dela upotrebe psihoaktivnih supstanci u medicinskim naukama ima za cilj da spreči njihovu upotrebu, a iz istog razloga insistira se na onim tumačenjima koja umanjuju, pa i negiraju ovaj aspekt njihove upotrebe predstavljajući je kao prisilnu i nevoljnu radnju – zloupotrebi, a posebno zavisnosti od psihoaktivnih supstanci (Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, v. i O'Malley and Valverde 2004).¹³⁶ Ovakav stav medicinskih nauka, a posebno javnog zdravlja, po

¹³⁴ Ovo se ne odnosi na legalne psihoaktivne supstance kao što su kofein i alkohol, mada, kada je o alkoholu reč, zadovoljstvo se povezuje isključivo sa umerenom upotrebom, dok se kod prekomerne upotrebe i zavisnosti od alkohola mogućnost postizanja zadovoljstva negira (Hakkarainen 2013, Bell, Salmon and Mcnaughton 2011). Za razliku od ovih supstanci, postizanje zadovoljstva prilikom upotrebe duvana se negira i u tom pogledu duvan je blizak ilegalnim psihoaktivnim supstancama, a uzrok tome jeste jačina zavisnosti od nikotina koju medicinski eksperti porede sa zavisnošću od heroina i drugih ilegalnih droga (Hakkarainen 2013).

¹³⁵ Ujedno ovi, ali i neki drugi autori, i na drugačije načine interpretiraju dominantni odnos prema zdravlju i zadovoljstvu u savremenim kapitalističkim društvima. Robert Kraford, na primer, ističe da je u savremenim kapitalističkim društvima zdravlje povezano sa samodisciplinom, samokontrolom i odricanjem od zadovoljstva, ali takođe ukazuje i na to da se paralelno sa onim praksama koje omogućavaju ostvarivanje stanja zdravlja ujedno podstiče i ponašanje koje je sa njima u suprotnosti kao što su potraga za zadovoljstvom, popuštanje, pa i odbacivanje brige o zdravlju (Crawford 2006). Ova kontradiktornost, prema Krafordu, reflektuje suštinsku kontradiktornost kapitalizma koja podrazumeva podjednako naglašavanje proizvodnje i potrošnje, etike rada i etike zadovoljstva (*Ibid.*).

¹³⁶ Ovde treba imati na umu sve ono što je rečeno o nikotinskoj zavisnosti u jednom od prethodnih poglavlja. Kao što je tu već istaknuto, diskursi o adikciji i žudnji za adiktivnom supstancom insistiraju na poremećaju, komplusivnosti, bolu, ali gotovo nikada ne na zadovoljstvu, a čak i kada je to nije slučaj, zadovoljstvo se uvek dovodi u vezu sa patologijom (v. i O'Malley and Valverde 2004).

pitanju zadovoljstva koja se postiže upotrebom psihoaktivnih supstanci može se protumačiti kao posledica tendencije ovih nauka da se bave bolestima, pre nego zdravljem, kao i činjenicom da sve one prakse koje su povezane sa zadovoljstvom obično predstavljaju izvore rizika po zdravlje čije očuvanje ove nauke nastoje da potpomognu (Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003). Osim toga, izostavljanje zadovoljstva, po pitanju upotrebe psihoaktivnih supstanci, ali i šire, ne karakteriše samo medicinske nego i humanističke nauke uopšteno, a na ovom nivou posmatrano, to se može dovesti u vezu sa uticajem judeo-hrišćanske tradicije, ali i prosvetiteljstva, kako Banton i Koveni zapažaju (*Ibid.*). Prema ovim autorima, judeo-hrišćanska tradicija koja potiskuje temu zadovoljstva utrla je put njenom zanemarivanju na opštijem nivou. Pored toga, isti efekat imalo je i tumačenje emocija kao inferiornih u odnosu na razum koje datira još od antičke filozofije, ali koje je posebno postalo osnaženo za vreme prosvetiteljstva. Konačno, kako ovi, ali i neki drugi autori zapažaju (npr. O'Malley and Valverde 2004, Lupton 1995, Bergmark 2004, v. i Crawford 2006), negiranje zadovoljstva u dominantnim diskursima o upotrebi psihoaktivnih supstanci oblikovano je pod uticajem veštine upravljanja svojstvene liberalizmu, danas neoliberalizmu. Kako O'Meli i Valverde ističu, u liberalizmu pitanje zadovoljstva nije u potpunosti izostavljeno, već je, upravo suprotno, ono je u njemu centralno, ali u jednom specifičnom značenju (O'Malley and Valverde 2004). Naime, u liberalizmu zadovoljstvo zauzima ključno mesto, ali samo kada je povezano sa racionalnošću – u osnovi liberalizma nalazi se donošenje racionalnih odluka na osnovu proračuna koristi i štete, odnosno zadovoljstva i patnje (*Ibid.*, 27). Međutim, onda kada je povezano sa hedonizmom i aktivnim nastojanjem da bude ostvareno, zadovoljstvo u liberalizmu postaje problematično, jer je u suprotnosti sa drugim ključnim oblikama liberalnih subjekata kao što su odgovornost, racionalnost, razumnost, nezavisnost itd. (*Ibid.*, 27). Dakle, proračunato zadovoljstvo koje se temelji na proceni koristi i štete u liberalizmu biva definisano kao poželjno, dok se hedonizam koji ovu računicu ne uzima u obzir smatra problematičnim, pri čemu se oba ova oblika zadovoljstva na taj način definišu na osnovu njihove (ne)usklađenosti sa liberanim subjektivitetom, odnosno

(ne)usklađenosti sa veštinom upravljanja u skladu sa kojom je on oblikovan i njenim ciljevima – stvaranju poslušnih pojedinaca koji će doprinosti bogaćenju države. To posebno važi za zadovoljstvo postignuto upotrebom psihoaktivnih supstanci – na taj način pojedinac se okreće sebi i svojim željama, a ujedno postaje i nefunkcionalni pripadnik društva koji nije u stanju da služi interesima kapitalizma.¹³⁷ Neoliberalizam zastupa sličan odnos prema zadovoljstvu sa manjim izmenama kada je u pitanju upotreba psihoaktivnih supstanci¹³⁸ – akcenat je na upravljanju rizicima na osnovu proračuna koristi i štete, pri čemu je, zbog nekompatibilnosti sa ciljevima vlasti, nedopustivo da u toj računici zadovoljstvo odnese prevagu (O'Malley and Valverde 2004, Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003).

U ovom kontekstu posmatrano sledi da izostavljanje zadovoljstva kao motiva za pušenjem (i upotrebom drugih psihoaktivnih supstanci) govori u prilog delovanju neoliberalne veštine upravljanja. Međutim, isti zaključak se ne može izvesti i primeniti na ovo istraživanje onda kada je po sredi pitanje zadovoljstva koje se ostvaruje pušenjem, s obzirom na to da u materijalu koji je analiziran ono nije u potpunosti izostavljeno. Ipak, ne može se zanemariti činjenica da ova tema predstavlja predmet razmatranja u jako malom broju slučajeva i da su u pitanju izjave pušača, aktuelnih i bivših, i ugostitelja, dakle nešto što ne može posvedočiti o rasprostranjenosti i društvenoj prihvatljivosti diskursa o pušenju koje akcenat stavlja na zadovoljstvo. Osim

¹³⁷ Treba napomenuti da ovo nije jedini mogući efekat upotrebe psihoaktivnih supstanci i da ga pre treba shvatiti kao mogućnost koja ne mora nužno da bude realizovana, štaviše, neka istraživanja pokazuju da situacija u tom pogledu može da bude upravo suprotna (v. npr. Taylor 2008). Ovde se dakle pre misli na to da upotreba psihoaktivnih supstanci generalno može da bude u suprotnosti sa ciljevima (neo)liberalne veštine upravljanja, ali da to ne mora da bude slučaj, i da upravo to predstavlja jedan od razloga zbog kojeg ona zauzima negativan odnos prema ovoj praksi.

¹³⁸ U izvesnom smislu savremeni diskurs o upotrebi psihoaktivnih supstanci ne negira u potpunosti zadovoljstvo: zadovoljstvo i dalje nije priznato kao njihov pozitivan aspekt, ali nije ni u potpunosti zanemareno, što se može uočiti u programima za smanjenje štete koja potiče od upotrebe droga (O'Malley and Valverde 2004). U okviru ovih programa zavisnik od droge se tumači kao racionalni akter koji donosi odluke na osnovu sopstvenog proračuna koristi i štete, kao pojedinac koji je to postao na osnovu svog izbora i koji je samo jedan od potrošača neke robe u savremenom svetu konzumerizma. To sve ukazuje na to da zadovoljstvo u ovom kontekstu danas nije u potpunosti izostavljeno, ali se i dalje predstavlja kao posledica racionalne odluke koja je doneta putem kalkulacije, doduše, u skladu sa individualnim, a ne društvenim preferencijama. Važno je napomenuti da se ovo odnosi samo na upotrebu ilegalnih supstanci, ali ne i na pušenje, kako ovo i neka druga istraživanja pokazuju, a uzrok tome je konceptualno razdvajanje nikotina od drugih psihoaktivnih supstanci, o čemu je već bilo reči u radu.

toga, i ovde su medicinski eksperti nemi po pitanju zadovoljstva koje se ostvaruje pušenjem i, kao što je do sada u radu pokazano, insistiraju na onim tumačenjima pušenja koja ističu isključivo negativne aspekte ove prakse.¹³⁹ Negiranje zadovoljstva kao osećanja koje pušenje stvara karakteristično je za medicinske nauke u celini, nezavisno od društvenog konteksta o kojem je reč i, kao što ovo istraživanje pokazuje, u velikoj meri oblikuje društveno dominantni diskurs o ovoj temi, s obzirom na to da su drugačija gledišta, i po učestalosti i po obimu zastupljenosti, praktično zanemarljiva. Moć i ugled ekspertize u društvu doprinose hegemonijskom statusu tumačenja koje zastupa i to se može potvrditi i na ovom primeru. Osim toga, ekspertiza, kako je do sada u radu istaknuto, potpomaže ostvarivanje ciljeva (savremene) veštine upravljanja, a jedan od primera za to je i negiranje zadovoljstva kao osećanja koje izaziva pušenje i upotreba drugih psihoaktivnih supstanci u medicinskim naukama. S obzirom na to, a imajući u vidu neuslovljenost ovakvog tumačenja društvenim kontekstom onda kada je o medicini reč, može se reći da ono u bilo kom kontekstu u kojem danas postoji ima za cilj da doprinese ciljevima neoliberalne veštine, a to se odnosi i na Srbiju, tim pre što u procesima evropskih integracija teži konstituisanju nalik državama u kojima je neoliberalizam nastao o čemu, na kraju krajeva, svedoči i usvajanje Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, između ostalog.¹⁴⁰ Međutim, treba imati na umu i da uživanje u pušenju nije u potpunosti izostavljeno iz materijala koji je analiziran, što upućuje na zaključak da se, kada je o Srbiji reč, a na primeru kulturne konceptualizacije pušenja, ne može govoriti o usvajanju i delovanju neoliberalne veštine upravljanja u celosti.

Osim o zadovoljstvu, u materijalu koji je analiziran je bilo reči i o drugim pozitivnim aspektima pušenja, a najviše o smanjenju stresa i nervoze. O smanjenju

¹³⁹ U građi je takođe i eksplicitno istaknuto da je pušenje u suprotnosti sa zadovoljstvom, onako kako se tumači u okviru javnog zdravlja. Tako je u Srbiji 2012. godine Nacionalni dan bez duvanskog dima obeležen različitim manifestacijama pod sloganom „Uživaj bez duvanskog dima“ „u cilju davanja podrške da se duvanski dim zabrani kako na radnim i javnim mestima, tako i u kućnom okruženju“ („Danas se obeležava Nacionalni dan bez duvanskog dima“, Press, 31. 01. 2012.). Ovde je dakle istaknuto da je osećanje zadovoljstva moguće postići samo bez pušenja, a nikako obrnuto.

¹⁴⁰ Na to da usvajanjem ovog i njemu sličnih zakona Srbija nastoji da se približi razvijenim zapadnim zemljama je u građi i eksplicitno ukazano, a o tome će više biti reči u daljem delu rada.

stresa putem pušenja govoreno je u različitim kontekstima u kojima su stres, smanjenje stresa i pušenje povezivani na različite načine. Tako je smanjenje stresa koje se ostvaruje pušenjem definisano kao jedan od razloga zbog kojih ljudi počinju da puše, kao jedna od pozitivnih funkcija pušenja i kao jedan od razloga zbog kojeg ljudi teško uspevaju da ostave pušenje.

„Zbog toga smatramo da, pored ovog malog broja institucija koje danas postoje, u Beogradu, možda samo jedna institucija koja se bavi vanbolničkim lečenjem ovih osoba, treba da postoje i neke druge institucije u lokalnim sredinama, gde ljudi, mnogo više zbog stresa puše. Nigde nikog nismo pitali – zbog čega pušite? Najveći broj ljudi puši, ne zbog toga – hajde da vidim kako to izgleda, nego počinju da puše zbog toga što su nervozni, zbog toga što su neraspoloženi, zbog toga što imaju mnogobrojne probleme vezane za egzistencijalne probleme. To tako i počinje, a posle toga to postaje jedna vrsta zavisnosti, od koje se, kao i kod svih vrsta zavisnosti vrlo teško oslobađa. I tu prevencija ne može da bude jedini lek.“ (Gordana Paunović-Milosavljević, poslanička grupa SRS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

„Olja Bečković (voditeljka): Vi mislite da Vam ne šteti ništa?

Vesna Radojičić (Poljoprivredni fakultet): Ne mislim. Pazite, ja nikada neću reći da je pušenje zdravo. Taman posla.

Bečković: Ali?

Radojičić: Ja znam da tu ima štetinih sastojaka.

Bečković: Ali?

Radojičić: Ali ću i dalje da... ja ne pušim sad, ne znam, dvadeset, pedeset cigareta dnevno. Nekad popušim deset, desi da nekad ne popušim nijednu cigaretu, ali u momentu kad ja hoću da izađem sa svojom drugaricom nešto da proslavim, ja hoću da zapalim cigaretu. Kad se iznerviram, ja hoću da zapalim cigaretu, pre nego da popijem neki antidepresiv. Razumete?“ (Utisak nedelje – „Dimna zavesa“, TV B92, 07. 11. 2010.)

„Gde će otići hirurg pod stresom posle osmočasovne teške operacije na otvorenom srcu i zašto se njemu i kolegama ne obezbedi zatvorena prostorija gde ih nijedan pacijent neće

videti? Novinar kojem ističe rok za predaju teksta a za izjavu juri još troje sagovornika koji se ne javljaju na telefon mora da, objašnjavaju nadležni, služi za pimer i ne sme da pripali na radnom mestu, daleko od pogleda javnosti.“ („Pušači od sutra izbačeni na ulicu“, Politika, 10. 11. 2010.)

„Trećina pušača u Beogradu ostavila je pušenje i posle godinu dana nema želju da ponovo zapali cigaretu, pokazali su rezultati istraživanja Gradskog zavoda za javno zdravlje. Svetlana Mladenović-Janković iz te ustanove navela je da su podaci prikupljeni u prošlogodišnjoj kampanji "Ostavi i pobedi", realizovanoj u nameri da se pušači motivišu da ostave cigarete. Kako je navela, sličan je procenat anketiranih koji nisu uspeli da ostave cigarete, ali su značajno smanjili broj cigareta. "Među pušačima koji nisu uspeli da ostave duvan, najčešći razlozi su bili stresne situacije, prateći simptomi odvikavanja, nedostatak podrške i uticaj pušača iz bliže okoline", navela je Mladenović Janković u saopštenju dostavljenom agenciji Beta.“ („Trećina pušača ostavila cigarete tokom prošle godine“, Press, 01. 06. 2011.)

Većina tumačenja u kojima je istaknuto da je smanjenje stresa jedan od motiva za pušenjem dolazi od pušača ili novinara kritički nastrojenih prema uvođenju Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu. Medicinski eksperti po pravilu ne zastupaju takvo shvatanje, štaviše, ono je, prema njihovom mišljenju, posledica zablude koja nastaje kao rezultat nepoznavanja načina na koji organizam funkcioniše i uticaja koji unos nikotina na njega ostvaruje.

„Znači, dolaze nam pacijenti i svi kažu: „Šta ću ja bez cigarete?“, navikao na cigaretu. Kad se zapali cigareta, imate dva dejstva. Ono što osećamo, efekat na mozgu, pa nam je kao malo lepo, smiren, ono što ne osećamo, znači, nad dva bubrega se nalazi nadbubrežna žlezda, svaka cigareta snažno stimuliše – to se lako da izmeriti, najlakše moguće na svetu, podigne nivo hormona stresa, ali to pušač ne oseća. Naši pacijenti, kad dođu kod mog kolege i kod mene, uplašeni su. Kad prestanu posle nekoliko dana, kažu zapanjeno: „Pa ja više nisam nervozan!“ - upravo ovo što ste rekli: „Nisam nervozan, a bio sam 30 godina ubeđen, ja moram da pušim, da se smirim, da ne budem sam. Sad sam jedino smiren.“ (prim. dr Petar Borović, Institut za javno

zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna komisija za odvikavanje od pušenja, Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

„Olja Bečković (voditeljka): Ali svaki pušač će iz svog iskustva da vam kaže, da je dokazano, da pušenje smanjuje stres npr.

Srmena Krstev (predsednica Komisije za prevenciju upotrebe duvana): Pa možda smanjuje stres, ali pušenje u stvari povećava stres. Pušenje povećava stres, jer je to stres za organizam, unošenje tako štetnih hemijskih materija. Znači, ako Vi ste novinar, imate stres u svojoj profesiji, a to je baš tipično za novinare i ako popušite cigaretu, Vi niste smanjili svoj stres, Vi ste svoj organizam opteretili još jednom štetnom materijom. Vi time još veću štetu svom organizmu činite.“ (Utisak nedelje – „Dimna zavesa“, Utisak nedelje, TV B92, 07. 11. 2010.)

Stav o tome je pozitivan uticaj pušenja na smanjenje stresa iluzija nije, međutim, karakterističan samo za medicinske eksperte i zastupaju ga i neki drugi pojedinci koji se u tumačenju pušenja vode medicinskim činjenicama.

„Često pitam moje prijatelje, koji su menadžeri, direktori, nije bitno: „Zašto ti pališ cigaretu, kad god se javljaš na telefon?“, on kaže: „Pa razgovor je stresan“ - dobro razgovor je stresan, a telefoniranje može biti i zabavno, ne mora biti stresno. Stvar je u koncentraciji. Mi kad nemamo vizuelni kontakt, mi moramo da se dodatno koncentrišemo da bi mogli da savladamo to. A ono malo čudovište, koje traži nikotin nam smeta da se koncentrišemo. Mi zapalimo cigaretu, nadoknadimo ga i osetimo se koncentrisanijim na taj razgovor. iz toga izvlačimo zaključak – pušenje povećava koncentraciju – pogrešno, zato što pušenje dovodi... čini mi se da je termin spazma, sužavanje krvnih sudova u mozgu, samim tim manje krvi dolazi i onda se koncentracija smanjuje.“ (Milenko Petronijević, „Alan Kar“ centar za odvikavanje od pušenja, Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

„Za čelnike svih ustanova, a posebno prosvetnih i zdravstvenih, neće biti nikakvog gledanja kroz (požutele) prste. To znači da će, na primer, dekan nekog fakulteta, kao „odgovorna osoba“, morati da plati između 30.000 i 50.000 dinara ukoliko inspekcija uhvati

studenta koji se pre ili posle ispita „smiruje“ - nikotinom!“ („Od cigarete ne osta ni dim“, Večernje novosti, 10. 11. 2010.)

Pored postizanja zadovoljstva i smanjenja stresa, u materijalu koji je analiziran bilo je reči i o drugim pozitivnim aspektima pušenja kao što su poboljšanje koncentracije i povećanje samopouzdanja.

„Vesna Radojičić (Poljoprivredni fakultet): (...) ...ali u momentu kad ja hoću da izađem sa svojom drugaricom nešto da proslavim, ja hoću da zapalim cigaretu. Kad se iznerviram, ja hoću da zapalim cigaretu, pre nego da popijem neki antidepresiv. Razumete?

Olja Bečković (voditeljka): Hajdemo da stanemo ovde. Dakle, ovo je jedan od tih, to pretpostavljam da spada pod Vaš deo, „kad se iznerviram, hoću da popušim cigaretu“ i sad postoji ta jedna panika da će od četvrtka da bude jedna velika panika i da su ljudi uvereni da im cigareta smanjuje stres, poboljšava koncentraciju, čini ih sigurnijim i da je zaista bolje da puše nego da piju „bromazepame“, jer ćemo sad iznenada imati po ulicama hiljadu zaposlenih na ulici koji puše i 35 pauza više nego što je bilo do sada?“ (Utisak nedelje – „Dimna zavesa“, TV B92, 07. 11. 2010.)

„Olja Bečković (voditeljka): Ali pogledajte, evo sad samo to, jedna redovna situacija u životu. Dakle, šta god da je, pozorište, pa ispred sala, nešto, bilo koje javno mesto, gde se sada jedna devojka zatekne sama. Ima li razlike u tome, kad je vidite da stoji sama, sa tašnicom i gleda levo i desno, ili samim tim, kad ima cigaretu, više nije sama, nego je sa cigaretom, stoji žena sa cigaretom, ili sama žena.

Miroslava Nikolić (Poljoprivredni fakultet): To je čak i Tomas Man rekao, da je cigareta najintimniji prijatelj...

Bečković: I da je to, ima nekog samopouzdanja time, a ja sam bez cigareta sama, sa cigaretom se ne osećam zbunjeno, zar nema tu nešto? Kažite kao terapeut.“ (Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

Međutim, u građi se nailazi i na osporavanje ovih benefita od pušenja.

„Pa interesantno je, pogledajte, postoji jedan ovde logički problem. Znači, mi zapalimo, kad želimo da se... da savladamo dosadu i kada želimo da se koncentrišemo, dve potpuno suprotne stvari. Kada bih ja... znači, cigareta može ili jedno ili drugo, ne može oba. Kada bih ja pokušao profesor, pardon, doktoru Boroviću da prodam jedan lek, koji će malo da diže pritisak, pa će posle petnaest minuta da spušta pritisak, on bi me verovatno tužio nekom od sudova, zato što pokušavam da prodajemo neke čarobne vodice iz vremena Divljeg zapada. Dakle to jesu zablude. Cigareta ne radi ništa po tom pitaju. Sa tim zabludama se mi suočavamo. Ako uspemo da razbijemo te zablude, mi smo razbili strah.“ (Milenko Petronijević, „Alan Kar“ centar za odvikavanje od pušenja, Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

„Milenko Petronijević („Alan Kar“ centar za odvikavanje od pušenja): E ovako, bila je... svojevremeno su bile, sećate se možda tih vremena, „Jork“ - Tvornice duhana Rovinj, „Jork“ cigarete. Na toj kutiji je pisalo: „Sa cigaretom nikad nisi sam“. To je najgenijalnije što su spin-doktori, ili razni psiholozi, koji rade, to uradili. I ja sam se tako osećao. One su bile – one, mislim cigarete su bile moja sigurnost, deo moje ličnosti. Nikada mi nije padalo na pamet da se ja osećam slabo, zato što sam bez njih. Dakle, kako da Vam kažem, taj utisak nesigurnosti, praznine i panike je stvorila prethodna cigareta, koju smo zapalili. Tačnije, nedostatak za nikotinom. Pa smo mi onda posegli, vratili smo nikotin u svoje telo i onda smo se ponovo osetili zadovoljnim.

Olja Bečković (voditeljka): A čime ćete da mi je zamenite – tu moju sigurnost, neka je i lažna, čime ćete da mi je zamenite, kad mi kažete: „Ostavi to!“?

Milenko Petronijević: Ni sa čim, mi ne govorimo da su potrebne zamene, već samo nama je cilj da stvorimo jednog srećnog nepušača. Dakle, čovek koji se ne oseća nekompletnim u životu, pa mu treba... dakle, sam sâm, pa šta? Sa cigaretom sam onda kompletan? Dakle, postoji neki problem. Znači, nama je cilj da napravimo jednog srećnog nepušača, kome ne treba cigareta, kao poštapalica za svaku stvar u životu.“ (Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)

Kao i kada je reč o postizanju zadovoljstva kao jednom od pozitivnih aspekata pušenja, i po pitanju smanjenja stresa, poboljšanja koncentracije i povećanja samopouzdanja analizirani materijal ne upućuje na zaključak o rasprostranjenosti i

opštoj prihvaćenosti ovih stanovišta, pogotovo poslednja dva navedena. Ovakvi rezultati, kao i po pitanju ukazivanja na osećanje zadovoljstva koje se javlja prilikom pušenja, ukazuju na to da se, kada je o Srbiji reč, a na primeru kulturne konceptualizacije pušenja, ne može govoriti o usvajanju neoliberalne veštine upravljanja u celosti. Međutim, delovanje neoliberalne veštine upravljanja u pomenutom kontekstu se ipak ne može osporiti, kao što je u ovom radu već pokazano na primeru drugih tumačenja pušenja zastupljenih u analiziranom materijalu, čak i uprkos tome što je u njemu ukazano i na neke od pozitivnih aspekata pušenja – isticanje ovih aspekata praktično je zanemarljivo i gotovo je po pravilu praćeno nastojanjem da se oni dovedu u pitanje, i to prvenstveno od strane medicinskih eksperata. To, međutim, ne umanjuje značaj isticanja ovih pozitivnih funkcija pušenja, čak i u ovoj meri u kojoj su zastupljena u analiziranom materijalu, pa čak i uprkos čestim pokušajima da one budu osporene. U radu je već bilo reči o tome kako se uobičajeno u dominantnim diskursima o pušenju, koji su oblikovani pod uticajem znanja iz oblasti medicinskih nauka, izostavljaju faktori koji dovode do pušenja (Mair 2011, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, Bell and Dennis 2013, Lupton 1995, McCullough and Anderson 2013). Izostavljanje faktora koji učestvuju u etiologiji pušenja i koji se tiču pozitivnih funkcija koje pušenje ostvaruje doprinosi kreiranju krajnje negativnih predstava o pušenju i pušačima, koje su u radu do sada i predstavljene. U okviru tih predstava, koje su u velikoj meri oblikovane pod uticajem medicinskih nauka, pušenje se karakteriše kao bolest, kao poremećaj koji nastaje usled određenog deficita u pojedincima ili grupama pojedinaca, kao posledica neznanja i neinformisanosti pušača ili kao iracionalno i neodgovorno ponašanje koje podrazumeva preduzimanje rizika uprkos eventualnim posledicama.¹⁴¹ Ove negativne predstave o pušenju

¹⁴¹ Meknoton, Karo-Ripalda i Rasel govore o tri dominantne predstave o pušačima u okviru javnog zdravlja: pušač kao delatna individua, pušača kao pasivna, nedelatna individua i pušač kao zavisnik (Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012). Ona tumačenja koja pušača definišu kao delatnu individuu počivaju na uverenju da su ljudi koji puše racionalne osobe, ali nedovoljno upoznate sa činjenicama o štetnosti pušenja, i za sobom povlače rad na edukaciji pušača kako bi oni, kao racionalne osobe, na taj način mogli sami da ostave pušenje. Predstava o pušačima kao nedelatnim individuama počiva na uverenju da pušači nisu u stanju sami da ostave pušenje, već da im je u tom pogledu potreban podsticaj, te stoga za sobom povlači preduzimanje mera kao što su zabrana pušenja, zabrana

podrazumevaju analogne predstave o pušačima kao osobama koje karakteriše odsustvo određenih vrlina i kvaliteta kao što su snaga volje, jačina karaktera, poročnost, neinformisanost, neodgovornost, iracionalnost, podložnost sugestiji itd. Kao što je u radu već istaknuto, ovakva tumačenja dovode do stigmatizacije pušača u društvu i pružaju opravdanje za sprovođenje kontrole nad njima, dovodeći ih u krajnje neravnopravan odnos sa ostalim pripadnicima društva koji su nepušači (v. i npr. Fischer and Poland 1998, Poland 2000, Tan 2013, Nuehring and Markle 1974, Thompson, Pearce and Barnett 2007, Louka et al. 2006, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Brewis and Grey 2008, Bell 2013b, Bell et al. 2010a, b, Bell and Dennis 2013, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012). U takvom kontekstu od izuzetnog je značaja postojanje drugačijih tumačenja koja uzimaju u obzir realnost pušenja i kontekst u kojem se ono javlja, koliko god ona periferna i zanemarljiva bila, s obzirom na to da otvaraju prostor za kritiku i preispitivanje dominantnih kulturnih konceptualizacija pušenja i pušača, ali i, što je još značajnije, efekata koje one proizvode.

reklamiranja duvanskih proizvoda i sl. Prema ovom tumačenju pušači nisu racionalne osobe, već je njihovo ponašanje vođeno implusivnošću i težnjom za trenutnim zadovoljenjem potreba. Treća predstava o pušaču koja je zastupljena u javnom zdravlju jeste predstava o pušaču kao zavisniku koji puši samo zbog toga što je fizički zavisnik od nikotina. Mera javnog zdravlja koje ovo tumačenje za sobom povlači jeste detoksikacija, odnosno eliminacija adiktivne supstance iz tela pušača.

5. 1. 3. IZUZECI OD PRAVILA – TUMAČENJE PUŠENJA U SPECIFIČNIM KONTEKSTIMA I MEĐU ODREĐENIM KATEGORIJAMA PUŠAČA

U dosadašnjem delu rada predstavljeni su rezultati istraživanja koji se tiču načina kulturne konceptualizacije pušenja i pušača u analiziranom materijalu uopšteno. To znači da u ovim tumačenjima nije bilo reči o pojedinačnim slučajevima koji su po nekim karakteristikama specifični i koji predstavljaju izuzetak u pogledu određenja pušenja i osoba koje puše u odnosu na ona koja se odnose na ostatak populacije i koja važe na opštem nivou. Međutim, i ovakva specifična tumačenja pušenja i pušača uočena su u analiziranom materijalu, i to ne u zanemarljivom obimu, predstavljaju jedan od rezultata istraživanja koji upućuje na zaključak o tome da su definisanje pušenja, ozbiljnost problema pušenja i smislenost, opravdanost i važnost zabrane pušenja kontekstualno uslovljeni, odnosno da zavise od toga o kojoj kategoriji pušača je reč i od toga u kakvim se specifičnim uslovima pušenje među njima odvija. Definisane pušenja među ovim kategorijama pušača kao po izvesnim karakteristikama specifičnog, različitog u odnosu na pušenje među ostatkom populacije istovremeno dakle podrazumeva i definisanje tih kategorija osoba kao pušača na drugačiji način u poređenju sa ostalim pušačima. Izuzeci od uobičajenih definicija pušenja i pušača koje su do sada predstavljane i koje važe na opštem nivou odnose se na sledeće kontekste i kategorije pušača: pušenje među mladima, ženama/trudnicama/majkama, među pacijentima psihijatrijskih odeljenja i ustanova, među korisnicima ustanova socijalne zaštite za smeštaj teško pokretnih i nepokretnih lica, ustanova i odeljenja za palijativnu negu i ustanova za izvršenje zavodskih sankcija, pušenje u igračnicama i ugostiteljskim objektima. Razlike između ovih konteksta pušenja i kategorija pušača prvenstveno

pravi Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu i na osnovu njih temelji izuzimanje od pravila zabrane pušenja na javnim i radnim mestima – u psihijatrijskim ustanovama i odeljenjima, ustanovama socijalne zaštite za smeštaj teško pokretnih i nepokretnih osoba, u ustanovama i odeljenjima za palijativnu negu, u kazнено-popravnim zavodima, igračnicama i ugostiteljskim objektima.¹⁴² Specifičnost u tumačenju pušenja među mladim osobama i među ženama/trudnicama/majkama, odnosno specifičnost u tumačenju ovih kategorija osoba kao pušača, istaknuta je u ostatku analizirane građe – u medijskom izveštavanju o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu i u materijalu sa sednica Narodne skupštine na kojima je raspravljano o predlogu ovog zakona, i nije uslovljena specifičnim statusom pušenja u pomenutom kontekstu u samom Zakonu, s obzirom na to da u pravnom određenju oni ne predstavljaju izuzetke.¹⁴³ Svako od ovih specifičnih tumačenja pušenja i pušača biće razmotreno u ovom delu rada.

5. 1. 3. 1. TUMAČENJE PUŠENJA MEĐU MLADIMA

Pušenje među mladima u analiziranoj građi zauzima posebno mesto u odnosu na pušenje uopšteno, u ostatku populacije – ovoj se pojavi pridaje mnogo veća pažnja i značaj.

„Ono što je posebno uznemiravajuće jeste podatak da u duvanskom dimu uživa svaki četvrti osnovac i svaki drugi ili treći student, u zavisnosti od istraživanjima koji su rađeni dati

¹⁴² I u ostalom delu analizirane građe ukazano je na specifičnost pušenja u nekim od pomenutih konteksta, kao što je pušenje među psihijatrijskim bolesnicima, u igračnicama i slično, ali je osvrt na ove specifične kontekste pušenja bio uslovljen time što oni zauzimaju poseban status u okviru zakona, a ne time što su oni sami privukli pažnju kao po izvesnim odlikama specifični. Obično je o ovim izuzecima govoreno na zasedanju Narodne skupštine na kojima je raspravljano o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, sa ciljem kritike i osporavanja mera kontrole duvana na pomenutim mestima koje je predviđao predlog ovog zakona ili odsustva tih mera, ulaganja amandmana i slično.

¹⁴³ Ovo se odnosi na Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, a pušenje među maloletnicima predstavlja predmet pravne regulacije, ali ne putem ovog zakona, već Zakona o zaštiti potrošača, koji zabranjuje prodaju cigareta i drugih duvanskih proizvoda maloletnim licima.

su podaci. Zabrinjavajuće je, naravno, što je među pušačima sve više mladih, pa zbog toga njima treba pokloniti posebnu pažnju.“ (Janko Veselinović, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

Zabrinutost u vezi sa pušenjem među omladinom istaknuta je odlika borbe protiv pušenja još od anti-pušačkih pokreta iz XIX veka, a zauzima značajno mesto i u okviru savremenog javnog zdravlja (npr. Brandt 1990, Frohlich et al. 2012). I u materijalu koji je analiziran je istaknuto kako pušenje među mladim osobama, prvenstveno maloletnicima, predstavlja posebno veliki problem u društvu, i to iz nekoliko razloga. Kao prvo, pušenje ostvaruje u znatnoj meri negativniji uticaj na zdravlje kod mladih osoba nego kod odraslih ljudi, jer se u tim godinama njihov organizam još uvek razvija i osetljiviji je na ovakve štetne uticaje koji onemogućavaju pravilan rast i razvoj.

„Kada mladi najranije počinju da puše i kako se to odražava na njihov organizam?

- U svetu je broj pušača među dečacima između 13 i 15 godina od 36 do 3 odsto, dok je taj procenat kod devojčica istog uzrasta od 40 do 1 odsto. U Srbiji je zastupljenost pušača istovetna za oba pola istog uzrasta i iznosi 9 procenata. Istraživanja pokazuju da su mališani u priličnoj meri ugroženi pušenjem u svojim porodicama i okruženju. U takvim okolnostima oni postaju gotovo sigurni pušači. Osim toga, danas se na ulici može sresti i dete mlađe od deset godina sa cigaretom u ruci, što je pre tri ili četiri decenije bilo nezamislivo. Dečiji organizam izložen svakodnevnom uticaju dima može da pretrpi drastične posledice i ozbiljno se razboli. Takvo dete otežano raste i razvija se zbog zagušenosti i intoksiciranosti hemikalijama iz duvanskog dima. Više su podložna infekcijama i prehladama, astmi i njenom pogoršanju, padu imuniteta, kašlju, kijanju, iritaciji očiju, pospanosti, slabom memorisanju u školi, umoru, razdražljivosti i slaboj fizičkoj kondiciji.“ (dr Ika Pešić, šef Kabineta za prevenciju i odvikavanje od pušenja Klinike za pulmologiju Kliničkog centra Srbije, „Pušenje kao bolest zavisnosti“, Večernje novosti, 15. 07. 2013.)

Kao drugo, adolescencija je period života u kojem se izgrađuje ličnost i usvajaju navike i, ukoliko se tada započne sa pušenjem, velika je verovatnoća da će ta navika kod

tih mladih ljudi ostati doživotno ustaljena i prihvaćena. Dakle, pušenje u pubertetu nosi sa sobom opasnost od doživotne zavisnosti od nikotina, a posledično i svih drugih problema koji su njome izazvani. Na primer:

„Posledice masovnog pušenja u školama:

Pušenje cigareta promoviše se kao poželjno ponašanje

Pušenje cigareta ustaljuje se kao navika već u pubertetu

Srozava se autoritet i vaspitna uloga škole i nastavnika“ (Đaci i nastavnici zajedno na puš pauzi“, Blic, 09. 12. 2013.)

„Evo, pristali smo da budemo svi pušači svedeni na to da smo zavisnici i tražimo samo prostoriju u koju mogu pušači da se izoluju da ne budu proganjani, da pri tome drugome najmanje smetaju. Rešenje ovog problema ne vrši se putem ova komisija, koja će naravno primati pare, raditi, pisati nešto, a dovoljna promocija zdravlja je, recimo, da kaže svako od nas ko gostuje na televiziji, zaista iskreno, a nema pušača koji iskreno neće reći – pušenje je štetno. Dakle, da bar jednom na početku emisije i na kraju novinari ubace u sinopsis da kaže, kao i sve druge javne ličnosti da to urade i da kažu – da sprečimo decu, da sprečimo omladinu, da sprečimo one koji još nisu počeli, jer, zaista, svi mi pušači jednom smo bili nepušači. Definitivno smo bili prvo to, a onda smo sada svesni koliko je iz tog začaranog kruga teško izaći i koliko vam teško i destimulativno pada kada će vas proganjati, gore nego Al Kaidu.“ (Mileta Poskurica, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

„Naravno da je posebno zabrinjavajuće što je među studentima Beogradskog univerziteta najveći broj studenata devojaka koje puše i one će danas-sutra biti majke, biće izložene duvanskom dimu njihove bebe i to će imati naravno loše posledice.“ (Janko Veselinović, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)¹⁴⁴

¹⁴⁴ Ovde se uočava i problematizacija pušenja među ženama, a poseban fokus na pušenju mladih osoba ženskog pola nije prisutan samo na ovom mestu u građi nego i na nekim drugim mestima na kojima se govori o uticaju duvanske industrije upravo na ovaj segment populacije. S obzirom na temu ovog dela,

Kao treće, adolescencija predstavlja posebno rizičan period kada je u pitanju započinjanje sa pušenjem zbog toga što su u ovom periodu mlade osobe posebno vulnerabilne na razvoj bolesti zavisnosti.¹⁴⁵ U analiziranom materijalu ovo nije posebno opširno razmatrano, ali je na nekoliko mesta ukazano na to, prilikom čega su u faktore koji tome doprinose svrstani sklonost ka eksperimentisanju i podložnost sugestiji koji su karakteristični za adolescente.

„Navodeći pozitivne strane primene Zakona, Krstev je kazala da bi on mogao da doprinese tome da se značajan broj osoba odvikne od pušenja, jer im verovatno neće odgovarati da često izlaze napolje kako bi zapalili cigaretu.“ (...) Prema njenim rečima, to će imati i značajne prednosti na decu jer ako ne viđaju pušenje na javnim mestima, vrlo je verovatno da neće počinjati da puše u mladom dobu, kada su izuzetno spremni da "eksperimentišu i probaju različite stvari". („Stručnjaci očekuju smanjenje broja pušača“, Press, 09. 11. 2010.)

„Zbog pušenja godišnje u svetu umre oko šest miliona ljudi, izjavila je danas predsednik Komisije za prevenciju upotrebe duvana dr Srmena Krstev, povodom obeležavanja Svetskog dana bez duvanskog dima. Ona je na konferenciji za novinare kod "Pobednika" na Kalemegdanu kazala da broj pušača među muškarcima u svetu opada, a raste broj žena i mladih koji puše i to zahvaljujući naporima duvanske industrije da pridobije nove "žrtve" i tako smanji svoje gubitke.“ („Od duvana umre 6 miliona ljudi“, sajt RTV B92, 31. 05. 2012.)

„Francuski Savez za borbu protiv raka optužio je francusku kinematografsku industriju da podstiče pušenje u filmovima. Povodom 31. maja, Svetskog dana bez duvanskog dima, ova organizacija je pregledala 180 filmova i ustanovila da oko 80 odsto njih sadrži scene pušenja ili scene u kojima se vide razni pušački „rekviziti“, poput upaljača, kutije cigareta ili pepeljara. „Prisustvo i valorizacija pušenja na filmu“ omogućava duvanskoj industriji da zavede nove žrtve, posebno „žene i mlade“, istakla je predsednica udruženja Žaklin Gode, ošto osuđujući ovakve „sramne marketinške tehnike“. Na filmu, prisustvo cigareta (2,4 minute u

kao i na to da će ova tema biti predmet narednog poglavlja u radu, na ovom mestu problematizacija pušenja među mladim ženama neće biti razmatrana.

¹⁴⁵ Vulnerabilnost za razvoj nikotinske zavisnosti i faktori koji je uslovljavaju nisu jedini koji učestvuju u etiologiji pušenja među mladima, o čemu će biti više reči u daljem delu rada.

proseku) jednako je „pet reklama koje bi industrijalci morali da plate sa 600.000 evra na televiziji“, kazala je ona, prenose francuski mediji. Savez za borbu protiv raka zamera filmadžijama i što nedovoljno stigmatizuju pušače i što su pojedine scene u kojima ljudi puše (21,3 odsto) snimljene na javnim mestima, poput kafića, restorana ili radnog mesta. „Francuski film ne poštuje zakon o zabrani pušenja na javnom mestu“, kazala je Gode, pozivajući reditelje, producente i glumce da promovišu ostvarenja bez duvanskog dima. Ona je tražila da se osobama mlađim od 18 godina zabrani gledanje filmovi u kojima se reklamiraju proizvodi duvanskih kompanija i da ministarstvo kulture prestane da finansira filmove u kojima se promoviše pušenje.“ („Od duvana umre 6 miliona ljudi“, sajt RTV B92, 31. 05. 2012.)

Još od XIX veka određene kategorije ljudi smatrane su podložnijim razvoju bolesti zavisnosti, kao što su, na primer, žene, mladi ljudi, intelektualci, umetnici (May 2001, Valverde 1997).¹⁴⁶ Nakon II svetskog rata došlo je do kritike viđenja prema kojem su neke grupe ljudi vulnerabilne na razvoj adikcije, međutim, ovakvo stanovište ni do danas nije napušteno, a to se upravo može uočiti na primeru tumačenja adikcije kod mladih (May 2001, 393, v. i Frohlich et al. 2012).¹⁴⁷ Danas se i dalje smatra da su mladi ljudi pod povećanim rizikom od razvoja bolesti zavisnosti, a to i ovo istraživanje potvrđuje – istaknuto je da su razlozi za to, kao što je već rečeno, sklonost ka eksperimentisanju i podložnost sugestiji koji su karakteristični za adolescente. Na navedene faktore se i inače ukazuje prilikom tumačenja verovatnoće za razvoj bolesti zavisnosti kod mladih osoba, uopšteno i kada je o pušenju reč, pogotovo na podložnost raznim spoljašnjim uticajama – uticaju vršnjačke grupe, medija ili duvanske industrije, na primer (v. Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, Lupton 1995, May 2001). Ovakvo shvatanje, prema kojem su određene grupe, zbog izvesnog nedostatka snage volje, podložnije razvoju bolesti zavisnosti nego neke druge, u skladu je sa dominantnim tumačenjem bolesti zavisnosti kao bolesti koje karakteriše upravo

¹⁴⁶ Valverde navodi da je to bilo posledica tumačenja ovih kategorija ljudi kao onih koje odlikuje slabost, odnosno nedostatak volje (Valverde 1997).

¹⁴⁷ Mej kao primer koji ukazuje na to da stav o vulnerabilnosti određenih grupa ljudi za razvoj adikcije i danas opstaje ne navodi tumačenje bolesti zavisnosti među ženama, međutim, primeri navedeni u ovom delu rada govore u prilog tome, a ta tema će biti razmotrena detaljnije u daljem delu rada.

oslabljena snaga volje koja nastaje kao posledica fizičke (ali i psihičke) zavisnosti od psihoaktivne supstance, kao što je u radu već pokazano (v. i npr. May 2001, McCullough and Anderson 2013, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012). Isticanje podložnosti spoljašnjim uticajima kod mladih osoba, koje usled slabosti snage njihove volje počinju da upotrebljavaju psihoaktivne supstance i da razvijaju zavisnost od tih supstanci, doprinosi kreiranju predstave o mladim pušačima kao nedelatnim, pasivnim individuama kod kojih pušenje ne predstavlja rezultat odluke i izbora, nego je proizvod uticaja unutrašnjih i spoljašnjih sila koje na njega deluju, odnosno oblik ropstva. Osim snage njihove volje, u ovakvim predstavama kao upitna se pojavljuje i racionalnost mladih osoba. Na primer, razmatrajući dominantne predstave o uticaju vršnjačke grupe na upotrebu alkohola među mladima, Karl Mej zapaža da one podrazumevaju postojanje poremećene i nerazvijene racionalnosti koja se ogleda u njihovom neuspehu da donesu društveno prihvatljive odluke (May 1993, 161, citirano u Lupton 1995, 149). Ovakvo tumačenje upotrebe psihoaktivnih supstanci kod mladih, koje dovodi u pitanje snagu njihove volje i njihovu racionalnost, za posledicu ima njihovu stigmatizaciju, a takođe zanemaruje celokupni kontekst u okviru kojeg oni puše, odnosno izostavlja (sve) razloge zbog kojih oni to čine, uključujući i one koji su pozitivni, što stigmatizaciju mladih osoba dodatno pojačava.¹⁴⁸ Stigmatizacija mladih pušača kao nedelatnih, pasivnih osoba slabe volje i umanjenog racionalnog osuđivanja ima za cilj da doprinese smanjenju pušenja među mladima, odnosno porastu zastupljenosti onih oblika ponašanja koji su društveno prihvatljivi.¹⁴⁹

Kao četvrto, pušenje među mladim osobama se tumači kao uvod u druge, ozbiljnije oblike zavisnosti kao što su narkomanija i alkoholizam, a posredstvom toga i

¹⁴⁸ U ovom istraživanju, međutim, u izvesnoj meri je ukazano na neke druge faktore koji učestvuju u etiologiji pušenja među mladima, mada i oni stvaraju isti efekat kao i ovi ovde navedeni, a o tome će biti više reči u daljem delu rada.

¹⁴⁹ Na tome se upravo i bazira strategija denormalizacije koja dominira u borbi protiv pušenja u okviru javnog zdravlja, kao što je u radu već istaknuto. O ovoj taktici biće više reči u nekom od narednih poglavlja. U širem kontekstu posmatrano, ova taktika, kao i savremeno javno zdravlje u celini, ima za cilj da pojedince podstakne na usvajanje onih oblika ponašanja koji su u skladu sa ciljevima neoliberalne veštine upravljanja. O tome će, kada je reč o pušenju među mladima, biti više reči u nastavku rada.

u druge rizične i problematične oblike ponašanja koji nastaju kao posledica zavisnosti od droga i alkohola.

„On (*prim. dr Petar Borović, Nacionalna komisija za prevenciju pušenja*) dodaje da je za smanjenje broja pušača u Srbiji neophodan intenzivni zdravstveno-vaspitni rad sa mladima, jer su cigarete često uvod u narkomaniju, kao i efikasno spovođenje i pooštavanje kontrole zabrane pušenja u zdravstvenim ustanovama.“ („Nema zabrane pušenja na ulici“, *Danas*, 05. 07. 2011.)

„Specifičnosti naše zemlje povezane sa upotrebom i zloupotrebom duvana pokazuju zabrinjavajuće tendencije, naročito kada je reč o mladima. Malo se govori o štetnosti pušenja među ženama, među trudnicama, a u adolescentnom periodu duvan je nažalost ulazna droga, a nastavlja se sa drugim psihoaktivnim supstancama, što kod većeg broja mladih dovodi do rizičnog ponašanja, napuštanja škole i drugih brojnih problema.“ (Nikola Krpić, poslanička grupa PUPS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Ovde se može zapaziti prisustvo stanovišta koje zastupa teorija stepenika prema kojoj upotreba „lakših“ droga vodi ka upotrebi „težih“ droga zbog fizičke, hemijske zavisnosti koju izaziva (v. Bell and Keane 2014), o čemu je već bilo reči u radu. Tumačenje nikotina kao „lake“ droge čija upotreba predstavlja uvod u zavisnost od ilegalnih psihoaktivnih supstanci doprinosi dodatnoj problematizaciji pušenja, a to pruža snažniju potporu zahtevu za sprovođenjem mera kontrole duvana. Osim toga, što je još važnije, takve tvrdnje definišu pušenje kao ponašanje koje je devijantno samo po sebi, ali i kao ponašanje koje otvara put u još devijantnije oblike ponašanja, a to doprinosi društvenoj stigmatizaciji pušenja i pušača. Dovođenje u vezu pušenja sa drugim oblicima ponašanja koja se smatraju devijantnim posebno je istaknuto i često kada je o mladim osobama reč. U intervjuima sprovedenim među lekarima u Vankuveru i Montrealu, Frolih i saradnici uočili su da je da često dovođenje pušenja među mladima u vezu sa drugim oblicima ponašanja koja se smatraju devijantnim bilo samo onda kada se javljaju među mladima bilo u društvu uopšteno, kao što su (zlo)upotreba i zavisnost

od alkohola i droga, seks, delikvencija (Frohlich et al. 2012). Naime, smatra se da se pušenje među mladima uvek pojavljuje u sklopu drugih rizika, odnosno da one mlade osobe koje puše gotovo po pravilu praktikuju i neko drugo rizično ponašanje. To znači da se mlade osobe koje puše ne percipiraju samo kao pušači, nego kao osobe kod kojih je pušenje odraz njihove devijantnosti koja se ne ispoljava samo u vidu pušenja. U osnovi ovog shvatanja nalazi se verovanje da mlade osobe nisu u stanju da upravljaju sobom i svojim ponašanjem zbog nemogućnosti da praktikuju samokontrolu i da procene šta je prikladno i odgovorno ponašanje (*Ibid.*, 984). Dakle, ne samo da se pušenje među mladima smatra devijantnim ponašanjem nego se ono tumači i kao posledica loših, pogrešnih i moralno upitnih odluka za koje se veruje da nisu ograničene samo na ovaj domen, nego da oni iste takve odluke donose i u drugim sferama života (*Ibid.*, 984). Devijantno i rizično ponašanje se inače najčešće povezuje sa mladim osobama – omladina se najčešće tumači kao segment populacije koji je podložniji ovakvom ponašanju i u okviru kojeg se ono najčešće i javlja (Crawford 2008, 2009, Crawford and Flint 2009, Kemshall 2008, Mitchell et al. 2001, Schehr 2005). Proučavajući skorašnju kriminalizaciju anti-socijalnog ponašanja u Velikoj Britaniji, Robert Crawford je zapazio da postoji tendencija da se omladina tumači kao posebno problematična u odnosu na ostatak populacije, s obzirom na to da se zakonski akti koji se bave regulacijom anti-socijalnog ponašanja odnose upravo na nju (Crawford 2008, 2009, Crawford and Flint 2009). Glavna meta ovih zakonskih mera jesu mladi ljudi koji se ponašaju nepristojno na javnim mestima, prave nered, opijaju se, nasilni su, necivilizovani itd. Međutim, ove mere nisu utemeljene na činjenicama koji bi posvedočile u prilog tome da je ponašanje mladih osoba na javnim mestima neprimereno i da od njih pretila opasnost po ostale članove društva, već su oblikovane pod uticajem iracionalnih strahova i anksioznosti starijih pripadnika društva, čemu u velikoj meri doprinosi medijsko izveštavanje o mladima. Zabrinutost u vezi sa ponašanjem omladine ovde je toliko izražena da poprima oblike moralne panike, a ovakva situacija doprinosi izrazitoj stigmatizaciji mladih osoba i njihovoj diskriminaciji u društvu. Slično zapažanje iznosi i Robert Šer koji tvrdi da se mladi ljudi stalno

marginalizuju putem diskursa straha (Schehr 2005). Kao razlog za to Šer navodi da mladi ljudi dovode u pitanje dominantne društvene vrednosti i norme koje nalažu izbegavanje rizika na taj način što im se obično ne povinuju. U savremenom periodu pojedincima se upravlja putem diskursa rizika koji kao imperativ postavlja izbegavanje rizičnih oblika ponašanja. Izbegavanje rizika tumači se kao odgovorno i racionalno ponašanje koje je u skladu sa racionalnim proračunom koristi i štete na osnovu poznavanja svih relevantnih, objektivnih, naučnih činjenica. Svi drugačiji oblici ponašanja koji podrazumevaju preduzimanje rizika za sobom povlače moralnu osudu i kulturnu sankciju, isključivanje iz društva, nadgledanje, kontrolu i sl. Ovakvi potezi tumače se kao oni koji povećavaju sigurnost u društvu i koji su stoga u interesu svih pripadnika društva, međutim, oni zapravo predstavljaju sredstva društvene kontrole koja marginalizuju osobe koje ne poseduju moć kao što su, na primer, mladi ljudi.

S obzirom na sve navedene specifičnosti, pušenje među mladima je u analiziranom materijalu definisano kao ozbiljniji problem nego pušenje kod odraslih osoba koji zahteva intenzivniji rad na prevenciji, edukaciji, ali i odvikavanju u onim slučajevima u kojima je već došlo do razvoja nikotinske zavisnosti. Ovo, međutim, nisu jedine mere koje treba da budu preduzete po pitanju pušenja među mladima, kako je u građi istaknuto – osim angažovanja medicinskih institucija i institucija javnog zdravlja, odnosno zdravstvenog sektora u celini, potrebno je angažovanje i drugih društvenih institucija kao što su obrazovne institucije, porodica, ali i svih članova društva, kako bi se mladi ljudi odvratili od pušenja. U tom smislu ukazano je na značaj vaspitno-obrazovnog rada sa omladinom, ali i na značaj ponašanja odraslih ljudi koji predstavljaju uzore na koje se mladi ugledaju, posebno javnih ličnosti, političara, lekara, nastavnika, profesora i roditelja. Usvajanje i poštovanje Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu je u tom pogledu takođe ocenjeno kao izuzetno značajno, delom zbog toga što šalje poruku da je pušenje društveno nepoželjno

ponašanje, a delom zbog toga što će zahvaljujući ovom zakonu mladi ljudi u manjoj meri biti okruženi pušačima na koje bi eventualno mogli da se ugledaju.¹⁵⁰

„Većina medicinara i zdravstvenih radnika, ipak, slaže se da je potpuna zabrana kojoj su pribegle mnoge zemlje Evrope dobra.

- Potpuna zabrana pušenja bila bi najbolje rešenje jer se mladi poistovećuju sa svojim roditeljima, poznanicima, ali i glumcima i muzičarima koje na televiziji gledaju sa cigaretama. Svakako da i ukoliko sami ne puše, samim boravkom u prostorima gde se puši oštećuju svoje zdravlje. Strašno je što se starosna granica kada mladi počinju da puše pomera na peti i šesto razder osnovne škole, pa u tom uzrastu i mi počinjemo sa našim radionicama - objašnjava dr Miroslava Alimpić iz Savetovaništa za mlade Doma zdravlja.“ („Duvanski dim podelio goste“, Blic, 12. 05. 2009.)

„Ovim zakonom, kada ga budemo usvojili i počeli da ga primenjujemo, pokazaćemo da li smo spremni da se menjamo i samim tim da li smo spremni da se samo disciplinujemo. To je jedna pojava koja je, čini mi se, našem društvu jako potrebna. To znači da li ćemo kao građani biti odgovorniji prema drugim građanima. To znači da li ćemo kao prosvetni radnici, kada budemo poštovali odredbe o zabrani pušenja u školama, gimnazijama, univerzitetima, slati direktnu poruku mladim naraštajima da je pušenje štetno i da očekujemo da oni slede jedno takvo društveno prihvatljivo ponašanje, da ne otpočinju pušenje.“ (Nataša Vučković, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

„Pa znate kako, evo ovako, set mera postoji koje treba sprovesti da bi se praktično preveniralo pušenje prevashodno kod mladih, kad govorimo o prevenciji onda govorimo o mladima jer ovi stari, oni su već zavisnici, tu nema prevencije, niko ne počinje sa 40 godina da puši, počinje se obično u tom tinejdž urastu da bi se eto tako približili odraslima, da kažem, po svom imidžu.“ (Nataša Lazarević, koordinatorica Nacionalne komisije za prevencije pušenja, Uvećanje, TV B92, 01. 06. 2009.)

¹⁵⁰ Ovo se odnosi i na prvobitni predlog zakona koji je podrazumeva potpunu zabranu pušenja, ali i na njegovu konačnu verziju u kojoj se od toga odustalo.

„U tom smislu, apsolutno se zalažem za promociju zdravog stila života i mislim da je jako bitno da se u našem društvu pokrene kontinuirano informisanje i edukacija mladih, celokupnog stanovništva o rizicima i posledicama, kako bi se potpuno eliminisale ove pojave u našem društvu. To je potrebno činiti i u porodici i na nivou opštine i na nivou države. Želim da iznesem jedan primer aktivnosti vrlo pozitivan i tiče se opštine iz koje potičem, iz Žitišta, gde Sportski savez opštine Žitište već 11 godina kontinuirano sprovodi više akcija pod nazivima: „Koračaj smelo protiv poroka“, „Trojkom protiv droge“, gde akcija obuhvata i edukaciju mladih po školama, uzrast sedmog i osmog razreda, u saradnji sa školama i stručnim ljudima, gde im se objašnjavaju rizici konzumiranja alkohola, cigareta, droge i drugih poroka. S druge strane, sa javnim ličnostima i sportistima afirmiše zdrav život i bavljenje sportom. Tu ima zaista nekoliko vrlo interesantnih podataka do kojih se došlo u tih nekoliko godina. Pre svega, da deca više konzumiraju alkohol od cigareta, da uglavnom svi prepoznaju, nažalost, narkomana. Ono što zaista deluje iznenađujuće jesu podaci kada u slobodnom razgovoru komunicirate sa decom, oni kažu da prvu cigaretu, da prvo alkoholno piće konzumiraju u krugu porodice kada su neka porodična okupljanja, slavlja ili tome nešto slično. Zaista je to vrlo interesantan podatak i govori o tome da nije dovoljno uticati samo na svest mladih i dece, nego da značajno na tome treba poraditi i sa roditeljima. Kao narodni poslanik, član SPS, naravno da sam za ovaj zakon jer smatram da narodni poslanici treba normativno da doprinesu uređenju ove oblasti, a s druge strane, mislim da treba i svojim ličnim primerom da učinimo sve da ova edukacija mladih ka zdravom životu i objašnjavanju rizika od korišćenja poroka treba da radimo u svim situacijama. Naravno da se i sami pridržavamo onoga što ćemo, nadam se, uskoro i usvojiti i odrediti kao pravilo ponašanja ovim zakonom.“ (Zoran Kasalović, poslanička grupa SPS-JS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Prilikom ukazivanja na mere za koje se smatra da ih je neophodno preduzeti kako bi se smanjila rasprostranjenost pušenja među mladima, a posebno maloletnim osobama, istaknuto je da u razloge zbog kojih mladi puše spadaju prihvaćenost pušenja u društvu, ugledanje na starije osobe i nedostatak znanja o štetnosti pušenja.¹⁵¹ Tolerantnost prema pušenju u Srbiji i ugledanje na starije osobe mogu se objasniti na

¹⁵¹ Osim toga, na drugim mestima u građi, u faktore koji učestvuju u etiologiji pušenja među mladima svrstan je i uticaj duvanske industrije i sklonost ka eksperimentisanju koja je, kako se smatra, karakteristična za pubertet, o čemu je već pisano.

sličan način kao i uticaj duvanske industrije i sklonost ka eksperimentisanju u pubertetu – ovakvo tumačenje faktora koji učestvuju u etiologiji pušenja među mladima proizilazi iz tumačenja mladih osoba kao onih koje odlikuje slabost volje, umanjen kapacitet za racionalno razmišljanje i donošenje odluka koje se u društvu smatraju ispravnim. Nedostatak znanja o štetnosti upotrebe duvana uopšteno se uobičajeno definiše kao faktor koji u najvećoj meri uslovljava pušenje (Dennis 2013a, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, Lupton 1995). Međutim, pušenje, kao što brojni autori ističu, ne može biti shvaćeno kao rezultat nepoznavanja negativnog uticaja koji ono ostvaruje na zdravlje (npr. Lupton 1995, Dennis 2013a, Carro-Ripalda and Russell 2012), a isto važi i za preduzimanje bilo kog drugog rizika, pa i među mladima (v. npr. Hunt, Evans and Kares 2007, Lupton and Tulloch 2002a, b, Fox 2002). U tom pogledu u obzir se mora uzeti širi kontekst, aktuelne društvene, kulturne, istorijske, ekonomske i političke prilike, značenje koje pušači pridaju pušenju, značaj koji pušenje ima za njih i drugi individualno specifični faktori koji učestvuju u etiologiji pušenja i koji su obično simboličke i emotivne prirode (*Ibid.*). Brojni autori su ukazali na to da je postizanje zadovoljstva jedan od glavnih motiva za preduzimanje rizičnog ponašanja među mladima (v. npr. Harrison et al. 2011, Järvinen and Østergaard 2011, Lupton and Tulloch 2002, Hunt, Evans and Kares 2007). Otuda one mere javnog zdravlja koje imaju za cilj da povećaju informisanost stanovništva o štetnosti duvana obično ne dovode do smanjenja broja pušača: one ne uzimaju u obzir kontekst i sve razloge zbog kojih ljudi puše, a naročito ne žele za postizanjem zadovoljstva, i zato obično ne ostvaruju nikakav uticaj na pušače ili kod njih izazivaju otpor (Dennis 2013a, Carro-Ripalda and Russell 2012).

Stav prema kojem osobe donose racionalne odluke na osnovu proračuna koristi i štete onda kada poseduju sve relevantne informacije, koji prevladava u medicinskim naukama, jeste stav koji proizilazi iz tumačenja ljudi kao racionalnih individua koji donose racionalne odluke, a ono nije ograničeno samo na objašnjenje pušenja, nego ljudskog ponašanja u vezi sa zdravljem u celini, kao što je u radu već istaknuto (v. npr. Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Davison, Frankel and Smith 1992, Crawford

2000, Alaszewski 2005, Petersen 1997, 2003, Nettleton 1997). Tumačenje pojedinaca kao racionalnih osoba koje odluke u vezi sa zdravljem donose na osnovu proračuna koristi i štete uz pomoć informacija koje potiču od eksperata i koje je u medicinskim naukama zastupljeno od 1970-tih u vezi je sa pojavom neoliberalne veštine upravljanja (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Petersen 1997, 2003, Nettleton 1997). U tom kontekstu posmatrano, sve mere javnog zdravlja koje imaju za cilj da informišu pojedince o rizicima po zdravlje kako bi potpomogle donošenje racionalnih odluka koje su u interesu pojedinca i poboljšale njegovo zdravstveno stanje su u osnovi u službi neoliberalizma i potpomažu ostvarivanje njegovih ciljeva – podsticanje samodiscipline i samoregulacije u pravcu uvećanja bioloških potencijala populacije kao radne snage koja uvećava profit (Petersen and Lupton 1996, Gastaldo 1997, Petersen 1996, 1997, Nettleton 1997, Lupton 2003, 2013, O'Brien 1995, Bunton and Burrows 1995, Diprose 2008). Primenjeno na kontekst prevencije pušenja i drugih oblika ponašanja rizičnih po zdravlje kod mladih osoba to znači da ove mere nastoje da u najranijem dobu obezbede saobražavanje ponašanju koje je u skladu sa ciljevima vlasti kako bi u odraslom dobu ono rezultiralo i konkretnim doprinosom u tom smislu. Istraživanja ukazuju na to da među mladim ljudima, koji se u društvu obično percipiraju kao skloni preduzimanju rizika, uključujući i one koji mogu negativno da se odraze na zdravlje, ove mere zapravo ostvaruju veliki uspeh, pa čak i među onima koji praktikuju ovakav način ponašanja (v. npr. Harrison et al. 2011, Hunt, Evans and Kares 2007, Fox 2002). Na primer, kako ova istraživanja pokazuju, mladi ljudi koji koriste droge ili konzumiraju alkohol su svesni svih rizika po zdravlje koje potiču od ovih oblika ponašanja, zbog čega najčešće pokazuju odgovornost onda kada ih praktikuju, vodeći računa o tome da korist od upotrebe ovih supstanci ne premaši štetu i ne naškodi njihovom zdravlju. Upravo je to razlog zbog kojeg oni nastoje da ne preteruju sa upotrebom alkohola i ilegalnih droga, ni u pogledu učestalosti ni u pogledu njihove unete količine. Osim toga, na taj način ovi mladi ljudi žele i da zadrže osećaj kontrole, da ne postanu teret drugima, da budu u stanju da ispunjavaju svoje obaveze. Za njih je takođe jako važno da poznaju svoje granice kada upotrebljavaju ove supstance i da budu u stanju da se kontrolišu kako u

javnosti ne bi ispoljili svoju intoksiniranost, dok mnogi od njih na prvom mestu i izbegavaju da ove supstance koriste u okruženju koje ovakvo ponašanje ne odobrava. Dakle, ovi mladi ljudi odmeravaju odnos između štete i koristi čak i pod dejstvom psihoaktivnih supstanci ostvarujući regulisano, proračunato zadovoljstvo koje će im pružiti užitak, ali ne i po cenu gubitka kontrole, što ukazuje na to da strategije neoliberalne veštine upravljanja kod ovih ljudi ostvaruju značajan uspeh – njihovo ponašanje, čak ni tokom intoksikacije, nije u suprotnosti sa ciljevima neoliberalizma, već ih, upravo suprotno od toga, podržava, na taj način omogućavajući njihovu realizaciju.

5. 1. 3. 2. TUMAČENJE PUŠENJA MEĐU ŽENAMA, TRUDNICAMA I (BUDUĆIM) MAJKAMA

Kao i kada je reč o pušenju među mladim osobama, u građi je i pušenje među ženama tumačeno kao drugačije u odnosu na pušenje među ostalim kategorijama pušača. Glavni razlog zbog kojeg se pušenje među ženama u materijalu koji je analiziran izdvaja u odnosu na pušenje u ostatku populacije jeste taj što se, kao i kod mladih osoba, ono definiše kao problematično. Određenje pušenja među ženama kao problematičnog javlja se onda kada su žene pušači istovremeno i trudnice i majke – u oba slučaja one ne štete samo sopstvenom zdravlju nego i zdravlju svoje (nerođene) dece pušenjem u trudnoći ili izlaganjem svog deteta/svoje dece duvanskom dimu. U materijalu koji je analiziran istaknuto je kako zabrinjavajuće veliki broj trudnica u Srbiji u nekom periodu trudnoće ili u toku čitave trudnoće puši uprkos posledicama koje aktivno unošenje duvanskog dima može imati na plod.

„Posebno je zabrinjavajuće da čak trećina svih trudnica u našoj zemlji puši u nekom periodu trudnoće ili u celoj trudnoći, uprkos posledicama koje duvanski dim može imati na

plod. Žene pušači ili one koje borave u prostoriji gde se konzumira duvan imaju veći rizik od pobačaja, mrtvorođenja, rađanja deteta male telesne težine, sindroma iznenadne smrti deteta, kao i češće pojave alergijskih bolesti kod dece, češćih infekcija respiratornih organa i upale srednjeg uha – istakla je dr Mladenović-Janković.“ („Duvan godišnje odnese oko 16.000 ljudi“, Politika, 01. 02. 2012.)

„Podaci istraživanja na reprezentativnom uzorku trudnica u Srbiji pokazuju da u nekom periodu trudnoće puši više od trećine budućih majki (37,2 odsto), a da su najznačajniji činioci koji na to utiču niže obrazovanje, po njihovoj proceni niži socijalno-ekonomski status i pušenje ostalih članova domaćinstva.“ („Trećina odraslih puši, a dve trećine izložene dimu“, Blic, 09. 01. 2010.)

„Predsednica Komisije za prevenciju pušenja Srmena Krstev iznela je podatke iz najnovije studije, prema kojoj je samo 4,4 odsto trudnica pušača tokom kontrolnih pregleda dobilo savet lekara u kojoj ustanovi može da se odvikne od pušenja. Istraživanje je sproveo Institut za javno zdravlje Srbije "dr Milan Jovanović Batut", u saradnji s partnerima, na reprezentativnom uzorku od 2.668 trudnica i pokazalo se da je 23 odsto trudnica pušilo tokom čitave trudnoće, a 37 procenata u nekom periodu. Takođe, tri puta češće puše trudnice ako u njihovoj porodici ima pušača, rečeno je na skupu, kome su prisustvovali ambasador Kanade u Srbiji Džon Morison i promoteri kampanje sportisti Nikola Kuljača i Miroslav Berić.“ („Stanić: Javnost mora da zna istinu o štetnosti duvana“, Press, 29. 05. 2009.)

Osim toga, ukazano je i na to da u društvu postoji tolerantnost prema ovakvom ponašanju koje doprinosi njegovoj rasprostranjenosti.

„Još uvek možete na ulici da sretnete trudnicu koja puši, da odete kod kardiovaskularnog hirurga koji zaudara na duvan i to je kod nas društveno prihvatljivo ponašanje...“ – Dragiša Kovačević, direktor i glavni i odgovorni urednik SOS kanala („Panel diskusija: duvan i troškovi zdravstvenog sistema u Srbiji“, Danas, 03. 05. 2009.)

Brojni autori su zapazili da u savremenim zapadnim društvima postoje velika očekivanja od ženskih reproduktivnih sposobnosti (v. npr. Oaks 2000, Lupton 2012). Kako ovi autori zapažaju, od žena se danas očekuje da preuzmu odgovornost za brigu i zaštitu svog nerođenog deteta i da se podvrgnu asketizmu i samodisciplini zarad njegove dobrobiti.¹⁵² Kako ove autori zapažaju, fetus je danas fetišizovan kao dragoceno telo i tumači se kao ono koje je vulnerabilno i koje zahteva zaštitu, dok se trudnice smatraju nosiocima fetusa i svode na telo u kojem se fetus nalazi, bez ikakve povezanosti sa njim. Dakle, trudnica i fetus se tumače kao odvojeni, nepovezani – trudnica je samo nosilac fetusa i, iako ona može imati neke potrebe koje su u suprotnosti sa potrebama fetusa, ona te potrebe mora da zanemari i podredi zdravlju fetusa (Lupton 2012, 331). Od trudnica se danas očekuje da budu dobro informisane o rizicima po zdravlje fetusa i da ih po svaku cenu izbegavaju kako bi rodile zdravo dete, pa čak i ako je takvo ponašanje u suprotnosti sa njihovim potrebama – dobrobit fetusa je na prvom mestu, a ne potrebe i dobrobit trudnica. Štaviše, u dominantnom diskursu o trudnoći akcenat je uvek na rizicima kojima je izloženo telo fetusa, a ne telo trudnice (*Ibid.*, 331). Tako se, na primer, kada se govori o štetnosti pušenja u trudnoći uvek izostavlja ukazivanje na negativan uticaj koji pušenje ostvaruje na zdravlje trudnice, već se isključivo ističu rizici po zdravlje fetusa koji potiču od ovakve prakse, kako neki autori zapažaju (v. npr. Daykin and Naidoo 1995) i kako ovo istraživanje potvrđuje. Debora Lupton smatra da su ovakva tumačenja posledica nastojanja da se negiraju prava i potrebe trudnica i da je njihov krajni efekat isključenje žena iz javne sfere. Usled odgovornosti koju ima prema fetusu, trudnica je danas postala javna figura konstantno izložena pogledima drugih koji komentarišu i procenjuju njeno ponašanje (Lupton 2012, 332). Upravo iz tog razloga mnoge trudnice se danas povlače iz javne sfere, iz straha da će se ponašati nedolično ili da će izgubiti kontrolu nad svojim telom (*Ibid.*, 332). One žene koje u trudnoći praktikuju ponašanje koje predstavlja rizik po zdravlje fetusa izrazito su stigmatizovane u društvu (Lupton 2012, Oaks 2000, Oakley 1989, Bell,

¹⁵² Ettore ovu pojavu samodisciplinovanja i samoregulacije u trudnoći naziva reproduktivni asketizam (Ettore 2002, 246, citirano u Lupton 2012, 330).

McNaughton and Salmon 2009). U slučajevima u kojima postoje određena oštećenja ploda glavnim krivcem se smatra majka, a u određenim slučajevima, osim društvene osude, to za sobom povlači i kaznene mere (Bell, McNaughton and Salmon 2009, Lupton 2012, Oaks 2000). Naime, kako neki autori navode, praktikovanje onih oblika ponašanja kod trudnica koji predstavljaju rizik po zdravlje je u nekim zemljama je danas kriminalizovano, na primer upotreba alkohola u trudnoći u Novom Meksiku (SAD), dok se u nekim drugim zemljama javljaju inicijative za kriminalizaciju ovakvog ponašanja u trudnoći, na primer, u ostatku Sjedinjenih Država, Kanadi, Australiji (Bell, McNaughton and Salmon 2009, 161).

Kada je reč o pušenju u trudnoći, ovakvo ponašanje još uvek nije kriminalizovano, ali se, kao i drugi oblici ponašanja koji predstavljaju rizik po zdravlje fetusa, smatra neprihvatljivim i osuđuje (Oaks 2000). Iako naučna evidencija o štetnom uticaju pušenja na zdravlje ljudi uopšteno i u trudnoći na razvoj i zdravlje ploda datira još iz 1950-tih, ova praksa nije problematizovana sve do kasnih 1970-tih i ranih 1980-tih (*Ibid.*, 67).¹⁵³ Tek je počev od ovog perioda pušenje u trudnoći postalo problem javnog zdravlja, a to je za sobom povuklo preduzimanje određenih mera kao što je rad na unapređenju informisanosti o štetnom uticaju pušenja u trudnoći na plod, isticanje upozorenja o štetnosti pušenja u trudnoći na paklicama cigareta itd. (*Ibid.*, 67-68). Međutim, ovakve mere obično ne ostvaruju željene rezultate, s obzirom na to da su žene koje puše u trudnoći obično svesne rizika koju ovakvo ponašanje predstavlja po zdravlje ploda (Oakley 1989, Graham 1976, v. i Dennis 2013).¹⁵⁴ U okviru kampanji koje

¹⁵³ Ouks navodi da je u SAD 1957. godine objavljen izveštaj o uticaju pušenja u trudnoći na rađanje bebe male telesne težine, a 1964. o uticaju pušenja uopšteno na pojavu raka pluća i niza drugih bolesti (Oaks 2000, 67). Fokus na pušenju u trudnoći u ovom periodu poklapa se sa formiranjem fetusa kao pacijenta, ali i sa promenom klasne strukture pušača, uopšteno i među ženama, o čemu će biti više reči u daljem delu rada.

¹⁵⁴ U radu je već naveden primer koji je paradigmatičan u tom pogledu, a tiče se trudnice iz istraživanja Simon Denis koja puši upravo iz razloga što je upoznata sa time da pušenje u trudnoći povećava mogućnost rađanja bebe male telesne težine, što je upravo ono što ona i želi da postigne kako bi izbegla komplikacije na porođaju (Dennis 2013). Ovaj primer govori o postojanju različitih oblika racionalnog ponašanja čije je definisanje kao takvog uslovljeno uglom posmatranja i onime što se nekim ponašanjem želi ostvariti (v. i Fox 2002). On takođe govori o tome da različiti faktori utiču na nečije ponašanje u vezi sa zdravljem (sopstvenim ili zdravljem drugih ljudi), a ne samo informisanost o rizicima po zdravlje, o čemu je već pisano u radu.

imaju za cilj promenu nezdravih oblika ponašanja ovi oblici ponašanja tumače se kao stvar ličnog izbora, a ne kao pojava koju treba posmatrati u širem kontekstu (Daykin and Naidoo 1995, 59). Stoga one, kada je reč o pušenju u trudnoći, ne uzimaju u obzir sve one faktore koji dovode do ovakvog ponašanja i koji mogu biti uočeni samo njegovim posmatranjem u širem kontekstu, kao što je, na primer, uticaj niskog socio-ekonomskog statusa. Kako brojna istraživanja ukazuju, socio-ekonomska deprivacija je faktor koji u najvećoj meri uslovljava pušenje u trudnoći – žene koje puše u trudnoći obično potiču iz siromašnih slojeva društva, a u okviru javnog zdravlja se o tome nikada ne govori (Bell, McNaughton and Salmon 2009, Graham, Scherburne Hawkins and Law 2010, Graham 2009, Fleming et al. 2012, Oakley 1989, Oaks 2000, Daykin and Naidoo 1995).¹⁵⁵ Pripanicima nižih klasa, uključujući i trudnice, pušenje omogućava lakše podnošenje loših uslova života, siromaštva i stresa, odnosno predstavlja svojevrsni način odbrane od položaja u kojem se nalaze (*Ibid.*). Osim toga, siromaštvo i neprivilogovan društveni položaj ostvaruju negativan uticaj na zdravlje fetusa koji se u okviru javnog zdravlja vrlo često interpretira kao posledica pušenja u trudnoći – na primer, rađanje bebe male telesne težine može biti i posledica nedostatka hrane (Oakley 1989). Socio-ekonomska deprivacija, međutim, nije samo faktor koji u najvećoj meri utiče na pojavu pušenja u trudnoći, nego je istovremeno i razlog zbog kojeg je dominantni društveni odnos prema ovoj pojavi i trudnicama koje se na ovaj način ponašaju postao izuzetno negativan, kako neki autori zapažaju (v. npr. Oaks 2000, za druge oblike rizičnog ponašanja u trudnoći v. npr. Lupton 2012, Bell, McNaughton and Salmon 2009). Naime, žene visokog socio-ekonomskog statusa i visokog obrazovanja su u velikoj meri prestale da puše (Oaks 2000, Lupton 1995), a ovo poklapanje stigmatizacije pušača sa opadanjem broja pušača među pripadnicima više i srednje klase nije ograničeno samo na trudnice koje puše, već se odnosi na sve pušače uopšteno (Bayer 2008, Bayer and Colgrove 2002, Bell et al. 2010a, Lupton 1995).¹⁵⁶ Ipak, iako je

¹⁵⁵ Drugi faktor koji u velikoj meri doprinosi pušenju u trudnoći jeste individualna percepcija rizičnosti ove prakse koja je obično suprotstavljena ekspertskom mišljenju, a koja počiva na ličnom iskustvu i iskustvu osoba iz okruženja, kao i skeptičnost prema naučnom znanju uopšteno nad kojim prevagu odnosi laičko znanje i iskustvo (Graham 1976, Oakley 1989).

¹⁵⁶ Ovi podaci se odnose na zapadna društva.

stigmatizacija trudnica koje puše klasno određena, ovo ne važi za imperativ reproduktivnog asketizma koji se odnosi na sve trudnice uopšteno – od svih žena se očekuje da se povinuju ovim imperativu, s tim što se podvrgavanje medicinskoj kontroli u tom pogledu ne odvija u jednakoj meri kod svih žena, već je uslovljeno faktorima kao što su klasa, rasa i sl. (Lupton 2012, Bell, McNaughton and Salmon 2009, McNaughton 2011, Daykin and Naidoo 1995).

U građi koja je analizirana pušenje među ženama nije problematizovano samo u kontekstu trudnoće, nego i majčinstva. Naime, u građi je istaknuto kako u Srbiji veliki broj žena puši pred svojom decom i kako je rasprostranjenost ove pojave, kao i uticaj koji ostvaruje na zdravlje dece, razlog za zabrinutost.

„Pušači 40 odsto majki

Prema podacima istraživanja koje je sproveo Gradski zavod za javno zdravlje, među majkama dece od dve godine bilo je gotovo 40 odsto pušača, stalnih ili povremenih. Zabrinjava podatak da četvrtina majki koje puše to čini uvek ili često u prisustvu deteta. Uočen je i model po kome majke češće puše u prisustvu dece, ukoliko u kući živi više pušača i ukoliko nemaju dovoljno znanja o štetnosti pasivnog pušenja.“ („Duvan godišnje odnese oko 16.000 ljudi“, Politika, 01. 02. 2012.)

„Mislim da iz tog ugla mogu dovoljno odgovorno, kompetentno, a želim pre svega afirmativno da govorim o zakonu, odnosno o cilju ovog zakona jer mislim da je, iako je to već više puta pomenuto danas, potrebno i nebrojeno puta pomenuti da je duvanski dim kancerogen, da nema bezbednog nivoa izloženosti dimu, da su značajni podaci ti da u Republici Srbiji u uzrastu od 13 do 15 godina gotovo 77% dece se izjašnjava da se u njihovom prisustvu puši, da majke u trudnoći koje su pušile rađaju decu sa znatno manjom telesnom težinom, a pogotovo su alarmantni podaci o bolesti dece koja su izložena duvanskom dimu i značajno više imaju bronhitis, upalu pluća, kašalj, zviždanje u grudima, astmu, poremećaj rasta i razvoja pluća, upalu srednjeg uha i mnoge druge bolesti. Zaista su to alarmantni i upozoravajući podaci.“ (Zoran Kasalović, poslanička grupa SPS-JS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Na onim mestima u građi na kojima se govori o opasnostima po zdravlje dece kojima ih izlažu njihove majke pušači, svaka izloženost duvanskom dimu se tumači kao jednako štetna, ali ovo medicinska evidencija ne podržava (v. npr. Jackson 1994, 1995, Brewis and Grey 2008, Bell 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Bell et al. 2010b, Dennis 2014, Thompson et al. 2009, Chapman 2000). Kako neki autori ističu, medicinska evidencija o štetnosti pasivnog pušenja ni danas nije ubedljiva u pogledu neuslovljenosti opasnosti po zdravlje koja pretili od ove pojave, pa ipak, uprkos tome, javno zdravlje ističe kako ne postoji nivo bezbedne izloženosti duvanskom dimu, odnosno kako je svako izlaganje duvanskom dimu štetno (*Ibid.*)¹⁵⁷, što se može zapaziti i u navedenim primerima iz građe. Na ovim temeljima, pozivanjem na naučnu „evidenciju“ o štetnosti pasivnog pušenja, počiva problematizacija pušenja majki pred njihovom decom, koja nije odraz nastojanja da se položaj takve dece poboljša, već je posledica nepovoljnog društvenog položaja u kojem se žene nalaze. Na ovaj zaključak navodi i činjenica da se u okviru javnog zdravlja obično ne govori o izlaganju dece duvanskom dimu od strane njihovih očeva pušača, nego samo o majkama koje to čine, ili se, kada se to čini, muškaci predstavljaju kao manje odgovorni za zdravlje svoje dece od žena, kao što neki autori zapažaju (Oaks 2000, Daykin and Naidoo 1995). Naime, u okviru javnog zdravlja žena se tumači kao odgovorna za zdravlje svoje dece, a ne muškarac, zbog čega se, u kontekstu opasnosti koju predstavlja po zdravlje dece, pušenje ne problematizuje među muškarcima, već samo među ženama. O tome da se pušenje među muškarcima koji imaju ili očekuju decu ne smatra problemom svedoči i to što se, kako neki autori navode, u okviru javnog zdravlja ne govori o pušenju

¹⁵⁷ Na ovoj osnovi, kao što je već rečeno, javno zdravlje opravdava zahtev za zabranom pušenja na javnim mestima (Hakkarainen 2013, Bell 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009). Stavljanje akcenta na štetnost pasivnog pušenja u okviru javnog zdravlja, bez obzira na nedostatak naučne evidencije, rezultat je efikasnosti upotrebe moralne neprihvatljivosti ugrožavanja nepušača od strane pušača u cilju zabrane pušenja na javnim mestima (Bayer and Colgrove 2002). Ovo je imalo za posledicu promenu odnosa prema pušačima kako od strane nepušača tako i od strane društva u celini – pušenje je postalo neprihvatljivo, a pušači stigmatizovani (Bayer 2008). Fokus na pasivnom pušenju, stigmatizacija pušača i upotreba taktike denormalizacije u okviru javnog zdravlja korespondirala je sa opadanjem broja pušača među pripadnicima više i srednje klase tokom 1980-tih i 1990-tih (Bayer 2008, Bayer and Colgrove 2002, Bell et al. 2010a), o čemu je radu već bilo reči. Osim toga, pozivanje na štetnosti pasivnog pušenja u cilju zabrane pušenja na javnim mestima nema za cilj zaštitu nepušača, nego se koristi kako bi se indirektno uticalo na mogućnost pušača da puše (Bell et al. 2010b).

muškaraca pred njihovim trudnim ženama, ili bar ne negativno (*Ibid.*), što i ovo istraživanje pokazuje. Štaviše, u onim slučajevima u kojima trudnice njihovi partneri izlažu duvanskom dimu, neke od kampanja o štetnosti pasivnog pušenja u trudnoći ženama savetuju da ovaj nivo izloženosti duvanskom dimu svedu na minimum izbegavanjem boravka u blizini svojih partnera dok puše (v. Oaks 2000). Međutim, briga za koju se u društvu smatra bi žena trebalo da preduzme za svoju porodicu nije ograničena samo na njenu decu, nego na sve njene članove – žena se smatra odgovornom za zdravlje svih ukućana i dalje rodbine (Daykin and Naidoo 1995).

Jedna od dimenzija problematizacije pušenja među ženama koja se u zapaža u materijalu koji je analiziran jeste pušenje među ženama kao budućim majkama. U tom kontekstu istaknuto je da je pušenje među ženama koje još uvek nisu postale majke zabrinjavajuće iz razloga što će one to postati jednoga dana kada će, kao pušači, naneti štetu svojim bebama. Ovakve tvrdnje, osim zbog toga što ukazuju na sve ono o čemu je u ovom delu rada bilo reči, problematične su i iz razloga što ženu svode na njene reproduktivne sposobnosti i zbog toga što podrazumevaju da biti žena znači biti majka.

„Naravno da je posebno zabrinjavajuće što je među studentima Beogradskog univerziteta najveći broj studenata devojaka koje puše i one će danas-sutra biti majke, biće izložene duvanskom dimu njihove bebe i to će imati naravno loše posledice.“ (Janko Veselinović, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

Iako u kontekstu pušenja među ženama kao budućim majkama o tome nije bilo reči, na nekim drugim mestima u građi je istaknuto da žene kao trudnice, kao majke, nemaju odgovornost samo prema zdravlju svoje nerođene i rođene dece nego i prema društvu u celini – zdravlje fetusa i dece određuje zdravlje čitave nacije i budućnost društva.

„Doktorica Krstev je predsednica ove komisije (*za prevenciju pušenja pri Ministarstvu zdravlja*) i ona je, u više navrata, prošle godine 29. maja, dva dana uoči Svetskog dana bez

duvanskog dima, koji je 31. maja, iznela alarmantne podatke, a to su oni koji mene najviše, na neki način, čine nesrećnom, a to su podaci vezani za pušenje trudnica i mladih osoba. Smatram da su i jedni i drugi budućnost Srbije i da o ovim osobama treba najviše voditi računa. Doktorka Krstev je rekla da je 37% žena u trudnoći jednom ili više puta pušilo, a da je oko 23% pušilo tokom čitave trudnoće. Takođe, iznet je podatak da je u Srbiji do desete godine svako šesto dete zapalilo svoju prvu cigaretu. Ovi podaci su stvarno zabrinjavajući i alarmantni i smatramo da na prevenciji pušenja treba najviše da se radi u školama i zdravstvenim ustanovama, u dečjim domovima zdravlja gde treba da postoje savetovaništa koja treba da vrše ovu vrstu edukacije.“ (Janko Veselinović, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

I mada se ovde ne govori eksplicitno o tome, stiče se utisak da su žene koje puše u trudnoći i/ili žene koje imaju decu i pred njom puše na neki način odgovorne za pojavu pušenja među decom i omladinom. Ovaj utisak potkrepljuje činjenica da jedan od diskursa kojim se u okviru medicinskih nauka objašnjava pušenje među mladima upravo onaj koji ističe značaj predisponiranosti, genetske, biološke ili uslovljene izlaganjem duvanskom dimu (Frohlich et al. 2012). Prema ovom tumačenju, pušenje u trudnoći stvara zavisnost od fizioloških promena koja nastaje izlaganjem fetusa duvanskom dimu, a takođe zavisnost od nikotina može nastati i kao rezultat izlaganja duvanskom dimu dece od njihovog najranijeg perioda života od strane roditelja. U građi je, međutim, uloga očeva u ovim procesima, pa i u navedenom primeru, u potpunosti zanemarena, a ovo je u prethodnom delu rada već obrazloženo, kao i isticanje odgovornosti koju žene imaju kada je reč o zdravlju članova njihove porodice.

Konačno, o pušenju među ženama u građi je govoreno i u kontekstu uticaja koji duvanska industrija ima na povećanje broja pušača među ženama, o čemu je već bilo reči u radu, u delovima u kojima su razmatrana tumačenja pušenja kao bolesti volje i kao bolesti zavisnosti. U tim delovima ukazano je na to da je tumačenje pušenja kao posledice uticaja agresivnih, manipulativnih taktika duvanske industrije u velikoj meri rasprostranjeno u medicini i javnom zdravlju i da doprinosi kreiranju predstave o pušačima kao nedelatnim, pasivnim individuama kod kojih pušenje ne predstavlja

rezultat lične odluke, nego je proizvod uticaja unutrašnjih i spoljašnjih sila, kao i da zanemaruje celokupni kontekst u okviru kojeg ljudi puše, odnosno (sve) razloge zbog kojih oni to čine (Bell and Simone 2013, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012). Međutim, uticaj koji duvanska industrija vrši sa ciljem povećanja broja pušača nije usmeren ka svima u jednakoj meri niti se smatra da su svi ovom uticaju u jednkoj meri podložni, već su pretežno žene i mladi izdvojeni kao kategorije osoba koje su podložnije ovom uticaju i ka kojima su strategije duvanske industrije koje imaju za cilj povećanje broja pušača prvenstveno usmerene.¹⁵⁸

„Svetski dan bez duvanskog dima, 31. maj, ove godine Svetska zdravstvena organizacija obeležava s temom "Devojčice i žene kao meta duvanske industrije", a u našoj zemlji će se u toj kampanji posebno isticati primena novousvojenog Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu. Među više od milijardu pušača u svetu žena je oko 20 odsto i taj procenat nastavlja da raste pošto je, prema ocenama stručnjaka, broj pušača među muškarcima dostigao maksimum. Žene su zato osnovna ciljna grupa planiranih aktivnosti duvanske industrije, koja mora da pridobije nove korisnike, kako bi se zamenila skoro polovina sadašnjih pušača, koji će prevremeno umreti zbog bolesti izazvanih pušenjem, ističe se u analizi Instituta.“ („Kurs za odvikavanje od pušenja u Novom Sadu“, Blic, 30. 05. 2010.)

„Krsteva ukazuje da se duvanska industrija u svetu, zbog toga što gubi kupce među muškarcima, jer je dostignut „vrh“, sada okreće novoj ciljnoj grupi – ženama, čineći sve da paklica cigareta izgleda što primamljivije.“ („Sve manje pušača“, Danas, 31. 01. 2011.)

Ovo implicira da se žene tumače kao osobe posebno slabe volje, u poređenju sa muškarcima, koji u sve većem broju ostavljaju pušenje i među kojima se broj pušača ne povećava upravo zbog toga što su dovoljno snažni da se odupru uticaju duvanske industrije. Ovakve razlike u pogledu tumačenja uticaja duvanske industrije na žene i muškarce u vezi je sa razlikom u pogledu moći koji u društvu poseduju i predstavlja

¹⁵⁸ U građi je inače već ukazano na to da su strategije duvanske industrije koje imaju za cilj povećanje broja pušača, kako se to u okviru javnog zdravlja tumači, usmerene na populaciju u celini, ali da uvek mladi i žene izdvajaju kao glavne ciljne grupe zbog toga što su podložnije uticaju ovih strategija.

način reprodukcije, pa i osnaživanja rodne neravnopravnosti. Osim toga, ovakva tumačenja negiraju sve faktore koji učestvuju u etiologiji pušenja, kao što je već rečeno, a socio-ekonomski status se danas ističe kao varijabla koja u velikoj meri objašnjava strukturu pušača na globalnom nivou (Bayer 2008, Bayer and Colgrove 2002, Bell et al. 2010a, Lupton 1995). Kako je već u radu ukazano, većina žena koje danas puše potiče iz siromašnih slojeva društva, a pušenje za njih, kao i za pripadnike ove klase uopšteno, predstavlja način za smanjenje stresa, odmor od svakodnevnih teških aktivnosti i odbranu od ružne svakodnevice (Oaks 2000, Lupton 1995). Osim toga, usled rodne neravnopravnosti, one su dodatno opterećene kućnim poslovima i brigom o deci i drugim članovima porodice, što ih dodatno izlaže stresu, a rodna neravnopravnost, osim u tom kontekstu, podstiče pušenje kod ovih žena i na taj način što pušenje za njih predstavlja način za sticanje moći, s obzirom na to da je oduvek predstavljala praksu pretežno rezervisanu za muškarce (Lupton 1995, Daykin and Naidoo 1995). Zanimljivo je faktora koji utiču na pušenje kao što je socio-ekonomski status onda kada se govori o pušenju među ženama i isticanje podložnosti sugestiji i obmanama duvanske industrije doprinose dodatnoj stigmatizaciji žena pušača koje su i pored toga već trostruko stigmatizovane: kao žene, kao pušači i kao pripadnice nepriviligovane, siromašne klase.

Svako od ovih tumačenja u svakom od ovih konteksta koje stigmatizuje pušenje među ženama ima za cilj da doprinese smanjenju broja pušača u ovoj populaciji – to je cilj strategije denormalizacije kojom se služi javno zdravlje u borbi protiv pušenja (Bayer 2008, Bayer and Stuber 2006, Dean 2014, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Bell 2013b, Bell and Dennis 2013, Bell et al. 2013a, b). Zabrinutost u vezi sa pušenjem među ženama u zapadnim društvima datira još od XIX veka (Brandt 1990). U tom periodu ova zabrinutost počivala je na verovanju prema kojem pušenje negativno utiče na moral, kao i na sumnji u moralne kvalitete osoba koje puše (Brandt 1990, v. i Bell, Salmon and McNaughton 2011, McCullough and Anderson 2013). S obzirom na rodnu neravnopravnost i njihov društveni položaj, za žene se posebno smatralo neprihvatljivim da puše, a takva situacija održala se i do danas (Thompson, Pearce and

Barnett 2009). Iako se danas pušenje ne tumači isključivo kao aktivnost koju praktikuju muškarci i iako veliki broj žena danas puši, pušenje među ženama još uvek nije postalo društveno prihvatljivo (*Ibid.*, 570-572). Žene koje puše smatraju se nečistim, necivilizovanim, opasnim, erotičnim, a to se suprotstavlja idealnom feminitetu koji podrazumeva čistotu, disciplinovanost, civilizovanost, čednost, odnosno dovodi u pitanje rodne identitete i uloge i rodne odnose moći na kojima oni počivaju (*Ibid.*, 570-572, v. i Lupton 1995). Osim sa rodnim odnosima, zabrinutost u vezi sa pušenjem među ženama se može dovesti u vezu sa delovanjem neoliberalne veštine upravljanja koja podsticanjem samodiscipline i samoregulacije pojedinaca u domenu zdravlja nastoji da obezbedi zdravu, radno sposobnu populaciju (npr. Lupton 1995, 1999, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a). To je cilj kojem se pušenje među ženama suprotstavlja, naročito ako su one i trudnice/majke: one tada ne samo da štete svom zdravlju nego i zdravlju svoje dece, a posredstvom toga negativno utiču i na zdravstveno stanje populacije u celini.

5. 1. 3. 3. VARIJETETI U POGLEDU ZAKONSKIH PROPISA O PUŠENJU U RAZLIČITIM ZATVORENIM JAVNIM I RADNIM PROSTORIMA I MEĐU RAZLIČITIM KATEGORIJAMA OSOBA KOJE U NJIMA BORAVE

Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu ne predviđa iste propise o pušenju u različitim zatvorenim javnim prostorima: potpuna zabrana pušenja odnosi se na neke zatvorene radne i javne prostore, dok je za druge iste takve prostore predviđena mogućnost postojanja prostorije za pušače (član 3., stav 5.); delimična zabrana pušenja, koja podrazumeva mogućnost postojanja prostorije za pušače, u nekim ustanovama, institucijama i objektima važi samo za osobe koje su u njima

zaposlene, ali ne i za njihove korisnike, kao što su igračnice (objekti u kojima se priređuju igre na sreću) (član 3., stav 8., 9., 10.), ugostiteljski objekti (član 5., 6., 7., 8.), ustanove socijalne zaštite za smeštaj nepokretnih i teško pokretnih lica, duševno obolelih lica i lica ometenih u razvoju, specijalne bolnice za lečenje psihijatrijskih bolesti i psihijatrijska odeljenja, ustanove i odeljenja za palijativnu negu (član 9., stav 1.), ustanove za izvršenje zavodskih sankcija (član 9., stav 2.). U daljem delu rada biće navedeno šta tačno svaki od ovih propisa podrazumeva u svakom pojedinačnom slučaju, da li se i na koji način o njima govorilo u materijalu koji je analiziran, kakva su tumačenja pušenja i određenih kategorija pušača u njima sadržana, kao i u onim delovima građe u kojima je o njima govoreno, koji su argumenti navedeni u prilog izuzimanju ovih prostora od opšteg pravila i koje im se kritike mogu uputiti i kakve su implikacije ovakvih poteza vlasti, njihovih dominantnih interpretacija i tumačenja pušenja i određenih kategorija pušača kako u samom zakonu tako i u ostatku građe.

5. 1. 3. 3. 1. ZABRANA PUŠENJA U ZATVORENOM RADNOM I JAVNOM PROSTORU

Kao što je već rečeno, Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu ne predviđa potpunu zabranu pušenja u zatvorenom radnom i javnom prostoru. U članu 3., stavu 5. navedeno je da u zatvorenom radnom i javnom prostoru poslodavac može odrediti prostoriju isključivo za pušenje samo u onim slučajevima u kojima se u tom prostoru ne obavljaju sledeće delatnosti: državna uprava i lokalna samouprava; zdravstvena zaštita; vaspitanje i obrazovanje; društvena briga o deci; socijalna zaštita; kultura; sport i rekreacija; proizvodnja, kontrola i promet lekova; proizvodnja, smeštaj i promet životnih namirnica; društvena ishrana; mediji i prostor u kome se obavlja javno snimanje i emitovanje; sastanci i javna okupljanja građana. Debate vođene na sednicama Narodne skupštine na kojima je raspravljano o Predlogu zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, kao i medijska reprezentacija navedenog Zakona, a posebno izjave njegovih predlagača, delimično otkrivaju razloge zbog kojih

se pušenje u potpunosti zabranjuje u navedenim zatvorenim javnim prostorima – te institucije, svaka na svoj način, treba da funkcionišu kao promoteri dominantnih društvenih vrednosti, u ovom kontekstu zdravlja i onih oblika ponašanja koji podržavaju tu vrednost, a zaposleni u tim institucijama treba da budu primer ostalim građanima i da određeni način ponašanja postave kao ideal kojem treba težiti.

„Na prvom mestu su naravno zdravstvene ustanove jer mi kao zdravstveni radnici treba da damo primer drugima, znači sve zdravstvene ustanove u kojima ne može biti ni prostorija za pušenje, znači kompletno (*zabranjeno*), ni pripadajući prostori poput dvorišta. Opet tu su prostorije prosvete – škole, obrazovne institucije, gde opet insistiramo (*na zabrani*) zbog dece kojima treba dati primer, je'l, kako to izgleda, zatim tu su sve socijalne institucije – znači društvena briga o deci, društvena ishrana, to su sve ustanove sporta, rekreacije, znači zatvoreni prostori i neki pripadajući eventualno drugi prostori, znači kultura – pozorišta, bioskopi, mediji, konferencije, zvanični sastanci, itd., cela lista postoji ustanova u kojima se uopšte ne može dozvoliti ni postojanje posebnih prostorija.“ – Ana Jovićević, Institut za onkologiju i radiologiju Srbije, Komisija za prevenciju upotrebe duvana („Gošća vesti Ana Jovićević“, TV B92, 10. 11. 2010.)

„U parlamentu ne mogu (*da puše*), oni su taj zakon doneli, oni su ogledalo ovog društva. Oni moraju da se ponašaju onako, kako su te zakone doneli, kao i zdravstveni radnici. Znači, mi znamo da postoji problem u zdravstvenim ustanovama, jer puše zdravstveni radnici, ali oni ne smeju da puše pred svojim pacijentima, oni moraju biti primer za svoje pacijente i ne smeju pred njima nikada zapaliti cigaretu. To je jedini razlog. A isto tako u školi, ja mislim da je to jasno. Znači, deci su njihovi nastavnici i profesori, njima su uzor ponašanja, to je valjda jasno.“ (Srmena Krstev, predsednica Komisije za prevenciju pušenja, Utisak nedelje – „Dimna zavesa“, TV B92, 07. 11. 2010.)

„Na kraju, nadam se da će Narodna skupština biti dobar primer, pre svega usvojiti ovaj zakon velikom većinom. Nadam se da će ova skupština ubrzo pepeljare sa stolova u poslaničkim klubovima, restoranima itd. staviti u jedan siguran sef. Nema tu gospodina Odalovića da ga na neki način obavežemo javno na to. Voleo bih da ja i gospođa Čomićka budemo suklučari na tom

sefu, ako mogu malo da se našalim. Skupština mora biti primer i svim lokalnim samoupravama i organima lokalne vlasti, što znači institucijama čiji su oni osnivači, znači domovi zdravlja, bolnice itd.“ (Janko Veselinović, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

„Još jednom, smatram da je jako dobro da sve ono što na neki način predstavlja državu, zdravstvo, školstvo, obrazovanje, gde svi drugi ljudi, na neki način, gledaju kao primer kako treba da funkcioniše država, da tamo treba da bude zabranjeno pušenje.“ (Đura Mučenski, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

Osim toga, kao što je ovde već istaknuto, pušenje u obrazovno-vaspitnim ustanovama i ustanovama zdravstvene zaštite se zabranjuje i iz razloga što bi u suprotnom, kada bi pušili pred onima koje savetuju da ne puše – svojim pacijentima i đacima, lekari, nastavnici i profesori sami sebe demantovali i tako bili loš primer za one kojima nastoje da prenesu poruku o štetnosti pušenja.

„...pojašnjava Krsteva, dodajući da u školama, domovima zdravlja, bolnicama i drugim sličnim objektima pušenje neće biti dozvoljeno ni u dvorištima. „Zamislite lekara koji u bolničkom krugu zapali cigaretu, a istovremeno bi nekoga koga leči trebalo da ubedi da ne puši. Sa prosvetarima i đacima ovaj problem je još ozbiljniji“, napominje Krsteva.“ („Od 11. novembra kazne za pušenje“, sajt RTV B92, 01. 11. 2010.)

„Neprihvatljivo je da nastavnici ne kazne đaka koga uhvate sa cigaretom u ustima, a kamoli da mu se još i pridruže. Nastavnici ne smeju sebi da dopuste da prave koliziju između onoga što govore i onoga što rade, jer su oni primer deci u tom uzrastu. Ako im na časovima govore da je pušenje štetno po zdravlje, onda ne smeju to da rade pred njima i da ih podstiču na takvo ponašanje – ističe Biljana Radosavljević, školski pedagog i predsednica Pedagoškog društva Srbije.“ („Đaci i nastavnici zajedno na puš pauzi“, Blic, 11. 09. 2013.)

„Kada ovo kažem, zamolio bih i gospodina ministra da naročito pokuša da utiče na svoje kolege u bolnicama, domovima zdravlja, pa i onim drugim preko Ministarstva prosvete, da kod onih ljudi koji treba svojim ličnim primerom da pokažu da su duvan i duvanski proizvodi štetni po zdravlje ljudi, da ostave duvan, da ga ne koriste uopšte, da ne puše, kako se to u narodu kaže. Jer, nije lako pričati na skupovima da je duvan štetan po zdravlje ljudi, a čim izađeš sa skupa zapališ cigaretu. To je ono što treba profesija da učini, da se ličnim primerom pokaže ljudima da je nešto štetno po zdravlje, a ne što kaže narod – jedno pričaš, drugo misliš, a treće radiš.“ (Petar Petrović, poslanička grupa SPS-JS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

„Najbolji način po meni je ličnim primerom pokazati da neko misli da je ovako nešto kao što je pušenje štetno. Imam jako negativno mišljenje o tome kada lekari koji imaju visoka stručna znanja o pušenju i njegovoj štetnosti promovišu pušenje i govore da to treba raditi. (...) Samo hoću doktoru Kneževiću da kažem jednu stvar, koja je moje neko lično mišljenje – apsolutno se slažem sa vama 90% onoga što ste vi rekli, nemam nikakvu dilemu, ali je jako loše ako neko ko je lekar, pogotovo patolog, ne prestane da puši, odnosno promoviše pušenje na bilo koji način. Ne kažem da to vi radite, mislim uopšte na lekare, jako je to loš primer. Ja mislim da je to jako loš primer. Nepušač sam, ali po mom mišljenju to je isto kao kad bi policajac koji treba da sprečava neka krivična dela, išao i vršio krivična dela.“ (Vuk Dinčić, poslanička grupa Za evropsku Srbiju, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

Dakle, potpuna zabrana pušenja u navedenim zatvorenim radnim i javnim prostorima ima za cilj da doprinese promociji i usvajanju onog oblika ponašanja koje se u društvu vrednuje, a to je izbegavanje pušenja, dok se, u širem kontekstu posmatrano, na taj način promovišu zdravi životni stilovi i zdravlje kao ultimativna vrednost. U tom pogledu istaknut je značaj potpune zabrane pušenja u institucijama državne uprave i lokalne samouprave zbog toga što te institucije predstavljaju jednu državu i oličenje su svih vrednosti koje ona zagovara, ali i zbog toga što u te institucije spadaju one koje su usvojile ovaj zakon, koje se staraju o tome da se on efikasno sprovodi i koje predstavljaju primer onoga kako država treba da funkcioniše. Ovde dakle nije reč samo o tome da se putem ovih institucija prenose poruke o vrednostima za koje se jedna država opredelila

i koje zagovara, a koje se u ovom konkretnom slučaju tiču zdravlja, nego i o tome da se uvođenjem potpune zabrane pušenja u tim institucijama prenosi poruka o pravilnom, uređenom funkcionisanju jedne države. Obe ove funkcije potpune zabrane pušenja u institucijama državne uprave i lokalne samouprave treba posmatrati u kontekstu procesa evrointegracija i post-socijalističke društvene transformacije u kojima se Srbija trenutno nalazi. Iako rezultati post-socijalističke društvene transformacije u Srbiji još uvek nisu zadovoljavajući (v. npr. Tripković 2001, Tripković i Tripković 2008, Pribićević 2013, Novaković 2012b, Stančić i Grubišić 2011b, Novaković i Stanimirović 2011), ne može se osporiti da se Srbija danas, bar na deklarativnom nivou, nalazi na putu da postane kapitalistička, demokratska država, kao i da je pridruživanje Evropskoj uniji njen glavni strateški cilj još od smene vlasti oktobra 2010. godine (Đukanović i Lađevac 2009). Uprkos tome što se proces pridruživanja EU ne odvija bez poteškoća, Srbija je maja 2012. godine stekla status kandidata za članstvo u EU i u istom statusu nalazi se i danas. Proces pridruživanja EU, između ostalog, zahteva usklađenost zakonodavstva zemalja koje pretenduju na ulazak u EU sa zakonodavstvom EU – to je jedan od uslova priključivanja EU. Upravo u tom kontekstu treba posmatrati Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu – kao zakon koji se formuliše i usvaja po ugledu na evropske zemlje i koji ima za cilj da Srbiju približi Evropi. Osim toga, ovaj zakon ne predstavlja samo sredstvo pravne regulacije određenog segmenta ljudskog postojanja nego je i sredstvo putem kojeg se promovišu vrednosti koje jedno društvo zagovara. To se odnosi na Zakon u celosti, a pogotovo na razmotrene slučajeve u kojima zakon predviđa potpunu zabranu pušenja – reč je o institucijama u kojima potpuna zabrana pušenja treba da istakne opredeljenost društva da zagovara i štiti određene vrednosti. Dakle, Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, a naročito potpuna zabrana pušenja koju on uvodi u institucijama koje treba da predstavljaju promotere ključnih društvenih vrednosti, nema samo za cilj da Srbiju u formalnom smislu približi Evropi, putem izmena u oblasti zakonodavstva, nego i u vrednosnom smislu, putem zagovaranja određene vrednosne orijentacije za koju se

Srbija kao društvo opredeljuje.¹⁵⁹ U analiziranoj građi to je na više mesta eksplicitno istaknuto – opredeljenje poslanika za to da li će usvojiti Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, opredeljenje ugostiteljskih objekata manjih od 80 m² za to da li će dozvoliti ili zabraniti pušenje i sprovođenje i poštovanje Zakona definisani su kao test za državu i društvo koju pred njih postavlja evropska budućnost, dok je o samom usvajanju Zakona govoreno kao o koraku kojim se Srbija približava civilizovanom svetu. Otuda se uvođenje Zakona o zaštiti stanovništva, a naročito potpuna zabrana pušenja koju on predviđa u određenim zatvorenim radnim i javnim prostorima, prvenstveno u institucijama državne uprave i lokalne samouprave, može shvatiti kao nastojanje da se u procesu pridruživanja EU Srbija na nivou vrednosti koje kao društvo zagovara približi vrednostima koje zastupaju zemlje EU, bar na deklarativnom nivou, u ovom kontekstu onih kojih se odnose na domen zdravlja (v. npr. Greco 2004, Crawford 2004, 2006, Lupton 1995, Petersen and Lupton 1996, Petersen et al. 2010, Rose), i da na taj način istakne da je spremna na promene, posvećena i odlučna da istraje na putu ka evropskoj budućnosti. Osim toga, potpuna zabrana pušenja u određenim zatvorenim radnim i javnim prostorima nema samo za cilj da o opredeljenosti Srbije za evropski put posvedoči putem promocije određenih vrednosti i oblika ponašanja kao što su zdravlje i zdravi životni stilovi, nego i na taj način što će one vrednosti i oblike ponašanja koji su sa njima u suprotnosti, kao što su pušenje i uopšteno dobrovoljno preduzimanje zdravstvenih rizika, da odredi kao one koji su društveno nepoželjni. Stoga na ovaj način srpske vlasti žele da doprinesu denormalizaciji pušenja, odnosno tome da pušenje, koje se u društvu već dugo vremena smatra prihvatljivim ponašanjem, više ne bude tumačeno kao jedna obična, svakidašnja, normalna pojava. Denormalizacija pušenja je strategija koja se u okviru javnog zdravlja uobičajeno preduzima kao mera u borbi protiv pušenja na globalnom

¹⁵⁹ U tom kontekstu bi trebalo napomenuti da je pitanje da li bi u domaćoj javnosti ovakva vrednosna orijentacija, u kojoj istaknutno mesto zauzimaju zdravlje, zaštita zdravlja i zdravi životni stilovi, bila prihvaćena da se, počev od 2000. godine, u Srbiji nije formirao kognitivni model „evropskog“ kao onoga čemu treba težiti, s obzirom na raširenost pušenja u stanovništvu Srbije i (doskorašnji) izostanak tumačenja pušenja kao izraza neodgovornosti prema sopstvenom zdravlju i zdravlju osoba iz okruženja pušača.

nivou (npr. Bayer 2008, Bayer and Stuber 2006, Bell 2013b, Bell and Dennis 2013, Bell et al. 2013a, b), a danas je od posebnog je značaja u onim zemljama u kojima još uvek postoji tolerantan odnos prema pušenju kao što je, na primer, Srbija i druge zemlje u razvoju ili nerazvijene zemlje.¹⁶⁰ Na ovaj način posmatrano, potpuna zabrana pušenja u određenim zatvorenim radnim i javnim prostorima funkcioniše kao strategija denormalizacije pušenja koja ima za cilj da promeni dominantni društveni odnos prema pušenju i da promoviše zdrave životne stilove približavajući na taj način Srbiju razvijenim zapadnim zemljama, i na nivou zakonodavstva i na nivou vrednosne orijentacije.

Međutim, u materijalu koji je analiziran nije bilo samo reči o značaju uvođenja potpune zabrane pušenja u određenim zatvorenim radnim i javnim prostorima i pozitivnim funkcijama koje ona ostvaruje, već je takođe data i kritika ovakvog poteza. U tom pogledu ukazano je na neutemeljenost zahteva za potpunom zabranom pušenja u određenim zatvorenim javnim i radnim prostorima kao što su ustanove kulture, medijske kuće, prostori u kojima se obavlja društvena ishrana, pa čak i u institucijama državne uprave i lokalne samouprave. Protivnici ovakve zabrane istakli su da ne postoji razlog zbog kojeg u ovim ustanovama, institucijama i objektima ne bi bila odvojena prostorija za one zaposlene koji su pušači, čime bi bila obezbeđena i efikasna zaštita nepušača, ali i ispoštovana prava pušača, kao što je to zakonom predviđeno za druge zatvorene radne i javne prostore.

„Prvo, ne vidim zašto se pravi razlika između zaposlenih u nekom preduzeću, firmi, ustanovi i zaposlenih u državnoj upravi. Lično mislim da svi radnici imaju ista prava i ne vidim razlog zašto se u organima državne uprave i lokalne samouprave ne bi mogli predvideti prostori u kojima je pušenje dozvoljeno, pod uslovima propisanim ovim zakonom. To je prva stvar. Drugo, ako je reč o kulturi, malopre smo pričali zašto se posetiocima pozorišta ne bi omogućilo da u pauzi imaju neki prostor gde pušači mogu da se okupe i da puše i, naravno, da, pri tom, ni na koji način ne ugrožavaju prava nepušača, koji će imati neki drugi prostor gde je pušenje

¹⁶⁰ U razvijenim zapadnim zemljama pušenje danas više nije društveno prihvatljivo.

zabranjeno. Polazim od pretpostavke da ljudi idu u pozorište da se, da kažem, dobro provedu, da se zabavljaju a ne da idu u pozorište kao u apsanu. Društvena ishrana. Ako prostor zadovoljava da se vrši društvena ishrana, zadovoljava neke uslove, zašto se ne bi dozvolilo pod uslovima koji važe i za druge ugostiteljske objekte da u tom prostoru postoji neki prostor gde će se pušiti? Dakle, ne vidim razlog. Isto tako ne vidim razlog u alineji 11, kaže – "mediji i prostor u kome se obavlja snimanje i javno emitovanje", dobro, u prostoru u kome se obavlja snimanje i javno emitovanje nikad se nije ni pušilo, to je u redu. Ali, zašto u kancelariji gde novinar uređuje desk ne bi bilo dozvoljeno pušenje, ako se radi o pušačima, ili zašto, opet, ne bi postojao neki odvojen prostor za pušače? Ne vidim nikakav razlog da na taj način neki ljudi koji su zaposleni u ovakvim vrstama ustanova ne bi mogli da puše u prostoru koji je predviđen za pušenje. Naravno, nemam ništa protiv da u ustanovama zdravstvene zaštite, vaspitanja i obrazovanja itd, bude zabranjeno pušenje, to je potpuno jasno iz razumljivih razloga, ali, kad je reč o ovim poslovima, o ovoj vrsti ustanova, ne vidim zašto bi to bilo zabranjeno. Podsećam vas da valja doneti zakon koji će da poštuje sva ljudska prava. Gospodo, vi ne poštujete ljudska prava pušača, ne poštujete ih, hoćete da im uzimate novac, država im uzima velike pare na akcize, poreze i sve ostalo, ali, izvinite, pušenje, podsećam vas, nije kriminalna radnja i prestanite pušače da tretirate kao kriminalce. Hvala." (Zoran Šami, poslanička grupa DSS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

„Drugim rečima, predložili smo da u ovom spisku institucijama u kojima treba apsolutno da se zabrani pušenje, a gde će evidentno i sigurno da se javi problem dosta pušača koji rade na tim mestima, da se obezbedi prostor koji bi bio odvojen i gde bi oni mogli da puše. Želeli smo da se omogući i stvori prostor. U odgovoru, da citiram dve-tri rečenice obrazloženja zašto je odbijen ovaj amandman, a naravno intencija je jasna da se želi zabrana u svim nabrojanim prostorima da bude pušenja, kaže – mora obezbediti najveći stepen zaštite zdravlja, odnosno odsustva uticaja duvanskog dima na njihovo zdravstveno stanje. Pa, ovo što mi kažemo je isto. Ako obezbedite prostor za pušače bilo gde, vi ste zaštitili sve nepušače, izolovani su i praktično ova rečenica obrazloženja nema svoju svrhu, jer je i naš predlog u tome da nepušači budu zaštićeni, a na neki način i prema nama da se ispoštuju neka prava.“ (Milan Knežević, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

„Razumem spisak institucija koje su od četvrtka Nicotine free. Ne razumem, nikako, kako su na tu listu dospеле medijske kuće. Ako su u pravu moje kolege koje ministra bolje poznaju, onda se radi o osveti higijenskog talibana koji novinare miriše koliko i duvanski dim.“ („Nikotinski džihad“, Politika, 14. 11. 2010.)

Uvođenje potpune zabrane u ustanovama kulture posebno je bilo na meti kritike, jer ovakav propis ne predviđa samo potpunu zabranu pušenja za osobe koje su u njima zaposlene – na primer, ova zabrana se odnosi i na glumce onda kada u pozorišnoj predstavi igraju ulogu koja zahteva da lik kojeg glume puši.

„Na gostovanju jednog beogradskog pozorišta u Beču pre nekoliko godina, naš glumac (iako se radnja dešava na rečnom nasipu) cigaretu nije smeo da ugasi nogom već rukom u pepeljaru. I to nije sve: iz „predostrožnosti“ pepeljara je bila napunjena vodom, a tik uz scenu dežurao je vatrogasac! Ono što je, koliko juče, izgledalo kao vic ili preteranost, danas je postalo i naša stvarnost. Ali, bez jasnih pravila. Zato će ubuduće neko i dalje pušiti na sceni duvan, neko električnu, a neko ekološku cigaretu. E, sad, što ta ekološka (za pola sezone, kako je izračunao jedan pozorišni upravnik) košta hiljadu i šesto evra i što se „čuje“ na marihuanu - manje šteti i vređa dobar njuh. (...) Nekada cigaretu zahteva dramska radnja, a ponekad je ona deo samog lika, njegovog temperamenta i karaktera. S tim ubeđenjem i (obrazloženjem) nedvosmislen je stav Kokana Mladenovića i buduće prakse i u njegovoj pozorišnoj kući: - U Ateljeu 212 će se pušiti na sceni i to u svim predstavama, gde god je pisac ili reditelj zamislio! Pušenje kao radnja spada u domen scenskog lika, ako glumac ne realizuje svoj scenski lik on automatski ruši liniju same predstave. A upravo je proizvodnja i igranje predstave ono što je registrovano kao osnovna delatnost našeg i ostalih pozorišta. Ja nisam zakonski ovlašćen da sprečavam tu osnovnu delatnost, naprotiv, zadužen sam da se ona realizuje. Nedostatak amandmana od strane resornog Ministarstva na postojeći Zakon o zabrani pušenja - kojim bi se izuzelo konkretno scensko delanje u teatru i filmu - pokazuje nemar. To smatram previdom u donošenju zakonske regulative i zato neću ni da razmišljam o „zamenama“ za cigaretu. U Beogradskom dramskom, ipak, razmišljaju, ali uz rezerve prema „prinudnim“ rešenjima. - Kako da Hemfri Bogart (Dragan Pelević) u predstavi „Sviraj to ponovo, Sem“ ostane bez cigarete?! Ili, šta da radimo kada u „Letu iznad kukavičjeg gnezda“ glavni lik kaže: „Daj mi upaljač da upalim

cigaretu.” - pita se upravnica Maša Mihailović. - Za našu sledeću, novu predstavu, prihvatila sam sugestiju da glumica puši ekološke cigarete koje smo nabavili iz Slovenije. Ali, tek ćemo videti šta više smeta: duvan ili ovaj miris koji podseća na opijat. Jer, ekološke užasno smrde. Prave se od industrijske kudelje. Električne, međutim, nemaju “efekat” dima i pepela, koji je veoma važan za atmosferu. Konačno, do sada je mnogo glumaca nepušača, kao recimo Pera Kralj u naše dve predstave, pušilo na sceni - jer se upravo na toj strasti i navici grade neki likovi...” („Pozorišna scena bez cigareta“, Večernje novosti, 13. 12. 2010.)

„Ovo me baš zanima i stvarno pitam dobronamerno, na primer, kada u predstavi glumci i glumice trenutno u nekoj sceni puše, da li će i njima biti zabranjeno i kakve sve to posledice može da ima na umetnički život? Jedna predstava, odnosno treba je vama da pričam koliko se ona pravi, sada treba da se sve izmeni i scenario, jer će sada biti u suprotnosti sa ovakvim zakonom, kako je napisan. Ja bih stvarno želeo odgovor.“ (Miroslav Markićević, poslanička grupa Nova Srbija, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

Osim toga, u materijalu koji je analiziran data je i kritika zabrane pušenja u otvorenim delovima nekih javnih i radnih prostora koju Zakon o zaštiti nepušača od izloženosti duvanskom dimu takođe predviđa. Prema članu 3., stav 2., „pušenje je zabranjeno i u prostoru koji se, u smislu ovog zakona, ne smatra zatvorenim javnim prostorom, a koji je funkcionalni deo prostora u kome se obavlja delatnost zdravstvene zaštite, vaspitanja i obrazovanja, društvene brige o deci, socijalne zaštite, uključujući i dvorišni prostor, kao i otvoreni prostor za održavanje pozorišnih, bioskopskih i drugih vrsta predstava“. Ova zabrana naišla je na kritiku nekolicine poslanika koji su ukazali na nelogičnost ovakvog poteza ako je cilj zabrane pušenja da se stanovništvo zaštiti od izloženosti duvanskom dimu – u ovim slučajevima, kada je reč o pušenju na otvorenom, opasnost od štetnog uticaja duvanskog dima je praktično nepostojeća, a osim toga ne postoji ni mogućnost da će u takvim slučajevima duvanski dim smetati nepušačima.

„Drugo, ako je reč o pozorišnim, bioskopskim i drugim vrstama predstava, najpre, ako je na otvorenom prostoru zašto ljudi ne bi pušili. To je osnovno pitanje. A, s druge strane, opet, ko će to da kontroliše? Ko će da kontroliše dve hiljade ljudi ili dvadeset hiljada ljudi koji su na

nekom koncertu na stadionu Crvene Zvezde da li puše ili ne puše. Ja mislim da ne pišemo stvari koje su besmislene. Ovo je, izvinite, gospođe, vama se obraćam, vi verovatno imate udela u ovim mudrostima. To je potpuno besmislena odredba, koja i dalje ukazuje na ono što sam istakao u raspravi u načelu. Prestanite da mrzite pušače! Nije vaš posao da mrzite pušače. Pušenje nije kriminalna delatnost. Možete da mrzite preprodavce droga. I ja ih mrzim, ali nemojte proganjati pušenje na mestima gde nikome to živom ne smeta. Šta smeta ako neko na fudbalskom stadionu zapali cigaretu, da li može neko da ga spreči? Ne može da se spreči unošenje baklji, a kamoli paljenje cigareta. Tako da smo to naravno predložili da se izbriše.“ (Zoran Šami, poslanička grupa DSS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

„Drugo, u tački 1) spominje se splav, samo piše – splav, da je na splavu zabranjeno pušenje. Prvo, postoje privatni splavovi. Prošetajte obalom Save ili Dunava, pogotovo Save, i videćete na stotine i stotine privatnih splavova. Zašto ljudi ne bi pušili na splavu? Drugo, ako je reč o splavu koji se koristi kao ugostiteljski objekat, on podleže odredbama zakona za sve druge ugostiteljske objekte, a ako je zatvoren zna se šta sleduje, ako je otvoren ne vidim opet razlog zašto se ne bi pušilo. Dakle, izvinite na izrazu, potpuno besmislena odredba.“ (Zoran Šami, poslanička grupa DSS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

„Ovaj amandman koji se odnosi na član 3. gde predlažemo da se stavovi 2, 3. i 4. brišu, neću to da obrazlažem zato što je kolega Šami to obrazložio, tiče se otvorenog dvorišnog prostora i zato smo, da ne ponavljam, dali neko slično obrazloženje, a onda smo u ovom članu tražili jednu preformulaciju u smislu da vlasnik, odnosno korisnik prostora iz stava 1. može odrediti prostoriju u kojoj je pušenje dozvoljeno, pod uslovima propisanim ovim zakonom.“ (Milan Knežević, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

Ovakav stav prema zabrani pušenja na otvorenom nije odraz pristrasnosti poslanika niti posledica zdravorazumskog zaključivanja – apsolutna štetnost izlaganja duvanskom dimu na otvorenom još uvek nije naučno dokazana (Bell 2013b, Bell,

McNaughton and Salmon 2009, Bell et al. 2010b, Dennis 2014, Chapman 2000).¹⁶¹ Naime, aktuelna evidencija o uticaju pasivnog pušenja na nepušače na otvorenim prostorima ukazuje na to da se u ovom kontekstu ne može govoriti o apsolutnoj i neuslovljenoj štetnosti izlaganja duvanskom dimu – štetnost duvanskog dima u tom kontekstu zavisi od blizine i broja pušača i atmosferskih uslova (Bell 2013b, 113, Dennis 2014, 8), a uopšteno i od dužine izlaganja, odnosno stepena izloženosti duvanskom dimu (Bell, McNaughton and Salmon 2009, 157).¹⁶² Otuda zabrana pušenja u otvorenim delovima navedenih javnih i radnih prostora ne može biti opravdana naučnom argumentacijom te se za motivima ovakvog poteza mora tragati na drugom mestu. Na to upućuje i obrazlaganje razloga za uvođenje zabrane pušenja na otvorenim mestima od strane njenih zagovornika:

„Jedna mala replika u odnosu na pozorišne i muzičke predstave na otvorenom. Kao što znate koncentracija publike na takvim mestima i njihova koncentracija prema događaju je takva da neko ko učestvuje u tom činu, bilo da se radi o publici i gledalištu, ukoliko sedi pored vas kao pušač može da vam ugrozi i da izazove određenu reakciju i u samom gledalištu, da ne govorim da je takvih slučajeva bilo. Dakle, druga vrsta jesu slobodni događaji na otvorenom, kakvi su koncerti, gde publika može da šeta i da normalno bira za sebe svoj prostor koji će koristiti za posmatranje i učestvovanje u događaju, ali ako je otvoren događaj to ne znači da je publika rasuta, ona je, naprotiv, fokusirana i upravo jedan pušač koji sedi pored vas može da ugrozi vaše pravo da gledate predstavu, ako imate kupljenu ulaznicu. Ja sam penzionisani pušač tako da ne mogu da delim vaše uverenje – da je u tom smislu pušenje nešto što ne ugrožava sam čin kulturnog događaja. (...) Ne radi se samo o učesnicima koji su publika. Ovde se radi o izvođačima. Vrlo precizno se definišu standardi u kojima određeni izvođači treba da imaju određene uslove u kojima izvode umetničke sadržaje, kao što su, na primer, operски pevači.

¹⁶¹ Neki autori navode da štetnost izlaganja duvanskom dimu ni u zatvorenim prostorijama još uvek nije potkrepljena naučnim činjenicama (v. i Jackson 1994, 1995, Brewis and Grey 2008, Bell 2011, Thompson et al. 2009).

¹⁶² Kako ove autorke navode, kratkotrajna izloženost duvanskom dimu može dovesti do trenutnih, odnosno prolaznih manje ozbiljnih problema kao što su iritacija oka, grla i nosa, dok do pojave ozbiljnijih problema, kao što su bolesti pluća i srca, dovodi isključivo dugotrajna izloženost duvanskom dimu (Bell, McNaughton and Salmon 2009, 157).

Operska pevačica u ambijentu gde se puši neće vam pevati.” (Nebojša Bradić, ministar kulture, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

Kritika koja u materijalu koji je analiziran izneta po pitanju potpune zabrane pušenja u određenim zatvorenim radnim i javnim prostorima, kao i po pitanju zabrane pušenja u otvorenim delovima određenih javnih i radnih prostora, ukazuje na to cilj Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu nije ono o čemu govori njegov naslov: on ne predviđa postojanje prostorije za pušače u kojoj bi zaposleni u određenim radnim i javnim prostorima mogli da puše, a da ne štete zdravlju svojih kolega nepušača; on zabranjuje pušenje u otvorenim delovima određenih radnih i javnih prostora, iako ne postoji medicinska evidencija koja bi potkrepila stav da je izlaganje duvanskom dimu na otvorenom prostoru bezuslovno štetno; on zabranjuje pušenje na pozorišnoj sceni onda kada scenario tako nalaže, iako je izloženost publike duvanskom dimu u tom slučaju zanemarljivo mala. Ovakav stav po pitanju pušenja u okolnostima u kojima ne predstavlja opasnost po zdravlje nepušača koji je sadržan u Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu daje potvrdu za malopre izneti zaključak: na ovaj način država želi da istakne da je opredeljena za jedan skup vrednosti u kojem zdravlje i zdravi životni stilovi zauzimaju značajno mesto, da želi da doprinese iskorenjivanju društvene tolerantnosti prema onim oblicima ponašanja koji su sa njima u suprotnosti, kao što je, na primer, pušenje, i da smanji njihovu učestalost, kao i da na taj način nastoji da pokaže da želi se da se približi razvijenim zapadnim zemljama u kojima se ove vrednosti i oblici ponašanja takođe neguju i cene. Kao što Fišer i Poland zapažaju, prostor u kojem se pušenje zabranjuje/dozvoljava u vezi je sa stepenom poželjnosti praktikovanja ovakvog oblika ponašanja u društvu (Fischer and Poland 1998, 193). U tom kontekstu posmatrano, zabrana pušenja u prostorima koji su od značaja u društvu, kao što su, na primer, institucije državne uprave i lokalne samouprave, ustanove zdravstvene zaštite, vaspitano-obrazovne ustanove, ustanove kulture i sl. ima za cilj da ukaže na to da je pušenje društveno nepoželjno ponašanje i da ovo ponašanje deligitimizuje, a istu tu funkciju ima i izuzimanje određenih prostora od

zabrane pušenja koji su u društvu već negativno konotirani, kao što su, na primer, igračnice, psihijatrijska odeljenja i bolnice, ustanove za izvršenje zavodskih sankcija. Osim toga, ovakav stav srpskih vlasti takođe ukazuje na to da se u ovom slučaju može govoriti o postepenom usvajanju neoliberalne veštine upravljanja u procesima post-socijalističke transformacije društva i evropskih integracija – isticanje vrednosti zdravlja i imperativ zdravih životnih stilova dominantni su u razvijenim zapadnim društvima, a u skladu sa savremenim oblicima moći i upravljanja (v. npr. Lupton 1995, 2003, Petersen and Lupton 1996, Bunton and Petersen 1997, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Petersen 1996, Bunton and Macdonald 2002, Vaz and Bruno 2003). Za neoliberalnu veštinu upravljanja zdravlje je od neprocenjivog značaja – ona je oblik moći usmeren na život i ima za cilj da, putem podsticanja samodiscipline, samoregulacije i izbegavanja rizika, život u što je moguće većoj meri osnaži, uveća, ojača kako bi uvećala profit, jer tome samo zdrava populacija može da doprinese (Rose 1999, 2001, 2008a, b, Rose and Miller 1992, Rabinow and Rose 2006).

5. 1. 3. 3. 2. PROPISI O PUŠENJU U IGRAČNICAMA

Igračnice (objekti u kojima se priređuju igre na sreću) predstavljaju jedan od zatvorenih radnih i javnih prostora u kojima je pušenje delimično zabranjeno – zabrana pušenja u ovim objektima se ne odnosi na njihov upotrební deo, odnosno deo u kojem borave igrači (član 3., stav 8., 9., 10.). Zakonom je precizirano da se upotrebnim delovima igračnice smatra prostor koji je od ostatka igračnice „odvojen putem registracionih punktova na kojima se igrači moraju registrovati prilikom ulaska, odnosno izlaska iz tog dela igraničnice“, „da se u tom prostoru neposredno priređuju igre na sreću“ i „da za taj prostor u svakom trenutku postoji evidencija registrovanih lica koja se nalaze u tom delu igračnice, tako što se svaki ulazak ili izlazak lica registruje putem elektronskog čitača posebnih članskih kartica koje izdaje priređivač igara na sreću“ (član 3., stav 10.). Izuzimanje upotrebnih delova igračnica od zabrane pušenja

znači da će zaposleni u tim objektima biti izloženi duvanskom dimu i da ih Zakon neće zaštititi od njegovog štetnog uticaja, kako njegov naslov govori i kako su njegovi predlagači isticali. Dakle, specifičnost odredbi o pušenju u ovim zatvorenim i radnim prostorima potiče od toga što su, u poređenju sa ostalim prostorima u kojima Zakon reguliše pušenje, one izuzetno permisivne, odnosno dozvoljavaju izlaganje duvanskom dimu osobama koje su u njima zaposlene. Imajući na umu da u okviru javnog zdravlja preovladava stav da ne postoji nivo bezbedne izloženosti duvanskom dimu, odnosno da se svaki kontakt sa duvanskim dimom smatra štetnim po zdravlje (Hakkarainen 2013, Bell 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009), što su i predlagači i pobornici Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu takođe nebrojeno puta istakli obrazlažući na taj način značaj uvođenja pomenutog zakona, izuzimanje upotrebni delova igraonica od zabrane pušenja i svesno pristajanje na izlaganje duvanskom dimu zaposlenih u tim objektima deluje iznenađujuće. Isti takav utisak stekla je i nekolicina poslanika koji su u izlaganju na sednicama Narodne skupštine, na kojima se raspravljalo o predlogu ovog zakona, ukazali na nelogičnost ovakvog poteza s obzirom na proklamovani cilj Zakona te dali njegovu kritiku.

„Zato što je to jedan nepotreban zakon, nedosledan, koji je pun kompromisa i koji štiti proizvođače duvana i neke sumnjive profitere – kockarnice, igraonice, da ne nabrajam. (...) Rekao sam da je to zakon koji je opet zakon kompromisa i da on ide u susret profitnom sektoru proizvodnje duvana i duvanskih proizvoda i nekih drugih institucija u ovom sistemu, kao što su kockarnice, igraonice itd, i da to opet sigurno nije nešto što je sasvim dobro.“ (Paja Momčilov, poslanička grupa SRS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

„Srpska radikalna stranka smatra da je zakon rezultat kompromisa i nije dobar, jer nameće ekstremna nerealna očekivanja, štiti proizvođače duvana i profitere, kao što su – distributeri duvana, kockarnice, ugostiteljski objekti.“ (Gordana Paunović-Milosavljević, poslanička grupa SRS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

U tom pogledu propisi o pušenju u igračnicama slični su propisima u ugostiteljskim objektima – i u jednim i drugim objektima pušenje se dozvoljava u upotrebnom delu prostora u kojem borave mušterije, ali za razliku od ugostiteljskih objekata za koje je Predlogom zakona bila predviđena delimična zabrana pušenja, pušenje u upotrebnim delovima igračnica bilo je u potpunosti zabranjeno u Predlogu zakona, ali se kasnije od toga odustalo. S obzirom na to da u građi koja je analizirana nije navedeno nikakvo objašnjenje ovakvog poteza, o motivima koji do njega doveli u ovom radu ne može biti raspravljano u tom kontekstu. Međutim, ono što se u ovom slučaju može zapaziti i što bi se moglo navesti kao jedno od objašnjenja za ovaj izuzetak od zabrane pušenja u zatvorenim radnim i javnim prostorima, a koje ne počiva na onim razlozima koje su na umu ima predlagači ovog zakona, s obzirom da takve ne otkriva materijal koji je analiziran, jesu određene sličnosti između dominantnih kulturnih konceptualizacija pušenja i igranja igara na sreću. Naime, kao prvo, i pušenje i igranje igara na sreću tumači se u terminima rizika: o pušenju se danas govori kao o faktoru rizika i rizičnom ponašanju u kontekstu zdravlja, dok igranje igara na sreću po svojoj definiciji podrazumeva preduzimanje rizika i oblik je rizičnog ponašanja u materijalnom, finansijskom smislu. Kao drugo, i o pušenju i o igranju igara na sreću se danas sve više govori u terminima patologije i zavisnosti – u medicini se kao o psihičkim bolestima govori o raznim duševnim poremećajima i poremećajima ponašanja povezanim sa upotrebom duvana i o patološkom kockanju (MKB-10 1996). Osim toga, još veća sličnost između pušenja i igranja igara na sreću može se zapaziti onda kada se pušenje definiše kao sindrom zavisnosti od upotrebe duvana, dakle kada se obe ove pojave tumače kao bolesti zavisnosti, u prvom slučaju od upotrebe duvana, a u drugom od kockanja, odnosno igranja igara na sreću (*Ibid.*).¹⁶³ Kao treće, i pušenje i igranje igara na sreću se u društvu često tumače kao poroci, odnosno kao prakse koje karakteriše odsustvo moralnosti. Ako se izuzimanje upotrebnih delova igračnica od zabrane

¹⁶³ Kao što je već rečeno, u medicini se govori o različitim duševnim poremećajima i poremećajima ponašanja povezanim sa upotrebom duvana kao što su, na primer, akutno trovanje, zloupotreba, apstencijalni sindrom itd., a ne samo o zavisnosti od upotrebe duvana, dok se kao jedini psihički poremećaj koji se odnosi na igranje igara na sreću definiše patološko kockanje.

pušenja u zatvorenim radnim i javnim mestima posmatra u ovom kontekstu, odnosno interpretira kao posledica sličnosti između kulturnih konceptualizacija pušenja i igranja igara na sreću, može se zaključiti da uvođenje ovakvog pravila predstavlja reprodukovanje negativnih tumačenja i stigmatizacije igranja igara na sreću i osoba koje ove igre igraju, ali i pušenja i pušača, koji već postoje u društvu. Osim toga, izuzimanje upotrebnih delova igračnica od zabrane pušenja ne samo da reprodukuje postojeći negativan odnos društva prema ovim praksama i osobama koje ih praktikuju nego i dodatno osnažuje stigmatizaciju pušenja putem povezivanja ove pojave sa kockanjem, koje se u društvu obično percipira kao negativnija u odnosu na pušenje. Naime, povezivanje ovih praksi kao onih koje su međusobno slične bilo po tome što podrazumevaju preduzimanje rizika bilo po tome što predstavljaju bolesti zavisnosti ili porok dodatno doprinosi stigmatizaciji pušača u društvu kao osoba koje praktikuju i neke druge društveno nepoželjne oblike ponašanja kao što je, na primer, kockanje. U tom kontekstu posmatrano, pušenje se definiše kao devijantno ponašanje samo po sebi, što je inače uobičajena praksa danas (v. npr. Bell et al. 2010b, Brandt 1990, Frohlich et al. 2012, Bell and Keane 2014), ali i kao ono koje često prati neki drugi oblik devijantnog ponašanja. Iako se tumačenje pušenja kao devijantnog ponašanja koje se najčešće javlja zajedno sa nekim drugim oblicima devijantnog ponašanja obično odnosi na mlade pušače (v. Frohlich et al. 2012), ovo istraživanje potvrđuje da to nije pravilo. Osim toga, ovakvo tumačenje pušenja može se posmatrati i u okviru teorije stepenika koja uspostavlja vezu između pušenja i drugih oblika zavisnosti (Bell and Keane 2014). Iako ova teorija tvrdi da upotreba „lakših“ droga dovodi do upotrebe „težih“ droga, što ne važi za slučaj koji je ovde razmatran, u osnovi ovakvog uverenja nalazi se tumačenje zavisnika koje se zapaža i u konceptualnom povezivanju pušača i kockara u domaćoj građi. Naime, prema teoriji stepenika, osobe zavisne od neke psihoaktivne supstance ili praktikovanja nekog oblika ponašanja su podložne razvoju nekog drugog oblika zavisnosti bilo zbog svoje strukture ličnosti bilo zbog bio-hemijskih procesa koje izaziva upotreba neke adiktivne supstance ili praktikovanje ponašanja od kojeg je neka osoba zavisna. Takvo stanovište zastupljeno je i u Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti

duvanskom dimu, u segmentu koji se tiče propisa o zabrani pušenja u igračnicama, i doprinosi dodatnoj stigmatizaciji pušača u društvu kao devijantnih osoba koje su podložne razvoju različitih oblika zavisnosti i kod kojih pušenje ne predstavlja isključivo praktikovanje jedne radnje koja je čin njihovog izbora, nego je odraz njihove devijantnosti, upitnog morala i zavisničke ličnosti. Osim što stigmatizuje pušače, ovakvo stanovište doprinosi i tome da se u društvu zdravi životni stilovi prihvate kao ideal kome bi svi njegovi pripadnici trebalo da teže, što je cilj koji su predlagači Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu i imali na umu kada su ga formulisali, kao i poslanici koji su glasali da se on usvoji. Stigmatizacija pušača kao devijantnih osoba putem povezivanja pušenja i kockanja nije, međutim, jedini način na koji izuzimanje upotrebnih delova igračnica doprinosi promovisanju zdravih stilova života, već je u tom pogledu značajna i sama simbolika ovog prostora. Kao što je već rečeno, simbolika prostora u kojem se pušenje zabranjuje/dozvoljava u vezi je sa stepenom poželjnosti praktikovanja ovakvog oblika ponašanja u društvu (Fischer and Poland 1998, 193). U tom kontekstu posmatrano, dozvoljavanje pušenja u igračnici kao prostoru koji se u društvu tumači na negativan način ima za cilj da ukaže na to da je pušenje društveno nepoželjno ponašanje i da doprinese smanjenju njegove učestalosti u društvu, odnosno promovisanju zdravih životnih stilova. Ovo nastojanje da se u društvu promovišu zdravi životni stilovi i izbegavanje zdravstvenih rizika i da se ostvari saobražavanje pripadnika društva ovim idealima, kao što je u radu već rečeno, može da se dovede u vezu sa delovanjem neoliberalne veštine upravljanja koja putem podsticanja samodiscipline nastoji da maksimizira potencijal populacije kao radne snage i tako doprinese uvećanju profita. Kao što je već napomenuto, Srbija se trenutno nalazi u procesima evropskih integracija u kojima usvaja odlike razvijenih zapadnih zemalja, a to podrazumeva i prenošenje neoliberalne veštine upravljanja koja predstavlja oblik moći koji je u ovim zemljama danas aktuelan.

5. 1. 3. 3. 3. PROPISI O PUŠENJU U UGOSTITELJSKIM OBJEKTIMA ZA ISHRANU I PIĆE

Ugostiteljski objekti za ishranu i piće koji se ne nalaze u sklopu nekog drugog prostora u kojem je pušenje zabranjeno zakonom, kao što su ugostiteljski objekti u tržišnim centrima ili u sastavu poslodavca, takođe predstavljaju jedan od specifičnih slučajeva u pogledu propisa o pušenju – u upotrebnim delovima ovih prostora, odnosno u onim delovima u kojem borave njihove mušterije, pušenje nije u potpunosti zabranjeno. Za ugostiteljske objekte čija je površina veća od 80 m² Zakon predviđa dve mogućnosti: jedna je podela prostora na pušački i nepušački deo, a druga opredeljivanje za to da lokal bude u potpunosti nepušački (član 5., 6. i 7.).¹⁶⁴ Ugostiteljski objekti manji od 80 m² mogu biti u potpunosti nepušački ili u potpunosti pušački, u zavisnosti od želje vlasnika (*Ibid.*). Međutim, donošenje ovakvih propisa o pušenju u ugostiteljskim objektima nije prvobitno planirano: tokom 2009. godine, u periodu u kojem još uvek nije bio napisan Predlog zakona, najavljivana je potpuna zabrana pušenja u svim zatvorenim radnim i javnim prostorima, pa i u ugostiteljskim objektima. Kada je Predlog zakona napisan, propisi o pušenju u ugostiteljskim objektima predviđali su delimičnu zabranu pušenja u ugostiteljskim objektima većim od 80 m², a za manje ugostiteljske objekte mogućnost izbora između toga da li će lokal u potpunosti biti za pušače ili za nepušače, dakle iste onakve kakvi postoje i u zakonu koji je usvojen, s tim što su odredbe o uslovima pod kojima je moguće pušenje u lokalima većim od 80 m² bili znantno rigorozniji u Predlogu zakona. Dakle, tokom vremena predlagači Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu menjali su svoje mišljenje po pitanju propisa o pušenju u ugostiteljskim objektima, a konačno, u usvojenoj verziji zakona, ovi propisi su još jednom izmenjeni. Kako su mediji izveštavali o svim ovim promenama i reakcijama na najavljene zakonske mere, a s obzirom na to da se

¹⁶⁴ U daljem delu teksta ugostiteljski objekti za ishranu i piće biće označavani samo kao ugostiteljski objekti, s obzirom na to da je već ukazano na to da se misli na ovu vrstu objekata – Zakon govori i o ugostiteljskim objektima za smeštaj, ali propisi u ovim objektima nisu predmet razmatranja u ovom radu.

razmatranjem ovih medijskih sadržaja stiče uvid u kulturnu konceptualizaciju pušenja u ugostiteljskim objektima, svi oni tretirani su kao jednako značajni za ovaj deo rada.

Kao što je već rečeno, još pre nego što je napisan Predlog zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, njegovi podnosioci su najavljivali potpunu zabranu pušenja u svim zatvorenim radnim i javnim prostorima, uključujući i ugostiteljske objekte. Navodeći argumente u korist donošenja ovakve odluke predlagači zakona su istakli da ne postoji bezbedan nivo izloženosti duvanskom dimu, da su posledice pasivnog pušenja po zdravlje veoma ozbiljne, da su osobe zaposlene u ugostiteljskim objektima svakodnevno izložene duvanskom dimu, a nešto ređe i njihove mušterije nepušači te da uvođenje potpune zabrane pušenja na ovim mestima ima za cilj da zaštiti zdravlje ovih ljudi.

„Stav Ministarstva zdravlja je da ne postoji siguran nivo izloženosti duvanskom dimu, dakle ne postoji bezopasna koncentracija, pa je najbolja apsolutna zabrana. Jedan od jakih argumenata jeste što je rizik od obolevanja od raka pluća i bolesti srca za 20 do 30 odsto veći kod pasivnih pušača nego kod nepušača.“ („Kafane bez dima“, Večernje novosti, 05. 04. 2009.)

Osim toga, kako su neki od predlagača zakona istakli, drugačiji oblik zaštite osoba koje privremeno ili svakodnevno provode vreme u ugostiteljskim objektima, dakle bilo da je reč o mušterijama ili zaposlenima, nije moguć – jedino rešenje kojim zaštita zdravlja ovih osoba može da bude ostvarena je, kako oni navode, potpuna zabrana pušenja. Delimična zabrana pušenja, odnosno odvajanje pušačkih od nepušačkih delova, pa i uz primenu najsavremenijih ventilacionih sistema, kako su predlagači zakona istakli, ne daje zadovoljavajuće rezultate u pogledu zaštite od izloženosti duvanskom dimu, jer ne sprečava kontakt sa duvanskim dimom u potpunosti, a svaki takav kontakt je štetan po zdravlje ljudi.

„Ministar je odgovorio (*na protest ugostitelja povom najave potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima*) da podržava građanske inicijative, ali da zabrana pušenja u restoranu

donosi mnogo koristi, dok se prostor ne može efikasno odvojiti, baš kao što ne može ni voda u bazenu.“ („Duvanski dim „proguta“ 3, 6 odsto bruto domaćeg proizvoda“, Danas, 28. 04. 2009.)

„Postoje neka rešenja u različitim zemljama Evrope i sveta gde je upravo predloženo ovo isto što i zakonom koji ugostiteljska inicijativa zastupa a to je da se odredi kvadratura kafea, restorana u kojima će pušenje biti dozvoljeno ili neće biti dozvoljeno međutim iskustva su pokazala da takve mere prvo apsolutno ne štite ljude od izloženosti duvanskom dimu jer zapravo ne obezbeđuju da prostor u kome borave i gosti i zaposleni bude zaista slobodan potpuno od duvanskog dima jer prvo moramo da znamo da ne postoji bezbedan nivo izloženosti duvanskom dimu, znači svaka koncentracija je opasna, ovaj, i ne postoji jefitna metoda da se to ostvari. Mogu da postoje prostori koji su namenjeni za pušenje ukoliko je tu zaista obezbeđeno da iz tog prostora taj duvanski dim ide direktno u spoljnu sredinu, to je nešto što potpuno zadovoljava kriterijume za prostor bez duvanskog dima, znači prostor u kome će samo da se puši, bez služenja hrane, pića, bez toga da neko od ugostiteljskih radnika bude izložen tom duvanskom dimu, znači, i da će biti obezbeđeno da taj duvanski dim ne može da makne nigde, znači vratima, pregradnim zidovima, ventilacijom, i tako nešto zahteva enormne investicije tako da to apsolutno nije isplativo a isplativija i najdelotvornija mera, a to je dokazano u velikom broju zemalja i lokalnih samouprava u svetu, jeste da se obezbedi da prostori, svi javni i radni, budu zapravo prostori u kojima je eliminisan duvanski dim jer vi na taj način obezbeđujete kao prvo jednakost za sve u smislu toga da budu svi zaštićeni od izloženosti duvanskom dimu. Isto tako obezbeđujete jednakost za sve ugostitelje koji su vlasnici tih objekata zato što ih ne stavljate u različit položaj, oni su svi u istom položaju i ne namećete im nikakve dodatne investicije. (...) Čak su ne samo cela stručna medicinska javnost nego su se i udruženja koja se bave ventilacionim sistemima u svetu izjasnila deklarativno i zvanično izjasnila o tome da je jedini način da se efikasno eliminiše duvanski dim iz zatvorenog prostora samo zabrana pušenja u zatvorenom prostoru.“ (Nataša Lazarević, koordinatorica Nacionalne komisije za prevenciju pušenja, Uvećanje, TV B92, 01. 06. 2009.)

Ovi najavljivani propisi koji su predviđali potpunu zabranu pušenja u ugostiteljskim objektima izazvali su nezadovoljstvo ugostitelja koji su smatrali da bi ovakav potez vlasti imao krajnje negativan uticaj na njihovo poslovanje i doveo do

smanjenja prometa i zarade, kao i do otpuštanja radnika, a u krajnjem slučaju i do zatvaranja velikog broja objekata. Na taj način dakle, kako su ugostitelji istakli, neće biti oštećeni samo vlasnici ugostiteljskih objekata nego i osobe u njima zaposlene, a u krajnjoj instanci i država čiji će budžet od poreza na taj način biti smanjen. Obrazlažući svoju bojazan ugostitelji su istakli da su kafane mesta na koja ljudi dolaze da uživaju u druženju, hrani, piću, da se lepo provedu, da se opuste i srede misli i da je sastavni deo takvog ambijenta i pušenje. Ukoliko bi pušenje u ugostiteljskim objektima u potpunosti bilo zabranjeno, užitak onih ljudi koji puše bi u njima bio narušen, kao i čitava prijatna atmosfera koju se ugostitelji trude da stvore i koje je cilj njihovog posla. Pored ugostitelja, ovakvo mišljenje izneli su i drugi pojedinci van ove branše koji su se takođe protivili uvođenju potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima, mahom poznate ličnosti koje su pušači.

„Negodujući zbog zabrane duvanskog dima, naglašava da u kafanu čovek ne dolazi da se leči, već da sredi misli uz čašicu rakije ili šolju čaja. – Razumljivo je da nema pušenja u crkvi, kancelariji, pozorištu, ali u kafani i pored svih pregrada nepušači će da oseće dim – kaže Dimić.“ („Kafana budućnosti – bez dima, pesme i bakšiša“, Politika, 01. 11. 2009.)

„Ugostitelje podržavaju i dugogodišnji pušači kojima je ideja zabrane pušenja na radnom mestu i prihvatljiva, ali ne i u kafani koje je, kako kažu, mesto ličnog izbora. „Moje uživanje u kafani jeste dobra hrana, divno vino, razgovor sa prijateljima i da zapalim cigaretu i znači ja se jedino zalažem za to da imamo kafane u kojima se ne puši i one u kojima se ne puši, odnosno pušačke i nepušačke delove. Inače, hoću da pitam zašto svi nepušači toliko žele da sede baš u mom društvu.““ („Koliko se poštuje zabrana pušenja“, transkript video priloga, sajt RTV B92, 09. 04. 2009.)

„Miša Stojiljković (voditelj): Kakva su iskustva ugostitelja u tim zemljama (*u kojima za ugostiteljske objekte važi delimična zabrana pušenja*)?

Nikola Dimitrijević (predsednik Udruženja ugostitelja Beograda): Odlična, odlična... Pa evo vidite o čemu se radi, oni odrede da li je njihov lokal za pušenje ili nepušenje, u zavisnosti od kvadrature, i vi imate pravo da izaberete gde ćete da idete jer u principu ugostiteljski objekat

i jeste pravo izbora, znate, treba da idete tamo gde vam se sviđa, gde vam odgovara usluga, način služenja, šta imate pravo tamo da radite i koliko dugo smete to da radite, to i jeste smisao našeg posla, naš posao je da zabavimo, da napravimo lepu atmosferu, da uslužimo, nikako da kontrolišemo, zabranjujemo, izbacujemo ili kažnjavamo što bi trebalo da radimo po ovakvom predlogu zakona. Iskustva iz tih zemalja su sasvim, sasvim pristojna, gosti, ljudi, stanovništvo ima pravo da izabere gde želi da ide – u lokal gde se puši ili u lokal gde se ne puši – i oni su tako i uradili i tamo je baš tako.“ (Uvećanje, TV B92, 01. 06. 2009.)

„Njegovo mišljenje ne deli Vladimir Mitrović, vlasnik poznatog novosadskog restorana „Plava frajla” i noćnog kluba „Giardino”, međutim primena ovog zakona biće nezgodna u noćnim klubovima, s obzirom na to da je kod velikog broja Novosađana cigareta i dalje sastavni deo dobrog provoda - kaže Mitrović.“ („Pušači slobodni samo u sopstvenom domu“, Blic, 08. 11. 2010.)

Dakle, ovde je istaknuto da je pušenje sastavni deo dobrog provoda u kafanama, a na nekoliko mesta je i eksplicitno iznet stav prema kojem su kafane tradicionalna i društveno-odgovarajuća mesta za pušenje.

„Duvandžije ipak smatraju da je postojeći zakon efikasan i izbalansiran. – Zakon efikasno štiti nepušače, istovremeno čuvajući slobode i ljudska prava odraslih da puše na društveno-odgovarajućim i tradicionalnim mestima, kao što su barovi, noćni klubovi i restorani... – kažu u „Japan tabaku.“ („Srbi smanjili pušenje cigareta“, Press, 31. 07. 2011.)

Iako je odustajanje od rigoroznih propisa o potpunoj zabrani pušenja uopšteno i u ugostiteljskim objektima u medijima i na skupštinskim sednicama na kojem se raspravljalo o Predlogu zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu mahom obrazlagano kao potez koji ima za cilj da zaštiti „proizvođače duvana i profitere, kao što su distributeri duvana, kockarnice, ugostiteljski objekti“ (Gordana Paunović-Milosavljević, poslanička grupa SRS, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.), kao kompenzacija vlade za kršenje tzv. džentlmentskog dogovora koji je sklopila sa duvanskim kompanijama kada su privatizovale domaće fabrike i koji je

garantovao pružanje zaštite duvanskim kompanijama od strane države dok se domaće fabrike ne oporave („Bez totalne zabrane pušenja“, sajt RTV B92, 24. 12. 2009., „Vlada odustala od totalne zabrane pušenja“, Danas, 23. 12. 2009), ali i kao potez koji ima za cilj da smanji ekonomske gubitke u državi („Bez duvana nema života ni budžeta“, Danas, 08. 01. 2010.), za predmet istraživanja ovog dela rada to je irelevantno, s obzirom na to da je u njemu fokus na kulturnoj konceptualizaciji pušenja u ugostiteljskim objektima i da se u tom kontekstu posmatra izuzimanje ugostiteljskih objekata od potpune zabrane pušenja. Otuda je važno posvetiti pažnju iznetim tumačenjima pušenja u ugostiteljskim objektima u kojima se pušenje povezuje sa zadovoljstvom i smatra sastavnim delom dobrog provoda u kafanama. Tumačenje pušenja u kontekstu zadovoljstva i uživanja je, kao što je već rečeno, retkost u savremenim (zapadnim) društvima – u njima dominira povezivanje pušenja sa patologijom i bolesti, u skladu sa tumačenjem pušenja koje je zastupljeno u medicini (v. npr. Bell and Keane 2012, Hakkarainen 2013, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012). Isti zaključak se može izvesti i kada je reč o kontekstu savremene Srbije, kako ovo istraživanje pokazuje, o čemu je već bilo reči u onom delu rada u kojem je razmatran nevelik broj u analiziranom materijalu zastupljenih tumačenja pušenja koja su ukazivala na zadovoljstvo kao sastavni deo ove prakse. U tom delu rada istaknuto je da izostavljanje zadovoljstva kao motiva za pušenjem (i upotrebu drugih psihoaktivnih supstanci) govori u prilog delovanju neoliberalne veštine upravljanja (v. O'Malley and Valverde 2004, Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, Lupton 1995, Bergmark 2004), kao i na to da se u domaćem materijalu koji je analiziran isti zaključak ne može u potpunosti prihvatiti, ali ni odbaciti, s obzirom na to da zadovoljstvo kao motiv za pušenjem nije u potpunosti izostavljen, mada je ovakvo tumačenje pušenja u analiziranoj građi izuzetno slabo zastupljeno u poređenju sa ostalim. Na isti zaključak upućuje i materijal koji je u ovom delu rada analiziran, međutim, ovde cilj nije (samo) da se dokaže ili opovrgne delovanje neoliberalne veštine upravljanja na primeru izostavljanja zadovoljstva kao sastavnog dela i motiva za pušenjem, nego (i) da se uopšteno razmotri način na koji se kulturno konceptualizuje pušenje u ugostiteljskim objektima. Na osnovu svega što je u ovom delu

rada rečeno zapaža se da se u društvu ugostiteljski objekti smatraju mestima na kojima je primereno pušiti i da je razlog za to taj što se i pušenje i boravak u ugostiteljskim objektima smatraju praksama koje su povezane sa zadovoljstvom i koje donose užitek. U tom kontekstu posmatrano, a izuzimajući sva ostala moguća objašnjenja za takav potez o kojima je u medijima govoreno, može se pretpostaviti da je jedan od razloga za izuzimanje ugostiteljskih objekata od potpune zabrane pušenja u društvu ukorenjeno stanovište prema kojem je pušenje u neraskidivoj vezi sa drugim oblicima praksi koje su izvor zadovoljstva, kao što je odlazak u ugostiteljske objekte i sve ono što boravak u njima podrazumeva (uživanje u jelu, piću, druženju). Na taj način posmatrano, pušenje se pojavljuje kao hedonističko ponašanje koje je pratilac drugih oblika istog ovakvog ponašanja, kao što je uživanje u hrani i piću, a zajedno ona čine ono što se podrazumeva pod dobrim provodom u kafanama, uz druženje sa prijateljima. Ovakvo tumačenje pušenja dodatno dovodi u pitanje pokušaj da se u ovom kontekstu govori o delovanju neoliberalne veštine upravljanja – zadovoljstvo u liberalizmu i neoliberalizmu, onda kada se o njemu govori, kako O'Meli i Valverde ističu, ne podrazumeva hedonizam i aktivno nastojanje da ono bude ostvareno, nego postoji isključivo u kontekstu racionalnog ponašanja koje počiva na proračunu koristi i štete, odnosno zadovoljstva i patnje (O'Malley and Valverde 2004). (Neo)Liberalizam, kako ovi autori zapažaju, zahteva strategijsko upravljanje zadovoljstvom – samo na taj način ono može bude u skladu sa drugim ključnim odlikama (neo)liberalnog subjekta, kao što su racionalnost, razumnost, odgovornost, i samo tako ono može da ne sprečava vršenje vlasti i ostvarivanje ciljeva kojima ona teži. Neki drugi autori, međutim, ne dele ovo mišljenje (u potpunosti). Razmatrajući dominantni odnos prema zdravlju u savremenim zapadnim društvima, Robert Crawford ističe da je njegova ključna odlika kontradiktornost: sa jedne strane ističe se važnost brige o zdravlju, samodisciplina, kontrola i odricanje, dok se sa druge strane važnim smatra i popuštanje brige o zdravlju, odbacivanje imperativa samokontrole i potraga za zadovoljstvom (Crawford 2006, 412,

v. i Crawford 1994, 2004).¹⁶⁵ Kontradiktornost koja se može zapaziti u odnosu prema zdravlju u savremenim zapadnim društvima prema Krafordovom mišljenju reflektuje suštinsku kontradiktornost kapitalizma koji jednako naglašava i proizvodnju i potrošnju, i etiku rada i etiku zadovoljstva (*Ibid.*, 412). Dakle, uvećanju kapitala ne doprinose samo proizvodnja nego i potrošnja te su oba od jednakog značaja za kapitalizam. Slična zapažanja iznose i Banton i Koveni prilikom razmatranja odnosa prema zadovoljstvu koje potiče od upotrebe psihoaktivnih supstanci u zapadnim društvima kroz istoriju (Bunton and Coveney 2011). Ovi autori ističu da savremeno društvo konzumerizma podstiče potragu za zadovoljstvom, ali i da nastoji da je ograniči, usled čega neminovno dolazi do konflikta. Isti ovaj konflikt zapaža se i u dominantnom društvenom odnosu prema zadovoljstvu u kontekstu zdravlja, a koji reflektuje stav koji javno zdravlje ima po tom pitanju: sa jedne strane, javno zdravlje promovise zdravlje i blagostanje, a to nužno podrazumeva i promovisanje zadovoljstva, međutim, samo onog koje je umereno i proračunato, jer se, s druge strane, previše zadovoljstva i preterana potraga za zadovoljstvom u okviru javnog zdravlja uvek tumači kao izvor lošeg zdravlja, kao rizik i opasnost po zdravlje (*Ibid.*). Tenzija između zdravlja, odricanja i kontrole, s jedne strane, i potrage za zadovoljstvom, kao izvorom lošeg zdravlja, s druge, zapaža se i u materijalu koji je analiziran u ovom radu i na koju prvenstveno upućuju propisi u pušenju u ugostiteljskim objektima, kao i dominantni diskurs o pušenju u pomenutom kontekstu zastupljen u medijima. Prvobitna namera predlagača zakona da se pušenje u potpunosti zabrani u zatvorenim radnim i javnim prostorima, pa i ugostiteljskim objektima, odraz je tumačenja zdravlja kao imperativa i vrhovne vrednosti koja može biti ostvarena samo odricanjem od zadovoljstva, dok je odustajanje od ove prvobitne ideje i podrška upućena delimičnoj zabrani odraz popuštanja brige o zdravlju i naglašavanja važnosti potrage za zadovoljstvom. U srpskom slučaju može se reći da ova kontradiktornost u potpunosti potiče od kapitalizma, odnosno da je iz zapadnih društava preneti usvajanjem kapitalizma u procesima post-socijalističke

¹⁶⁵ Slična zapažanja imaju i neki drugi autori po pitanju dominantnog odnosa prema upotrebi alkohola u savremenim zapadnim društvima (v. Crawford and Flint 2009, Jayne, Holloway and Valentine 2006, Jayne, Valentine and Holloway 2008, Kneale and French 2008, Bergmark 2004).

transformacije društva, ali se takođe može protumačiti kao posledica kontakta između tradicionalne toleranosti prema pušenju i hedonističkom ponašanju uopšteno, sa jedne strane, i kapitalizma usvojenog u toku tranzicije društva, sa druge.

5. 1. 3. 3. 4. PROPISI O PUŠENJU U USTANOVAMA SOCIJALNE ZAŠTITE, PSIHIJATRIJSKIM BOLNICAMA I NA PSIHIJATRIJSKIM ODELJENJIMA, NA ODELJENJIMA I U USTANOVAMA ZA PALIJATIVNU NEGU I U USTANOVAMA ZA IZVRŠENJE ZAVODSKIH SANKCIJA

Član 9. stav 1. Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu propisuje da je pušenje dozvoljeno u prostorijama u kojima borave korisnici ustanova socijalne zaštite za smeštaj nepokretnih i teško pokretnih lica, osoba sa invaliditetom, duševno obolelih lica i lica ometenih u razvoju, pacijenti specijalnih bolnica za lečenje psihijatrijskih bolesti, odnosno pacijenti psihijatrijskih odeljenja i korisnici ustanova i odeljenja za palijativnu negu, pri čemu je, kako se u stavu 2. napominje, u drugom prostoru u ovim ustanovama zabranjeno pušenje, u skladu sa članom 3., stavovi 3. i 4. U ustanovama za izvršenje zavodskih sankcija u prostorijama „u kojima u kojima borave lica u istražnom postupku, odnosno lica kojima su izrečene zavodske sankcije propisane zakonom, pušenje je dozvoljeno“ (član 9., stav 4.), a zakonom je takođe predviđena i mogućnost da se odrede prostorije u kojima je dozvoljeno, odnosno zabranjeno pušenje za ova lica (član 9., stav 5.), dok je pušenje „zabranjeno u radnim prostorijama u kojima borave zaposleni u tim ustanovama“ (član 9., stav 6.). Dakle, u navedenim ustanovama pušenje se dozvoljava osobama koje su korisnici tih ustanova u prostorijama u kojima borave, a zabranjuje osobama koje su u njima zaposlene u njihovim radnim prostorijama.

Propisima o pušenju za osobe smeštene u posebnim ustanovama, kako pregled analiziranog materijala pokazuje, gotovo da nije posvećeno nimalo pažnje u medijima, pa ni na sednicama Narodne skupštine na kojem se raspravljalo o Predlogu zakona –

jedini izuzetak predstavlja izuzimanje pacijenata specijalnih bolnica za lečenje psihijatrijskih bolesti, odnosno pacijenata psihijatrijskih odeljenja, od zabrane pušenja. Naime, Predlog zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu je predviđao dozvolu pušenja za pacijente psihijatrijskih bolnica i odeljenja u posebnim prostorijama, a ovo je izazvalo reakcije dvoje poslanika – Žarka Koraća (LDP) i Gordane Paunović-Milosavljević (SRS). Korać je dao kritiku ovakvog predloga propisa o pušenju za pacijente pomenutih bolnica i odeljenja, kao i za korisnike drugih posebnih ustanova za smeštaj, istakavši da je dozvoljavanje pušenja u određenim medicinskim ustanovama samo jedan od primera koji potvrđuje da je Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu pun kompromisa i da predviđa propise koji nisu u skladu sa ciljem koji bi trebalo da ostvari.

„Isključivo ću reći nešto o njegovoj koncepciji. Ovaj zakon je rezultat jednog kompromisa. Ovde se postavlja pitanje – šta naša država, ne samo Ministarstvo zdravlja, želi u odnosu na pušenje? Da li želi jednim radikalnim rezom da smanji mogućnost da se puši na različitim mestima i time posredno da utiče na smanjenje broja pušača u našoj zemlji? Istraživanja u drugim zemljama su pokazala da se smanjuje broj pušača ako se ovo ograniči. Ili da napravi jedan hibridni zakon, kako je rekao gospodin ministar – polukorak do takvog zakona, jer u ovom zakonu imamo čitav niz kompromisa koji, recimo, nisu uobičajeni u svetu? Navešću samo za primer da se ovde dozvoljava pravo pušenja u određenim medicinskim zdravstvenim ustanovama, pa recimo psihijatrijskim bolesnicima, nepokretnim bolesnicima itd. Moram da kažem da gotovo nema zemlje u svetu gde je dozvoljeno pušenje, razvijene zemlje, u medicinskim ustanovama. Razumem šta je bio motiv. Na praksi i kasnije u nekim istraživačkim radovima sam boravio u psihijatrijskim ustanovama, znam šta znači zavisnost od pušenja kod te vrste pacijenata. Ovde je ključno pitanje – šta država u stvari ovde želi?“ (izlaganje na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Kao i Žarko Korać, i Gordana Paunović-Milosavljević je dala kritiku predloga propisa o pušenju za pacijente psihijatrijskih bolnica i odeljenja, ali na potpuno drugačijoj osnovi – ne zbog toga što ne štiti one pacijente koji su nepušači, nego zbog

toga što diskriminiše upravo one pacijente koji su pušači na taj način što im se dozvoljava da puše u samo jednoj prostoriji, a ne čitavom delu prostora u kojem borave. Osim toga, ova poslanica je istakla i da ograničavanje pušenja među pacijentima psihijatrijskih bolnica i odeljenja na jednu prostoriju iz tehničkih razloga nije primenjivo u praksi. Ulažući amandman na ovaj član Predloga zakona sa ciljem da se pacijentima psihijatrijskih bolnica i odeljenja pušenje dozvoli u čitavom delu prostora koji je namenjen za smeštaj pacijenata, Paunović-Milosavljević je na sledeći način obrazložila ovakav svoj zahtev:

„Takođe, kao psihijatar ne mogu da se ne osvrnem na član 9. ovog zakona koji se odnosi na smeštaj u posebnim ustanovama. U ovom članu 9. stav 1. tačka 2), da je pušenje dozvoljeno u posebno određenim prostorijama u kojima borave pacijenti specijalnih bolnica za lečenje psihijatrijskih bolesti, odnosno pacijenti psihijatrijskih odeljenja, jednostavno rečeno ovaj predlog zakona nemoguć. Svako ko je radio u psihijatriji i ko radi u psihijatriji mora da shvati da je ovo jedna vrsta diskriminacije psihijatrijskih bolesnika, ako znamo uopšte prirodu psihijatrijskih bolesnika. U psihijatrijskim bolnicama, ovako kako ste vi ovde naveli, leče se teški duševni bolesnici, psihotični duševni bolesnici, koji imaju takvu prirodu bolesti da njih ne možete da ograničite na jednu prostoriju. Zbog nus-pojava koje imaju od lekova njihovo kretanje ne možete da kontrolišete, pa nažalost ne mislite da ćete sad u 21. veku ove bolesnike ograničavate tako što ćete ih fiksirati za krevete, oduzimati cigarete ili davati medikamentozna sredstva da ne bi pušili. Pošto su oni svi uglavnom prisilno hospitalizovani, po članu 45. Zakona o vanparničnom postupku ili članu 10. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, niko od njih koji su na ovaj način koji ste vi ovde naveli nije uglavnom dobrovoljno hospitalizovan, pa u nekim psihijatrijskim bolnicama koje su uglavnom tzv. velike psihijatrije, gde se leče teški duševni bolesnici, na neki način su im već uskraćena prava na lečenje time što ste od 2000. godine smanjili broj postelja za lečenje ovih duševnih bolesnika i uskratili ste im lečenje na jedan adekvatan način. Možda je i povećanje ovog nasilja i uopšte svega i posledica toga što pokušavate da psihijatriju otvorite i da psihijatrijske bolesnike pustite na ulicu, što mislim da je nehumano, da je diskriminacija ovih duševnih bolesnika i kao psihijatar, koja je 23 godine provela radeći u jednoj od najtežih psihijatrijskih bolnica " Dr Laza Lazarević", zalažem se sve ovo vreme da se zaštite prava duševnih bolesnika i da im se omoguće njihova prava. Zato

smatram da ovim duševnim bolesnicima možete, ako imate dobru volju, da dozvolite pušenje, kao što ste i dozvolili pušenje licima koja se nalaze u istražnom postupku.“ (u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

Nakon što je njen amandman usvojen, Paunović-Milosavljević je izrazila zahvalnost poslanicima i istakla da je ovakav propis o pušenju među pacijentima psihijatrijskih bolnica i odeljenja jedini primenljiv u praksi, kao i da će na ovaj način biti obezbeđeno poštovanje prava duševnih bolesnika i sprečena njihova diskriminacija.

„U ime SRS podnela sam amandman na član 9. koji se odnosi na smeštaj u posebnim ustanovama. Zbog psihijatrijskih bolesnika koji se leče i zbog prirode same njihove bolesti drago mi je da je na Odboru za zdravlje i porodicu prihvaćen ovaj amandman na član 9. To će doprineti poštovanju ljudskih prava duševnih bolesnika i rešiti problem diskriminacije duševnih bolesnika u odnosu na druge somatske bolesnike, a sa druge strane, rešiće problem koji je stvarno neprimenjiv, odnosno nemoguće je psihijatrijskim bolesnicima zabraniti pušenje. To zna i prisutan ministar, ovde prisutan, koji ima člana porodice koji radi na psihijatriji. Podnela sam amandman koji glasi – ”U članu 9. posle stava 1. dodaje se novi stav 2. koji glasi: U psihijatrijskim ustanovama, bolnicama i psihijatrijskim odeljenjima u kojima se leče duševno obolela lica pušenje je dozvoljeno. Ustanova mora da odredi poseban prostor i sobe za smeštaj obolelih koji izraze želju u kojima pušenje nije dozvoljeno. Postojeći st. 2, 3, 4. i 5. postaju st. 3, 4, 5. i 6.” Na ovaj način omogućava se adekvatna zaštita od izloženosti duvanskom dimu korisnika, odnosno pacijenata u onim ustanovama gde se ne puši. Pacijenti sa psihičkim poremećajima se po mnogo čemu razlikuju od somatskih bolesnika. Često nemaju uvid u svoje stanje i prirodu svojih tegoba. Kapacitet psihičkog poremećaja danas je znatno proširen. To je bilo neophodno učiniti da bi se na primereniji način odrazilo na ono što se sreće u praksi. Pomoć danas i od psihijatrijskih i od zdravstvenih službi uopšte traže osobe koje ne pripadaju klasičnim psihijatrijskim entitetima kao što su psihoze. Ovaj amandman se odnosi na psihijatrijske ustanove, bolnice ili psihijatrijska odeljenja u okviru opštih bolnica gde se leče, pored pacijenata koji imaju neki oblik psihoze, i pacijenti sa psihosomatskim problemima ili problemima življenja koji nastaju zbog sve složenijih uslova života, sve izraženijih adaptacionih napora, kao i stresnih i kriznih situacija u kojima se građani Srbije svakodnevno nalaze. Nažalost, ova nova patologija, za koju bismo mogli reći da je više socijalna nego psihijatrijska,

postepeno zahvata čak i najzdraviji deo populacije, naročito mlade, ispoljavajući se, pored ostalog, i raznim oblicima zavisnosti gde je i zavisnost od duvanskog dima izražena. O medicinskom i o socijalnom značaju ove nove patologije govori podatak da najmanje 20% pacijenata koji traže pomoć od zdravstvene službe pripada ovoj grupi – problemima svakodnevnog življenja. Srpska radikalna stranka se zalaže za prava svih bolesnika, a posebno se zalaže za prava duševnih bolesnika, koji su prinudno hospitalizovani. Da bi ovaj zakon bio efikasniji, podneli smo ovaj amandman. Tu mislimo na proces implementacije zakona u praksi.“ (u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

Upkos njihovim različitim stavovima po pitanju izuzimanja pacijenata psihijatrijskih odeljenja i bolnica od zabrane pušenja, ova dva poslanika u osnovi na sličan način tumače pušenje među ovom kategorijom osoba: ono je, prema njihovom mišljenju, specifično u odnosu na pušenje među drugim kategorijama pušača upravo zbog prirode njihove bolesti. Žarko Korać je u tom pogledu istakao da je zavisnost od upotrebe nikotina veoma jaka kod psihijatrijskih bolesnika, dok je Gordana Paunović-Milosavljević ukazala na to da je, zbog prirode njihove bolesti, među ovim osobama praktično neizvodljivo u praksi sprovesti propis o ograničavanju pušenja na jednu prostoriju u okviru psihijatrijskih bolnica i odeljenja. Iako bi se moglo prihvatiti da se nekim psihijatrijskim bolesnicima ne može objasniti zašto bi trebalo da puše u samo jednoj prostoriji u bolnici ili na odeljenju na kojem su smešteni, dakle da nije svako od njih u stanju da razume ovo pravilo i povinuje mu se, to se ipak ne može odnositi na sve psihijatrijske bolesnike uopšteno. Međutim, narodni poslanici, čije je izlaganje povodom odredbi o pušenju u psihijatrijskim bolnicama i na psihijatrijskim odeljenjima u ovom delu rada izneto, sve psihijatrijske bolesnike smatraju jednako nesposobnim da razumeju zašto bi trebalo da puše u prostoriji koja je odvojena od ostatka prostora i u kojem, pored pušača, borave i nepušači koji ne žele i ne treba da udišu duvanski dim. Stoga je poimanje ove kategorije pušača, odnosno osoba obolelih od psihičkih poremećaja uopšteno, kakvo se zapaža među ovim narodnim poslanicima, u osnovi negativno i diskriminatorско. Osim toga, u svojim izlaganjima na sednicama Narodne skupštine, poslanica Paunović-Milosavljević je istakla da je veliki broj psihijatrijskih

bolesnika zavisan od upotrebe nikotina, naročito onih sa problemima življenja „koji nastaju zbog sve složenijih uslova života, sve izraženijih adaptacionih napora, kao i stresnih i kriznih situacija u kojima se građani Srbije svakodnevno nalaze“, kao i da su ove osobe posebno podložne razvoju bolesti zavisnosti uopšteno. Dakle, u okviru ovog tumačenja pušenje i druge bolesti zavisnosti predstavljeni su kao odraz patologije ovih ljudi, a to ima nekoliko implikacija. Kao prvo, ovakvo tumačenje implicira da su osobe koje puše bilo da one imaju potvrđenu dijagnozu nekog psihičkog poremećaja ili ne u izvesnom smislu narušenog psihičkog zdravlja i da pušenje upravo predstavlja odraz te patologije. To doprinosi dodatnoj stigmatizaciji i marginalizaciji pušača ne samo kao osoba koje puše nego i kao osoba čije je psihičko zdravlje narušeno, odnosno kao osoba koje su psihički obolele. Kao drugo, tumačenje pušenja kao manifestacije psihičkih problema i poteškoća sa kojima se ljudi suočavaju negira činjenicu da pušenje može biti izraz odluke koja je doneta zbog određenih benefita pušenja. Cilj isticanja negativnih, a umanjenja, odnosno izostavljanja, pozitivnih aspekta pušenja je da se pušenje, ali i pušači predstave u krajnje negativnom svetlu kako bi se smanjila učestalost pušenja u populaciji. Kada je reč o psihičkim bolesnicima konkretno, ovde se izostavljaju sve one pozitivne funkcije koje pušenje ima u životu ovih osoba, naročito ukoliko su smeštene u psihijatrijske bolnice. Pušenje među psihijatrijskim bolesnicima jeste učestalo, kako je istakla Gordana Paunović-Milosavljević, ali ne zbog toga što predstavlja odraz njihove patologije, nego zbog toga što ostvaruje brojne pozitivne funkcije u životu ovih ljudi (Wood et al. 2013, Skorpen et al. 2008, Lawn 2004). Primećeno je da je učestalost pušenja znatno veća među psihijatrijskim bolesnicima nego u ostatku populacije, a to se može objasniti time što je ovim osobama mnogo značajnije to što im pušenje pruža određene psihološke i društvene benefite, nego što ih brine negativan uticaj koji ono ostvaruje na njihovo fizičko zdravlje (Wood et al. 2013, 105). U životu psihijatrijskih bolesnika pušenje ostvaruje brojne pozitivne funkcije i u osnovi im pomaže u lečenju: ono im pruža utehu, popravljajući raspoloženje, daje snagu da se nose sa problemima sa kojima se suočavaju, smanjuje stres, doprinosi opuštanju i relaksaciji, omogućava lakše ostvarivanje kontakta sa drugim ljudima koji su takođe pušači, odnosno smanjenje

izolovanosti koja je često povezana sa psihičkim poremećajima, doprinosi smanjenju ili otklanjanju tegoba koje su uzrokovane terapijom, odnosno predstavljaju njene neželjene efekte (Wood et al. 2013, 105, Skorpen et al. 2008, 728). Kod onih psihijatrijskih bolesnika koji su smešteni u bolnice pušenje predstavlja centralnu aktivnost u toku dana i ostvaruje brojne dodatne benefite u poređenju sa onima koji nisu hospitalizovani, kao što su smanjenje dosade, ispunjavanje vremena, povećanje koncentracije, opuštanje, povezivanje sa drugim ljudima (Lawn 2004). Osim toga, za one psihijatrijske bolesnike koji su smešteni u bolnice pušenje takođe može da predstavlja i mogućnost za pružanje otpora koji ovim osobama može pomoći da sačuvaju identitet građanina i osećaj dostojanstva i moći u situaciji u kojoj po pravilu nemaju moć (Wood et al. 2013, Lawn 2004, Skorpen et al. 2008). U tom pogledu najznačajnije je ostavljanje određenog prostora u kojem pacijenti mogu da puše bilo da je u pitanju dvorišni prostor ili zasebna prostorija u okviru bolnice/na odeljenju, kako neki autori zapažaju (Wood et al. 2013, Skorpen et al. 2008). Ovakvo pravilo pacijentima omogućava da povrate osećaj moći na nekoliko načina. Kao prvo, na ovaj način se menja odnos moći između osoblja i pacijenata na taj način što za osoblje, za razliku od pacijenata, važi zabrana pušenja (Wood et al. 2013, 108). Kao drugo, boravak u prostorima u kojima je dozvoljeno pušenje pacijentima daje osećaj slobode i autonomije, jer oni najčešće mogu bez pratnje osoblja da puše na mestima predviđenim za to, a osoblje obično i izbegava da dolazi na ta mesta upravo zbog toga što ne želi da se izlaže duvanskom dimu, izuzev kada je to zbog posla neophodno (Wood et al. 2013, 108, Skorpen et al. 2008, 732). Kao treće, provođenje vremena na mestima na kojima je za pacijente dozvoljeno pušenje ovim osobama pomaže da se izbore sa dosadom i osećajem bespomoćnosti koji su neminovno povezani sa njihovim boravkom u bolnici – to su mesta na kojima se oni opuštaju i druže sa drugim pacijentima (Wood et al. 2013, 109, Skorpen et al. 732-733). Kao četvrto, samo kršenje propisa o pušenju na određenim mestima koja su predviđena za to, odnosno pušenje na nekim drugim mestima na kojima je ono zabranjeno, za pacijente predstavlja jedan od načina da pruže otpor i iskažu bunt protiv svog položaja i situacije u kojoj se nalaze (Wood et al. 2013,

109). Tako prostor za pušenje u okviru psihijatrijskih bolnica i odeljenja predstavlja utočište za pacijente – na ovim mestima oni mogu da se ponašaju slobodnije, za razliku od ostatka prostora bolnice, da opet budu obični ljudi, a ne pacijenti, da razgovaraju o svemu što žele, da dele iskustva i savete sa drugim pacijentima, da dele informacije od značaja za boravak u bolnici/na odeljenju koje se tiču ponašanja u odnosu prema lekarima, da pomažu jedni drugima, da uspostavljaju sopstvena neformalna pravila, da povrate svoj građanski život, poštovanje i dostojanstvo (Skorpen et al. 2008, 731-733).¹⁶⁶

Iz ovog ugla gledano, jasno je da izuzimanje psihijatrijskih bolnica i odeljenja od zabrane pušenja kada je o njihovim pacijentima reč predstavlja potez koji je u njihovom interesu. Međutim, materijal koji je u ovom radu analiziran ne ukazuje na to da su predlagači zakona to imali na umu kada su formulisali ovaj član niti poslanica koja je na njega uložila amandman sa ciljem da se pušenje ovim osobama dozvoli u čitavom prostoru bolnice ili odeljenja u kojima one borave niti ostali poslanici koji su ovaj amandman usvojili. U analiziranom materijalu je zapravo jako malo reči o ovom članu Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, kao što je već rečeno, i ono čime se u tom pogledu u ovom istraživanju raspolaže jesu izlaganja dvoje poslanika, Žarka Koraća i Gordane Paunović-Milosavljević. Ono što su ovo dvoje poslanika rekli na temu pušenja među pacijentima psihijatrijskih bolnica i odeljenja upućuje na to da oni

¹⁶⁶ Uprkos svim pozitivnim funkcijama, dozvoljavanje pušenja u psihijatrijskim bolnicama i odeljenjima za pacijente može imati i svoje negativne strane, u zavisnosti od toga kako je koncipirano. Na primer, ukoliko pacijenti nemaju pravo da puše uvek kada bi to želeli, odnosno ako je broj odlaska u prostor u kojem je moguće pušenje ograničen u toku određenog vremena, pušenje može postati centralna aktivnost u toku dana koja će na negativan način okupirati ljude u smislu da će ih ovakva ograničenja izlagati stresu, smanjiti osećaj njihove autonomije, pojačati njihovu zavisnost u smislu da će se njihov život svesti na čekanje na sledeću cigaretu, ali i povećati broj popušenih cigareta zbog toga što će, iz straha da će poželeti da puše onda kada ne budu mogli, koristiti svaku priliku koju imaju da puše (Wood et al. 2013, 108-109). Osim toga, u nekim zemljama bolnica ima mogućnost da ukine mogućnost pušenja za pacijente na mestima koja su do tada bila predviđena za to ukoliko se pacijenti ne pridržavaju ovih pravila (*Ibid.*, 108). Dalje, neki pacijenti koji su nepušači mogu biti učestalo izloženi duvanskom dimu, s obzirom na to da su prostori za pušenje ujedno i mesta za druženje svih pacijenata, a ne samo pušača (*Ibid.*, 109). Konačno, oni pacijenti koji ne puše i ne žele da borave u prostoru u kojem je dozvoljeno pušenje mogu propustiti priliku za socijalizaciju i postati isključeni iz društvenog života u bolnici/na odeljenju, što u njima može da probudi još veću nelagodu i anksioznost i tako da se negativno odrazi na njihovo psihičko stanje i tok njihovog lečenja (*Ibid.*, 109).

sve do sada navedene benefite pušenja za ove ljude u tom kontekstu ne smatraju važnim, pa čak ni Gordana Paunović-Milosavljević koja se zalagala za to im da se izade u susret i omogući da puše u celom prostoru institucija u kojima borave. Štaviše, ova poslanica je, kao i njen kolega Korać, istakla da su psihijatrijski bolesnici u izvesnom smislu nerazumni ljudi izuzetno zavisni od duvana i da uvođenje zakona koji bi im omogućavao da tu svoju zavisnost neometano zadovoljavaju u celom prostoru institucija u kojima borave, jer su sve druge opcije neizvodljive, predstavlja izraz poštovanja prava i dostojanstva ovih osoba. Međutim, kao što je već rečeno, ovakvo tumačenje psihijatrijskih bolesnika je pre diskriminatorско nego pravilo o dozvoljavanju pušenja u jednoj prostoriji za njih u okviru psihijatrijskih bolnica i odeljenja u koje su smešteni. Štaviše, ukoliko bi se prihvatilo da se su psihijatrijski bolesnici kadri za poštovanje takvog pravila, to bi značilo manju stigmatizaciju i diskriminaciju ovih osoba. Osim toga, važno je napomenuti da je u izlaganju na sednici Narodne skupštine Gordana Paunović-Milosavljević, a ni njen kolega Žarko Korać, nisu istakli, pa čak ni uzeli u obzir da zavisnost od upotrebe duvana i psihička nestabilnost nisu jedini faktori koji mogu biti prepreka poštovanju pravila o pušenju u psihijatrijskim bolnicama i na psihijatrijskim odeljenjima bilo da ono podrazumeva potpunu bilo delimičnu zabranu. Na osnovu pregleda literature o sprovođenju potpune zabrane pušenja u psihijatrijskim ustanovama Laun i Pols su izveli zaključak da su koordinacija i administrativna podrška ključni faktori koji utiču na sprovođenje zabrane – efikasno sprovođenje ove zabrane zahteva pažljivo planiran proces koji uključuje sve strane u vezi sa njim (Lawn and Pols 2005). Skretanje pažnje na psihijatrijske bolesnike kao izvor prepreka u poštovanju zabrane zapravo znači skretanje pažnje sa neefikasnosti administracije, institucija i države kao onih instanci koje treba da obezbede efikasno sprovođenje zakona, a koje to nisu u stanju da učine. Osim toga, uvreženo mišljenje prema kojem potpuna zabrana pušenja u psihijatrijskim institucijama neizbežno dovodi do agresivnosti pacijenata, njihovih sukoba sa osobljem i slično usled njihovog psihičkog stanja nije u potpunosti tačno: ovakav uticaj zabrane pušenja na pacijente ne predstavlja pravilo, a i onda kada se javlja nije nužno povezan

sa njihovim psihičkim stanjem, već pre sa nikotinskom krizom koja tada nastupa (Lawn and Pols 2003, 2005). Konačno, i ovaj problem je moguće rešiti primenom terapije supstitucije nikotinom koja će umanjiti nikotinsku krizu, omogućiti poštovanje zabrane pušenja, ali i zaštitu svih pacijenata i osoblja u psihijatrijskim ustanovama, kako pušača tako i nepušača (Lawn and Pols 2003).

Iz svega rečeno se može izvući zaključak da je država, ukoliko je to htela, mogla da nađe načina da zaštiti pacijente i osoblje psihijatrijskih bolnica i odeljenja, kao što je to učinila u gotovo svim ostalim zatvorenim radnim i javnim prostorima izuzev drugih posebnih ustanova za smeštaj i ugostiteljskih objekata. To govori u prilog tome da se ne može prihvatiti tvrdnja predlagača Zakona o zaštiti stanovištva od izloženosti duvanskom dimu da je cilj ovog zakona ono o čemu njegov naziv govori i da se njime sve osobe ne tretiraju kao jednako važne kada je zaštita njihovog zdravlja u pitanju. Izuzimanje psihijatrijskih bolnica i odeljenja od zabrane pušenja za njihove pacijente jedan je od primera koji to potvrđuje: na taj način država stavlja do znanja da ne brine jednako o svim svojim građanima i da su oni koji su iz toga izuzeti upravo one osobe koje su u društvu inače stigmatizovane i diskriminisane. Na taj način država reprodukuje postojeće odnose moći u društvu, ali i ne samo to: ona takođe pokazuje da nije voljna da učini nešto da bi se to promenilo. Osim toga, dozvoljavanje pušenja pacijentima psihijatrijskih bolnica i odeljenja u direktnoj je vezi sa načinom na koji se u društvu ova mesta percipiraju i načinom na koji se u društvu tumači pušenje. S obzirom na to se psihijatrijske bolnice i odeljenja u društvu negativno tumače, dozvoljavanje pušenja na ovim mestima šalje poruku da je pušenje društveno nepoželjno ponašanje, rezervisano za ona mesta na koja se u društvu gleda na isti takav način (v. Fischer and Poland 1998).

Na sličan način može se protumačiti i izuzimanje drugih posebnih ustanova za smeštaj od zabrane pušenja kada su u pitanju korisnici tih ustanova. U te ustanove, kao što je već rečeno, spadaju ustanove socijalne zaštite za smeštaj nepokretnih i teško pokretnih lica, osoba sa invaliditetom, duševno obolelih lica i lica ometenih u razvoju, ustanove i odeljenja za palijativnu negu i ustanove za izvršenje zavodskih sankcija, a

prema zakonu, u njima je pušenje dozvoljeno samo korisnicima tih ustanova, ali ne i osobama koje su u njima zaposlene. Međutim, dozvoljavanje pušenja za korisnike nekih od ovih ustanova pokazuje određene specifičnosti u odnosu na isto ovo pravilo među pacijentima psihijatrijskih bolnica i odeljenja. Kao prvo, za razliku od psihijatrijskih odeljenja i bolnica, navedene ustanove socijalne zaštite su ustanove za smeštaj određenih lica – u njima te osobe ne borave privremeno, već u njima žive. U tom kontekstu posmatrano, dozvoljavanje pušenja u ovim ustanovama ima drugačije značenje od istog ovog pravila kada se ono odnosi na psihijatrijske ustanove u kojima je boravak određenih ljudi najčešće prolaznog karaktera – logično je da se osobama koje stanuju u nekom prostoru, kakav god da je taj prostor, omogući da u njemu puše, bar u nekom njegovom delu. S obzirom na to da su ovde u pitanju osobe među kojima iz određenih razloga nije moguće sprovesti delimičnu zabranu pušenja, odnosno poštovanje pravila o pušenju u određenoj prostoriji namenjenoj za to bilo zbog poteškoća bilo zbog nemogućnosti tih osoba da u tu prostoriju i odu bilo zbog toga što nisu u stanju da shvate i sprovedu to pravilo u delo, logično je da se u ovim ustanovama korisnicima tih ustanova omogući da puše u čitavom njihovom delu koji je namenjen za smeštaj. To su ujedno i razlozi zbog kojih se zakonom dozvoljava i izlaganje zaposlenih u tim ustanovama duvanskom dimu. Kao drugo, ustanove i odeljenja za palijativnu negu su namenjene bolesnicima koji se nalaze u terminalnom stadijumu bolesti, a u ovom kontekstu sprovođenje zabrane pušenja koja ima za cilj da zaštiti zdravlje nema nimalo smisla. Ipak, može se postaviti pitanje zašto se, ukoliko ova zabrana nema smisla kada se imaju na umu korisnici ovih ustanova, ta zabrana ne uvede zbog zdravlja osoba koje su u tim ustanovama zaposlene i koje ima smisla zaštititi. S obzirom na to da propis o pušenju u ovom kontekstu nije bio predmet skupštinskih debata niti je u medijima o njemu govoreno, kao ustalom ni isti taj propis u drugim institucijama o kojima se ovde govori, razlozi za to ostaju nepoznati. Može se samo pretpostaviti da tehnička ograničenja u tome igraju presudnu ulogu, kao što je otežano kretanje ili nemogućnost kretanja korisnika tih ustanova i odeljenja, iscrpljenost organizma bolešću, priključenost na aparate za održavanje života i slično, a takođe i sama činjenica da su

korisnici tih ustanova na samrti i da ih ne treba opterećivati time. Izuzimanje osoba koja borave u ustanovama za izvršenje zavodskih sankcija od zabrane pušenja bilo da se one nalaze u istražnom postupku bilo da su im izrečene zavodske sankcije propisane zakonom slično je izuzimanju psihijatrijskih bolesnika koji su smešteni u psihijatrijske bolnice i na psihijatrijska odeljenja od zabrane pušenja – i u jednom i u drugom slučaju razlozi za ovakav potez ne mogu se naći u kontekstu koji je izuzet od zabrane pušenja ni kada se posmatraju osobe koje tom kontekstu pripadaju ni kada se posmatra okruženje u kojem one borave i koje je deo tog konteksta. Razmatranje izuzimanja psihijatrijskih bolnica i odeljenja od zabrane pušenja onda kada je o reč o njihovim pacijentima ukazuje na to da se na ovaj način, kao što je već rečeno, reprodukuju postojeći odnosi moći u društvu u kojem psihijatrijski bolesnici zauzimaju marginalan i nepriviligovan položaj u odnosu na ostale pripadnike društva i zbog čega su i izuzeti od prava na zaštitu zdravlja. Isti zaključak može se primeniti i na osobe koje se nalaze u istražnom postupku ili na odsluženju kazne u kazneno-popravnim ustanovama – ove osobe se nalaze na dnu društvene lestvice i u društvu se tumače kao one koje ne bi trebalo da uživaju ista prava kao i ostali građani, kao osobe koje bi u odnosu na ostatak društva trebalo da budu izdvojene u svakom pogledu, naravno, u negativnom smislu.

I iako se propisi u pušenju u svim ovim navedenim ustanovama ne mogu tretirati ni objasniti (u potpunosti) na isti način, među njima se mogu uočiti određene sličnosti koje se odnose na čitav ovaj član zakona u celini. Te sličnosti prvenstveno se tiču slične kulturne konceptualizacije osoba na koje se ovi propisi odnose kao osoba koje su, svaka na svoj način, drugačije od ostalih pripadnika društva, i u to negativnom smislu, kao osobe koje nisu funkcionalni pripadnici društva i koje predstavljaju teret za društvo u celini i koje su u njemu marginalizovane, stigmatizovane i diskriminisane. S obzirom na to da se u društvu ove osobe tumače na negativan način i da se na isti takav način tumači i pušenje, dopuštanje ovim osobama da puše u zatvorenim radnim i javnim prostorima u kojima se inače pušenje zabranjuje može se protumačiti kao potez koji počiva upravo na ovoj sličnosti između kulturne konceptualizacije ovih osoba i kulturne konceptualizacije pušenja. Osim toga, na taj način se šalje poruka da je pušenje

društveno nepoželjno ponašanje, a to ima za cilj da istakne da je ponašanje koje omogućava očuvanje zdravlja ono koje društvo zagovara i promovise, kao i da obezbedi usvajanje ovakvog načina ponašanja. U tom kontekstu posmatrano sledi da se stigmatizacija pušenja i pušača mogu shvatiti kao jedna od strategija neoliberalne veštine upravljanja, o čemu će više biti reči u narednom delu rada.

5. 1. 4. DENORMALIZACIJA PUŠENJA KAO STRATEGIJA JAVNOG ZDRAVLJA U TEORIJI I PRAKSI

Do sada je na više mesta u radu bilo reči o denormalizaciji pušenja kao strategiji koju javno zdravlje primenjuje sa ciljem smanjenja broja pušača. Predlagači i pobornici Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu i medicinski radnici angažovani u oblasti javnog zdravlja ukazali su na to da je strategija denormalizacije pušenja veoma značajna za smanjenje broja pušača i da je cilj ovog zakona da doprinese tome da se pušenje u Srbiji više ne smatra normalnom, uobičajenom pojavom. To će, kako oni napominju, pušenje učiniti neprivlačnim i odvratiti ljude od toga da ne počinju da puše, a takođe će doprineti i tome da ljudi koji su trenutno pušači zbog ovakvog statusa pušenja u društvu u skorijoj budućnosti ostave pušenje. Šta je tačno denormalizacija pušenja i kakve su praktične implikacije primene ove strategije pitanja su koja će biti postavljena u ovom delu rada i na koje će biti odgovoreno razmatranjem literature koja se bavi ovom tematikom i konkretnim efektima primene ove strategije u Srbiji na koje ukazuje analizirani materijal.

5. 1. 4. 1. DENORMALIZACIJA PUŠENJA KAO STRATEGIJA JAVNOG ZDRAVLJA U TEORIJI

Denormalizacija pušenja je, kao što je već rečeno, jedna od glavnih strategija koje se primenjuju u okviru javnog zdravlja sa ciljem smanjenja broja pušača (Bayer 2008,

Bayer and Stuber 2006, Bell 2013b, Bell and Dennis 2013, Bell et al. 2010a, b, Dennis 2013b, 2014, Dean 2014).¹⁶⁷ Ova strategija postala je centralna u pokretu za kontrolu duvana tokom poslednjih petnaestak godina, s obzirom na to da apeli javnog zdravlja o štetnosti pušenja nisu urodili plodom i doneli očekivane rezultate – smanjenje broja pušača (Bell 2013b, Bell et al. 2010b). Osim toga, jedna od velikih prepreka smanjenju broja pušača bilo je i društveno vrednovanje pušenja, a ona je mogla da bude otklonjena samo primenom snažnih mera koje bi dovele do toga da pušenje više ne bude vrednovano u društvu, mera kao što je denormalizacija (Bayer 2008, Bell et al. 2010a). U osnovi, taktika denormalizacije nastoji da pušenje učini manje privlačnim, prihvatljivim i vidljivim – to je pokušaj da se transformišu društvene norme putem onoga što se u javnom zdravlju naziva namerna humana intervencija (Bell 2013b, 116). Denormalizacija pušenja podrazumeva primenu niza politika i intervencija sa ciljem da se utiče na društvene norme u vezi sa pušenjem, ponašanjem u vezi sa pušenjem i odnosom prema pušenju, duvanskim proizvodima i duvanskoj industriji (Bell et al. 2010b, 914-915). Politike i intervencije koje se u tom pogledu preduzimaju uključuju: zabranu pušenja na javnim mestima, određivanje načina na koji duvanski proizvodi mogu da se prodaju i reklamiraju, informisanje javnosti o štetnosti duvanskog dima putem medijskih kampanji i podizanje svesti javnosti o krivici koju duvanska industrija snosi za bolesti izazvane pušenjem i izlaganjem duvanskom dimu. Dakle, denormalizacija pušenja nastoji da iskoristi moć pritiska društva kako bi pušenje učinila manje privlačnim, poželjnim, mogućim. Najuspešnija među pomenutim strategijama denormalizacije jeste zabrana pušenja na javnim mestima. Posmatrano na globalnom nivou i u istorijskoj perspektivi, zabrana pušenja na javnim mestima je sve učestalija tokom poslednjih 15 godina, a danas se više ne odnosi samo na zatvorena nego i na otvorena javna mesta. Iako se tvrdi da se ove zabrane donose sa ciljem zaštite nepušača od izloženosti duvanskom dimu, cilj ovih zabrana jeste (i) da se indirektno utiče na mogućnost pušača da puše na određenim mestima, a benefiti koji se na taj način

¹⁶⁷ Pušenje nije jedini oblik ponašanja koje javno zdravlje nastoji da denormalizuje kako bi smanjilo njegovu učestalost - istu strategiju javno zdravlje primenjuje i na gojaznost kao zdravstveni problem (Bell, Salmon and McNaughton 2011).

ostvaruju jesu smanjenje broja pušača i broja popušenih cigareta. Zabrane pušenja na javnim mestima reflektuju centralnu logiku strategija denormalizacije – ostavljanje pušenja je pre ishod primene određenih taktika, nego posledica direktne intervencije (*Ibid.*, 915). Nakon niza godina primene strategije denormalizacije njena uspešnost je potvrđena – sve više ljudi pušenje smatra neprihvatljivim, dok je broj pušača na globalnom nivou u velikoj meri opao (Bayer 2008, Bayer and Stuber 2006, Dennis 2013b).

5. 1. 4. 2. STRATEGIJA DENORMALIZACIJE PUŠENJA U SRBIJI: PRIMENA I EFEKTI

Lekari angažovani u oblasti javnog zdravlja u Srbiji koji se bave prevencijom pušenja denormalizaciju pušenja definišu na isti način kao i njihove kolege bilo gde u svetu – kao jednu humanu, vrednosno neutralnu strategiju koja se primenjuje u opštem interesu svih pripadnika društva.

„To je apsolutno tačno, zapravo prostor bez duvanskog dima nema samo svrhu da zaštiti nepušače već ima za cilj denormalizaciju pojave pušenja. Šta to znači? Da pojava pušenja više ne bude shvaćena kao eto jedan čin izbora, jedna strast. Ona to nije, ona je zavisnost, jer je poznato da nikotin odmah iza heroina ima najviši mogući stepen zavisnosti i da je neverovatno teško odvići se od pušenja. Takođe moram da kažem da podaci koji se plasiraju, da će se više pušiti u kućama, privatnim domovima, to nije tačno, znači naučna istraživanja, opet kažem nezavisna istraživanja, govore da samim tim što se ne puši na javnom mestu, na radnom mestu, pušenje se kao pojava denormalizuje – popuši se manji broj cigareta i ljudi manje puše i na radnom mestu i na javnom mestu i manje puše i kod kuće jer imaju svest o tome da je to loše za njihovo zdravlje prevashodno njihove porodice i ako su već prinuđeni, ako već nisu imali dovoljan stepen svesti da sami to odluče pa ih je neko na to prinudio onda razviju taj stepen svesti da je to dobro za njihovu porodicu. (...) Ova varijanta koju ste Vi na žalost predložili, ja

sam, na prvi pogled deluje kao da je uvedena bolja restrikcija na mnogobrojnim mestima, međutim kad vidite, kad malo bolje pročitate taj zakon vi vidite u stvari, ovaj zakon koji bi predložila tzv. Narodna inicijativa, zapravo bi se doneo u cilju legalizacije, davanja legitimiteta pušenju i mi bismo onda bili prva zemlja u svetu koja bi uvođenjem zakona koji dozvoljava maltene pušenje na svim mestima i stavlja oznaku dozvoljeno pušenje zapravo dala legitimitet pušenju i poenta taktike duvanske industrije koja uvek na žalost stoji iza svega toga je, koja podstrekava i da kažem plaši pre svega ugostiteljski sektor jeste da se pušenje ne denormalizuje kao pojava nego da i dalje bude nešto normalno, praktično sve više mladih počinje da puši, da oni koji puše ne ostavljaju pušenje nego da pušenje bude široko prihvaćena i rasprostranjena pojava – e to je ono što Ministarstvo zdravlja neće, Ministarstvo zdravlja hoće da u ovoj zemlji bude manje od jedne trećine pušača, hoće da u narednim godinama bude sve manje i manje mladih koji počinju da puše, da sve manje dece bude izloženo duvanskom dimu, da sve manje ljudi na radnom mestu bude izloženo duvanskom dimu, da manje ljudi oboleva, da manje ljudi izostaje sa posla zbog bolesti i umire.“ (Nataša Lazarević, koordinatorka Nacionalne komisije za prevenciju pušenja, Uvećanje, TV B92, 01. 06. 2009.)

Međutim, i u Srbiji i bilo gde drugde u svetu postoji nesklad između onoga što denormalizacija pušenja znači u teoriji i načina na koji ona funkcioniše u praksi. U teoriji, javno zdravlje nastoji da denormalizuje pušenje, a ne pušače, i ta se distinkcija ističe kao ključna, međutim, empirijski ova razlika se ne može uvek uočiti: brojna istraživanja ukazuju na to da denormalizacija pušenja neminovno dovodi i do stigmatizacije i diskriminacije pušača u društvu (npr. Bayer and Stuber 2006, Bayer 2008, Wood et al. 2013, Tan 2013, Thompson, Pearce and Barnett 2007, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Bell 2013a, b, 2010a, b, Bell and Dennis 2013, Dennis 2013b, Louka et al. 2006, Stuber, Galea and Link 2008). U tom pogledu ni ovo istraživanje ne predstavlja izuzetak, kao što je do sada već pokazano. Osim toga, na brojnim mestima u analiziranom materijalu eksplicitno je ukazano na to da su pušači u Srbiji stigmatizovani i da se suočavaju sa diskriminacijom ili je izveštavanje o njima u medijima bilo takvo da je direktno doprinosilo tome. Štaviše, nisu samo novinari bili ti koji su na taj način pisali o pušačima, već su na isti način o pušačima neretko govorili i lekari angažovani u oblasti javnog zdravlja. Međutim, diskriminacija i stigmatizacija

pušača nisu jedini negativni efekti strategije denormalizacije pušenja – denormalizacija pušenja i na druge negativne načine utiče na pušače. Na primer, stres koji ova taktika izaziva kod pušača odražava se negativno na njihovo zdravstveno stanje (Bayer 2008, Bell et al. 2010b, v. i Stuber, Meyer and Link 2008, Hatzenbuehler et al. 2013, Dean 2014, Link and Phelan 2006), a isti efekat ima i uticaj taktike denormalizacije na sprečavanje potrage za stručnom pomoći u ostavljanju pušenja – denormalizacija pušenja je vrlo često kontraproduktivna, a neretko izaziva i otpor kod pušača (Bell et al. 2010a, Thompson, Pearce and Barnett 2007). U domaćem materijalu koji je analiziran nije bilo reči o stresu kao jednom od efekata denormalizacije pušenja koji negativno utiče na zdravlje pušača, ali je ukazano na moguću kontraproduktivnost denormalizacije u kontekstu izazivanja otpora kod pušača usled usvajanja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu. U ovom delu rada biće predstavljeno i razmotreno kako denormalizacija pušenja u Srbiji funkcioniše u praksi, odnosno šta je to što ona tačno podrazumeva i na kakav se način realizuje, a takođe će biti predstavljeni i analizirani efekti koji se primenom ove strategije u Srbiji ostvaruju.

U materijalu koji je analiziran u više navrata je bilo reči o merama koje se u Srbiji primenjuju u oblasti javnog zdravlja, a koje imaju za cilj da doprinesu denormalizaciji pušenja u društvu. Uopšteno govoreći najznačajnija strategija denormalizacije pušenja je, kao što je već rečeno, zabrana pušenja na određenim javnim mestima i u tom kontekstu je u analiziranom materijalu često govoreno o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu kao meri javnog zdravlja koja ima za cilj da doprinese denormalizaciji pušenja u Srbiji.

„Ovaj zakon se donosi da zaštiti nepušače i to je njegov prvi i osnovni cilj. Sekundarni cilj koji se postiže ovim zakonom jeste pod jedan da pušenje više ne bude društveno dozvoljen način ponašanja zbog čega mladi neće ni počinjati da puše jer je to nešto što nije in, što nije interesantno i čime se ljudi ne bave.“ (Srmena Krstev, predsednica Komisije za prevenciju upotrebe duvana, „Dan bez duvanskog dima“, sajt RTV B92, 29. 05. 2009.)

„Većina medicinara i zdravstvenih radnika, ipak, slaže se da je potpuna zabrana kojoj su pribegle mnoge zemlje Evrope dobra. – Potpuna zabrana pušenja bila bi najbolje rešenje jer se mladi poistovećuju sa svojim roditeljima, poznanicima, ali i glumcima i muzičarima koje na televiziji gledaju sa cigaretama. Svakako da i ukoliko sami ne puše, samim boravkom u prostorima gde se puši oštećuju svoje zdravlje. Strašno je što se starosna granica kada mladi počinju da puše pomera na peti i šesto razder osnovne škole, pa u tom uzrastu i mi počinjemo sa našim radionicama – objašnjava dr Miroslava Alimpić iz Savetovaništa za mlade Doma zdravlja.“ („Duvanski dim podelio goste“, Blic, 12. 05. 2009.)

Osim o zabrani pušenja na određenim javnim mestima, u analiziranoj građi je bilo reči i o drugim merama javnog zdravlja koje se u Srbiji primenjuju i koje doprinose denormalizaciji pušenja, kao što su razne kampanje protiv pušenja, ali i o onima čija se primena najavljuje, kao što je uvođenje slikovnih upozorenja o štetnosti pušenja na paklicama cigareta.

„Na Kalemegdanu će se u ponedeljak uručiti nagrade pobednicima upravo završene kampanje za odvikavanje od duvana - "Ostavi i pobedi". Odmah potom, prema najavama Ministarstva zdravlja, organizovaće se i simbolična šetnja i poseban program na Trgu Republike - modna revija, podela poklon-kupona pojedinih frizerskih salona, podela nagrada deci pobednicima u likovnom izražavanju „Pušenje je ružno"...“ („Ej kafano puna dima“, Večernje novosti, 04. 09. 2010.)

„Duvanski dim je isteran iz obrazovnih i zdravstvenih ustanova, uglavnom i iz kancelarija, ali su ugostiteljski objekti mogli da svoje prostore podeli na pušački i nepušački deo Promenom Zakona o duvanu, planirano je i da sve kutije cigareta, bez obzira na vrstu, moraju da imaju slikovna upozorenja sa posledicama koje pušenje ima na ljudski organizam. Ona će biti rađena po uzoru na rešenja iz EU, i moraće da pokriju čak 60 odsto površine jedne paklice cigareta. „Ta pakovanja duvanskih proizvoda su jednoobrazna, maslinastozelene boje, i imaju strašna slikovna upozorenja koja ukazuju na posledice pušenja. To je izvanredna mera, naročito za mlade ljude kojima više neće biti tako glamurozno da puše i da se cigarete koje konzumiraju vide na stolu. Čak su neka istraživanja pokazala da su ljudi u velikom procentu

govorili da im ukus duvana nije isti sa tim slikama", kaže dr Krstev.“ („Kraj pušenja u lokalima do 2015?“, sajt RTV B92, 06. 11. 2013.)

Međutim, iako su mere koje se u Srbiji preduzimaju ili će se preduzimati u cilju denormalizacije pušenja kao pojave u društvu generalno predstavili kao one koje su vrednosno neutralne, izjave lekara angažovanih u oblasti javnog zdravlja u Srbiji su vrlo često ukazivale na to da ova strategija zapravo nije onakva kakvom se predstavlja.

„Uostalom, sada je moderno ne pušiti, živeti zdravim životom. Svuda u svetu cigarete su proterane, a onog ko zapali gotovo da gledaju kao da sa njim nešto nije u redu. Sve više takav model stiže i kod nas.“ (Petar Borović, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna komisija za odvikavanje od pušenja, „Besparica pali cigaretu“, Večernje novosti, 13. 11. 2010.)

„Stvorena je (*u Srbiji*) klima da puše uglavnom oni koji nisu u prvim, elitnim redovima. Mladi sve više odlaze u inostranstvo i tamo vide da je pušenje neprihvatljivo, a da su pušači retkost.“ – Petar Borović, Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Nacionalna komisija za odvikavanje od pušenja („Smanjuje se broj popušanih cigareta“, Večernje novosti, 09. 06. 2010.)

Na ovaj način medicinski eksperti u Srbiji ukazali su na to da je jedna od posledica strategije denormalizacije pušenja i denormalizacija pušača. Ovde se može zapaziti da denormalizacija pušača nije, kao što su neki autori istakli, nužan pratilac realizacije strategije denormalizacije pušenja u praksi (v. Bayer and Stuber 2006), nego da se denormalizacija pušača može shvatiti kao primarni cilj ove strategije, zajedno sa denormalizacijom pušenja. Denormalizacija pušenja, onako kako je teorijski koncipirana, nužno podrazumeva i istovremenu denormalizaciju pušača – jedno od drugog je nemoguće odvojiti, a to ne predstavlja posledicu realizacije ove strategije u praksi, nego načina na koji je ona konceptualno osmišljena. Osim toga, medicinski eksperti vrlo često svesno potpomažu denormalizaciju pušača, kako ovo istraživanje

pokazuje, eksplicitnim tumačenjem pušača na krajnje negativan način, neprimeren za stručnjake koji sebe predstavljaju kao objektivne i neutralne.

„Olja Bečković (voditeljka): To je dobro, ispitivaćemo ovaj zanimljiv stav. Dobro večer, doktor Petar Borović, član Nacionalnog saveta za odvikavanje od pušenja.

Petar Borović: Nacionalne komisije.

Olja Bečković: Oprostite?

Petar Borović: Komisije Ministarstva, OK.

Olja Bečković: Nacionalne komisije i istraživač Instituta za javno zdravlje. Jeste li Vi pušili nekad u životu?

Petar Borović: Ne.

Olja Bečković: Nikad u životu?

Petar Borović: Ne.

Olja Bečković: Kako je to ispalo?

Petar Borović: Desilo se. Nije mi se nikad dopadalo.

Olja Bečković: Svi su pušili oko Vas?

Petar Borović: Pa bavio sam se muzikom, bio sam mlad, svirao, zabavljao se na drugi način i nisam imao potrebu.

Olja Bečković: Bilo Vam je odvratno na oko, ili ste od starta znali da to nije zdravo?

Petar Borović: Da budem otvoren?

Olja Bečković: Otvoren, naravno.

Petar Borović: Sasvim?

Olja Bečković: Ako Vam nije problem.

Petar Borović: Ne, naravno nije, naravno. Bio sam u školi negde, učenik i imali smo jednu profesorku hemije. Kao svi pušači... i kad bi ona prišla nekome od nas, mi smo se udaljavali na metar-dva. Ona je oko sebe širila očaravajući miris, ali to pušači ne osećaju.

Olja Bečković: Aha.

Petar Borović: I ubeđeni su kad im kažete: „Vaše cigarete su i moje cigarete” – „Moje cigarete mirišu. Kako to?” A onda kada bi profesorka progovorila, onda je to bio ugođaj, do kraja pun, tako da niko od nas u razredu nije propušio. A moji pacijenti... da, bilo smo klinici...

Olja Bečković: Stvarno?

Petar Borović: Da. A onda, zahvaljujući toj finoj našoj profesorki.

Olja Bečković: Pa ne, pa dobro.

Petar Borović: A onda smo bili klinci i onda moji pacijenti kad ostave duvan, ali tipična priča, posle par dana kažu: „Jao što ovi pušači...“, neću da nastavim, ja onda kažem: „Nisam Vas razumeo šta?“, a onda pacijenti, vrlo zanimljivo kažu: „Dok sam ja pušio, meni je moja cigareta mirisala, i kad mi neko kaže - Znaite Vaša cigareta... Šta fali mojoj cigareti?“ kaže: „Kad sam prestao...“, pričam priču mojih, ako mi dozvolite?

Olja Bečković: Naravno.

Petar Borović: Pacijentata, kaže: „Uh. Pa kod njih i zavese imaju miris, ala „Šanel 6“, tu negde“.“ (Utisak nedelje – „Pušenje – igra sa velikim brojevima“, TV B92, 09. 05. 2010.)¹⁶⁸

„Olja Bečković (voditeljka): Sad su se Izraelci, to sam našla sad, taj podatak, da su Izraelci pravili istraživanje, da su dokazivali da što više pušite, to vam opada koeficijent inteligencije. I da su nepušači inteligentniji od pušača?

Momčilo Đorđević (neurohirurg): Pa naravno.

Olja Bečković: Pa mislim da bi bilo primera, koji govore sasvim suprotno.

Momčilo Đorđević: Koeficijent inteligencije uopšte je jedan problematičan, problematičan i kao pojam, zante, to se više čak i...

Olja Bečković: Je l' ima nekog dokaza u tom smislu? Znači, ovo sam samo dala kao povod? Je l' ima nekog dokaza da vam pušenje radi nešto loše?

Momčilo Đorđević: Ima, pa kako nema? Pa ja sad kažem.

Srmena Krstev (predsednica republičke Komisije za prevenciju pušenja): Dovodi do arterio-skleroze.

Momčilo Đorđević: Ako hoćemo da pozovemo ove sa Poljoprivrednog fakulteta, da, B im ja pokažem, kako za deset sekundi nikotin dođe do mozga i da vidi kako, šta će napraviti u tom mozgu...

Vesna Radojičić (Poljoprivredni fakultet): Za sedam sekundi, da Vas ispravim, brže stigne.

Momčilo Đorđević: Za sedam sekundi?

¹⁶⁸ Zadah iz usta i miris dima u odeći i kosi predstavljaju neke od stigmatizovanih simbola pušenja (Poland 2000, Fischer and Poland 1998, Thompson, Pearce and Barnett 2009, Bell 2011). Miris duvanskog dima i prljavština se veoma često dovode u vezu, a to, kako neka istraživanja pokazuju, za mnoge ljude predstavlja motiv da prestanu da puše, posebno onda kada im drugi ukazuju na to da imaju neprijatan miris zbog toga što puše (v. npr. Thompson, Pearce and Barnett 2009).

Vesna Radojičić: Za sedam.

Olja Bečković: Kažu da stiže brže od heroina.

Vesna Radojičić: Ne.

Momčilo Đorđević: To je fantastično, znate, on je toksičan znate. Jednostavno je toksičan. Ako izložite sto puta, videćete mozak, koji je izmoljčen. I sada mi treba da pričamo ovde nešto, da li je duvan štetan ili nije. Mislim, to je potpuno...“ (Utisak nedelje – „Dimna zavesa“, TV B92, 07. 11. 2010.)

„Petar Borović (Nacionalna komisija za odvikavanje od pušenja): Uzimali smo uzorke kože kod žena istih godina starosti kod pušača i kod nepušača. Duvan toliko ošteti krvne sudove kože da kod žena izazove pojavu prevremenih bora, obori nivo jajnika, znači uvodi u prevremenu menopauzu, pa žene pušači imaju grub glas pa na telefonu kažu doktora Borovića ja ne znam da li je muško, da li je žensko, onda zbog poremećaja hormona žene pušači imaju češće, žene to vole, malje iznad usana, pa ispod ruku, pa to je sve zbog poremećaja hormona i da se vratimo... Toliko duvan ošteti krvne sudove... Temperatura kože je 35 stepeni. Kad žena zapali cigaretu sudovi se suze, znate zašto? Kad koža oseti da stižu duvanski otrovi ona se brani, kod pasivnih pušača, ona se brani, steže krvne sudove da što manje otrova stigne i temperatura kože pada sa 35 na 27 stepeni, koža trpi enormni stres i koža se istanjuje za 43%...

Tanja Ljubisavljević: Ja mislim da smo ovim informacijama naterali veliki broj naših gledalaca...

Petar Borović: ...zubi požute, loši u seksu...

Tanja Ljubisavljević: Eto, sasvim dovoljno...

Nikola Dimitrijević (predsednik Udruženja ugostitelja Beograda):da ženska populacija ostavi pušenje.

Petar Borović: ...ali kad ostave pušenje, kad dođu kod nas u savetovalište podmlade se, ne šalim se.“ („Da li je novim Zakonom trebalo zabraniti pušenje na svim javnim mestima?“, Stanje nacije, TV B92, 09. 04. 2010.)¹⁶⁹

¹⁶⁹ Isticanje negativnog uticaja na izgled žena koje puše je veoma često u javnom zdravlju (Chapman 1999). To implicira da bi žene pušači trebalo da prestanu da puše kako bi bile lepe, što je bilo predmet kritike feministički orijentisanih autora (*Ibid.*). Osim toga, neki autori su ukazali na to da je izgled neke osobe veoma moćno sredstvo društvene kontrole (Jutel and Buetow 2007). Naime, o zdravlju neke osobe se vrlo često zaključuje na osnovu njenog izgleda: izgled je odraz fizičkog i duhovnog, moralnog zdravlja jedne osobe ili njegovog nedostatka, a upravo je to razlog zbog kojeg izgled predstavlja veoma moćno sredstvo društvene kontrole. Zbog toga što su zahvaljujući njemu svakome dostupne informacije o nečijoj

Ostatak analiziranog materijala daje dodatnu potvrdu za to da denormalizaciju pušenja prati i denormalizacija pušača, odnosno za to da je denormalizacija pušača jedna od posledica denormalizacije pušenja. U ovom delu rada je već bilo reči o tome da u Srbiji primena strategije denormalizacija pušenja već daje rezultate, odnosno da se na pušenje i pušače u društvu više ne gleda blagonaklono te da sve veći broj ljudi ostavlja cigarete, kako su neki medicinski eksperti istakli. Na drugim mestima u građi ovaj zaključak je takođe potvrđen:

„Evropski trend da je pušenje dekadentno, društveno neprihvatljivo, ipak se, doduše lagano, raširio i kod nas. Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, niz kampanja poslednjih desetak godina i gotovo ponižavajući tretman koji doživljavaju zaposleni pušači na svojim radnim mestima, uticali su da se svake godine za oko 10 odsto poveća broj onih koji se „skidaju“ sa nikotina. Žute prsti, smrdi kosa, odeća, dah, „crne“ nikotinska pluća, a uz sve to - pušači su danas i u Srbiji „stavljani gde im je mesto“ - saterani u neki mali ugao, podrum, ili „kavez“ ili izbačeni napolje pored neke korpe za smeće. Kada se na to doda cena cigareta koja je za oko 30 odsto viša nego u isto vreme lane, da je paklica u proseku 160 dinara, ne čude podaci Zavoda za javno zdravlje „Batut“ da se mladi sve češće odriču ovog poroka, prestaju da puše i prelaze na moderniju stranu u društvu - onih koji žive zdravo.“ („Smanjuje se broj popušanih cigareta“, Večernje novosti, 09. 06. 2013.)

Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu je u tom pogledu istaknut kao faktor od izuzetnog značaja, ali i brojne kampanje protiv pušenja koje polako dovode do promene dominantnog društvenog odnosa prema pušenju:

„Dr Pešić kaže da su motivi za „bacanje“ cigarete razni, ali da je jedan od najjačih Zakon o izloženosti duvanskom dimu. – Ljudi se nelagodno osećaju zato što moraju da traže mesto gde će zapaliti cigaretu i neprijatno im je što ih okolina opominje da je pušenje na određenom mestu zabranjeno - priča doktorka. - Važan faktor je i pritisak porodice, a naročito dece, koja insistiraju

moralnosti, izgled predstavlja moćan izvor motivacije za konformizmom, odnosno za priklanjanjem onim društvenim pravilima koji kao normu uspostavljaju izvestan izgled, a time i određeni način ponašanja – staranje o sebi, izbegavanje rizika po zdravlje, samodisciplinu i samokontrolu.

da roditelji prestanu da puše, jer sve više i u školi slušaju o štetnosti duvana.“ („Samo jaka volja gasi cigaretu“, Večernje novosti, 15. 01. 2012.)

„Dr Snežana Alčaz iz Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti u Dražzerovoj ulici kazala je Tanjugu da se pušači se sve više prijavljuju u programe za odvikavanje. (...) „Tome je doprineo i Zakon o zabrani pušenja. Često pacijenti navode da žele da prestanu sa pušenjem jer moraju da izlaze napolje da puše, ili da se kriju“, kazala je sagovornica Tanjuga navodeći da neprijatnost koju takav način pušenja izaziva postaje veća od prijatnosti pušenja, pa se odlučuju da ostave cigarete.“ („Stupa na snagu Zakon o pušenju“, Press, 15. 05. 2010.)

Osim toga, na brojnim mestima u građi istaknuto je da u Srbiji raste podrška Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, i to ne samo u smislu da građani Srbije podržavaju donošenje ovakvog zakona nego i u smislu da nastoje da potpomognu njegovo efikasno sprovođenje, što govori u prilog tome da se u Srbiji menja odnos prema pušenju, odnosno da denormalizacija pušenja dovodi do željenih rezultata.

„On (*Radisav Mitrović, šef beogradskog odseka za sanitarni nadzor*) je dodao i da se dosta ljudi javlja da prijavi pušače koji ne poštuju Zakon i podsetio da građani mogu da prijave pušače i osobi koja je odgovorna za sprovođenje Zakona u objektu u kojoj je zatečena osoba koji krši zakon.“ („Do sada pet osoba u Beogradu platilo kaznu zbog pušenja“, sajt RTV Studio B, 18. 01. 2011.)

Da strategija denormalizacije pušenja u Srbiji daje rezultate svedoči i stav nekih poslodavaca prema zaposlenima koji su pušači i uopšte njihov odnos prema pušenju u prostorijama kompanije:

„Veliki broj preduzeća u Srbiji već je zabranio pušenje na radnom mestu. Ostali kažu da će na vreme preduzeti sve mere koje nalaže zakon. – Mi naše zaposlene u startu upozoravamo na negativan stav koji imamo o pušenju – kažu u Robnim kućama „Beograd“. - Iako smo

obezbedili prostorije za pušače, one se gotovo uopšte ne koriste. Zato zakon nama neće doneti ništa novo.“ („Firme ostaju bez dima“, Večernje novosti, 08. 10. 2010.)

„Neke velike kompanije koje posluju u Srbiji, poput „Telenora“, preduhitrile su zakon. Kolektivnim ugovorom zabranjeno je pušenje u njihovim poslovnim i prodajnim objektima, pa i u službenim automobilima!“ („Od cigarete ne osta ni dim“, Večernje novosti, 10. 11. 2010.)

Sve ovo ukazuje na to da je denormalizacija pušenja neminovno praćena denormalizacijom pušača i da se u praksi jedno od drugoga ne može odvojiti. Da je denormalizacija pušenja uvek praćena stigmatizacijom i diskriminacijom pušača potvrđeno je i na brojnim drugim mestima u građi – o pušačima je vrlo često govoreno kao o osobama nižeg ranga u odnosu na ostale građane, kao o osobama koje su manje vredne od ostalih ljudi i koje zaslužuju da budu prezrene:

„Miloš Arandelović, učenik drugog razreda Elektrotehničke škole “Nikola Tesla”, kaže da želi da prestane da puši. – Počeo sam da pušim u prvom razredu srednje škole i već pušim paklu cigareta na dan. Moji roditelji znaju da pušim, i oni su pušači. Međutim, podržavaju me u želji da prestanem. Najviše mi je zasmetalo kad mi je jedna devojka rekla da smrdim na pikslu. Zaista želim da mi lekari pomognu da ostavim cigarete - priča Miloš.“ („Odvikavaju đake od pušenja“, Blic, 25. 10. 2010.)

„Vlasnici ugostiteljskih objekata većih od 80 metara kvadratnih imaju mogućnost da fizički odvoje prostor u kome je pušenje zabranjeno od onog u kome je pušenje dozvoljeno, kao i da obezbede dobar ventilacioni sistem, tako da pušači ne ugrožavaju nepušače dimom cigareta štetnim po zdravlje, ali i da budu pošteđeni osuđujućih pogleda i komentara onih koji ne puše.“ – Jadranka Jovišić, narodna poslanica („Izbor između pušenja i zdravlja“, Blic, 08. 04. 2010.)

Osim toga, na brojnim mestima u analiziranom materijalu ukazano je na to da su pušači u Srbiji stigmatizovani i da se suočavaju sa diskriminacijom, kao i da tome u velikoj meri doprinosi Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu koji doprinosi kreiranju takve klime u društvu, ali koji je ujedno sam po sebi izvor

diskriminacije pušača zbog odredbi o pušenju u zatvorenim radnim i javnim prostorima. Ovakve izjave uglavnom dolaze od pušača bilo da je reč o novinarima, poznatnim ličnostima ili poslanicima.

„Vratimo se, međutim, suštini stvari: zašto nas pušače maltretiraju, stigmatizuju i diskriminišu? Takva moda, kazaće neko. Dobro. Ima tu još: neodoljiva potrebna statusno svesnih malograđana da se na nekome izživljavaju, da nekoga prezru i gledaju s visine; valjda, zato što ne prati modu. Tako deca u školama diskriminišu onu decu koja ne znaju Cecine i Jecine pesmice napamet. Reč je, dakle, prisećamo se sada, o konformizmu: pala je naredba da je pušenje ka-ka i no-no, kao što je Nikoletini Bursaću došla naredba iz Vrhovnog štaba da od prekuče nema Boga. Svako dobar ateista, a tek komunista, objasniće vam uredno i precizno, naučnim argumentima, štetu od Boga; kao što nam ovi malograđanski konformisti precizno i uredno, naučnim argumentima, objašnjavaju štetu od pušenja. Od toga vernicima nije bilo lakše, kao što nije ni pušačima.“ („E, pa da zapalimo“, Danas, 07. 11. 2010.)

„S obzirom na to da nisam od onih ljudi koji su spremni da skoče u bunar kad im se naredi, počeo sam da se raspitujem šta drugi misle o ovom novom zakonu. Mnogi su samo kolektivno slegli ramenima kao da je došlo do vremenske promene: „Šta da se radi?“, kažu. Neki su mi pak kroz smeh rekli da će da kupe toplu odeću za sedenje ispred poslovne zgrade dok puše kao uličari. „Šta da se radi?“, kažu. Nedovoljan broj nas je ogorčen na ovaj zakon. Kažem „nas“ jer sebe svrstavam u ovu kategoriju ljudi. Konstantnim stvaranjem osećaja krivice, psihičkim maltretiranjem i nametanjem mišljenja, uz poplavu naučnih dokaza kao i medicinskih slika, naterani smo da se osećamo loše zato što pušimo. Ne pokazujemo našu ogorčenost jer pretpostavljamo da je svet u pravu što nam ograničava našu slobodu volje da pušimo. Mislim da se sramimo i osećamo krivicu zato što pušimo. Tako da kada dobri ljudi ovoga sveta krenu da lepe znak „Zabranjeno pušenje“, mi gundamo sebi u bradu, ali ih u principu poštujemo.“ („Ulazak u svet bez cigareta“, Politika, 30. 11. 2010.)

„Dok su išli ka kafiću popularni glumac je novinarima rekao da ovaj zakon diskriminiše pušače, posebno glumce. – Ponižavajuće je da se glumci u kostimima ispred pozorišta skupljaju da puše. Ovaj zakon umnogome je pokvario lepa druženja među glumcima, koji posle svake

predstave uz piće i cigarete sumiraju utiske sa predstave. Sada grabe priliku da nađu mesto gde će da zapale, tako da je druženje zbog toga zapalo u drugi plan – rezignirano priča Manda.“ („Cigarete kao sedativ“, Danas, 07. 04. 2011.)

„Da su znali da prosvetni, turistički i komunalni inspektori i ne nameravaju odmah da kažnjavaju, možda u četvrtak zaposleni u Skupštini grada ne bi kafenisali pred vratima. Gundajući. - Ovo je potpuna diskriminacija - rekla nam je u četvrtak odbornica u Skupštini grada. - Proterali su nas iz svih prostorija, saterali napolje da se ponižavamo, kao da smo kriminalci. Ne vidim razlog što nam nije obezbeđen makar jedan sobičak.“ („Pušači proterani na ulicu“, Večernje novosti, 11. 11. 2010.)

„Prosto, ovako, malo je neverovatno, zakon uvodi vrlo diskriminativno ponašanje, zakon je namenjen da ukaže da oni koji puše nisu, nekako, dobrodošli u pogledu razumevanja za osobine koje poseduju, koje su nekad zaista štetne navike.“ (Mileta Poskurica, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

„U ovom slučaju, ovo je potpuno diskriminatorски zakon. Zakon koji odiše jednom patološkom mržnjom prema pušačima. Ne znam zašto, ne znam iz kog razloga se to čak i našlo u skupštinskoj debati.“ (Predrag Mijatović, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

U radu je već rečeno da brojna istraživanja takođe ukazuju na to denormalizaciju pušenja gotovo po pravilu prati stigmatizacija i diskriminacija pušača u društvu (npr. Bayer and Stuber 2006, Bayer 2008, Wood et al. 2013, Tan 2013, Thompson, Pearce and Barnett 2007, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Bell 2013a, b, 2010a, b, Bell and Dennis 2013, Dennis 2013b, Louka et al. 2006, Stuber, Galea and Link 2008, Fischer and Poland 1998, Poland 2000). Ova istraživanja su pokazala da je u mnogim društvima danas pušenje stigmatizovano i marginalizovano kao devijantno ponašanje, a da se duvan praktično izjedanačava sa ilegalnim drogama. U takvom kontekstu pušači se često ne osećaju slobodnim da puše u javnosti, čak ni na onim mestima na kojima je pušenje dozvoljeno, jer su podvrgnuti osudi okoline koja nije isključivo usmerena na

sam čin pušenja nego i na osobe koje puše. Identitet pušača danas se definiše kao nepoželjni društveni identitet, a pušači kao loše osobe. Ovakav odnos prema pušačima ima brojne negativne implikacije u životu ovih ljudi, kao što su diskriminacija prilikom zapošljavanja, izdavanja osiguranja, negiranje prava pušača da koriste usluge sistema zdravstvene zaštite i nege, isključivanje pušača iz javnog prostora i učešća u njemu koje je ključno u konstituisanju građanstva i građanske pripadnosti i sl. (Bell et al. 2010b, Bell, Salmon and McNaughton 2011, Bell et al. 2010a, Dennis 2013b, 2014, Fischer and Poland 1998, Thompson, Pearce and Barnett 2007, Dean 2014). Negativan odnos prema pušenju u društvu i stigmatizacija pušača koji on za sobom povlači kod pušača mogu izazvati različite reakcije. Jedan od odgovora pušača na denormalizaciju pušenja (i pušača) može biti ostavljanje pušenja – razlog za to jeste stigma koja prati pušače, ali i nelagoda koju u njima izaziva ograničavanje mogućnosti da puše na javnim mestima (Bell et al. 2010b). U ovakvim slučajevima može se govoriti o uspehu taktike denormalizacije, s obzirom na to da je njen cilj smanjenje broja pušača. Međutim, ovo nije jedina reakcija na denormalizaciju pušenja niti je ona koja se najčešće javlja. Kako neki autori zapažaju, veoma česta reakcija na denormalizaciju pušenja kod pušača jeste pojava osećaj sramote i krivice usled internalizacije stigme (Tan 2013, Bell et al. 2010b, Fischer and Poland 1998, Poland 2000, Thompson, Pearce and Barnett 2009, Frohlich et al. 2010). Na taj način se kod pušača stvara osećaj da su oni ljudi koji su manje vredni od ostalih, što ima krajnje negativan uticaj na njihov osećaj blagostanja. Takvi pušači obično često pokušavaju da prestanu da puše, ali im to najčešće ne polazi za rukom, usled čega se kod njih produbljuje njihov osećaj manjka samopoštovanja. Osim toga, denormalizacija pušenja kod nekih pušača može dovesti do promena navika u vezi sa pušenjem u zavisnosti od konteksta. S obzirom na to da se više ne osećaju slobodnim da puše u javnosti i da im to stvara osećaj neprijatnosti, neki pušači prestaju da puše u javnosti, neki prestaju da puše pred nepušačima, dok neki puše samo kod prijatelja koji su takođe pušači ili isključivo u svojoj kući (Wood et al. 2013, Bell et al. 2010b, Thompson, Pearce and Barnett 2009, Frohlich et al. 2010). Ova reakcija na denormalizaciju pušenja podrazumeva dakle konstantno osciliranje između kategorije

pušača i kategorije nepušača u zavisnosti od konteksta i odnosa prema pušačima koji je za njega karakterističan. Reakcije koje se kod pušača najčešće javljaju na denormalizaciju pušenja jesu internalizacija stigme i prikrivanje činjenice da su pušači, a ne dakle ostavljanje pušenja, što ukazuje na to da ova strategija vrlo često ne dovodi do željenih rezultata – smanjenja broja pušača. Osim što ne doprinosi ostavljanju pušenja, strategija denormalizacije često dovodi i drugog sličnog efekta potpuno suprotnog očekivanom – podsticanja na pušenje (Thompson, Pearce and Barnett 2007, Bell et al. 2010a). Naime, stigma, kao što je malopre već rečeno, može da dovede do toga da pušači prestanu da puše pred nepušačima/u javnosti i da počnu da puše isključivo pred drugim pušačima ili nepušačima, najčešće poznanicima i prijateljima, koji ih neće osuđivati zbog toga što puše. To znači da je jedan od efekata stigmatizacije pušača stvaranje izolovanih „ostrva“ pušača u okviru populacije, njihovog grupisanja u okviru prostora u kojem neće biti stigmatizovani. Ova posledica denormalizacije pušenja bilo da nastaje kao rezultat otpora pušača bilo zbog njihove nemogućnosti da ostave pušenje, doprinosi podsticanju pušenja među pušačima. Osim toga, stigmatizacija pušača može negativno da se odrazi na potragu za profesionalnom pomoći u ostavljanju pušenja, što takođe ne doprinosi smanjenju broja pušača (Bell et al. 2010a). Pušači inače vrlo često izbegavaju da lekarima otkriju da puše, a takođe izbegavaju i da sa njima razgovaraju o ostavljanju pušenja i da zatraže stručni savet u tom pogledu (*Ibid.*). Sve ovo doprinosi tome da ljudi koji puše i dalje nastave to da čine, čime se ostvaruje negativan uticaj na njihovo zdravstveno stanje.¹⁷⁰ Na slične efekte denormalizacije pušenja ukazano je i u domaćoj građi koja je u ovom radu analizirana u kojoj je istaknuto kako zabrana pušenja na javnim mestima i drugi slični potezi javnog zdravlja koji imaju za cilj denormalizaciju pušenja mogu izazvati efekte suprotne od očekivanih, kao što je otpor pušača prema ovim merama, posredstvom čega se oni zapravo odvrću od ostavljanja pušenja.

¹⁷⁰ Stigmatizacija pušača može i na druge načine da se negativno odrazi na njihovo fizičko zdravlje dakle ne samo putem podsticanja pušenja i sprečavanja potrage stručne pomoći u ostavljanju pušenja nego i putem stresa koji izaziva (Bayer 2008, v. i Stuber, Meyer and Link 2008, Hatzenbuehler et al. 2013, Dean 2014, Link and Phelan 2006).

„U parlamentu u Strazburu se puši, a mi hoćemo da budemo veći pop od popa. Onda kada pušač reći da prekine da puši, onda je to prava stvar. Ovako može da se pojavi inat, pa će biti nezgodno kad počnu da nas jure po nekim ćoškovima, ne daj Bože, po toaletu“, rekla je Lidija Vukićević.“ („Poslanici nesložni o zabrani pušenja“, Blic, 19. 10. 2010.)

„Doktor Poskurica je toliko dobro objasnio suštinu mojih razloga za brisanje ovog amandmana, da gotovo nemam šta da dodam. Sa jedne strane, ukazao je na ozbiljan diskriminatorski stav prema nama koji smo pristali da se zovemo zavisnicima od duvanskog dima, ali isto tako i na činjenicu da će teško bilo kakva prohibicija uroditi plodom. Jer, nema te kancelarija koje će moći da napravi prevenciju i promociju nekakvih zdravih stilova življenja, ukoliko to ne bude lično svedočenje, modelovanje ljudi. Mnogi od nas koji su započinjali za pušenjem cigareta to su činili jer su imali pogrešnu direkciju. Direkcija je bila – nemoj da pušiš, još si mali, tako da je podsticaj na pušenje išao iz neke potrebe za izražavanjem bunta prema odraslima i dokazivanje da ste ušli u neki svet starijih. Ovoga trenutka mnogi pušači jesu svesni svih mogućih posledica, na kraju i finansijskih posledica koje konzumiranje duvana donosi, ali pežorativan i diskriminatorski stav nikako neće doprineti tome da se oni priključe kao glavni motivatori kampanje za promociju zdravih stilova življenja.“ (Aleksandra Janković, poslanička grupa Nova Srbija, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 21. 04. 2010.)

„Vidite, sada je nepušačima veoma drago što će u brojnim institucijama zabraniti pušenje. Tako je i ministar malopre odreagovao za pušenje u Skupštini. Ako donosimo neki zakon, već je rečeno, treba da bude primenjiv. Ako idemo suviše rigidno, ne samo u ovom zakonu. U svim zakonima se pokazalo kada se ide na previše rigidnu varijantu, stvara se takav otpor i naboj da sprovođenje zakona postaje problem. Posle određenog vremena, takav rigidan zakon je kontraproduktivan, jer dovodi do sve šireg nepoštovanja zakona.“ (Milan Knežević, poslanička grupa Napred Srbijo, u izlaganju na skupštinskoj sednici održanoj dana 08. 04. 2010.)

5. 1. 4. 3. DENORMALIZACIJA PUŠENJA KAO PRIMER DELOVANJA NEOLIBERALNE VEŠTINE UPRAVLJANJA

U prethodnom delu rada je ukazano na to denormalizacija pušenja vrlo često ne dovodi do očekivanih rezultata, pa i da potpomaže efekte koji su suprotni od željenih. Ovakve efekte strategija denormalizacije najčešće ostvaruje među pripadnicima nižih klasa: kako određena istraživanja pokazuju, siromašni, manje obrazovani pušači stigmatizaciju i denormalizaciju pušenja percipiraju kao slabiju u poređenju sa bogatijim i obrazovanijim pušačima, zbog čega ova strategija gotovo i da nema nikakav uticaj na njih ili je on slabiji u odnosu na uticaj koji ista ova strategija ostvaruje na pušače višeg socio-ekonomskog statusa (Bell et al. 2010a, 797, v. i Frohlich et al. 2010, Poland 2000, Fischer and Poland 1998). U radu je već rečeno da danas većina pušača potiče iz nižih klasa i da su pripadnici više klase u velikoj meri ostavili pušenje (Bayer 2008, Bayer and Colgrove 2002, Bayer and Stuber 2006, Bell et al. 2010a, Dennis 2013b, Tan 2013, Fischer and Poland 1998, Poland 2000). Ovakav trend u pogledu klasne strukture pušača datira još s kraja 1980-tih i početka 1990-tih od kada se zapravo i primenjuje strategija denormalizacije pušenja i od kada se može pratiti nastojanje više klase da redefiniše pušenje i označi ga kao nezdravo i društveno nepoželjno ponšanje (Bayer 2008, Bayer and Colgrove 2002, Bell et al. 2010a). U ovom kontekstu posmatrano, denormalizacija pušenja se ne može shvatiti (samo) kao strategija koja ima za cilj smanjenje broja pušača i poboljšanje zdravlja populacije u celini, a umesto na ovaj način, kako neki autori predlažu, denormalizaciju pušenja pre treba posmatrati kao sredstvo koje viša klasa koristi u cilju klasne distinkcije, disciplinovanja nižih klasa i njihovog isključivanja iz javnog prostora i učestovanja u javnom životu zajednice (v. npr. Fischer and Poland 1998, Poland 2000, Thompson, Pearce and Barnett 2007, 2009). Viša klasa je, kako je u ovom delu rada istaknuto, više sklona prihvatanju i usvajanju poruka o zdravom načinu života (v. i Järvinen 2012), a takođe je i osetljivija na stigmatizaciju nezdravih životnih stilova i osoba koje ih praktikuju, zbog čega uglavnom nastoji da realizuje u društvu dominantni imperativ zdravlja. To, kao što je

već rečeno, obično nije slučaj sa pripadnicima nižih klasa, što predstavlja jedan od osnova na kojoj viša klasa temelji svoju specifičnost u odnosu na niže klase.¹⁷¹ Usvajanje imperativa zdravlja kao jedan od pokazatelja klasne distinkcije prati stigmatizacija ponašanja koji se suprotstavljaju ovom imperativu, kao i osoba koje praktikuju ovakve oblike ponašanja – pripadnika nižih klasa. Međutim, na ovaj način viša klasa ne nastoji samo da istakne svoju specifičnost, već i da norme koje ona sama poštuje prenese na pripadnike nižih klasa, odnosno da disciplinuje one oblike ponašanja koje oni praktikuju, a koji su sa njima u suprotnosti. U savremenom periodu disciplinovanje nižih klasa se, kao što je već rečeno, ne odvija putem primene nasilnih, korektivnih strategija, već putem podsticanja samodiscipline i samoregulacije – ovo je glavna odlika neoliberalne veštine upravljanja (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Burchell 1996, Petersen 1997, Lupton 1995, 1999, Petersen and Lupton 1996).¹⁷² Otuda se denormalizacija pušenja može shvatiti kao jedan od primera delovanja neoliberalne veštine upravljanja, s obzirom na to da je njen cilj da dovede do promene u ponašanju pojedinca (ostavljanja pušenja) bez direktne intervencije, putem podsticanja samoregulacije i samokontrole pojedinca u skladu sa dominantnim imperativom zdravlja koji podržava ciljeve vlasti. Osim toga, strategija denormalizacije pušenja ostvaruje upravljanje na daljinu i na taj način što podstiče nadgledanje ponašanja pušača u javnom prostoru od strane ostalih građana koji se ohrabruju da budu aktivni po pitanju sopstvene zaštite od rizika, i onih koji potiču od njih samih, ali i onih koji potiču od drugih ljudi (Bell 2013b, Fischer and Poland 1998).¹⁷³ Na taj način se smanjuje transparentnost vršenja neoliberalne veštine upravljanja, a time i mogućnost

¹⁷¹ Neki autori ukazuju na to da je osećaj kontrole nad sopstvenim zdravljem i blagostanjem fenomen specifičan pretežno za srednju klasu: pripadnici ove klase imaju izražen osećaj kontrole nad svojim zdravljem i/ili veruju da mogu uspostaviti kontrolu nad svojim zdravljem, dok pripadnici niže klase manje veruju u sebe i svoju efikasnost, a više u sudbinu i uticaj drugih sila i faktora koji su van dometa njihovog uticaja (Lachman and Weaver 1998).

¹⁷² Ovakav oblik upravljanja se ne sprovodi samo nad pripadnicima niže klase, već nad čitavom populacijom, ali potiče od više klase i ona ga sama na sebi najpre sprovodi, a onda nastoji da ga primeni i na pripadnike ostalih, nižih klasa.

¹⁷³ Nadgledanje pušača u javnom prostoru od strane ostalih građana prvenstveno je povezano sa nastojanjem da se obezbedi poštovanje zabrane pušenja na određenim javnim mestima, ali je vrlo često prisutno i onim kontekstima na koje se takva zabrana ne odnosi, odnosno i kada ne postoji zakonska osnova kao polazište za nadgledanje (Bell 2013b, Fischer and Poland 1998).

izbijanja otpora, kao i troškovi njenog sprovođenja, a sve ovo su, kao što je već rečeno, kriterijumi čije zadovoljenje garantuje uspešnost svake vlasti (Fuko 1997, 2006, Lupton 1999, Rose 1996, 1999, 2000b, 2006, Burchell 1996, Rose and Miller 1992, King and Kendall 2000). Konačni cilj denormalizacije pušenja kao sredstva neoliberalne veštine upravljanja jeste smanjenje broja pušača koje označava postizanje pokornosti nad onima nad kojima se vrši vlast, odnosno usvajanja imperativa samoregulacije, samokontrole i samodiscipline, ali tako da ono ujedno služi interesima vlasti – uvećanju biološkog kapitala populacije kao radne snage, a posredstvom toga i uvećanju ekonomskog kapitala. Denormalizacija pušenja, kao što je već rečeno, željene rezultate daje uglavnom kod pripadnika više klase koji pravljjenjem razlike u odnosu na pripadnike nižih klasa žele da potvrde svoju vrednost i istaknu svoju specifičnost. Međutim, kod pripadnika nižih klasa to nije slučaj: oni najčešće ne reaguju na denormalizaciju pušenja na očekivan i željen način i uprkos primeni ove strategije oni i dalje nastavljaju da puše, na taj način se suprotstavljajući interesima vlasti. Zbog toga što nastavljaju na puše uprkos svim upozorenjima o štetnosti pušenja, kako aktivnog tako i pasivnog, pripadnici nižih klasa bivaju okarakterisani kao nerazumne i iracionalne osobe, kao osobe koje ne vode računa o sopstvenom zdravlju i zdravlju ljudi iz svoje okoline koje izlažu duvanskom dimu, kao osobe koje nisu uspele da se staraju o sebi i koje nisu u stanju da praktikuju samokontrolu i samodisciplinu, koje su necivilizovane i sl. (npr. Poland 2000, Tan 2013, Thompson, Pearce and Barnett 2007). Ovakva tumačenja pušača nisu nužno ograničena na pušače koji potiču iz nižih klasa i na to je u radu već ukazano, mada se uglavnom na njih odnose, budući da najveći broj pušača danas čine pripadnici upravo ovih klasa. To doprinosi dodatnoj stigmatizaciji ovih osoba koje su na prvom mestu stigmatizovane zbog svog socio-ekonomskog statusa, a ovakav njihov položaj u društvu još više pogoršava denormalizacija pušenja. Osim toga, opisana tumačenja pušača opravdavaju kontrolu nad pripadnicima nižih klasa koji su ujedno i pušači, a zajedno sa denormalizacijom pušenja dovode i do njihovog isključivanja iz javnog prostora (Fischer and Poland 1998, Poland 2000, Thompson, Pearce and Barnett 2007, 2009, Bell 2013b, Dennis 2013b, 2014, Tan 2013).

To isključivanje ne odvija se samo putem zabrane pušenja na određenim javnim mestima koju podrazumeva denormalizacija pušenja nego i putem denormalizacije pušača koja ovu strategiju neminovno prati, ali i zahvaljujući dominantnim tumačenjem pušača u društvu: usled stigmatizacije kojoj su izloženi, mnogi pušači se, kao što je već rečeno, povlače iz javnog prostora kako bi izbegli osudu okoline. Isključivanje iz javnog prostora ovim pojedincima uskraćuje pravo da učestvuju u javnom životu zajednice, a na taj način ih lišava njihovog identiteta građanina, s obzirom na to da se građanstvo definiše na osnovu učestovanja u javnom prostoru (Bell 2013b, Dennis 2013b, 2014). Osim toga, na taj način se i redefiniše javni prostor koji tako postaje prostor koji reflektuje isključivo vrednosti pripadnika više i srednje klase (*Ibid.*). Konačno, isključivanje pripadnika nižih klasa iz javnog prostora stvara klasnu distancu koja neminovno mora biti i prostorna (Fischer and Poland 1998, Poland 2000, Thompson, Pearce and Barnett 2007, v. i Sibley 1995).¹⁷⁴

Izneta razmatranja o efektima koje denormalizacija pušenja stvara, kao što su isključenje pripadnika niže klase iz javnog prostora i učestvovanja u javnom životu zajednice, oblikovanje javnog prostora tako da reflektuje vrednosti srednje i više klase i stvaranje prostorne distance među klasama, odnose se na razvoja zapadna društva. U Srbiji se, međutim, u tom pogledu mogu zapaziti određene specifičnosti na koje je nužno ukazati, a koje se tiču civilnog društva čiji je razvoj i karakter umnogome drugačiji u odnosu na zapadne zemlje. Kao prvo, u Srbiji je do postepenog formiranja civilnog društva na široj osnovi došlo tek početkom 1980-tih (Lazić 2005).¹⁷⁵ Međutim, čak i

¹⁷⁴ Pravljenje klasne distance u prostornom smislu se ne odvija samo putem isključivanja pripadnika nižih klasa iz javnog prostora, već i pravljenjem granica između pripadnika različitih klasa u okviru javnog prostora. Dobar primer za to je upravo zabrana pušenja na određenim javnim mestima koja uspostavlja prostorne granice između pripadnika viših klasa koji su mahom nepušači i pripadnika nižih klasa koji su mahom pušači (Fischer and Poland 1998, Poland 2000).

¹⁷⁵ Razlozi zbog kojih je civilno društvo u Srbiji bilo sve do nedavno tek rudimentarno razvijeno u vezi su sa pretkomunističkim istorijskim nasleđem i opštim karakteristikama socijalističkog načina proizvodnje društvenog života u Jugoslaviji/Srbiji (Lazić 2005, 66-67). Kao prvo, u pretkomunističkom periodu, u uslovima zakasnele modernizacije, društvena energija je prvenstveno bila usmerena na političke probleme, a buržoasko društvo nije težilo da se osamostali od države, već da se sa njom sjedini kako bi iskoristilo državne aparate kao sredstvo za ekonomsku akumulaciju, što se negativno odražavalo na razvoj civilnog društva. Isti efekat u ovom periodu imalo je podrvgavanje društva kontroli autoritarne države kojoj ono samo nije pružalo neki značajniji otpor zbog tradicionalne patrijarhalne (političke) kulture čija je istaknuta odlika autoritarnost. Uspostavljanje socijalističkog društvenog poretka u

tokom i nakon 1990-tih, kada je došlo do ubrzanog rasta civilnog sektora u Srbiji, razvoj civilnog društva je u velikoj meri bio ograničen (*Ibid.*).¹⁷⁶ Osim toga, u Srbiji su aktivnosti u oblasti civilnog društva pretežno bile usmerene na političke probleme (Lazić 2005, Babović 2002).¹⁷⁷ Uprkos ovim specifičnostima i poteškoćama u razvoju civilnog društva u Srbiji po kojima se ono razlikuje od civilnog društva u zapadnim zemljama, određene sličnosti ipak postoje, a one se tiču njene klasne osnove. Naime, i u zapadnim društvima i u Srbiji akteri angažovani u oblasti civilnog društva većinom su pripadnici srednje klase, a to nije isključivo karakteristika savremenog civilnog društva u Srbiji nego i njegovih proto-oblika iz prošlosti (Lazić 2005, Babović 2002). Osim toga, pripadnici srednje klase angažovani u oblasti civilnog sektora imali su veoma važnu

Jugoslaviji/Srbiji nakon II svetskog rata dodatno je osnažilo prethodne tendencije koje su sprečavale razvoj civilnog društva na taj način što su sa njime osnovne pretpostavke za nastanak civilnog društva sistemski bile ukinute: socijalistički način proizvodnje društvenog života počiva na totalizaciji i komandno-planskoj regulaciji svih društvenih podistema, što isključuje mogućnost postojanja autonomnog prostora unutar društvenog sistema koji zahteva civilno društvo. Osim toga, prepreke razvoju civilnog društva u Srbiji u socijalističkom periodu bile su i ukidanje privatnog vlasništva koje je dovelo do ukidanja materijalne i interesne osnove za nezavisno šire društveno grupisanje, partijsko-politički monopol koji je ukinuo organizacijske pretpostavke za samostalno grupno delovanje i ideološki monopol koji je sprečavao razvoj autonomne kolektivne refleksivnosti. Iako su pomenuti faktori nepovoljno uticali na razvoj civilnog društva u Srbiji/Jugoslaviji, to ne znači da sve do 1980-tih nije povremeno dolazilo do pojave pojedinih oblika civilnog društva, nego da ono nije bilo razvijeno na široj osnovi. To naročito važi za socijalistički period u kojem je usvajanje modela samoupravnog socijalizma omogućilo stvaranje uslova za razvoj klica civilnog društva u drugoj polovini 1960-tih, s obzirom na to da je ovaj model podrazumevao institucionalizaciju parcijalne decentralizacije, kao i relativna otvorenost zemlje prema Zapadu (*Ibid.*, 68). Tokom 1980-tih civilno društvo u Srbiji/Jugoslaviji je naglije počelo da se razvija, čemu je doprinela kriza socijalističkog sistema odnosa koja je oslabila njegov totalizacijski aspekt, a do koje je dovela smrt Josipa Broza 1980. godine, odnosno ograničavajući i legitimizacijska destabilizacija koju je uslovlila, i sve dublja ekonomska kriza (*Ibid.*, 68-69).

¹⁷⁶ Ubrzan rast civilnog društva u Srbiji počev od 1990-tih bio je povezan sa usponom demokratizacije, ali i sa značajnim prilivom inostranih finansijskih sredstava koji je doveo do hiperorganizovanosti, orijentacije na sticanje prihoda, projektne usmerenosti, profesionalizacije (Lazić 2005, 91). To u velikoj meri ograničava razvoj civilnog društva u Srbiji onako kako je ono idealtipski određeno – kao sfere autonomije, solidarnosti, dobrovoljnosti, jednakosti, pluralizma, mada nenasilje kao cilj civilnog društva u Srbiji jedino nikada nije kompromitovano (*Ibid.*, 91).

¹⁷⁷ Orijetisanost civilnog društva u Srbiji/Jugoslaviji ka političkim problemima posebno je bila izražena u pretkomunističkom periodu i u periodu blokirane transformacije društva. U pretkomunističkom periodu društvena energija, posebno uske političke i kulturne elite, bila je u naglašenoj meri usmeravana na političke probleme i to do 1878. na državno osamostaljenje, zatim do 1918. na teritorijalno proširenje, odnosno nacionalno ujedinjenje, a do 1941. na konsolidaciju etnički i kulturno heterogene države (Lazić 2005, 66). U periodu blokirane post-socijalističke transformacije, od 1989. do 2000. godine, dominantno središte svih javnih aktivnosti u Srbiji takođe je bilo u sferi politike, s obzirom na neuspeh koji su demokratske partije doživele na nekoliko izbora na kojima nisu uspele da sa vlasti smene partiju koja je bila naslednica komunističkog režima, kao i na posledice tog neuspeha (*Ibid.*, 71).

ulogu u društvu u vidu učestvovanja u društvenim pokretima i protestima tokom 1990-tih koji su doveli do okončanja blokade post-socijalističkih transformacijskih procesa (*Ibid.*). Dakle, iako se u Srbiji mogu zapaziti brojne specifičnosti u pogledu toka razvoja civilnog društva i njegovih karakteristika u odnosu na zapadne zemlje, određene sličnosti ne mogu biti negirane: civilni sektor je imao je veoma važnu ulogu u društvu, a njegov nosilac je srednja klasa. Angažovanje srednje klase u oblasti civilnog društva u procesima od izuzetnog društvenog značaja Srbiju približava zapadnim zemljama i čini mogućim primenu tumačenja denormalizacije pušenja kao sredstva za isključenje pripadnika niže klase iz javnog prostora i uređenja ovog prostora tako da reprezentuje vrednosti srednje klase koje se odnosi na zapadna društva i na kontekst savremene Srbije.

5. 1. 5. KONSTRUISANJE PUŠENJA KAO DRUŠTVENOG PROBLEMA

Na osnovu svega što je do sada rečeno o kulturnoj konceptualizaciji pušenja u savremenoj Srbiji može se izvesti zaključak da je dominantna perspektiva koja se usvaja prilikom tumačenja ove pojave perspektiva problema, odnosno da se insistira na tumačenju pušenja kao negativne pojave spram koje treba preduzeti mere koje će doprineti njenom suzbijanju. Definisanje pušenja kao društvenog problema kakvo se zapaža u analiziranom materijalu će u ovom delu rada biti razmotreno primenom Blumerove (*Herbert Blumer*) teorije o konstruisanju društvenih problema. Odmah na početku bi trebalo napomenuti da materijal na osnovu kojeg će biti razmotreno konstruisanje pušenja kao društvenog problema u Srbiji pokazuje izvesna ograničenja zbog čega se zaključci do kojih se u ovom delu rada bude došlo ne mogu smatrati punovažnim i da ih pre treba shvatiti kao pretpostavke. Naime, materijal koji će u ovom delu rada biti korišćen identičan je onome koji je korišćen u ostalom delu rada čiji je predmet kulturna konceptualizacija pušenja u savremenoj Srbiji, odnosno sastoji se iz Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, transkripta sednica Narodne skupštine na kojem je raspravljano o predlogu ovog zakona i medijske reprezentacije njegovog uvođenja i primene. Taj materijal je, i po raznovrsnosti obuhvaćenih izvora i po vremenskom periodu koji pokriva, nedovoljan za jednu iscrpnu i detaljnu analizu koju, kako će u daljem delu rada biti pokazano, zahteva razmatranje konstruisanja nekog društvenog problema, zbog čega rezultati ovog dela istraživanja ne mogu biti prihvaćeni kao verodostojni zaključci o temi koja je njegov predmet proučavanja. Uprkos tome u ovom delu rada pokušaću da na osnovu trenutno raspoloživog materijala skiciram razvoj procesa kolektivnog definisanja pušenja kao društvenog problema u Srbiji, pri čemu ovakav potez iz dva razloga smatram korisnim.

Kao prvo, ovaj pokušaj će, bez sumnje, omogućiti sticanje uvida u tematiku koja je predmet proučavanja. To je posebno jasno ako se ima na umu donedavna gotovo apsolutna društvena tolerancija prema pušenju i skorašnje uvođenje rigoroznijeg zakona o pušenju u javnim i radnim prostorima koji upućuju na to da je konstruisanje pušenja kao društvenog problema u Srbiji proces koji je relativno nedavno otpočeo, zbog čega se može pretpostaviti da materijal koji će ovde biti korišćen adekvatan u pogledu vremenskog perioda koji je njime obuhvaćen.¹⁷⁸ Kao drugo, rezultati ovog dela istraživanja se mogu smatrati dobrim polazištem za buduća proučavanja ove tematike u smislu da će na taj način biti postavljene polazne pretpostavke koje bi ta istraživanja mogla da usmeravaju.

Svoju teoriju o konstruisanju društvenih problema Blumer je izložio u radu „Društveni problemi kao kolektivno ponašanje“ (*„Social problems as collective behavior“*) u kojem je istakao da društveni problemi ne predstavljaju objektivne patološke, disfunkcionalne i devijantne pojave u društvu, nego produkte procesa kolektivnog definisanja (Blumer 1971). Društveni problemi dakle ne postoje sami po sebi, već nastaju tek onda kada u društvu postanu označeni kao takvi. Ukoliko bi, kako Blumer napominje, društvene probleme definisali kao objektivne patološke pojave, onda ne bi smo bili u stanju da objasnimo zašto neki oblici društvene devijantnosti i disfunkcionalnosti bivaju označeni kao društveni problemi, a neki ne (*Ibid.*, 300). Međutim, ukoliko bismo društvene probleme tumačili kao produkte procesa kolektivnog definisanja onda bismo mogli da pružimo odgovor na ovo pitanje sagledavanjem načina na koji se ovaj proces odigrava, jer je upravo ovaj proces odgovoran za pojavu društvenog problema, ali i za način na koji se on tumači, razmatra i za način na koji mu se pristupa, za rešenja koja se za njega predlažu i za način na koji ona funkcionišu u praksi (*Ibid.*, 301). Proces kolektivnog definisanja dakle određuje istoriju društvenog problema od njegovog nastanka do onoga što bi se moglo smatrati

¹⁷⁸ To svakako ne može biti sa preciznošću utvrđeno bez dodatnog istraživanja koje zalazi dublje u prošlost; otuda napomena da se za period pokriven u ovom radu može pretpostaviti da je adekvatan za proučavanje konstruisanja pušenja kao društvenog problema u Srbiji kada je o vremenskoj dimenziji reč, a iz razloga koji su navedeni. Naravno, to ne važi i za korišćenje dodatnih izvora koje proučavanje ove tematike zahteva.

njegovim krajem, zbog čega je njegovo proučavanje ključno za razumevanje nekog društvenog problema. Ovaj proces se prema Blumeru sastoji iz pet faza: 1) pojava društvenog problema kroz društveno prepoznavanje; 2) legitimizacija društvenog problema kroz pokretanje javnih rasprava o njemu u arenama javne diskusije; 3) mobilizacija akcije u vezi sa datim društvenim problemom koja se odvija kroz sukobljavanje suprotstavljenih stavova i interesa; 4) formiranje oficijelnog plana akcije u vezi sa datim društvenim problemom koje obično uključuje angažovanje institucija zakonodavne i izvršne vlasti; 5) implementacija oficijelnog plana akcije koja po pravilu dovodi do redefinisanja datog društvenog problema, a obično i do novih predloga u vezi sa akcijom koju spram njega treba preduzeti. Blumerov model procesa kolektivnog definisanja neke pojave kao društvenog problema će u daljem delu rada biti detaljnije obrazložen, a onda i primenjen na razmatranje konstruisanja pušenja kao društvenog problema u savremenoj Srbiji.

Blumer, kao što je već rečeno, smatra da društveni problemi ne nastaju kao rezultat lošeg funkcionisanja društva, već da predstavljaju rezultat procesa kolektivnog definisanja u kojem se neko stanje ili pojava identifikuje kao društveni problem. Društveni problem dakle ne postoji u društvu, osim ako društvo ne prepozna da on postoji (*Ibid.*, 301-302). Postoje brojni faktori na koje je, kako Blumer napominje, ključno obratiti pažnju prilikom razmatranja pojave nekog društvenog problema, kao što su: angažovanje različitih interesnih grupa i aktera, političara, moćnih organizacija i korporacija koji na taj način žele da doprinesu prepoznavanju određene pojave ili stanja kao društvenog problema ili da tome odmognu, koje tim grupama i akterima obezbeđuje određenu korist, najčešće materijalnu; nemogućnost grupa koje u društvu ne poseduju moć da skrenu pažnju na ono što one smatraju društvenim problemom; uloga masovnih medija u selekciji društvenih problema; uticaj skandala koji šokiraju javnost itd. (*Ibid.*, 302). Na osnovu materijala koji je u ovom istraživanju analiziran, kao i na osnovu doskorašnje gotovo apsolutne tolerancije prema duvanskom dimu u Srbiji, može se zapaziti da je ključni faktor koji je u Srbiji uticao na prepoznavanje pušenja kao društvenog problema bio najava uvođenja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti

duvanskom dimu te da su ključnu ulogu u ovom procesu imale one institucije i akteri koji su inicirali uvođenje ovog zakona i koji su učestvovali u izradi predloga ovog zakona – Ministarstvo zdravlja i medicinski eksperti angažovani u telima osnovanim pri Ministarstvu zdravlja koja se bave prevencijom upotrebe duvana. Osim toga, istaknutu ulogu u prepoznavanju pušenja kao društvenog problema imali su i medicinski eksperti koji nisu učestvovali u procesu formulisanja Predloga zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, ali koji su svojim izjavama za medije o pušenju doprineli prepoznavanju ove pojave kao društvenog problema, kao i celokupna medijska reprezentacija najave uvođenja ovog zakona koja je, zahvaljujući insistiranju na određenom načinu predstavljanja pušenja, doprinela tome da ono u društvu bude prepoznato kao problem. Angažovanje Ministarstva zdravlja koje se ogleda u vidu predlaganja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu se može smatrati ključnim u društvenom prepoznavanju pušenja kao problema, a ono se može objasniti kao potez koji je načinjen u skladu sa obavezama koje Okvirna konvencija o kontroli duvana, koju je Srbija potpisala 2006. godine, predviđa za zemlje koje su njene potpisnice, a koji se može protumačiti kao odraz težnje za približavanjem Srbije Evropskoj uniji, odnosno razvijenom zapadnom svetu. Interes kojim su medicinski eksperti koji su dali doprinos prepoznavanju pušenja kao društvenog problema bili vođeni ovom prilikom ne može sa preciznošću biti utvrđen. Ipak, može pretpostaviti da se ovakvo angažovanje medicinskih eksperata može dovesti u vezu sa pokušajem osnaživanja autoriteta medicine kao profesije u društvu koje bi bilo obezbeđeno usvajanjem Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu koje je predložilo Ministarstvo zdravlja, kao i putem dalje medikalizacije pušenja koja na ovim prostorima u praksi još nije zaživela u nekoj većoj meri.¹⁷⁹ U vezi sa medikalizacijom

¹⁷⁹ U teorijskom smislu, dakle na nivou biomedicine kao nauke, pušenje je medikalizovano kao bolest zavisnosti od nikotina, a ovo u praksi za sobom povlači korišćenje niza terapijskih sredstava od strane pušača koji žele da ostave pušenje koje biomedicina kao teorijski sistem predlaže i koje kao sistem lečenja ordinira i sprovodi. Za razliku od zapadnih zemalja, u Srbiji je broj pušača i dalje veliki, a interesovanje za korišćenje metoda za ostavljanje pušenja slabo. U tom smislu se može reći da bi prepoznavanje pušenja kao društvenog problema moglo da doprinese daljoj medikalizaciji pušenja u Srbiji na način koji je ovde opisan, s obzirom na to da se može pretpostaviti da bi ovakvo negativno tumačenje pušenja doprinelo većem interesovanju pušača da sa ovom praksom prekinu.

pušenja, može se pretpostaviti da su farmaceutski giganti posredno uticali na prepoznavanje pušenja kao društvenog problema vršeći uticaj na medicinske eksperte sa ciljem da podstaknu ostvarivanje profita od prodaje lekova i preparata za odvikavanje od pušenja. Pored pomenutih institucija i aktera, važnu ulogu u prepoznavanju pušenja kao društvenog problema imali su i mediji koji su o pušenju gotovo u potpunosti izveštavali na negativan način i koji su prostor davali uglavnom izjavama medicinskih eksperata, odnosno koji su selekcijom informacija koje su prezentovali javnosti uticali na kreiranje negativnih predstava o pušenju i tako doprineli tome da ono u društvu bude prepoznato kao problem. Ovakav stav koji su mediji u periodu koji je ovim istraživanjem obuhvaćen zauzeli prema pušenju doprinoseći njegovom prepoznavanju kao društvenog problema može se objasniti njihovom težnjom da sebe predstavljaju kao pouzdan i objektivan izvor informacija, ali i težnjom za povećanjem njihove čitanosti/gledanosti, tj. uvećanjem profita koji na taj način ostvaruju. Zbog svega toga mediji se u izveštavanju o pušenju pretežno oslanjaju na biomedicinski diskurs, s obzirom na to da se on u društvu smatra jedinim legitimnim izvorom informacija o ovoj temi.

Da bi neki društveni problem, nakon prvobitnog prepoznavanja kao takvog, mogao da nastavi svoju „karijeru“, on mora da stekne legitimitet koji je neophodan kako bi on postao predmet javne debate u arenama koje su u društvu za to predviđene, kao što su mediji, škola, crkva, organizacije civilnog društva, državne institucije itd. (*Ibid.*, 302-303). U vezi sa tim, veoma je važno razmotriti razloge zbog kojih neki društveni problemi bivaju ocenjeni kao značajni na taj način dobijajući legitimitet u društvu, s obzirom na to da se svi društveni problemi ne smatraju jednako važnim – mnogi problemi u društvu bivaju ignorisani i nikada ne uspeju da steknu respektabilnost koja je neophodna za njihov dalji „život“ (*Ibid.*, 303). Kako Blumer napominje, u trenutku u kojem je nastao njegov rad o konstruisanju društvenih problema putem procesa kolektivnog definisanja gotovo da uopšte nisu rađene studije o tome zašto neki društveni problemi uspevaju da dobiju legitimitet u društvu, zbog čega je on tada istakao važnost sprovođenja ovakih istraživanja u budućnosti, između ostalog i zbog

toga što će na taj način biti moguće odrediti smernice za proučavanje ovog procesa (*Ibid.*, 303). Blumer dakle ne navodi nikakve preporuke u vezi sa proučavanjem razloga zbog kojih neki problemi uspeju da steknu legitimitet u društvu, ali je uprkos tome u ovom istraživanju, na osnovu materijala na kojem se ono bazira, moguće pretpostaviti da je pušenje u Srbiji uspelo da dobije legitimitet kao društveni problem zahvaljujući angažovanju istih onih aktera i institucija koji su, podstaknuti određenim interesima koji su već navedeni, imali istaknutu ulogu u prepoznavanju pušenja kao društvenog problema u Srbiji i zahvaljujući kojima je pušenje postalo predmet javne rasprave u medijima i Narodnoj skupštini, prvenstveno u sklopu debate o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu/Predlogu zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu.

Treća faza procesa kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema je, kao što je već rečeno, faza u okviru koje dolazi do mobilisanja akcije kroz sukobljavanje suprotstavljenih stavova i interesa. U toku ove faze dolazi do sučeljavanja i sukobljavanja mišljenja različitih grupa i aktera rukovođenih različitim interesima – onih koji žele da postignu promene u vezi sa nekim društvenim problemom i onih koji žele da u tom pogledu održe nepromenjeno stanje, a ove debate kroz koje se društvo mobiliše na akciju odvijaju se u polju masovnih komunikacija, na raznim formalnim i neformalnim sastancima, u pravnim institucijama itd. (*Ibid.*, 303-304). Ova faza je, kako Blumer napominje, ključna za „sudbinu“ nekog društvenog problema koja zavisi od toga na koji će način u toku ove faze društveni problem biti definisan, na koji će način na njega biti odgovoreno i od toga kako će u toku nje biti predstavljeni različiti interesi i odnosi moći (*Ibid.*, 304). U ovoj fazi procesa kolektivnog definisanja pušenja kao društvenog problema u Srbiji došlo je do mobilizacije društvene akcije kroz sukobljavanje stavova i interesa nekoliko društvenih grupa: medicinskih eksperata, ugostitelja, pušača i nepušača, i to po pitanju uvođenja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu. Medicinski eksperti su naglašavali značaj uvođenja pomenutog zakona ukazujući na naučne činjenice o šteti koju pušenje i izlaganje duvanskom dimu pričinjavaju zdravlju ljudi. Njihov stav delili su i nepušači koji su

istakli da pušači ugrožavaju njihovo zdravlje ne mareći za njihovo pravo da žive i rade u zdravom okruženju bez duvanskog dima. Mišljenje suprotstavljeno mišljenju nepušača i medicinskih eksperata zastupali su neki pušači koji su ukazali na to da Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu diskriminiše pušače i da nastoji da utiče na odluke koje su u domenu ličnog izbora pojedinca ističući pritom neke od nelogičnosti koje su u ovom zakonu sadržane i koje upućuju na to da njegov cilj nije zaštita zdravlja stanovništva, već obračun sa pušačima. Osim toga, neki pušači su istakli da uvođenje Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu predstavlja način na koji srpski političari nastoje da dobiju poene kod zvaničnika EU, ali i da se ovaj potez može protumačiti kao rezultat težnje tadašnjeg ministra zdravlja, Tomice Milosavljevića, da uvođenjem ovog zakona obezbedi sebi napredovanje u karijeri kao član Svetske zdravstvene organizacije. Protiv uvođenja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu bili su i ugostitelji zbog toga što je prvobitna namera predlagača zakona bila da se njime pušenje zabrani u svim ugostiteljskim objektima te su oni povodom ovakvih najava izrazili svoju zabrinutost za budućnost njihovog poslovanja. U toku ove faze konstruisanja pušenja kao društvenog problema u Srbiji dominiralo je tumačenje pušenja kao pojave koja ima negativan uticaj na zdravlje ljudi, kako pušača tako i nepušača, ali i na budžet države u smislu troškova lečenja bolesti izazvanih pušenjem, što je bio odgovor lekara na pritužbe ugostitelja koji su isticali udarac koji bi zabrana pušenja zadala državnoj ekonomiji u vidu opadanja prometa, otpuštanja radnika i sl., a koje su oni smatrali neosnovanim, za razliku od finansijske štete koju izaziva lečenje ovih bolesti. Tumačenje pušenja kao prakse koja pušačima pričinjava zadovoljstvo i koja je u neraskidivoj vezi sa dobrim provodom u ugostiteljskim objektima je u toku ove debate bilo marginalizovano i zanemarljivo prisutno u poređenju sa tumačenjem pušenja koje su zastupali medicinski eksperti i nepušači te je prevagu u odnosima moći između ovih suprotstavljenih aktera odnela upravo ova strana koja je uspela da svoju definiciju pušenja nametne kao dominantnu. O tome posebno svedoči činjenica da sa ovom fazom „karijera“ pušenja kao društvenog

problema nije okončana, već je nakon njega usledila naredna faza procesa kolektivnog definisanja društvenog problema – formiranje oficijelnog plana akcije.

Formiranje oficijelnog plana akcije spram nekog društvenog problema je faza u procesu kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema u toku koje društvo odabira i formuliše način na koji će da se nosi sa određenim problemom (*Ibid.*, 304). Formiranje oficijelnog plana akcije spram nekog društvenog problema odvija se u institucijama zakonodavne i izvršne vlasti i neminovno podrazumeva pravljenje kompromisa između različitih interesa (*Ibid.*, 304). Zbog toga, kako Blumer napominje, definicija društvenog problema na kraju ove faze, koja ima važnu ulogu u njegovoj daljoj „karijeri“, može da bude znatno drugačija od prvobitne (*Ibid.*, 304). Oficijelni plan je ono što određuje oficijelnu definiciju društvenog problema – on pokazuje kako društvo kroz svoj institucionalni aparat percipira neki društveni problem i kako spram njega namerava da dela (*Ibid.*, 304). Na osnovu materijala prikupljenog za ovo istraživanje oficijelni plan akcije spram pušenja koje je definisano kao društveni problem predstavlja konačna verzija Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu koji je usvojila Narodna skupština. Ova verzija zakona drugačija je u odnosu na prvobitnu koju je Ministarstvo zdravlja najavljivalo, prema kojoj je pušenje trebalo da bude zabranjeno u svim ugostiteljskim objektima, bez izuzetaka: prema konačnoj verziji, u zavisnosti od želje vlasnika, ugostiteljski objekti manji od 80 m² mogu biti u potpunosti pušački ili u potpunosti nepušački, dok u onim ugostiteljskim objektima koji imaju površinu veću od 80 m² u polovini njihovog upotrebog prostora pušenje mora biti zabranjeno. Osim toga, konačna verzija Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu ostavlja mogućnost da pušenje bude dozvoljeno u upotrebim delovima igraonica, ukoliko vlasnik to želi, o čemu nema reči u predlogu ovog zakona, a dozvoljava i da pacijenti smešteni na psihijatrijska odeljenja i u psihijatrijske bolnice mogu da puše u čitavom prostoru u kojem borave, a ne samo u posebnim prostorijama predviđenim za to, kako je predviđao Predlog zakona. Za razliku od poslednje navedene izmene u odnosu na prvobitnu verziju zakona koja je posledica ulaganja i usvajanja amandmana poslanice Gordane Paunović-

Milosavljević (poslanička grupa SRS), odustajanje od potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima je učinjeno još pre nego što je zakon ušao u skupštinsku proceduru – Ministarstvo zdravlja je odustalo od ove odredbe u finalnoj verziji Predloga zakona koji je predalo skupštini, dok odustajanje od potpune zabrane pušenja u igračnicama na osnovu trenutno raspoloživog materijala nije moguće objasniti – Predlog zakona predviđa zabranu pušenja u svim javnim i radnim prostorima, sa izuzetkom ugostiteljskih objekata, što nije slučaj sa njegovom finalnom, usvojenom verzijom, pri čemu niko od poslanika nije uložio amandman da se pušenje dozvoli i u ovim objektima.¹⁸⁰ Dakle, odustajanje od potpune zabrane pušenja u psihijatrijskim bolnicama i na psihijatrijskim odeljenjima i odustajanje od potpune zabrane pušenja u igračnicama kao javnim i radnim prostorima predstavljaju promene u odnosu na Predlog zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu koji je ušao u skupštinsku proceduru, dok je odustajanje od potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima promena u odnosu na prvobitnu verziju zakona koju su najavljivali medicinski eksperti angažovani u oblasti prevencije upotrebe duvana u telima osnovanim pri Ministarstvu zdravlja, a od kojeg je Ministarstvo zdravlja na kraju odustalo predavši Narodnoj skupštini na razmatranje predlog zakona koji predviđa delimičnu zabranu pušenja u ugostiteljskim objektima. Upravo se na ovom mestu može uočiti pravljenje kompromisa između različitih suprotstavljenih interesa koje Blumer izdvaja kao istaknutu odliku ove faze procesa kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema. U slučaju usvajanja amandmana kojim se pušenje dozvoljava pacijentima psihijatrijskih odeljenja, bolnica i ustanova učinjen je kompromis između nastojanja da se zaštiti zdravlje čitavog stanovništva putem zabrane pušenja u javnim i radnim prostorima i nastojanja da se izađe u susret onima koji ovoj zabrani nisu u stanju da se povinuju.¹⁸¹ Ustupak koji je učinjen ostavljanjem

¹⁸⁰ Propisi o pušenju u psihijatrijskim bolnicama i na psihijatrijskim odeljenjima ne predstavljaju jedinu izmenu učinjenu u odnosu na prvobitni Predlog zakona – Narodna skupština usvojila je brojne amandmane na ovaj zakon, ali te izmene, za razliku od ove, nisu bile suštinskog, već pre tehničkog karaktera.

¹⁸¹ U radu je već rečeno da je ulaganje ovog amandmana poslanica Paunović-Milosavljević obrazložila potrebom da se izađe u susret psihijatrijskim bolesnicima kao osobama koje neće biti u stanju da poštuju

mogućnosti izbora vlasniku da odredi da li će u upotrebnom delu igračnice pušenje biti dozvoljeno ili ne može se protumačiti kao potez koji je imao za cilj da, u finansijskom smislu, zaštiti ovu uslužnu delatnost, a samim tim i državni budžet i ekonomiju u celini, međutim, s obzirom na nedostatke trenutno raspoloživog materijala, ovakav zaključak treba uzeti sa rezervom. Isto se može reći i za kompromis napravljen sa ugostiteljskim sektorom: on se takođe može shvatiti kao potez koji je učinjen sa ciljem da zaštiti poslovanje ovog sektora, odnosno državni budžet i ekonomija, a ovo takođe, na osnovu trenutno raspoloživog materijala, ne može biti prihvaćeno kao konačni zaključak, već pre kao pretpostavka. U vezi sa ovim ustupcima Vlade, na sednicama Narodne skupštine na kojima je raspravljano o Predlogu zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu i u izveštavanju medija o uvođenju ovog zakona bilo je reći o tome da se odustajanje od potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima i igračnicama može shvatiti kao kompromis koji je Vlada učinila sa ciljem da zaštiti inostrane duvanske kompanije koje su privatizovale domaće, što je i bio deo tzv. džentlmentskog dogovora koji je Vlada sa ovim kompanijama sklopila garantujući im zaštitu države dok se domaće fabrike duvana ne oporave. Kompromisi koje je Vlada načinila kada je odustala od najavljene potpune zabrane pušenja u javnim i radnim prostorima, kao i kompromis koji su poslanici načinili usvajanjem amandmana kojim se pacijentima smeštenim na psihijatrijska odeljenja i u psihijatrijske bolnice dozvoljava pušenje u prostoru u kojem borave, uticali su na konačnu verziju Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu usvojenom od strane Narodne skupštine, koji predstavlja oficijelni plan akcije spram pušenja u Srbiji. Osim toga, na taj način ovi ustupci su doveli i do izvesnih izmena u oficijelnoj definiciji pušenja kao društvenog problema koja je formulisana u okviru Zakona o zaštiti stanovništva od

ovo pravilo upravo zbog svoje psihičke bolesti, ističući pritom da je zavisnost od nikotina u ovoj populaciji učestala, kao i da se ovaj potez i tumačenje pušenja među psihičkim bolesnicima kakvo ova poslanica, ali i njen kolega Korać zastupaju ne može objasniti isključivo altruizmom prema ovoj kategoriji osoba. S obzirom na to da je u radu o tome već govoreno, kao i na to da kritičko razmatranje tumačenje pušenja među psihijatrijskim bolesnicima nije predmet ovog dela rada, već to kako su određeni društveni akteri predstavili svoje interese u procesu formiranja oficijelnog plana akcije spram pušenja, u ovom delu rada o tome neće biti (ponovo) pisano.

izloženosti duvanskom dimu kao oficijelnom planu akcije spram pušenja u Srbiji. U oficijelnoj definiciji pušenje je i dalje definisano kao negativna i društveno nepoželjna pojava, zbog štetnog uticaja koji ostvaruje na zdravlje ljudi, s tim što je negativno tumačenje pušenja u toku ove faze dodatno osnaženo povezivanjem pušenja sa igračnicama, koje su u društvu negativno konotirane, kao prostorima u kojima je primereno pušiti, kao i sa psihijatrijskim bolesnicima koji predstavljaju društveno stigmatizovanu populaciju. Potpuno drugačiji uticaj od odustajanja od potpune zabrane pušenja u igračnicama na tumačenje pušenja ima odustajanje od potpune zabrane pušenja u ugostiteljskim objektima, s obzirom na to da se ovi prostori u društvu tradicionalno povezuju sa dobrim provodom, zabavom, veseljem i sl., što u izvesnoj meri doprinosi kreiranju predstave o pušenju kao pojavi koja poseduje i svoje pozitivne strane kao nezaobilazni deo ovakvog ambijenta.

Poslednja faza procesa kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema jeste implementacija oficijelnog plana akcije. Kao ključnu odliku ove faze Blumer izdvaja promenu u načinu kolektivnog definisanja nekog društvenog problema koja stvara osnovu za formiranje novih planova akcije od strane onih koji su uključeni u taj društveni problem i koje dotiče plan akcije spram tog problema (*Ibid.*, 304-305). Oni kojima zbog ovih promena pretila opasnost da izgube prednost u toku ove faze nastoje da ove promene obustave i da novi plan akcije usmere u drugom pravcu (*Ibid.*, 305). Mogući ishod ovog procesa je stupanje obe interesne strane u ponovne dogovore koji nisu bili predviđeni oficijelnim planom, i onih koji njime gube i onih koji su zahvaljujući njemu na dobitku (*Ibid.*, 305). Ova faza u kolektivnom definisanju pušenja kao društvenog problema u Srbiji u ovom istraživanju ne može biti identifikovana, bar ne u celosti onako kako je Blumer definiše. Naime, nakon usvajanja Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu usledila je implementacija ovog zakona, međutim, u materijalu koji je u ovom istraživanju analiziran ne može se uočiti da je ovaj potez doveo do promene u pogledu načina kolektivnog definisanja pušenja kao društvenog problema koja otvara mogućnost za formiranje novih planova akcije od strane onih koji su na gubitku usled uvođenja i

implementacije pomenutog zakona. Smatram da izostanak ovih ključnih odlika poslednje faze u procesu kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema u materijalu koji je u ovom istraživanju analiziran, a koji se odnosi na pušenje, ne predstavlja posledicu ograničenosti tog materijala, nego da se ova faza u procesu konstruisanja pušenja kao društvenog problema u Srbiji nije realizovala na način koji Blumer smatra očekivanim, s obzirom na to je medijsko izveštavanje o implementaciji Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, koje čini deo materijala korišćenog u ovom istraživanju, bilo učestalo i da period koji je ovim istraživanjem obuhvaćen pokriva više od godine primene pomenutog Zakona. To, međutim, ne znači da se promene u pogledu definisanja nekog društvenog problema i akcije spram njega koje Blumer smatra karakterističnim za poslednju fazu procesa kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema neće realizovati u budućnosti, a odgovor na to pitanje i konačne zaključke na tu temu trebalo bi da pruže neka naredna istraživanja.

5. 2. KULTURNA KONCEPTUALIZACIJA UPOTREBE ALKOHOLA U SAVREMENOJ SRBIJI

Predmet ovog dela rada, kao što njegov naziv govori, jeste razmatranje načina na koji se u savremenoj Srbiji konceptualizuje upotreba alkohola, i to na osnovu materijala koji čine zakonski akti kojima se u Srbiji posredno reguliše upotreba alkoholnih pića među odraslim stanovništvom – odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 (23) do 06 usvojena u Beogradu, Novom Sadu, Zrenjaninu i Šapcu i odluka kojom se trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjuje da rade u vremenu od 22 do 06 sati usvojena u Kragujevcu, i medijska reprezentacija ovih zakonskih akata. Prvi zakonski akt kojim je u Srbiji posredno regulisana upotreba alkoholnih pića jeste odluka doneta u Kragujevcu krajem 2006. godine, prema kojoj je trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjeno da rade u periodu od 22 do 06 sati. Nakon toga u Novom Sadu je, krajem 2009. godine, doneta odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 22 sata do 06 sati. 2010. godine ista odluka usvojena je i u Šapcu, a naredne, 2011. godine i u Beogradu. 2011. godine odluka doneta u Novom Sadu proglašena je neustavnom, a 2012. godine i odluka doneta u Beogradu. Izmenom Zakona o trgovini januara 2013. godine lokalnoj samoupravi dato je pravo da sama reguliše vreme, mesto i način prodaje alkoholnih pića. Nakon ove izmene u Beogradu je juna meseca 2013. godine ponovo uvedena odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 22 sata do 06 sati. Ista odluka usvojena je i u

Zrenjaninu juna 2013. godine po prvi put, sa izvesnim odstupanjima.¹⁸² Odluka u Šapcu sve vreme je na snazi od njenog uvođenja, kao i odluka doneta u Kragujevcu. U Novom Sadu je avgusta 2013. godine završena javna rasprava u vezi sa Nacrtom odluke o radnom vremenu ugostiteljskih, trgovinskih i zanatskih objekata koja podrazumeva i zabranu prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 sata do 06 sati.¹⁸³

Pravni okvir u kojem je upotreba, odnosno prodaja alkohola u Srbiji regulisana predstavlja polazište u razmatranju načina kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola, ali je u materijal koji je u radu analiziran uvršćena i medijska reprezentacija navedenih zakonskih akata. Za razliku od Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, ove zakonske mere nisu bile značajnije medijski praćene, bar ne u onoj meri u kojoj su mediji izveštavali o zabrani pušenja na zatvorenim javnim i radnim mestima. Osim toga, materijal sa zasedanja gradskih veća na kojima je raspravljano o ovim propisima nije bilo moguće uvrstiti u analizirani materijal.¹⁸⁴ Usled toga, kao i usled slabe medijske praćenosti uvođenja i primene zabrane prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u kasnim noćnim i ranim jutarnjim časovima, materijal koji je analiziran sa ciljem razmatranja načina kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola u savremenoj Srbiji je i više nego oskudan. Ipak, to ne znači da na osnovu njega nije bilo moguće uočiti način na koji se u savremenoj Srbiji društveno interpretiraju osobe koje konzumiraju alkohol, upotreba alkohola i mere koje se preduzimaju sa ciljem smanjenja upotrebe alkohola, kao što je zabrana prodaje alkoholnih pića u kasnim noćnim i ranim jutarnjim časovima. Analizom materijala sačinjenog od odluke kojom se zabranjuje da trgovinski objekti koji prodaju alkoholna pića rade u periodu od 22 do 06 sati, odluke kojom se zabranjuje prodaja alkoholnih

¹⁸² U Zrenjaninu je prodaja alkoholnih pića u trgovinskim objektima zabranjena u periodu od 23 do 06 sati.

¹⁸³ Konačnu odluku Skupština grada Novog Sada trebalo je da donese tokom septembra 2013. godine, međutim, kao što je već rečeno pretraga zvaničnog sajta grada i brojeva Službenog lista grada Novog Sada iz perioda od početka septembra 2013. godine do kraja decembra ove iste godine ne otkriva da li je ova odluka usvojena ili ne.

¹⁸⁴ Transkripti sednica gradskih veća nisu dostupni javnosti i stoga nisu mogli biti uvršćeni u ovo istraživanje.

pića u periodu od 22 (23) do 06 sati u trgovinskim objektima i medijske reprezentacije uvođenja i primene ovih zabrana uočena su, izdvojena i razmotrena tumačenja upotrebe alkohola, i to tumačenja upotrebe alkohola uopšteno u populaciji, među mladima i među siromašnijim društvenim slojevima.¹⁸⁵ Akcenat u razmatranju ovih tumačenja, u kojima se usvaja perspektiva koja upotrebu alkohola tumači kao problematičnu, stavljen je na kritičko preispitivanje njihovog političkog karaktera i njihovih političkih efekata: reprodukovanje i osnaživanje nejednake raspodele moći između različitih društvenih grupa i klasa; stigmatizaciju, marginalizaciju, disciplinovanje i korekciju osoba koje konzumiraju alkohol, naročito mladih i siromašnih; isključenje ovih osoba iz javnog prostora i sve implikacije ovakvog poteza.

Na početku ovog dela istraživanja važno je, kao i u prethodnom delu rada u kojem je razmotrena kulturna konceptualizacija pušenja, ukazati na to da je politički karakter kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola u materijalu koji je analiziran je, kao i kada je u pitanju pušenje, prikriven pozivanjem na objektivne, naučne činjenice. I ovde, u medijskom izveštavanju o zabrani noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima, kao i u izveštavanju o Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti

¹⁸⁵ Razlika između pomenutih populacija u pogledu tumačenja upotrebe alkohola među njihovim pripadnicima napravljena je u samom materijalu koji je analiziran. Tako su predlagači, donosioci i pobornici odluke o zabrani prodaje alkoholnih pića u periodu od 22 (23) do 06 sati u izjavama za medije istakli da je primarni cilj ove odluke da smanji upotrebu alkohola među mladima, pre svega maloletnicima. Osim toga, oni su ukazali i na to bi da zabrana noćne prodaje alkohola prvenstveno trebalo da zaštiti mlade ljude koji su ujedno i siromašni i koji alkoholna pića obično ne konzumiraju u ugostiteljskim objektima, već ih kupuju u trgovinskim radnjama u kojima je njihova cena najniža. Pored predlagača, donosioca i pobornika zabrane noćne prodaje alkohola, na klasnu dimenziju ove odluke ukazano je i u izjavama koje su za medije dali njeni protivnici koji su istakli da se „noćnom prohibicijom“ diskriminišu osobe koje nemaju dovoljno novca da alkoholna pića konzumiraju u ugostiteljskim objektima, već ih kupuju u trgovinskim radnjama i konzumiraju napolju ili u kući. Na klasnu dimenziju „noćne prohibicije“ nisu, međutim, ukazali različiti društveni akteri u izjavama za medije povodom uvođenja ove odluke, već se ona prvenstveno zapaža u odredbama same zabrane noćne prodaje alkohola koja važi samo za trgovinske, ali ne i ugostiteljske objekte. U tom svetlu posmatrano, uočava se da se „noćna prohibicija“, iako generalno važi za sve pripadnike društva, prvenstveno odnosi na siromašne klase, s obzirom na to je bogatijim društvenim slojevima ostavljena mogućnost da u noćnim satima alkohol konzumiraju u ugostiteljskim objektima. Klasa među kojima donosioci zabrane noćne prodaje alkohola prvenstveno nastoje da ograniče konzumaciju alkohola jeste radnička klasa, s obzirom na to da je njen materijalni položaj najniži, a koju čine službenici, tehničari i samozaposleni sa srednjim obrazovanjem, kvalifikovani i nekvalifikovani radnici i sitni poljoprivrednici, ali moglo bi se reći i sloj srednje klase koju čine stručnjaci i samozaposleni sa visokim obrazovanjem u okviru kojeg je, prema poslednjim istraživanjima iz 2012. godine, najzastupljeniji indeks materijalnog položaja niži srednji (v. Lazić i Pešić 2013).

duvanskom dimu, dominira način izveštavanja koji je utemeljen na objektivnim, nepristrasnim, naučnim činjenicama. Pozivanjem na neutralne, objektivne činjenice, pre svega statističke podatke, ali i na činjenice iz oblasti biomedicine, u medijima je kreiran diskurs o upotrebi alkohola kao zdravstveno-bezbednosnom problemu, odnosno kao o praksi koja je uzrok zdravstvenih problema po one osobe koje je praktikuju, ali i koja predstavlja izvor opasnosti po bezbednost ostalih pripadnika društva zbog saobraćajnih nesreća, nasilja i kriminalnih dela počinjenih pod dejstvom alkohola. Ovakav način medijskog izveštavanja koji je baziran na objektivnim činjenicama i statističkim podacima se može protumačiti kao odraz težnje medijskih kuća da u društvu steknu kredibilitet kao objektivni izvori informacija, ali i kao odraz dominantnog društvenog tumačenja upotebe alkohola kao zdravstveno-bezbednosnog problema o kojem može biti govoreno isključivo na taj način. Međutim, pozivanje na naučno znanje o štetnosti upotrebe alkohola, direktnoj, po zdravlje konzumenata alkohola, i indirektnoj, po bezbednost osoba iz njihovog okruženja, kao i na statističke podatke o rasprostranjenosti upotrebe alkohola i učestalosti njegovih negativnih efekata bilo po zdravlje bilo po bezbednost ljudi koji imaju za cilj da istaknu stepen štetnosti ove prakse za društvo za posledicu ima davanje legitimiteta i opravdanja različitim tumačenjima alkohola i osoba koje upotrebljavaju alkohol, kao i implikacija ovih tumačenja i akcija koje se preduzimaju sa ciljem da se upotreba alkohola ograniči, a koje su vrlo često diskriminatorske i koje ostvaruju negativan uticaj na osobe koje konzumiraju alkohol i na njihov status u društvu, kako brojna istraživanja pokazuju (npr. Ajzenstadt and Burtch 1990, Schneider 1978, O'Malley and Valverde 2004, Valverde 1997, Levi and Valverde 2001, May 1997, 2001, Tigerstedt 1999, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Conrad and Schneider 1992, Lupton 1995). Uostalom, politička instrumentalizacija naučnog znanja, posebno biomedicine, ali i drugih humanističkih nauka, kao i statistike, u literaturi je potvrđena i razmotrena na jako velikom broju primera (v. npr. Fuko 1971, 1997, 2005a, 2006, 2009, Lupton 1995, 2003, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Rose 1994, Lock and Nguyen 2010, Singer 1986a, 1989, 1990, 1995, 2004a, Baer, Singer and Susser 2004, Baer, Singer and

Johnsen 1986, Armstrong 2002, Hunt 1999a, Rimke and Hunt 2002, O'Brien 1995, Ajzenstadt and Burch 1990, Valverde 1997, Tigerstedt 1999, Rose 1991, 1996, 2008a, King and Kendal 2000, Hacking 1991). Dakle, pozivanjem na naučne činjenice uspostavljanje odnosa dominacije i moći u društvu biva prikriveno, što je veoma važno imati na umu kada je reč o rezultatima ovog istraživanja, pa čak i na onim mestima na kojima ne postoji direktno pozivanje na njih – kontekst u kojem se upotreba alkohola definiše kao zdravstveno-bezbednosti problem prvenstveno putem pozivanja na statističke podatke i medicinske činjenice doprinosi kreiranju mišljenja prema kojem upotreba alkohola može biti tumačena isključivo kao objektivno postojeći problem o kojem može biti govoreno samo putem pozivanja na objektivne činjenice, a to zamagljuje politički karakter ovih tumačenja čije je rasvetljavanje upravo u fokusu ovog dela istraživanja.

5. 2. 1. MLADI POD RIZIKOM I MLADI KAO IZVOR RIZIKA: PROBLEMATIZACIJA UPOTREBE ALKOHOLA MEĐU MLADIMA

Zabranu prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 (23) do 06 sati njeni donosioci tumače kao meru koja je doneta sa ciljem zaštite zdravlja i bezbednosti građana, ali i očuvanja javnog reda i mira: ograničavanje mogućnosti kupovine alkoholnih pića trebalo bi da doprinese smanjenju konzumacije alkohola, a posredstvom toga i prevenciji alkoholizma i drugih bolesti koje nastaju kao posledica (zlo)upotrebe i zavisnosti od alkohola, smanjenju bezbednosnih problema koji potiču od (zlo)upotrebe alkohola, kao što je, na primer, vožnja pod dejstvom alkohola, prevenciji nasilja, delikvencije i kriminala, ali i smanjenju nereda i buke na ulicama koju prave ljudi u alkoholisanom stanju. Iako je ova zabrana doneta sa ciljem da se svim građanima onemogući kupovina alkoholnih pića u kasnim večernjim i ranim jutarnjim časovima kako bi se taj način smanjila mogućnost konzumacije ovih pića u pomenutom periodu dana, donosioci ove zabrane istakli su da ona prvenstveno ima za cilj da doprinese smanjenju konzumacije alkohola među mladima, posebno maloletnicima. Jedan od razloga zbog kojeg je uvedena noćna zabrana prodaje alkoholnih pića jeste upravo to što se postojeća zabrana prodaje alkoholnih pića osobama mlađim od 18 godina uglavnom nije poštovala, a osim toga, nisu bili obezbeđeni ni uslovi koji bi omogućili njeno efikasno sprovođenje.

„Gradski čelnici su donošenje ove odluke objašnjavali nastojanjem da smanje posledice konzumiranja alkohola, poput nasilja i saobraćajne nebezbednosti. Javna je tajna, osim toga, da zabranu prodaje alkoholnih pića maloletnicima nisu svi poštovali. Na ovaj način žele to da spreče.“ („Noćna prohibicija – neustavna“, Politika, 08. 04. 2011.)

„Maloletnicima je i do sada bilo zabranjeno prodavati alkohol, ali Ožegović tvrdi da to nisu poštovali svi trgovci.“ („Od Nove godine bez noćne prodaje alkohola“, Politika, 25. 12. 2010.)

„Kriv Zakon o zaštiti potrošača

Zabrana o prodaji alkoholnih pića posle 22 sata možda ne bi bila neophodna da je Zakon o zaštiti potrošača bolje regulisao ovu oblast. Naime, da postoji obaveza da se pri kupovini alkoholnih pića svako legitimiše, maloletnim osobama verovatno alkoholna pića ne bi ni bila dostupna. Pošto takva odredba ne postoji, trgovcima je ostavljena mogućnost da sami procenjuju godine mušterija.“ („Zabranom smanjuju nasilje i delikvanciju“, Blic, 13. 05. 2011.)

„Takođe, bez obzira da li će Vaša lokalna radnja raditi čitavu noć, u njoj posle 22 sata više nećete moći da kupite alkohol. Takva radikalna odluka je doneta jer ranije doneta zabrana prodaje alkohola maloletnicima ne daje zadovoljavajuće rezultate.“ („Beograd se odriče noćnog života?“, sajt RTV B92, 29. 12. 2010.)

Međutim, neefikasno sprovođenje zabrane prodaje alkoholnih pića maloletnim osobama nije jedini razlog zbog kojeg je uvedena zabrana prodaje alkoholnih pića u periodu od 22 (23) do 06, već je ova zabrana, kao i zabrana prodaje alkoholnih pića osobama mlađim od 18 godina, prvenstveno uvedena zbog toga što se konzumacija alkohola među mladima smatra posebno problematičnom (u poređenju sa ostatkom populacije) – upravo je to glavni razlog zbog kojeg država, putem primene ovakvih mera, nastoji da je u što je moguće većoj meri ograniči.

„Iako se odnosi na sve, zabrana noćne prodaje alkohola pre svega trebalo bi da zaštiti mlade. Tačno je da zakon ne dozvoljava prodaju alkohola maloletnicima, ali ipak statistika kaže da je potrebno još nešto. Istraživanja koje je obuhvatilo decu uzrasta od 12 do 18 godina pokazala su da je čak 60% njih u Beogradu probalo alkohol, oko 30% napilo se više od 20 puta. Sve je još ozbiljnije kada postanu punoletni a alkohol im je dostupan na svakom koraku. S tog stanovišta roditeljima se ovakva odluka čini itekako opravdanom.“ („Podrška zabrani prodaje alkohola od 22 do 06 sati“, sajt RTV Studio B, 30. 06. 2013.)

U obrazloženju odluke kojom se trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića u Kragujevcu zabranjuje da rade u vremenu od 22 do 06 sati, problematičnost upotrebe alkohola među mladima navedena je jedini razlog.

„Zamenik predsednika Saveta za bezbednost Milivoje Borić naglašava da maloletnici ne piju samo u ugostiteljskim objektima, već i na javnim mestima, ulicama, trgovima i parkovima. - Kragujevac jeste proglašen najbezbednijim gradom u Srbiji, ali imamo podatak da mladi u noćnim satima u prodavnicama kupuju alkohol i opijaju se na ulici. Prošle godine je jedno takvo pijančenje dovelo do svađe, a zatim i do fizičkog obračuna između dve grupe mladića. Nažalost, tom prilikom je jedan mladić podlegao povredama zadobijenim u tuči - podseća Borić. Veliki broj mladih Kragujevčana koji nemaju novca za provod po kafićima često pije i posle fajronta. Oni šetaju ulicama sa flašama piva od dva litra ili žestokim pićem. Kardiolog dr Milan Radovanović kaže da posle ispijanja ogromnih količina alkohola devojke i mladići neretko završavaju u besvesnom stanju u kragujevačkom Kliničkom centru, često i sa prekidom rada srca. Samo tokom poslednjeg dana stare i prvog nove godine šesnaestoro mladih dovedeno je u komi zbog pijanstva, i to devetoro maloletnika, od kojih je dvoje mlađe od 13 godina, a skoro polovina bile su devojčice.“ („Katanac u 22“, Press, 21. 01. 2007.)

Dva su načina na koje se u analiziranom materijalu upotreba alkoholnih pića među mladima definiše kao posebno problematična: mladi ljudi se smatraju osobama kod kojih je, zbog rizika koju ova praksa predstavlja po njihovo zdravlje, ali i zbog rizika od razvoja zavisnosti od alkohola, konzumacija alkoholnih pića posebno problematična i zabranjivajuća; mladi ljudi koji (zlo)upotrebljavaju alkoholna pića i/ili koji su zavisni od alkohola predstavljaju izvor rizika po bezbednost i kvalitet života ostalih pripadnika društva koji se ispoljava u povećanoj agresivnosti, počinjavanju krivičnih dela, pravljenje buke i nereda itd. u alkoholisanom stanju. U narednom delu rada ova dva tumačenja upotrebe alkohola među mladima biće detaljnije razmotrena.

5. 2. 1. 1. MLADI POD RIZIKOM – PODLOŽNOST RAZVOJU ZAVISNOSTI OD ALKOHOLA I ŠTETNOST UPOTREBE ALKOHOLNIH PIĆA KAO IZVORI RIZIKA PO ZDRAVLJE MLADIH

U prethodnom delu rečeno je da je u analiziranom materijalu zastupljeno tumačenje mladih ljudi kao osoba kod kojih se, kada je o upotrebi alkoholnih pića reč, može govoriti u kontekstu povećane vulnerabilnosti na štetan uticaj alkohola i na razvoj zavisnosti od alkohola. Kako je napomenuto, upravo su to razlozi zbog kojih se konzumacija alkoholnih pića među mladima u analiziranoj građi definiše kao posebno problematična i zabranjivajuća u odnosu na konzumaciju alkohola u ostatku populacije, odnosno među odraslim osobama, a to su takođe razlozi zbog kojih se primenjuju mere koje imaju za cilj da smanje upotrebu alkohola među mladima. Naime, kako je u građi istaknuto, upotreba alkohola među mladima u Srbiji danas je posebno zabrinjavajuća iz razloga što sve veći broj mladih pije, uzrast u kojem počinju da piju je sve raniji, dok je količina alkoholnih pića koje popiju sve veća, zbog čega su posledice ove prakse po zdravlje ovih mladih ljudi sve ozbiljnije.

„Veliki broj mladih Kragujevčana koji nemaju novca za provod po kafićima često pije i posle fajronta. Oni šetaju ulicama sa flašama piva od dva litra ili jeftinim žestokim pićem. Kardiolog dr Milan Radovanović kaže da posle ispijanja ogromnih količina alkohola devojke i mladići neretko završavaju u besvesnom stanju u kragujevačkom Kliničkom centru, često i sa prekidom rada srca. Samo tokom poslednjeg dana stare i prvog nove godine šesnaestoro mladih dovedeno je u komi zbog pijanstva, i to devetoro maloletnika, od kojih je dvoje mlađe od 13 godina, a skoro polovina bile su devojčice. - Svake godine je sve više uočljiv trend pomeranja granice prema mlađoj populaciji, ali i prema ženskom polu. U besvesnom stanju mladi ostaju i po 36 do 48 sati. U tim situacijama može doći i do moždanog udara. U poslednjih nekoliko meseci bilo je više slučajeva da pijani mladi ljudi, bez bilo kakvih prethodnih simptoma, iznenada izgube svest zbog zastoja u radu srca. U pojedinim slučajevima čak ni

kardiopulmunalna reanimacija ne dovodi do oživljavanja - upozorava dr Radovanović.“ („Katanac u 22“, Press, 23. 01. 2007.)

„Svaki peti učenik prvog razreda srednje škole redovno konzumira alkohol, a devet od deset adolescenata je bar jednom tokom života popilo jedno ili više alkoholnih pića, pokazuju rezultati istraživanja Instituta „Dr Milan Jovanović Batut“ o upotrebi cigareta, alkohola i droga. Istraživanje je sprovedeno na učenicima prvih razreda gimnazija i srednjih stručnih i zanatskih škola, na uzorku od 6.553 učenika, po metodologiji koja se koristi u evropskim školama. Rezultati kažu da srednjoškolci iz većih gradova češće probaju i nastavljaju da piju, nego učenici iz manjih sredina. Tinejdžeri koji su pili alkohol 40 ili više puta u toku života smatraju se redovnim korisnicima, a znatno veći broj mladića redovno koristi alkohol, dok su devojke malo umerenije. (...) Alkohol je veliki problem današnjice, svuda je prisutan, a postalo je sasvim "normalno" piti pivo i žestoko piće. Roditelji nisu svesni problema, a često i neće da ga vide, kaže za Press neuropsihijatar Lidija Šarac. (...) - Radim sa mladim ljudima i često ostajem zapanjena. Normalno je da izađu u grad i popiju neko žestoko piće ili pivo, za koje više i ne smatraju da je alkohol. Roditelji nisu svesni koliko njihova deca piju, a ako i primete problem uvek zatvaraju oči - objašnjava doktorka Šarac.“ („Pivo piju kao vodu!“, Press, 09. 02. 2011.)

Osim toga, u analiziranom materijalu je istaknuto da najveći broj alkoholičara čine upravo mladi ljudi, bar što se Beograda tiče, i da je razvoj alkoholizma među njima otpočeo je upravo u adolescenciji. Međutim, i među samim maloletnicima postoji značajan broj zavisnika od alkohola, kako je u grafi napomenuto.

„Kako smatraju, na ovaj način će se (*uvođenjem zabrane noćne prodaje alkohola*) koliko-toliko smanjiti dostupnost alkoholnih pića mladim ljudima, u prvom redu maloletnicima, i da će to zapravo biti vrsta preventive za smanjenje zavisnosti i zdravstvenih problema. – Prema podacima Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti, polovina od svih lečenih alkoholičara u glavnom gradu su mladi na početku treće decenije života, odnosno od dvadesetak i nešto godina. Samo u ovoj ustanovi godišnje se leči od 120 do 150 mladih alkoholičara ali, s obzirom na to da to nije jedina institucija koja se bavi ovim problemom, broj slučajeva koji se otkrivaju na godišnjem nivou mnogo je veći - kaže član Gradskog veća Željko Ožegović. Kako kaže, pošto

je za razvijanje alkoholizma potrebno i nekoliko godina, jasno je da su mladi koji se leče konzumirali alkohol i u periodu adolescencije.“ („Zabranom smanjuju nasilje i delikvenciju“, Blic, 13. 05. 2011.)

„Inače, prema podacima Instituta za mentalno zdravlje, više od 45 odsto dece od 13 do 17 godina povremeno konzumira alkoholna pića, a istraživanja su pokazala i da pol više nije važan. Takođe se na lečenje od alkoholizma prijavi čak 150 maloletnih osoba, pa ne čudi što Beograđani većinom podržavaju odluku.“ („Večernje piće samo u kafiću“, Press, 05. 02. 2011.)

Dakle, upotreba alkoholnih pića među mladima smatra se posebno problematičnom u odnosu na upotrebu alkohola u ostatku populacije, na šta je u građi i eksplicitno ukazano – donosioci i zagovornici zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima istakli su da je njen cilj prvenstveno zaštita mladih, njihovog zdravlja, pa i njihovih života. Međutim, upotreba alkohola nije procenjena kao jednako problematična među svim mladim osobama: problematizacija upotrebe alkohola među mladima je rodno određena i podrazumeva tumačenje upotrebe alkohola među devojkama kao posebno zabranjivajuće pojave u društvu.¹⁸⁶

„Alkoholizam je veliki problem, ali i podatak da skoro 50 odsto mladih od 13 do 17 godina pije alkohol, i to ne samo dečaci, već i devojčice. Navike moramo da menjamo i da mlade generacije vode zdrav način života - kaže Ožegović.“ („Benzinske pumpe radiće do 20 sati, kiosci brze hrane do ponoći“, Blic, 25. 12. 2010.)

„Samo tokom poslednjeg dana stare i prvog nove godine šesnaestoro mladih dovedeno je u komi zbog pijanstva, i to devetoro maloletnika, od kojih je dvoje mlađe od 13 godina, a skoro polovina bile su devojčice. - Svake godine je sve više uočljiv trend pomeranja granice prema

¹⁸⁶ Osim toga, tumačenje upotrebe alkohola kao problematičnog ponašanja među omladinom je i klasno određeno zbog toga što se zabrana noćne prodaje alkohola odnosi samo na trgovinske objekte u kojima je cena alkoholnih pića najniža, a to implicira da se upotreba alkohola problematizuje prvenstveno među mladima koji su ujedno i siromašni. Zbog toga što je klasna dimenzija „noćne prohibicije“ njen veoma značajan i istaknuti aspekt, ova tema će biti razmotrena zasebno u jednom od narednih poglavlja. Dodatni razlog za to jeste i namera da se izbegnu ponavljanja, jer klasni aspekt prožima svaki od rezultata istraživanja koji će biti predstavljen u ovom delu rada.

mlađoj populaciji, ali i prema ženskom polu. (...) - upozorava dr Radovanović.“ („Katanac u 22“, Press, 23. 01. 2007.)

„Mladi ljudi još u osnovnoj školi probaju alkohol, a postala je i „moda“ da na svakoj rođendanskoj žurci mora biti alkohola. Ako je neko organizovao neku proslavu, a na njoj nije bilo nekog žestokog pića, mlada osoba može biti izložena podsmehu, a često i isključena iz društva. Alarmantan je podatak da podjednako piju i dečaci i devojčice.“ („Pivo piju kao vodu!“, Press, 09. 02. 2011.)

Kako neki autori zapažaju, problematična upotreba alkoholnih pića se obično identifikuje kod određenih grupa, kao što su, na primer, mladi ili žene, i upravo su ove grupe glavna meta državne intervencije (Jayne, Valentine and Holloway 2012). Za mlade se smatra da su pod povećnim rizikom od razvoja zloupotrebe i zavisnosti od alkohola, ali i da oni sami pod dejstvom alkohola predstavljaju izvor rizika za druge, dok se kod žena upotreba alkohola definiše kao suprotstavljena idealnom feminitetu.¹⁸⁷ Identifikovanje problematične upotrebe alkohola u ovim grupama i intervenisanje sa ciljem da se ono spreči reflektuje podređen položaj ovih grupa u društvu i ima za cilj da nad njima uspostavi kontrolu. Međutim, osobama podložnim razvoju bolesti zavisnosti se ne smatraju samo mladi nego i žene, o čemu je u radu već bilo reči. Ovakvo mišljenje datira još iz XIX veka: uz određene kategorije osoba, kao što su, na primer, intelektualci i umetnici, mladi su se smatrali podložnijim razvoju bolesti zavisnosti isto kao i žene (May 2001, Valverde 1997). U XIX veku ove osobe su, kako Valverde napominje, smatrane osobama koje odlikuje slabost/nedostatak volje, a to je bio razlog zbog kojeg se za njih smatralo da su podložne razvoju adicije koja je bila definisana upravo kao bolest slabosti volje (Valverde 1997). Iako je, kao što je već rečeno, nakon II svetskog rata došlo je do kritike viđenja prema kojem su neke grupe ljudi

¹⁸⁷ Idealni feminitet predstavlja skup osobina, načina ponašanja i uloga koji se u okviru određenog socio-kulturnog konteksta pripisuju ženi. U većini savremenih, modernih društava smatra se da ženu odlikuju osobine kao što su pasivnost, poslušnost, odanost, pažnja prema drugima, emocionalnost, nežnost, empatija, povučenost, stidljivost, neagresivnost, mirnoća, umerenost, da su uloge koje su ženi primerene uloga majke, domaćice i negovateljice, da su aktivnosti koje je primereno da žena obavlja vezane za privatnu sferu itd.

vulnerabilne na razvoj adikcije, ovakvo stanovište nije ni do danas nije napušteno, a to se upravo može uočiti na primeru tumačenja adikcije kod mladih (May 2001, 393, v. i Frohlich et al. 2012). I danas se, kao i pre nešto više od dva veka, ove kategorije osoba tumače kao podložnije razvoju bolesti zavisnosti zbog nedostatka snage volje, a ove se bolesti i dalje definišu upravo preko slabosti volje osoba koje od njih boluju koja nastaje kao posledica fizičke (ali i psihičke) zavisnosti od psihoaktivne supstance, kao što je u radu već istaknuto, ali i potkrepljeno na primeru tumačenja nikotinske zavisnosti među mladima u savremenoj Srbiji (v. i npr. May 1997, 2001, McCullough and Anderson 2013, Macnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012, Edwards 2009, Gerritsen 2000). Prvi modeli bolesti zavisnosti koji su se pojavili u drugoj polovini XVIII veka su, kao što je već rečeno, ove bolesti tumačili u terminima morala, kao nedostatak kapaciteta za razumno i moralno rezonovanje (May 1997, 2001). Moralna komponenta u tumačenju bolesti zavisnosti nije nestala ni sa njihovom medikalizacijom u XIX veku, s obzirom na to da nije pronađen organski uzrok bolesti zavisnosti, a takva situacija održala se i do danas: simptomi adikcije se i dalje izjedančavaju sa znacima bolesti; adikcija se i dalje pretežno definiše kao moralni problem, kao posledica slabosti volje i nedostatka samokontrole; lečenje bolesti zavisnosti i dalje ima za cilj moralnu rehabilitaciju pojedinca (May 2001, v. i McCullough and Anderson 2013). Kada je reč o tumačenju zavisnosti od alkohola među mladima u savremenoj Srbiji, u analiziranoj građi o mladima u tom kontekstu nije eksplicitno govoreno kao o osobama slabe volje, ali je takvo tumačenje mladih implicitno zastupljeno u isticanju uticaja vršnjačke grupe na (zlo)upotrebu alkohola među mladima, pa i na razvoj zavisnosti od alkohola među ovom populacijom. U građi je istaknuto kako među mladima danas postoji trend obavezne upotrebe alkoholnih pića prilikom druženja, izlazaka, proslava, rođendana, i kako mladi ljudi koji se ne pokoravaju ovom trendu, odnosno ne žele da piju ili ne žele da obezbede alkoholna pića za svoj rođendan i sl., bivaju ismejani u društvu, pa i isključeni iz njega. To na mlade vrši veliki pritisak kojem oni obično podležu, ako je suditi po statističkim podacima o rasprostranjenosti upotrebe alkohola među mladima u Srbiji koji su u građi navedeni.

„Mladi ljudi još u osnovnoj školi probaju alkohol, a postala je i „moda“ da na svakoj rođendanskoj žurci mora biti alkohola. Ako je neko organizovao neku proslavu, a na njoj nije bilo nekog žestokog pića, mlada osoba može biti izložena podsmehu, a često i isključena iz društva.“ („Pivo piju kao vodu!“, Press, 09. 02. 2011.)

„Inače, istraživanja Instituta za mentalno zdravlje pokazala su da u konzumiranju alkohola kod maloletnika ni pol više nije važan i da podjednako piju i dečaci i devojčice. Jednostavno, postalo je uobičajeno da na zabavama, rođendanima i ostalim vidovima okupljanja mladih uvek ima alkohola.“ („I trgovci za zabranu prodaje alkohola noću“, Press, 25. 12. 2010.)

Isticanje uticaja vršnjačke grupe na konzumaciju alkohola među mladima kao glavnog motiva za ovakav način ponašanja počiva na uverenju da mlade ljude karakteriše kompromitovana snaga volje usled čega nisu u stanju da se odupru pritisku drugih i da delaju u skladu sa svojim potrebama i željama. Osim toga, isticanje uticaja vršnjačke grupe kao glavnog motiva za konzumacijom alkohola među mladima počiva i na uverenju da je kod mladih ljudi, osim snage njihove volje, kompromitovana i njihova sposobnost za racionalno razmišljanje zbog čega donose društveno neprihvatljive odlike. Slična zapažanja iznosi i Mej prilikom razmatranja dominantnih predstava o uticaju vršnjačke grupe na upotrebu alkohola među mladima: ovaj autor ističe da je poremećena i nerazvijena racionalnost mladih ljudi koja se ogleda u njihovom neuspehu da donesu društveno prihvatljive odluke centralna u ovim tumačenjima (May 1993, 161, citirano u Lupton 1995, 149). Dakle, ovakvo tumačenje uticaja vršnjačke grupe na konzumaciju alkohola među mladima dovodi u pitanje snagu njihove volje i njihov kapacitet za racionalno rezonovanje. Definisane upotrebe alkoholnih pića među mladima kao posledice slabosti njihove volje doprinosi kreiranju predstave o mladim osobama kao nedelatnim, pasivnim individuama kod kojih upotreba alkoholnih pića ne predstavlja rezultat odluke i izbora, nego je proizvod uticaja spoljašnjih sila koje na njega deluju. U onim slučajevima u kojima se upotreba alkoholnih pića među mladima definiše kao posledica oslabljenog racionalnog rezonovanja, mlade osobe bivaju okarakterisane kao iracionalne, nerazumne osobe koje nisu u stanju da donose

ispravne (društveno prihvatljive) odluke. Kreiranje ovakvih predstava o mladim osobama koje konzumiraju alkohol ima za posledicu njihovu stigmatizaciju. Stigmatizacija, kako je u radu puno puta do sada istaknuto, ima za cilj da obezbedi usvajanje onih oblika ponašanja koji se u društvu smatraju poželjnim. U tom kontekstu posmatrano, a imajući na umu štetnost uticaja (prekomerne) upotrebe alkohola na ljudski organizam i zdravlje, stigmatizacija mladih koji piju se može shvatiti kao sredstvo neoliberalne veštine upravljanja koja podsticanjem samodiscipline i samoregulacije u pravcu uvećanja bioloških potencijala populacije kao radne snage nastoji da uvećava profit (Petersen and Lupton 1996, Gastaldo 1997, Petersen 1996, 1997, Nettleton 1997, Lupton 1995, 2003, O'Brien 1995, Bunton and Burrows 1995, Diprose 2008).

U do sada predstavljenim tumačenjima akcenat je na problematičnoj upotrebi alkohola među mladima, dakle na zloupotrebi i zavisnosti od alkohola, pri čemu se ne govori o umerenoj upotrebi alkoholnih pića među mladima i pozitivnim funkcijama koje ona ostvaruje. To se nije iznenađujuće ako se ima na umu da su ciljevi zabrane prodaje alkoholnih pića u kasnim noćnim i ranim jutarnjim časovima smanjenje patoloških oblika konzumacije alkohola – zloupotrebe i zavisnosti od alkohola, i prevencija svih posledica ovakvog načina ponašanja. Međutim, insistiranje na problematičnoj upotrebi alkohola među mladima i zanemarivanje svih benefita umerene konzumacije alkohola, uopšteno i u ovoj populaciji¹⁸⁸, ne može se samo na ovaj način objasniti s obzirom na to medijska reprezentacija pomenute zabrane ne mora da podrazumeva usvajanje perspektive njenih donosioca, što je ovde upravo bio slučaj. U tom kontekstu posmatrano može se prihvatiti da izjednačavanje upotrebe alkohola sa problematičnom upotrebom alkohola među mladim osobama kakvo se zapaža u

¹⁸⁸ Uopšteno govoreći, umerena konzumacija alkohola ima blagotvoran uticaj na fizičko zdravlje ljudi u smislu da smanjuje rizik od pojave određenih bolesti kao što su bolesti srca, moždani udar, dijabetes tipa 2, kamen u žuči, artritis, demencija (Olson et al. 2000, Meister 1999, Dasgupta 2011). Osim toga, umerena konzumacija alkohola ima i psihološke i socijalne benefite – na primer, smanjuje stres i napetost, poboljšava raspoloženje, podstiče druženje i društvenu koheziju itd., čime ujedno doprinosi i poboljšanju zdravstvenog stanja pojedinca koje se danas definiše kao „stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i nesposobnosti“ (WHO 2006). O pozitivnim efektima umerene upotrebe alkohola među mladima, onako kako ih oni percipiraju, biće više reči u daljem delu rada.

analiziranom materijalu reflektuje krajnje negativan društveni odnos prema konzumaciji alkohola u ovoj populaciji, ali i šire, kako će u daljem delu rada biti pokazano. Međutim, kako neka istraživanja pokazuju, mladi ljudi pokazuju visok stepen odgovornosti kada je reč o konzumaciji alkohola: oni ne žele da preteruju u piću i da izgube kontrolu nad svojim ponašanjem niti žele da na taj način dovedu sebe u situaciju da nisu u stanju da ispune svoje obaveze i da budu teret drugima (v. Harrison et al. 2011). Osim toga, u nekim istraživanjima u kojima su ispitivani razlozi zbog kojih mladi ljudi piju i značenja koja oni pridaju ovoj praksi uočeno je da oni ističu pozitivne efekte umerene konzumacije i da ovi efekti predstavljaju glavne razloge zbog kojih oni piju – konzumiranje alkohola mladim ljudima, kako ova istraživanja pokazuju, pruža osećaj zadovoljstva, smanjuje stres i olakšava postizanje opuštenosti, omogućava im da se izbore sa dosadom i predstavlja vid zabave, smanjuje inhibiranost i olakšava sklapanje prijateljstava, predstavlja beg od sumorne svakodnevice (npr. restriktivnih pravila koja im roditelji u kući nameću) u koju unosi uzbuđenje i promenu (v. Lupton 1995, Harrison et al. 2011). Na isti način se može objasniti i izostavljanje zadovoljstva kao motiva za konzumacijom alkohola u globalno dominantnom diskursu o upotrebi alkohola oblikovanom pod uticajem medicine koji se zapaža i u analiziranom materijalu. Negiranje zadovoljstva koje se postiže prilikom upotrebe alkohola česta je praksa u okviru medicinskih nauka, mada ne i pravilo. Naime, u okviru ovih nauka zadovoljstvo se povezuje sa umerenom upotrebom alkohola, dok se kod prekomerne upotrebe i zavisnosti od alkohola mogućnost postizanja zadovoljstva negira (Hakkarainen 2013, Bell, Salmon and Mcnaughton 2011). S obzirom na to da se u medicini, kao što je već rečeno, insistira na problematičnoj upotrebi alkohola, tumačenje zadovoljstva kao sastavnog dela konzumacije alkoholnih pića je gotovo u potpunosti potisnuto.¹⁸⁹

¹⁸⁹ Kao što je već rečeno, slična situacija se može zapaziti i kada je reč o medicinskom diskursu o upotrebi drugih psihoaktivnih supstanci, obično ilegalnih (Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, O'Malley and Valverde 2004, Bergmark 2004, Lupton 2013). Osim toga, zadovoljstvo u medicini nije izostavljeno samo kada je u pitanju tumačenje upotrebe psihoaktivnih supstanci, već se uopšteno negira, s obzirom na to da se zdravlje definiše kao stanje koje isključuje zadovoljstvo i koje je moguće ostvariti samo pomoću samodiscipline i odricanja (Bell and Keane 2012, 242, v. i Petersen and Lupton 1996, Lupton 2003, 2013, Petersen 1996, 2003, Bunton and Petersen 1997, Bunton, Nettleton and Burrows

Negiranje zadovoljstva koje se postiže upotrebom alkohola i drugih psihoaktivnih supstanci u okviru medicine u vezi je sa određenim svojstvima ove discipline (fokus na bolestima, pre nego na zdravlju, propagiranje izbegavanja rizika po zdravlje koji obično potiču od praksi koje su povezane sa zadovoljstvom), tumačenjem zadovoljstva u judeo-hrišćanskoj tradiciji i emocija u prosvetiteljstvu, međutim, u tom pogledu najznačajniji je uticaj (neo)liberalne veštine upravljanja (Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, O'Malley and Valverde 2004, Lupton 1995, Bergmark 2004). Sa nastankom liberalne veštine upravljanja, kako O'Mali i Valverde zapažaju, jedini dopustivi oblik zadovoljstva, koji bi bio u skladu sa odlikama liberalnog subjekta i sa ciljevima vlasti postaje racionalno, proračunato zadovoljstvo (O'Malley and Valverde 2004). Hedonizam i aktivna potraga za zadovoljstvom u liberalizmu se smatraju problematičnim iz razloga što su u suprotnosti sa odlikama liberalnih subjekata, kao što su odgovornost, racionalnost, razumnost, nezavisnost itd. (*Ibid.*, 27). Osim toga, hedonizam i potraga za zadovoljstvom, naročito u kontekstu upotrebe psihoaktivnih supstanci, u liberalizmu su neprihvatljivi i zbog toga što se suprotstavljaju ciljevima vlasti – na taj način, insistiranjem na sopstvenom zadovoljstvu, ali i zanemarivanjem brige o sopstvenom zdravstvenom stanju, nedisciplinovani pojedinac potencijalno dovodi u pitanje svoju funkcionalnost i produktivnost koje bi trebalo da ostvari kako bi mogao da služi kolektivnom interesu – uvećanju kapitala. Neoliberalizam zastupa sličan odnos prema zadovoljstvu o kojem govori u kontekstu upravljanja rizicima, pri čemu je, iz istih razloga kao u liberalizmu, neprihvatljivo da u proračunu koristi i štete kod pojedinca prevagu odnese zadovoljstvo (Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, O'Malley and Valverde 2004).¹⁹⁰ Izostavljanje zadovoljstva kao sastavnog dela upotrebe psihoaktivnih supstanci u medicinskim naukama ima za cilj da spreči njihovu upotrebu (Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, v. i O'Malley and Valverde 2004), a u ovom kontekstu posmatrano sledi da izostavljanje

1995, Brown and Baker 2012, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Macdonald 2002, Crawford 1994).

¹⁹⁰ U izvesnom smislu u savremenom diskursu o upotrebi psihoaktivnih supstanci zadovoljstvo nije u potpunosti izostavljeno, o čemu je u radu već bilo reči, a to se može uočiti na primeru programa za smanjenje štete koja potiče od upotrebe droga (v. O'Malley and Valverde 2004).

zadovoljstva kao motiva za pušenjem (i upotrebom drugih psihoaktivnih supstanci) govori u prilog delovanju neoliberalne veštine upravljanja. Ovaj zaključak se može primeniti i na ovo istraživanje onda kada je u pitanju ukazivanje na zadovoljstvo koje se ostvaruje upotrebom alkohola kada je o mladima reč, s obzirom na to da u materijalu koji je analiziran zadovoljstvo u ovom kontekstu u potpunosti izostavljeno.

U radu je već rečeno da se na primeru tumačenja upotrebe alkohola među mladima u građi koja je analizirana može zapaziti insistiranje na problematičnoj upotrebi alkohola – umerena upotreba alkohola je u potpunosti zanemarena, kao i sve pozitivne funkcije koja ona ostvaruje. Insistiranje na problematičnoj upotrebi alkohola kakvo se zapaža u analiziranoj građi nije specifično samo za tumačenje konzumacije alkoholnih pića među mladima u Srbiji, već je karakteristično za globalno dominantni diskurs o upotrebi alkohola uopšteno, u čitavoj populaciji. Ovaj diskurs oblikovan je pod uticajem medicinskih nauka u kojima je upravo akcenat na problematičnoj upotrebi alkohola – zloupotrebi i zavisnosti od alkohola (Ajzenstadt and Burtch 1990, Valverde 1997, Nicholls 2006, Bunton 1990, Edwards 2009, Lupton 1995, Gerritsen 2000, May 1997, 2001, Levine 1978, Conrad and Schneider 1992). Fokus na patološkoj upotrebi alkohola kakav je karakterističan za medicinu može se objasniti time što je njen primarni cilj proučavanje i lečenje bolesti. Međutim, zloupotreba i zavisnost od alkohola nisu oduvek bila definisani u terminima patologije i bolesti, odnosno nisu oduvek smatrani fenomenima koji potpadaju pod polje medicinske ekspertize (Ajzenstadt and Burtch 1990, Schneider 1978, Valverde 1997, Nicholls 2006, Edwards 2009, Gerritsen 2000, May 1997, 2001, Levine 1978, Conrad and Schneider 1992). Otuda razmatranje razloga zbog kojih je danas, pod uticajem medicine, u dominantnom diskursu o upotrebi alkohola fokus na patološkim oblicima ove prakse zahteva da budu uzeti u obzir i faktori koji su na prvom mestu doveli do medikalizacije upotrebe alkohola, odnosno usloveli pojavu zloupotrebe i zavisnosti alkohola kao bolesti.

Medikalizacija upotrebe alkohola u zapadnim društvima otpočela je krajem XVIII i početkom XIX veka kada su se pojavila prva tumačenja alkoholizma kao bolesti (Ajzenstadt and Burtch 1990, Scheneider 1978, Valverde 1997, Nicholls 2006, Edwards

2009, Levine 1978, Gerrtisen 2000, May 1997, 2000). Sve do XVIII veka smatralo se da su prekomerna upotreba i zavisnost od alkohola voljna stanja koja nastaju kao posledice odluke pojedinca i nisu bila definisana kao bolesti (Schneider 1978, Nicholls 2006, Levine 1978). To, međutim, ne znači da problematična upotreba alkohola nije izazivala zabrinutost u društvu, ali se ta zabrinutost nije odnosila na negativan uticaj koji alkohol ostvaruje na zdravlje ljudi, nego se ticala problematičnog ponašanja za koje se smatralo da predstavlja posledicu upotrebe alkohola (Edwards 2009, 797). Zbog toga, ali i zbog tumačenja osoba koje piju kao grešnih i nemoralnih ljudi, rešavanjem problema zloupotrebe i zavisnosti od alkohola nisu se bavili lekari, već čuvari morala i društvenog reda – sveštenici i magistrati, a metode koje su sa tim ciljem primenjivali bile su prekor, osuda, kazna, ekskomunikacija, zatvaranje i sl. (*Ibid.*, 797-798).¹⁹¹ Međutim, krajem XVIII i početkom XIX veka tumačenje problematične upotrebe alkohola kao voljne radnje počelo je da se dovodi u pitanje, a najznačajniji ulogu u tom procesu imala su dva lekara – Bendžamin Raš (*Benjamin Rush*) iz Sjedinjenih Država i Tomas Troter (*Thomas Trotter*) iz Engleske (Valverde 1997, Nicholls 2006, Edwards 2009, Levine 1978, Gerrtisen 2000, May 1997, Ajzenstadt and Burtch 1990, Schneider 1978).¹⁹² Bendžamin Raš je bio prvi koji je zloupotrebu i zavisnost od alkohola tumačio kao bolesti volje: prema njegovom mišljenju, osoba koja prekomerno pije i/ili koja je zavisna od alkohola nije svojevolejno odabrala da to čini niti je u stanju da takvo svoje ponašanje kontroliše, zbog čega se ne može smatrati odgovornom za takav oblik ponašanja (Ajzenstadt and Burtch 1990, 131). Osim toga, Raš je bio prvi koji je govorio o zavisnosti, a ne samo o zloupotrebi alkohola (Schneider 1978). Pretpostavku da se zloupotreba i zavisnost od alkohola mogu smatrati bolestima volje Raš je izneo u radu

¹⁹¹ Istaknutu ulogu u rešavanju problema opijanja i zavisnosti od alkohola imala su i filantropska udruženja koja su najčešće osnivana pri crkvi, ali i porodica – bavljenje ovim problemom nije bilo formalno i nije poticalo od države (Ajzenstadt and Burtch 1990, 128-130).

¹⁹² Bendžamin Raš je bio prvi koji je počeo da preispituje voljni aspekt zloupotrebe i zavisnosti od alkohola, dok je Troter tek nakon Raša izneo isto ovakvo mišljenje. Troter, međutim, nije bio jedini Rašov istomišljenik po tom pitanju, već i nekolicina drugih lekara iz raznih krajeva sveta, npr. Bril-Krame (*Brühl-Cramer*) iz Rusije, Hufeland (*Hufeland*) iz Nemačke (Gerritsen 2000, 190). U literaturi se, međutim, obično govori o Troteru kao jednom od prvih lekara koji je, pored Raša, zastupao ovakvo tumačenje zloupotrebe i zavisnosti od alkohola i koji je, zajedno sa Rašom, bio najpoznatiji i najuticajniji.

„Ispitivanje uticaja žestokih pića na ljudsko telo i um“ („*An inquiry of the effects of ardent spirits upon the human body and mind*“) objavljenom 1784. godine – u ovom delu Raš je izneo mišljenje da bi se zloupotreba i zavisnost od alkohola mogli shvatiti kao posledice faktora koji su van kontrole pojedinca (*Ibid.*, 362).¹⁹³ Raš je smatrao da je zavisnost od alkohola progresivna bolest čiji je početni stadijum zloupotreba alkohola, a krajnji potpuni gubitak kontrole nad pićem (*Ibid.*, 363). Zavisnost od alkohola je za Raša dakle bila bolest koju karakteriše gubitak samokontrole, a njenim uzrocima smatrao je alkohol i njegova određena svojstva, a ne odlike ljudi koji od nje boluju (Gerritsen 2000, 189). Naime, Raš je verovao da pod uticajem upotrebe alkoholnih pića volja počinje da slabi, a konačno i da nestaje (Schneider 1978, 363). Stoga je on smatrao da je lek za zavisnost od alkohola apstinencija od upotrebe alkoholnih pića, i to ne svih, već samo žestokih alkoholnih pića: prema Rašovom mišljenju, samo su ova pića mogla da dovedu do zavisnosti od alkohola, dok je pivo i vino u tom pogledu smatrao bezbednim (*Ibid.*, 363, Edwards 2009, 798, Gerritsen 2000, 189). Upravo je to razlog zbog kojeg je Raš smatrao da lečenje zavisnosti od žestokih alkoholnih pića treba da bude ostvareno prelaskom na upotrebu pomenutih „bezopasnih“ alkoholnih pića ili upotrebom laudanuma (Edwards 2009, 798). Osim toga, Raš je kao lek za zavisnost od alkohola preporučivao i okretanje religiji i smatrao je da sveštenici treba da budu angažovani prilikom lečenja alkoholičara (*Ibid.*, 798). Raš dakle nije smatrao da bolest zavisnosti od alkohola podrazumeva postojanje patološke lezije u organizmu koja je njen organski uzrok, dok je lek za alkoholizam video u domenu morala (Edwards 2009, 799). Iako nije objasnio mehanizme razvoja zavisnosti od alkohola i iako su u izvesnom smislu njegova tumačenja osoba koje piju, alkoholizma i tretmana lečenja alkoholizma bila bliska već postojećim, Raš je ponudio alternativu tumačenju i rešavanju ovog problema koji je do tada bio pod pretežnom nadležnošću crkve i doveo do otpočinjanja procesa medikalizacije zloupotrebe i zavisnosti od alkohola (Schneider 1978, 363).¹⁹⁴ Upravo je

¹⁹³ Edwards navodi da podatak da je pomenuti Rašov rad objavljen 1790. godine (Edwards 2009, 798).

¹⁹⁴ Bliskost Rašovog tumačenja alkoholičara, alkoholizma i načina lečenja alkoholizma sa već postojećim ogleda se u izdvajanju religije kao leka za ovu bolest, uz angažovanje sveštenika, ali i u tome što je alkoholizam, iako ga je definisao kao bolest volje, Raš smatrao i nekom vrstom poroka (Edwards 2009, 798, v. i May 1997). Sam Raš je bio religiozan i njegovo tumačenja problematične upotrebe alkohola

ideja koju je Raš prvi zagovarao, da osoba koja zloupotrebljava alkohol ili koja je od njega zavisna nije u stanju da se kontroliše prilikom upotrebe alkohola, omogućila uspostavljanje veze između ovih oblika ponašanja i mentalnih bolesti – i sam Raš je hroničnu zloupotrebu alkohola definisao kao mentalnu bolest, kao oblik ludila (Ajzenstadt and Burtch 1990, 131). Isto tumačenje zavisnosti od alkohola sreće se i kod Trotera (*Ibid.*, 131). 1804. godine Troter je objavio „Esej o pijanstvu“ („*Essay on Drunkenness*“) u kojem je kao glavni problem u vezi sa zloupotrebom alkohola identifikovao naviku opijanja koju je definisao kao bolest uma (Edwards 2009, 798). Za razliku od Raša koji je govorio o zavisnosti od alkohola, Troter najčešće nije koristio ovaj termin, već je prvenstveno govorio o navici opijanja koju je, kao što je rečeno, smatrao bolešću uma, a opisivao ju je kao žudnju za konzumiranjem alkohola koja se pojavljuje u apstinenciji i čije zadovoljenje omogućava postizanje olakšanja (*Ibid.*, 799).¹⁹⁵ Dakle, kao i Raš, i Troter je problematičnu konzumaciju alkohola smatrao bolešću, ali je Troter, za razliku od Raša, smatrao da ova bolest ima (i) svoj organski uzrok (May 1997, 195). Za Trotera je dakle prekomerna upotreba alkohola bila organska bolest koliko i moralna: njegov model zavisnosti od alkohola bio je psihološki i povezivao je organske i moralne uzroke i posledice alkoholizma (*Ibid.*, 195). Ipak, prema Troterovom mišljenju, lek za alkoholizam se nalazio u domenu morala: kao i Raš, i Troter je smatrao da bi lečenje zavisnosti od alkohola trebalo da podrazumeva ono što se danas označava kao kognitivno-biheviornalna intervencija (*Ibid.*, 195, Edwards 2009, 799). Međutim, za razliku od Raša, Troter nije smatrao da za lečenje alkoholizma treba da budu zaduženi sveštenici, nego lekari (Edwards 2009, 799). Tokom XIX veka tumačenje alkoholizma kao bolesti volje nisu više zastupali samo pojedinci, kao što su Bendžamin Raš, Tomas Troter i drugi lekari koji su bili njihovi istomišljenici, već je ovo tumačenje postalo opšteprihvaćeno (Ajzenstadt and Burtch 1990, Scheneider 1978,

poslužila su kao osnova pokreta za umerenost čiji su pripadnici bili puritanci i čija je istaknuta figura bio upravo Raš.

¹⁹⁵ Iako generalno nije koristio ovaj termin, Troter je ipak povremeno govorio o zavisnosti od alkohola, ali je navika opijanja bila ključna u njegovom promišljanju problematične konzumacije alkohola (Edwards 2009, 798).

Valverde 1997, Nicholls 2006, Edwards 2009, Levine 1978, Gerrtisen 2000, May 1997, 2000).

Da bi pokušaj medikalizacije zloupotrebe i zavisnosti od alkohola mogao u potpunosti da bude shvaćen, osim uloge koju su Raš i Troter imali u ovom procesu, treba razmotriti i celokupan društveni, politički i ekonomski kontekst u zemljama zapadne Evrope i Severne Amerike u pomenutom periodu u kojem se on odigrao i iz kojeg se ne može izolovati kao nezavisan.¹⁹⁶ Sagledavajući uticaj liberalne misli na poimanje alkohola i njegove upotrebe, Nikols zapaža da je njihova međusobna nekompatibilnost i suprotstavljenost u velikoj meri doprinela tome da alkohol stekne negativan status u zapadnim društvima (Nicholls 2006). Upotreba alkohola u suprotnosti je sa ključnim karakteristikama liberalnog subjekta – racionalnošću, odgovornošću, autonomijom, moralnom snagom, prioritetizacijom kolektivnih interesa i opšteg dobra te je kao takva bila negativno konotirana u liberalizmu. Slična zapažanja iznose i drugi autori. Valverde, na primer, napominje da je tumačenje alkoholizma kao bolesti volje, kakvo se najpre javilo kod Raša i Trotera i koje je tokom XIX veka postalo opšteprihvaćeno, oblikovano upravo pod uticajem liberalizma prema kojem osobe koje ne donose racionalne odluke, odnosno preduzimaju postupke koji su na njihovu štetu, odlikuje nedostatak volje (Valverde 1997). Krajem XIX veka, kako Valverde napominje, bilo je prihvaćeno mišljenje da alkoholizam predstavlja defekt u liberalnom subjektivitetu koji podrazumeva gubitak funkcije volje (*Ibid.*, 258).¹⁹⁷ Međutim, nastanak liberalizma nije jedini faktor koji je uticao na medikalizaciju zloupotrebe i zavisnosti od alkohola kao bolesti volje nego i nastanak veštine upravljanja krajem XVIII

¹⁹⁶ U radu je već rečeno da proces medikalizacije bolesti zavisnosti nikada nije u potpunosti ostvaren, a to se odnosi i na medikalizaciju zavisnosti od alkohola. Razlog za to je taj što još uvek nije formulisan ubedljiv patološki model etiologije ovih bolesti u smislu da nisu utvrđeni i izmereni njihovi organski uzroci, te on i dalje počiva na moralnim kategorijama, kako u pogledu njihovog definisanja tako i u pogledu načina lečenja (May 2001, McCullough and Anderson 2013, Valverde 1997).

¹⁹⁷ Valverde takođe napominje da u tom trenutku nije postojao konsenzus u pogledu toga da je slabljenje funkcije volje uzrok ili posledica kontinuiranog unosa prekomerne količine alkohola, odnosno da li erozija snage volje nastaje kao rezultat ovakve upotrebe alkohola ili je defekt u karakteru neke osobe i snazi njene volje na prvom mestu uzrokuje ovakav oblik ponašanja (Valverde 1997). Uprkos tome, saglasnost je bila postignuta u pogledu toga da je opijanje gubitak funkcije volje, bez obzira na to da li je gubitak ove funkcije uzrok ili posledica – krajnji rezultat je gubitak kapaciteta za voljno delovanje.

veka čiji je prvobitni oblik bio disciplinska vlast (Ajzenstadt and Burtch 1990). Prema Fukou, disciplinska vlast je veština upravljanja telom koja ima za cilj da ekonomsku korisnost i političku potčinjenost tela dovede u vezu tako da rast jednog uslovljava rast drugog, i obrnuto: discipline su metode „kojima se omogućava precizna kontrola telesnih aktivnosti i obezbeđuje stalna zauzdanost telesnih snaga te nameće odnos poslušnost – korist (Fuko 1997, 133). Ovaj oblik vlasti je nastao kao odgovor na porast populacije koji je trebalo uskladiti sa porastom kapitala: problem porasta populacije nije bilo moguće rešiti bez povećanja proizvodnog aparata koji je populaciju kadar da izdržava a ujedno i koristi, i obrnuto, bez discipline kao tehnike koja kumulativno populaciju čini korisnom istovremeno dovodeći do porasta kapitala (*Ibid.*, 214). Pojava disciplinske vlasti krajem XVIII veka označila je podvrgavanje mehanizmima kontrole brojnih aspekata svakodnevnog života, kao što je, između ostalog, upotreba alkohola (Ajzenstadt and Burtch 1990). Ovaj oblik vlasti nastojao je da normalizuje i standardizuje pojedince osnaživanjem normi koje rukovode njihovim ponašanjem – prostor u kojem ona operiše nije onaj koji pokriva zakon i koji se tiče protivprirodnih zločina, već je to prostor svakodnevnog ponašanja i odstupanja od normi kojim bi ljudi u tom pogledu trebalo da se rukovode (Fuko1997). Od ključnog značaja za disciplinsku vlast jeste naučna ekspertiza koja olakšava njeno sprovođenje, ali i koja joj daje legitimitet (*Ibid.*). U tom se kontekstu mora posmatrati i prisvajanje zloupotrebe i zavisnosti od alkohola od strane medicine koje je otpočelo krajem XVIII veka. Prekomerna upotreba alkohola suprotstavlja se idealnim odlikama liberalnih subjekata koji bi trebalo da budu racionalni, odgovorni, da praktikuju samokontrolu i da prioritet daju opštem dobru spram sopstvenih interesa. S obzirom na to da je liberalni subjektivitet kompatibilan sa ciljevima disciplinske vlasti, ovakav oblik ponašanja dovodi u pitanje njeno efikasno sprovođenje i nastojanje da od pojedinaca stvori poslušne individue koje doprinose bogaćenju države. Medikalizacija prekomerne upotrebe alkohola i zavisnosti od alkohola posledica je težnje disciplinske vlasti da ovaj cilj ostvari upotrebom sredstava koji maskiraju njen politički karakter, što je ključni faktor u obezbeđivanju efikasnosti jedne vlasti (v. Fuko 1997). Tokom XIX veka

dominantni oblik vlasti postala je biopolitika koja predstavlja „skup mehanizama pomoću kojih osnovne biološke odlike ljudske vrste postaju objekat političke strategije, opšte strategije moći“ (Foucault 2007, 16). Biopolitika je tehnologija moći koja je usmerena na „telo-vrstu, telo prožeto mehanikom života, telo koje služi kao podloga biološkim procesima: razmnožavanju, rađanju i smrtnosti, stanju zdravlja, životnom veku, dugovečnosti i svim okolnostima koje ga mogu učiniti podložnim promenama; o njima (biopolitika) vodi računa, preuzimajući ih na sebe, ceo niz intervencija i *regulativnih nadzora*“ (Fuko 2006, 156). U tom kontekstu posmatrano, preuzimanje regulacije zloupotrebe i zavisnosti od alkohola od strane medicine koje je u tom periodu bilo u jeku za vlast je bilo značajno ne samo u tom smislu što je doprinosilo disciplinovanju nepoželjnih oblika ponašanja i stvaranju poslušnih jedinki nego i u tom smislu što je omogućavalo uvećanje biološkog potencijala populacije putem lečenja bolesti i osnaživanja zdravlja, na taj način doprinoseći uvećanju njene produktivnosti kao radne snage (Ajzenstadt and Burtch 1990). Ovo su dakle razlozi zbog kojih je došlo do prisvajanja zloupotrebe i zavisnosti od alkohola od strane medicine počev od kraja XVIII veka, a zbog čega su se u dominantnom diskursu o upotrebi alkohola našli upravo ovi oblici konzumacije alkohola – taj diskurs oblikovan je upravo pod uticajem medicine. Takva situacija održala se i do danas, i to ne samo zbog toga što (bio)medicina ima monopol na bavljenje problemima u vezi sa konzumacijom alkohola nego i zbog toga (prvenstveno zbog toga) što joj taj monopol obezbeđuje sprega sa savremenim oblikom vlasti – neoliberalnom veštinom upravljanja. Insistiranje na bolesti, patologiji, patnji, bolu, koje podrazumeva fokus na zloupotrebi i zavisnosti od alkohola u dominantnom diskursu o upotrebi alkohola, odnosno predstavljanje upotrebe alkohola u krajnje negativnom svetlu trebalo bi da doprinese smanjenju privlačnosti ove prakse, a time i smanjenju njene pojave kako bi zdravlje populacije bilo osnaženo i kako bi na taj način bila povećana njena ekonomska iskoristivost, a to se odnosi i na tumačenje upotrebe alkohola među mladima u materijalu koji je u ovom istraživanju analiziran. Kao što je na početku ovog dela rada istaknuto, u analiziranoj građi je o konzumaciji alkohola među mladima govoreno isključivo u negativnom kontekstu u smislu da je reči

bilo jedino o patološkim oblicima upotrebe alkohola i svim njihovim negativnim efektima. U izjavama za medije koje su davali povodom uvođenja zabrane noćne prodaje alkohola, medicinski eksperti su ukazali na značaj ove zabrane za poboljšanje zdravlja mladih ljudi ističući štetne posledice prekomerne konzumacije alkohola, kao što su koma, zastoj u radu srca, smrt. Osim toga, oni su naglasili i da su mladi ljudi podložni razvoju alkoholizma zbog toga što su vulnerabilni na pritisak vršnjačke grupe i da je zbog toga učestalost ove bolesti među mladima zabrinjavajuće visoka. Ovakvim izjavama kreira se predstava o upotrebi alkohola kao visoko rizičnoj praksi koja dovodi do zavisnosti i koja ozbiljno ugrožava zdravlje, pa i život onih koji piju. Činjenica je da se ne može negirati postojanje patoloških oblika konzumacije alkohola, kao ni opasnost koju oni predstavljaju, ali se upotreba alkohola generalno ne može okarakterisati kao problematična i po zdravlje rizična praksa, kao što se to čini u okviru medicinskog diskursa o upotrebi alkohola koji svaki oblik upotrebe alkohola definiše upravo na taj način, a koji je reprodukovan i u materijalu koji je u ovom istraživanju analiziran. Ako se ima na umu sve ono što je do sada rečeno o uzrocima insistiranja na patologiji u okviru medicinskog diskursa o upotrebi alkohola, kao i o razlozima medikalizacije zloupotrebe i zavisnosti od alkohola, tumačenje upotrebe alkohola među mladima bi se moglo shvatiti kao sredstvo neoliberalne veštine upravljanja koja stremi poboljšanju zdravlja populacije na taj način što podstiče samoregulaciju pojedinaca u pravcu izbegavanja praksi rizičnih po zdravlje predstavljanjem tih praksi u krajnje negativnom svetlu. Dakle, naglašavanje patoloških oblika upotrebe alkohola i svih njihovih negativnih efekata od strane medicinskih eksperata u materijalu koji je analiziran ima za cilj da mlade ljude odvraća od toga da počnu da piju – na taj način stvara se utisak da svaka upotreba alkohola neminovno dovodi do nečeg lošeg, i tako da doprinese ciljevima neoliberalne veštine upravljanja – poboljšanju biološkog potencijala populacije i stvaranju poslušnih individua koje se dobrovoljno potčinjavaju imperativima neoliberalne veštine upravljanja bivajući ubeđene da deluju u svom najboljem interesu.

5. 2. 1. 2. MLADI KAO IZVOR RIZIKA – AGRESIVNOST, DELIKVENCIJA, KRIMINAL I NARUŠAVANJE JAVNOG REDA I MIRA KAO POSLEDICE UPOTREBE ALKOHOLA MEĐU MLADIMA

U radu je do sada je bilo reči o mladima kao posebno vulnerabilnoj grupi kada je reč o uticaju alkohola na organizam i razvoju zavisnosti od alkohola, međutim, prevencija ovih problema nije jedini benefit zabrane noćne prodaje alkohola kada su mladi ljudi u pitanju. Naime, kako je u građi istaknuto, (prekomerna) upotreba alkohola među mladima, osim zdravstvenih, dovodi i do niza drugih problema koje odluke kojima se u noću u trgovinskim objektima zabranjuje prodaja alkohola treba da spreče, kao što su agresivnost, nasilje, kriminal, delikvencija, narušavanje javnog reda i mira. Mladi ljudi pod dejstvom alkohola se, kako se u građi napominje, ponašaju necivilizovano, prave nered i galamu na ulicama u kasnim večernjim satima kada ljudi žele da se odmore i da spavaju. Osim toga, vrlo često oni u ovakvom stanju postaju agresivni i započinju tuče koje, osim što remete mir ostalih građana, u pitanje dovode i njihovu bezbednost.

„Učestale žalbe Novosađana da zbog pijanih i bahatih nemaju noćni mir - urodile su plodom. Odlukom Skupštine grada zabranjena je prodaja alkoholnih pića u periodu od 23 časa do šest ujutru, a za prekršioce su propisane novčane kazne od 250 do 2.500 dinara. Velika većina Novosađana, međutim, ne veruje da će se time sprečiti ulične pijanke i vratiti noćni mir. (...) Predsednik gradskog Saveta za javni red i mir, Nemanja Starović, rekao je da su se poslednjih meseci Novosađani učestalo žalili zbog prodavnica koje su otvorene tokom cele noći, prodajući alkoholna pića mladima. - Zbog toga često dolazi do narušavanja javnog reda i mira, ali je ugrožena i bezbednost samih zaposlenih u prodavnicama - predočio je Starović i dodao da se odluka odnosi samo na prodavnice u zoni stanovanja. - Kazne za prekršaj jesu niske, ali se mogu menjati posebnim odredbama. Skupštinska odluka je među vlasnicima prodavnica izazvala različita mišljenja i komentare. Dok pojedini podržavaju zabranu prodaje alkohola u

sitne sate, drugi strahuju da će imati problema ako odbiju da u pomenuto vreme prodaju alkoholna pića. (...) Novosađanka Nataša B. pozdravljajući odluku, veruje da će ubuduće biti manje okupljanja pijanih grupa u haustorima i ulazima u zgrade i da će biti manje buke i tuča na ulicama.“ („Glas za „prohibiciju““, Večernje novosti, 29. 11. 2009.)

„Članovi Gradskog veća na poslednjoj sednici odlučili su da podrže inicijativu Odbora za javni red mir i bezbednost Skupštine grada jer veruju da će zabranom prodaje alkoholnih pića između 23 i četiri sata sprečiti mlade da se opijaju u blizini prodavnica i trafika, a zatim tuku i izazivaju nered. Gradonačelnik Igor Pavličić kaže da se u Gradskom veću nadaju da će zabranom poboljšati bezbednost Novosađana. – Praksa mladih u Novom Sadu je da se okupljaju oko prodavnica gde kupuju piće ili sa flašama piva šetaju gradom. To je stvaralo mnoge probleme i njihovim roditeljima i sugrađanima, koji su se često žalili policiji. Nismo hteli da uvodimo neke represivne mere i ograničimo radno vreme prodavnica. Ako neko hoće da izlazi u grad, neka izlazi, ali ne može da se pije na javnim mestima – kaže Pavličić.“ („Protiv prodaje alkohola posle 23 sata“, Blic, 05. 09. 2009.)

„Zamenik predsednika Saveta za bezbednost Milivoje Borić naglašava da maloletnici ne piju samo u ugostiteljskim objektima, već i na javnim mestima, ulicama, trgovima i parkovima.- Kragujevac jeste proglašen najbezbednijim gradom u Srbiji, ali imamo podatak da mladi u noćnim satima u prodavnicama kupuju alkohol i opijaju se na ulici. Prošle godine je jedno takvo pijančenje dovelo do svađe, a zatim i do fizičkog obračuna između dve grupe mladića. Nažalost, tom prilikom je jedan mladić podlegao povredama zadobijenim u tuči – podseća Borić.“ („Katanac u 22“, Press, 23. 01. 2007.)

„S druge strane, sociolog Bojan Panajotović ocenjuje najnoviji predlog gradske vlasti odličnim i smatra da će u velikoj meri pomoći da se alkohol prodaje u manjim količinama, a samim tim, kako kaže, biće smanjeno i nasilje na ulicama. – Naravno da će onaj ko želi, alkohol moći da kupi pre 22 sata, pa da ga posle pije i činjenica je da ovakvom merom problem neće biti iskorenjen, ali će sigurno doprineti da se mogućnost kupovine alkohola umanjí. Time ćemo sprečiti i nasilje među mladima, koji su najčešće uzrokovani alkoholisanim stanjem – objašnjava Panaotović.“ („Neće im proći ideja o noćnoj prohibiciji““, 24 sata, 06. 08. 2013.)

„Direktorka Specijalne bolnice za bolesti zavisnosti dr Jasna Daragan Saveljić ne veruje u to da bilo koja administrativna mera može da smanji broj alkoholičara i alkoholizam u našoj zemlji. „To je praksa pokazala u ostalim zemljama sveta, ali može da pomogne da se smanje incidentne situacije naročito kad su pitanju mladi koji piju na mah, odlučuju se u trenutku da nabave piće ili da dodaju količinu pića“, kaže doktorka Saveljić.“ („Prodaja alkohola noću, za i protiv“, sajt RTV RTS, 11. 08. 2013.)

Nakon što je 2012. godine Ustavni sud zabranu prodaje alkoholnih pića noću u Beogradu proglasio neustavnom, predlagači i pobornici ove zabrane su se iskazali svoje nezadovoljstvo ističući benefite koje je ova zabrana ostvarila u periodu u kojem je bila na snazi, kao što su, između ostalog, smanjenje broja krivičnih dela počinjenih pod dejstvom alkohola među mladima.

„Đilas je istakao da je prošle godine za više od 40 odsto smanjen broj delinkvenata koji su dela počinili pod dejstvom alkohola i da je drastično, za više od 25 odsto, smanjen broj maloletnika koji su počinili dela pod dejstvom alkohola. - Svi ti pokazatelji su bili sve bolji i bolji i u prvih šest meseci ove godine - rekao je Đilas.“ („Đilas: Ponovo ćemo zabraniti prodaju alkohola noću“, Blic, 05. 10. 2012.)

Dakle, mladi se, kako se u analiziranom materijalu zapaža, ne tumače samo kao oni koji su pod rizikom nego i kao oni koji su izvor rizika po druge osobe, onda kada su pod uticajem alkohola. U tom kontekstu je napomenuto da mladi u alkoholisanom stanju predstavljaju opasnost po bezbednost drugih građana kako mladih tako i starijih, koja se manifestuje njihovom povećanom agresivnošću, nasilnim ponašanjem, delikvencijom i počinjavanjem kriminalnih dela. Osim toga, u građi je istaknuto i da mladi ljudi pod dejstvom alkohola dovode do ugrožavanja javnog reda i mira pravljenjem buke i nereda na ulicama, kako je navedeno, ugrožavajući na taj način pravo drugih građana na odmor i mir u kasnim večernjim satima. Tumačenje mladih osoba kao devijantnih osoba praktikuju rizično ponašanje i koje predstavljaju izvor rizika po svoju okolinu je, kako brojni autori pokazuju, uobičajena praksa širom sveta

(Kemshall 2008, Schehr 2005, Mitchell et al. 2001, Crawford 2006, 2008, 2009, Crawford and Flint 2009, Thomas and Bromley 2000). Kako Kemšal zapaža, rizik i mladi su danas postali sinonimi: mladi ljudi se danas obično percipiraju kao osobe pod povećanim rizikom i kao osobe koje predstavljaju rizik po druge ljude iz njihovog okruženja (Kemshall 2008, 21). Kemšal smatra da tumačenje mladih kao izvora rizika proističe iz tumačenja mladih kao osoba pod rizikom (*Ibid.*). Naime, mladi se danas tumače kao vulnerabilni pojedinci čiji su životi u savremenom društvu rizika postali nepredvidivi, nesigurni i nestabilni. Osim toga, mladi ljudi danas imaju više slobode nego ikad, što se tumači kao faktor koji pojačava njihovu vulnerabilnost otežavajući donošenje ispravnih odluka. U savremenom društvu rizika donošenje ispravnih odluka znači donošenje odluka na osnovu racionalnog proračuna koristi i štete, odnosno podrazumeva izbegavanje rizika. Međutim, mladi ljudi se, kako Kemšal napominje, retko kada na taj način ponašaju, već često preduzimaju različite vrste rizika te se stoga smatraju iracionalnim, neodgovornim i vulnerabilnim pojedincima. Upravo je to razlog zbog koje se smatra da mladi ljudi i sami predstavljaju izvor rizika – rizično ponašanje koje oni često praktikuju vrlo često se tumači kao izvor opasnosti po njihovo okruženje. Konačno, ovakva tumačenja za sobom povlače pojačanu kontrolu i regulaciju mladih, na šta su ukazali i neki drugi autori (v. npr. Crawford 2008, 2009, Crawford and Flint 2009). Ovi autori su zapazili da se u zapadnim društvima danas u sve većem broju usvajaju zakonski akti koji su usmereni na anti-socijalno ponašanje mladih, kao što su pravljenje nereda i buke, opijanje, tuče na javnim mestima, počinjavanje kriminalnih dela i sl. (v. i Törrönen and Karlsson 2005, Pennay and Room 2012). Proklamovani cilj ovih mera jeste povećanje bezbednosti ostalih pripadnika društva, međutim, uvođenje ovih mera ne počiva na stvarnoj pretnji koju mladi ljudi predstavljaju po ostale pripadnike društva, već je utemeljeno na iracionalnom strahu od mladih koji vlada u društvu, naročito među starijim osobama, te je jedini efekat koji one ostvaruju povećanje osećaja bezbednosti. Strah od mladih je dakle neutemeljen i javlja se obično među pripadnicima vulnerabilnih društvenih grupa, kao što su starije osobe i žene, a oblikovan je pod uticajem negativnog medijskog izveštavanja o mladima kao osobama

čije ponašanje predstavlja opasnost po druge (Crawford 2009, Crawford and Flint 2009). Osim toga, kako evidencija pokazuje, najveći broj žrtava kriminala nisu starije osobe i žene, nego mladi muškarci kod kojih je strah od zločina najmanji (Thomas and Bromley 2000, Crawford 2009).¹⁹⁸

Zabrana prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 22 (23) do 06 sati i odluka prema kojoj je trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjeno da rade u vremenu od 22 do 06 sati, koje su predmet analize u ovom istraživanju, ne predstavljaju mere koje eksplicitno regulišu anti-socijalno ponašanje mladih, s obzirom na to da je njihov predmet regulacija prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima i regulacija radnog vremena trgovinskih objekata koji prodaju alkoholna pića, ali imaju takvu namenu i ostvaruje takve efekte. Naime, u analiziranom materijalu je ukazano na to da su ove zabrane donete sa ciljem da se obezbedi javni red i mir u noćnim satima sprečavanjem prodaje alkoholnih pića mladima koji pod dejstvom alkohola na ulicama prave nered i buku, tuku se, počinjavaju krivična dela i slično. Iz toga sledi da je regulacija anti-socijalnog ponašanja mladih efekat koji su donosioci ovih zabrana njihovom primenom želeli da postignu. Anti-socijalno ponašanje koje ove zabrane nastoje da spreče je ono za koje se smatra da je podstaknuto (preteranom) konzumacijom alkohola i uprkos tome što su donosioci zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima istakli da je ona u tom pogledu bila delotvorna, evidencija o uticaju alkohola na pojavu ovakvih oblika ponašanja je, kako se u literaturi ističe, slaba.¹⁹⁹ Kako Džejn i Valentajn zapažaju, zaključivanje o tome da li je neko anti-socijalno ponašanje posledica konzumacije alkohola temelji se na tome da li je osoba u trenutku praktikovanja takvog ponašanja bila pod dejstvom alkohola ili

¹⁹⁸ Razmatrajući faktore koje utiču na intenzitet straha od zločina, Tomas i Bromli su ukazali na to da najsnažniji uticaj u tom pogledu ostvaruje procena sopstvene vulnerabilnosti, a od značaja su i faktori kao što su rod, etnicitet, starost, environmentalni faktori, odnosno prisustvo ili odsustvo određenih elemenata u sredini u odnosu na koju se procenjuje strah od zločina, kao što su nered, grafiti, smeće, napuštenost, prisustvo određenih grupa poput prosjaka, prostitutki, narkomana, omladine, i drugi koji ukazuju na društvenu dezorganizaciju (Thomas and Bromley 2000).

¹⁹⁹ U građi koja je analizirana donosioci odluke prema kojoj je u trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića u Kragujevcu zabranjeno da rade u vremenu od 22 do 06 sati nisu ukazali da je njenom primenom zaista i ostvaren ovakav efekat. O ovoj zabrani u medijima inače gotovo da uopšte nije govoreno, osim u jednom novinskom članku.

ne, bez obzira na to što se povezanost između unosa alkohola i anti-socijalnog ponašanja ne može utvrditi (Jayne and Valentine 2014). Ovi autori takođe navode da kvalitativna, etnografska istraživanja ukazuju na to da kriminal i nasilje nisu česte niti značajne odlike svakodnevne konzumacije alkohola (*Ibid.*, v. i Jayne, Valentine and Holloway 2010). Onda kada je upotreba alkohola praćena kriminalom i nasiljem, ove pojave se ne mogu shvatiti kao posledice samog unosa alkohola, s obzirom na to da se one javljaju samo onda kada već postoje izvesne tenzije uslovljene, na primer, klasom, rodnom, rasom, seksualnom orijentacijom i sl. (Jayne and Valentine 2014). Čak iako se prihvati da je upotreba alkohola povezana sa nasiljem i kriminalom, ne može se tvrditi da je to jedini uzrok njihove pojave, već jedan od činilaca koji doprinosi ovakvom načinu ponašanja – da bi došlo do nasilja ili neke kriminalne aktivnosti potrebno je da deluju i drugi faktori, a ne samo da neka osoba bude pod dejstvom alkohola (*Ibid.*). Tu spadaju pomenute tenzije među pojedincima, kada je o nasilju reč, koje se onda kada se dešava pod dejstvom alkohola, kako brojni ukazuju, obično javlja samo kod ekonomski i društveno marginalizovanih pojedinaca, muškaraca pretežno (Jayne, Valentine and Holloway 2010, 550, v. i MacLean and Moore 2014).

Sve do sada u ovom delu rada izneto upućuje na to da se mladi ljudi, bilo da su pod dejstvom alkohola ili ne, ne mogu smatrati stvarnom pretnjom po svoju okolinu niti se može prihvatiti da se povećana regulacija mladih i njihovog ponašanja na javnim mestima sprovodi sa ciljem povećanja bezbednosti u društvu. Problematizaciju mladih ljudi i njihovog ponašanja, bez obzira na to da li je ono oblikovano pod uticajem alkohola ili ne, različiti autori objašnjavaju na različite načine. Na primer, Robert Šer ukazuje na to da problematizacija ponašanja mladih ljudi i njihova pojačana kontrola potiču od toga što oni dovode u pitanje dominantne društvene vrednosti i norme koje nalažu izbegavanje rizika na taj način što se ovim normama oni obično ne povinuju (Schehr 2005). U savremenom periodu pojedincima se upravlja putem diskursa rizika koji nalaže izbegavanje rizičnih oblika ponašanja. Ovakav način ponašanja tumači se kao racionalan i odgovoran, dok se svi drugačiji oblici ponašanja koji podrazumevaju preduzimanje rizika u društvu osuđuju i za sobom povlače preduzimanje mera koje

imaju za cilj disciplinovanje i korekciju pojedinaca koji praktikuju takvo ponašanje. Takvi potezi tumače se kao oni koji su u opštem interesu, s obzirom na to da se predstavljaju kao oni koji povećavaju sigurnost u društvu, međutim, oni zapravo predstavljaju sredstva društvene kontrole koja marginalizuju osobe koje ne poseduju moć, kao što su, na primer, mladi ljudi. Za razliku od Šera, neki drugi autori na drugačiji način povezuju rizik, mlade i njihovu pojačanu kontrolu u društvu. Adam Kraford, na primer, smatra da se povećanje regulacije ponašanja mladih mora posmatrati u kontekstu prevencije zločina na kojem se insistira u savremenim društvima počev od 1970-tih i koje je posledica promene u načinu upravljanja koja je nastupila sa nastankom neoliberalizma (Crawford 2008, 2009). Sličan stav zastupa i Kemšal koji smatra da se regulacija delikvencije i kriminala danas odvija prvenstveno putem prevencije faktora rizika pa se otuda mladi ljudi nalaze u fokusu regulacije ovih pojava kao izvori rizika, ali i svi oni faktori koji doprinose povećanoj rizičnosti u ponašanju mladih (Kemshall 2008). Dakle, problematizacija ponašanja mladih, bilo da je ono podstaknuto upotrebom alkohola ili ne, i pojačana kontrola mladih koja je njen pratilac moraju se posmatrati u kontekstu neoliberalne veštine upravljanja i promena u krivično-pravnom sistemu do kojih je njen nastanak doveo, a koje podrazumevaju insisitriranje na prevenciji zločina. Počev od XIX veka pa sve do 1970-tih godina penalni sistem počivao je na kontroli koja je poticala od države i koju su sprovodile profesionalne institucije, a njegov cilj bila je korekcija i reformisanje prestupnika (Crawford 2003, 482, v. i Fuko 1997). Međutim, od 1970-tih počelo je da se uviđa da ovakav penalni sistem ne daje željene rezultate u smislu da ne dovodi do korekcije prestupnika i smanjenja broja počinjenih zločina (Crawford 2003, 482). Društveno-pravna i kriminološka istraživanja ukazala su na neefikasnost tradicionalnih strategija krivično-pravnog sistema koje nisu bile u stanju da ostvare prevenciju zločina (*Ibid.*, 482). Zbog toga, ali i zbog finansijskih troškova, ovakav način regulacije kriminala koji se oslanjao na državne institucije i korekciju prestupnika zamenjen je onim u kojem je akcenat stavljen na prevenciju zločina (*Ibid.*, 483). Ovaj oblik regulacije kriminala podrazumeva primenu niza intervencija koje nastoje da umanje mogućnost pojave

zločina izmenom određenih odlika okruženja i ne sprovodi se isključivo putem državnih institucija, već se oslanja na angažovanje aktera i agencija civilnog društva i njihovu saradnju sa državnim institucijama, a takođe podrazumeva i angažovanje čitave zajednice, odnosno svakog njenog pripadnika (*Ibid.*, 484-485, v. i Crawford 1998, 2003, Borch 2005, Garland 2001). Dakle, kontrola kriminala danas ne počiva na potrazi za zločincima, njihovom osuđivanju i kažnjavanju, nego na prevenciji, upravljanju rizicima i smanjenju štete – cilj je da se smanji mogućnost pojave kriminalnih događaja povećanjem kontrole nad krimogenim situacijama i usmeravanjem ponašanja dalje od takvih situacija (Garland 2001, 171). U fokusu prevencije se dakle ne nalaze pojedinačni prestupnici, nego krimogene situacije koje prevencija treba da učini manje podložnim pojavi kriminalnih radnji (*Ibid.*, 171). Do pojave ovakvog načina regulacije kriminala došlo je, kao što je već rečeno, tokom 1970-ih zbog neefikasnosti, ali i troškova kontrole kriminala koja mu je prethodila, a u širem kontekstu posmatrano, ova promena uslovljena je kritikom države blagostanja i pojavom neoliberalizma. U radu je već bilo reči o kritici velferizma i njegovih nedostataka koji su počeli da se naziru nakon II svetskog rata – njegovoj neefikasnosti, njegovim troškovima i negativnim posledicama do kojih je doveo (v. Rose 1996, 1998, 1999). Kao što je već rečeno, država blagostanja počivala je na glomaznom i skupom, ali i neefikasnom birokratskom aparatu koji nije doveo do željenih efekata – ukidanja nejednakosti u društvu i blagostanja svakog njegovog pripadnika. Štaviše, država blagostanja je dovela do pojava suprotnih očekivanim – produbljivanju nejednakosti u društvu jačanjem srednje klase, ali i onih koje su u suprotnosti sa liberalizmom i demokratijom – paternalizma i zavisnosti pojedinaca od države i umanjenja njihovih prava i sloboda. Usled negativnih efekata koji je ostvarila, ideologija velfarizma zamenjena je ideologijom neoliberalizma koja je nastojala da ispravi njene nedostatke smanjenjem intervencije države i intenziviranjem preduzetništva pojedinaca, odnosno uvođenjem oblika upravljanja koji počiva na samoregulaciji pojedinaca u skladu sa interesima države – uvećanjem kapitala (Rose 1996, 1998, 1999, 2001, 2008). Ovaj oblik upravljanja nije vezan za državne institucije, kao u državi blagostanja, već je od njih pretežno odvojen i sprovodi se u oblasti civilnog

društva uz pomoć ekspertize, i nije koherentan, već fragmentaran, disperzivan i ambivalentan. Ključnu ulogu u neoliberalnom upravljanju zauzima diskurs rizika – njegov cilj je da predvidi i spreči pojavu nepoželjnih događaja (Lupton 1999, Castel 1991, Dean 1999). Sve ove odlike neoliberalnog upravljanja zapažaju se i u savremenom obliku kontrole kriminala, kako je u radu do sada pokazano. Upravo je ovo kontekst u kojem treba posmatrati uvođenje noćne zabrane prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u Srbiji. Ova zabrana, kao što je već rečeno, ima za cilj da, između ostalog, spreči pojavu kriminalnih radnji, i to prvenstveno među mladima koji su pod dejstvom alkohola, te se otuda može shvatiti kao sredstvo neoliberalne veštine upravljanja – ona nastoji da prevenira pojavu nepoželjnih događaja delovanjem na faktore rizika i da na taj način poveća bezbednost u društvu. U analiziranoj građi je eksplicitno ukazano na ove ciljeve zabrane noćne prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima od strane njegovih donosioca:

„Za nas kao gradsku vlast najvažnija je bezbednost i zdravlje građana - za "Novosti" priča Milan Popović, član Gradskog veća. - Kada se desi neki incident ili saobraćajna nesreća, svi upiru prst na vlast, zašto nešto nije učinila da se tragedija spreči. E, pa mi sada upravo to i radimo. Ovo je naš pokušaj da se preventivno spreče problemi.“ („Beograd: Trgovci protiv „noćne prohibicije““, Večernje novosti, 27. 06. 2013.)

„Gradonačelnik Igor Pavličić kaže da se u Gradskom veću nadaju da će zabranom poboljšati bezbednost Novosađana. - Praksa mladih u Novom Sadu je da se okupljaju oko prodavnica gde kupuju piće ili sa flašama piva šetaju gradom. To je stvaralo mnoge probleme i njihovim roditeljima i sugrađanima, koji su se često žalili policiji. Nismo hteli da uvodimo neke represivne mere i ograničimo radno vreme prodavnica. Ako neko hoće da izlazi u grad, neka izlazi, ali ne može da se pije na javnim mestima - kaže Pavličić.“ („Protiv prodaje alkohola posle 23 sata“, Blic, 05. 09. 2009.)

Iako mladi ljudi pod dejstvom alkohola sami po sebi ne predstavljaju pretnju po ostale pripadnike društva i njihovu bezbednost bez delovanja nekih drugih faktora,

opijanje među mladima se može shvatiti kao jedan od faktora rizika koji „noćna prohibicija“ nastoji da umanji sa ciljem povećanja bezbednosti u društvu.²⁰⁰ Osim toga, mladi u alkoholisanom stanju se od strane ostalih pripadnika društva percipiraju kao izvori rizika te je regulacija dostupnosti alkoholnih pića jedan od načina da se odgovori na ovu zabirnutost u društvu – na taj način se sprečavaju mogući nepoželjni događaji, čime se povećava osećanje bezbednosti u društvu. Ovaj efekat dodatno je pojačan na taj način što se prodaja alkohola, čija se konzumacija smatra uzrokom kriminalnog ponašanja koje dovodi u pitanje bezbednost građana, zabranjuje u noćnim satima u kojima je strah od zločina najveći (v. Thomas and Bromley 2010).

Povećanje osećanja bezbednosti u društvu nije jedini razlog zbog kojeg su donosioci zabrana kojima se utiče na mogućnost kupovine alkoholnih pića u trgovinskim objektima odlučili da ove odluke važe isključivo u periodu od 22 (23) do 06 sati, imajući na umu smanjenje rizičnog ponašanja mladih generisanog upotrebom alkoholnih pića. U ovom delu rada već je ukazano na to da je pravljenje buke tokom noći i remećenje javnog reda i mira od strane mladih koji su pod dejstvom alkohola u analiziranom materijalu izdvojeno kao jedan od razloga zbog kojih je uvedena zabrana noćne prodaje alkohola i da je na taj način upotreba alkohola među mladima problematizovana kao praksa koja ugrožava pravo ostalih građana na odmor i mir u kasnim večernjim satima.

„Prodaja alkoholnih pića u dragstorima, trafikama i drugim prodavnicama u stambenim zonama zabranjena je u vremenu od 23 sata do šest ujutru, odlučili su juče većinom glasova

²⁰⁰ U ovom delu rada već je bilo reči o tome da kvalitativna, etnografska istraživanja ukazuju na to kriminal i nasilje nisu česte niti značajne odlike svakodnevne konzumacije alkohola i da se ovakav zaključak izvodi na osnovu toga da li je osoba koja je počinila neko kriminalno delo u tom trenutku bila pod dejstvom alkohola, bez obzira na to što se povezanost između unosa alkohola i ovakvog ponašanja ne može utvrditi (Jayne and Valentine 2014, Jayne, Valentine and Holloway 2010). U najboljem slučaju upotreba alkohola se može shvatiti kao jedan od činilaca koji doprinosi anti-socijalnom ponašanju, s obzirom na to da je potrebno da deluju i neki drugi faktori kako bi došlo do ove pojave, kao što su, na primer, tenzije među pojedincima uslovljene klasom, rodom, rasom, seksualnom orijentacijom i sl. (Jayne and Valentine 2014). Osim toga, kako neka istraživanja pokazuju, nasilje pod dejstvom alkohola se obično javlja samo kod ekonomski i društveno marginalizovanih pojedinaca, muškaraca pretežno (Jayne, Valentine and Holloway 2010, 550, v. i MacLean and Moore 2014).

gradski odbornici, a trgovci koji ne budu poštovali ovaj propis rizikuju novčane kazne do pola miliona dinara. (...) Novi propis donet je, kako je pred glasanje obrazložio predsednik gradskog Saveta za javni red i mir Nemanja Starović (SPO), nakon više desetina prijava građana koji su se žalili na grupe ljudi koji se noću okupljaju oko marketa sa pićem, praveći buku i incidente.“ („Trgovcima zabranili prodaju alkohola noću“, Blic, 28. 11. 2009.)

„Učestale žalbe Novosađana da zbog pijanih i bahatih nemaju noćni mir - urodile su plodom. Odlukom Skupštine grada zabranjena je prodaja alkoholnih pića u periodu od 23 časa do šest ujutru, a za prekršioce su propisane novčane kazne od 250 do 2.500 dinara. Velika većina Novosađana, međutim, ne veruje da će se time sprečiti ulične pijanke i vratiti noćni mir. (...) Predsednik gradskog Saveta za javni red i mir, Nemanja Starović, rekao je da su se poslednjih meseci Novosađani učestalo žalili zbog prodavnica koje su otvorene tokom cele noći, prodajući alkoholna pića mladima. - Zbog toga često dolazi do narušavanja javnog reda i mira, ali je ugrožena i bezbednost samih zaposlenih u prodavnicama - predočio je Starović i dodao da se odluka odnosi samo na prodavnice u zoni stanovanja. - Kazne za prekršaj jesu niske, ali se mogu menjati posebnim odredbama. Skupštinska odluka je među vlasnicima prodavnica izazvala različita mišljenja i komentare. Dok pojedini podržavaju zabranu prodaje alkohola u sitne sate, drugi strahuju da će imati problema ako odbiju da u pomenuto vreme prodaju alkoholna pića. (...) Novosađanka Nataša B. pozdravlja odluku, veruje da će ubuduće biti manje okupljanja pijanih grupa u haustorima i ulazima u zgrade i da će biti manje buke i tuča na ulicama.“ („Glas za „prohibiciju““, Večernje novosti, 29. 11. 2009.)

Dakle, prodaja alkohola u trgovinskim objektima zabranjuje se noću sa ciljem da se obezbedi mir u vremenu u kojem se ljudi odmaraju i spavaju putem ograničavanja dostupnosti (jeftinog) alkohola pod čijim uticajem mladi prave buku, nered i incidente na ulicama, kao što su sami zakonodavci istakli u izjavama za medije ukazujući na učestale žalbe građana. Međutim, odluka zakonodavaca da u noćnim satima zabrane prodaju alkohola u trgovinskim objektima (putem direktne zabrane prodaje alkohola u ovim objektima i putem ograničavanja radnog vremena trgovinskih objekata koji prodaju alkohol) se, osim na opisane načine, može protumačiti i kao mera koja ima za cilj da među mladima iskoreni lošu naviku besposličarenja do kasno u noć koja bi u

budućnosti mogla negativno da odrazi na njihovu produktivnost na poslu, ukoliko su trenutno nezaposleni, ili u sadašnjosti, ukoliko su već zaposleni. Iako u materijalu koji je u ovom istraživanju analiziran donosioci zabrane noćne prodaje alkohola nisu ukazali na to da bi ova mera trebalo da posluži kao korektivno sredstvo omladine koje ima za cilj da doprinese njihovoj (budućoj) društvenoj korisnosti, ovakav zaključak se može izvesti na osnovu toga što je prodaja alkohola zabranjena tokom kasnih noćnih i ranih jutarnjih časova, a ne nekog drugog dela dana, dakle u vremenu u kojem većina zaposlenih ljudi spava. Da je besposličarenje omladine na ulici uz konzumaciju alkohola tokom čitave noći neshvatljivo sa stanovišta (ne)kompatibilnosti ovakvog načina ponašanja sa prosečnim radnim danom zaposlene osobe, ukazala je i nekolicina stanovnika Beograda anketiranih povodom ukidanja zabrana noćne prodaje alkohola odlukom Ustavnog suda 2012. godine.

„Dušan Krsmanović (37), zaposlen

- Ja ne shvatam kako ljudi koji rade mogu sebi da dozvole opijanje celu noć. Poštujem svaku odluku suda, ali ako to bude odvelo u incidente pijane omladine po gradu, onda treba stvari opet vratiti na staro.

Mara Radojčić (79), penzionerka

- U moje vreme svi smo išli na igranke, ali umereno, do 9, 10 uveče i pili smo klaker, a ne alkohol, da bismo ujutru mogli da radimo. Stoga mislim da je pogrešna odluka suda koja dozvoljava deci da piju i besposličare celu noć.“ („Noću smanjen broj pijanih“, Press, 05. 10. 2012.)

Na osnovu svega što je do sada rečeno – da zabrana prodaje alkohola tokom noći ima za cilj da spreči pravljenje buke od strane mladih u alkoholisanom stanju i da tako obezbedi mir u periodu dana u kojem većina ljudi, prvenstveno oni koji su zaposleni, spava, kao i da spreči besposličarenje omladine uz konzumiranje alkoholnih pića do kasno u noć kako bi iskorenila ovu naviku lošu po produktivnost na poslu – može se izvesti zaključak da se razlozi zbog kojih se zabrana prodaje alkohola odnosi upravo na noć, a na neko drugo doba dana, tiču obezbeđivanja uslova koji omogućavaju radnu

produktivnost kako onih koji su trenutno zaposleni tako i onih koji će to u skorijoj budućnosti da postanu. Glavna meta u tom poduhvatu koji počiva na zabrani prodaje alkohola u noćnim satima jesu mladi ljudi koji pravljenjem buke pod dejstvom alkohola u ovom delu dana ostvaruju negativan uticaj na produktivnost ljudi koji su zaposleni, jer oni, zbog takvog njihovog ponašanja, ne mogu da se odmore i naspavaju, ali i koji dovode u pitanje sopstvenu produktivnost, sadašnju ili buduću, usvajanjem ovakvih navika koje se negativno odražavaju na uspeh postignut na poslu. U tom kontekstu posmatrano, odluke kojima se zabranjuje noćna prodaja alkohola u trgovinskim objektima se mogu shvatiti kao disciplinske mere koje se preduzimaju spram omladine koja na ulicama konzumira alkohol do kasno u noć, jer ona svojim ponašanjem ugrožava interes države za sticanjem bogatstva dovodeći u pitanje sopstvenu (trenutnu ili buduću) radnu sposobnost, kao i radnu sposobnost ostalih pripadnika društva, odnosno kao mera savremene veštine upravljanja koja teži uvećanju ekonomske iskoristivosti pojedinaca radi uvećanja bogatstva države.

5. 2. 2. PROBLEM MEĐU MLADIMA, PROBLEM MEĐU STARIJIMA: TUMAČENJE UPOTREBE ALKOHOLA MEĐU ODRASLIM OSOBAMA

Osim o upotrebi alkohola među mladima, u materijalu koji je analiziran je govoreno i o upotrebi alkohola uopšteno u populaciji, među odraslim osobama. Može se zapaziti da upotreba alkohola među odraslim, starijim osobama nije u toj meri problematizovana kao upotreba alkohola među mladima, posebno maloletnicima, ali i da se u tom pogledu takođe usvaja perspektiva problema koja alkohol i upotrebu alkohola tumači u negativnom kontekstu. Razlozi zbog kojih se upotreba alkohola među odraslim osobama smatra problemom jednaki su onima zbog kojih se na isti takav način tumači upotreba alkohola među mladima: štetan uticaj koji prekomerna upotreba alkohola ostvaruje na zdravlje ljudi, mogućnost pojave zavisnosti od alkohola i drugi problemi do kojih zloupotreba alkohola posredno dovodi, kao što su saobraćajne nesreće, nasilje, kriminal. Isti ti razlozi navedeni su kao oni koji su usloveli donošenje zabrane noćne prodaje alkohola – ova mera trebalo bi da spreči ove negativne posledice koje upotreba alkohola ostvaruje na zdravlje i bezbednost ljudi. Međutim, za razliku od mladih, u građi je, kada je govoreno o upotrebi alkohola među starijim osobama, manji akcenat stavljen na posledice po fizičko zdravlje usled prekomerne konzumacije alkohola, a veći na pojavu alkoholizma i druge pomenute probleme izazvane zloupotrebom alkohola. Osim toga, upotreba alkohola među starijim osobama u noćnim satima se ne vidi kao potencijalni uzrok necivilizovanog ponašanja na ulicama koje podrazumeva remećenje javnog reda i mira, kao što je to slučaj sa omladinom.

„Uputićemo predlog za izmene Zakona o trgovini koje će omogućiti lokalnim samoupravama da donose odluke o zabrani točenja alkohola i da one budu u potpunosti u skladu sa Ustavom, jer je očigledno da je ovakva odluka korisna za bezbednost mladih i starih sugrađana. To je mera koja se primenjuje u dve trećine gradova zapadne Evrope i u velikom broju gradova centralne Evrope - rekao je Đilas. Dodao je da će gradska vlast insistirati na tome, jer je sigurna da time čini dobro maloletnicima, njihovim roditeljima, kao i starijima koji posežu za alkoholom noću.“ („Đilas: Ponovo ćemo zabraniti prodaju alkohola noću“, Blic, 05. 10. 2010.)

„Manje alkohola, manje nezgoda

U beogradskoj saobraćajnoj policiji kažu za Press da se od januara ove godine na području glavnog grada dogodilo 508 saobraćajnih nezgoda u kojima su učesnici bili pod dejstvom alkohola. - Pored toga, sugrađani su nepažljivi i ne poštuju saobraćajne propise, tako da mi pojačanim kontrolama saobraćaja pokušavamo da smanjimo broj saobraćajnih nezgoda. Zabranom prodaje alkohola u večernjim satima potencijalno će se smanjiti i broj saobraćajnih nezgoda i drugih prekršaja u našem gradu - kažu u policiji.“ („I trgovci za zabranu prodaje alkohola noću“, Press, 25. 12. 2010.)

„Problem mladih i dostupnosti alkohola tek je zapravo deo priče. Druga polovina odnosi se na oko pola miliona Srba koji bi, procenjuje se, trebalo zbog alkoholizma da potraže savet ili pomoć. Otuda je, kažu stručnjaci, odluka grada iz medicinske tačke gledišta potpuno opravdana. - „Zašto bi neko tražio alkohol posle 22h? Ako taj traži alkohol u 22h dakle taj je verovatno pio i prethodno pa neophodno da doda još, samim tim može da spadaju u kategoriju onih koji imaju zloupotrebu ili zavisnost od alkohola. Nije beznačajno da li će neko u 22h naići na prepreku da kupi alkohol i na kraju odustati da popije. Time smo... dovoljno da jednog sprečimo u tome, pa smo napravili neki pomak.“ – lekar iz KCS, ime nije navedeno, iz transkripta video priloga („Podrška zabrani prodaje alkohola od 22 do 06 sati“, sajt RTV Studio B, 30. 06. 2013.)

Nakon što je zabrana prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 22 do 06 sati proglašena neustavnom, donosioci ovakve zabrane, pretežno u Beogradu, iskazali su svoje nezadovoljstvo ovakvom odlukom Ustavnog suda i ukazali na pozitivne efekte koje je zabrana ostvarila dok je bila na snazi, kao što su smanjenje

broja ljudi u alkoholisanom stanju kojima je bilo neophodno pružiti hitnu medicinsku pomoć, smanjenje broja saobraćajnih nesreća i kriminalnih dela počinjenih pod dejstvom alkohola.

„Nezadovoljan sam zato što nam statistički pokazatelji, do kojih smo došli u saradnji sa Policijskom upravom za grad Beograd i Hitnom pomoći, pokazuju da se u poslednjih godinu dana, zahvaljujući merama koje smo primenili, drastično smanjio broj ljudi kojima se ukazuje pomoć zbog alkoholisanosti od 22 do 6 sati ujutru. Samo u prošloj godini za više od 40 posto se smanjio broj delinkvenata koji su neko delo počinili pod dejstvom alkohola, a drastično je smanjen, za više od 25 odsto, i broj maloletnika koji su počinili neko takvo delo pod dejstvom alkohola. Svi ovi pokazatelji za ovih prvih šest meseci ove godine su sve bolji i bolji - rekao je Đilas.“ („Noću smanjen broj pijanih“, Press, 05. 10. 2012.)

U radu je već rečeno da je tumačenje upotrebe alkohola na isključivo negativan način uobičajena pojava, a to se ne odnosi samo na upotrebu alkohola među mladima, nego važi uopšteno. To znači da se uvek govori isključivo o problematičnoj upotrebi alkohola – zloupotrebi i zavisnosti od alkohola, dok se o umerenoj upotrebi alkohola i njenim benefitima gotovo nikada ne govori. Međutim, nije svaka upotreba alkohola patološka niti su sve funkcije upotrebe alkohola negativne.²⁰¹ U radu je već bilo reči o

²⁰¹ To, međutim, ne znači da prekomerna upotreba alkohola i zavisnost od alkohola ne predstavljaju učestale i opasne pojave i po zdravlje onih koji prekomerno piju i/ili su zavisni od alkohola i njihovu bezbednost, ali i po bezbednost osoba iz njihovog okruženja, posebno kada su u pitanju saobraćajne nesreće izazvane vožnjom u alkoholisanom stanju, što su istakli i predlagači zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima obrazlažući važnost i značaj uvođenja ove zabrane. Međutim, iako je zbog velikog broja saobraćajnih nesreća izazvanih vožnjom u alkoholisanom stanju važno ograničiti upotrebu alkohola, odluka kojom se zabranjuje noćna prodaja alkohola u trgovinskim objektima se ne može smatrati merom koja će tome doprineti (u nekoj značajnijoj meri), uprkos tome što su donosioci zabrane u Beogradu istakli da je od kada je ona na snazi u velikoj meri smanjen broj saobraćajnih nesreća čiji je uzročnik alkohol. Ako se malo bolje sagleda ko su osobe na koje zabrana noćne prodaje alkohola ima najveći uticaj u smislu da zaista sprečava ili bar otežava sprovođenje u delo namere da se konzumira alkohol, postaje jasno da to nisu osobe koje poseduju automobil i koje su vozači. Kao prvo, zabrane noćne prodaje alkoholnih pića se ne odnose na ugostiteljske objekte, već isključivo na trgovinske, što znači da je tokom noćnih časova i dalje moguće konzumirati alkohol (u ugostiteljskim objektima). Kao drugo, ako govorimo o konzumiranju alkohola u privatnim kućama i stanovima, jasno je da zabrana prodaje alkoholnih pića u periodu od 22 (23) do 06 sati u trgovinskim objektima takođe ne utiče na smanjenje konzumacije alkohola, s obzirom na to da je tokom dana moguće kupiti alkoholna pića, i to u većim količinama, i konzumirati ga uveče, mada se tokom noći alkoholna pića ne mogu dokupljivati, što je i

brojnim pozitivnim efektima koje upotreba alkohola ostvaruje u životu mladih ljudi (v. Lupton 1995, Harrison et al. 2011), a oni nisu ograničeni samo na ovu populaciju. Brojne sociološke i antropološke studije ukazuju na to da su zadovoljstvo i zadovoljenje potreba važni aspekti konzumacije alkohola, kao i da upotreba alkohola ostvaruje brojne druge pozitivne funkcije: na primer, alkohol ima veoma važnu ulogu u proslavama, konstrukciji identiteta, marker je slobodnog vremena, vid je zabave i služi za opuštanje, olakšava stupanje u kontakt sa nepoznatnim ljudima i podstiče druženje, briše društvenu hijerarhiju među ljudima, donosi uzbuđenje, omogućava postizanje kohezije i solidarnosti u društvu, predstavlja pokriće i opravdanje za neprijatne situacije i nepropisno ponašanje itd. (v. npr. Lupton 1995, Singer 2012, Baer, Singer and Susser 2004, Heath and Glasser 2004, Douglas 1987, Heath 1976, 1987a, b, Bergmark

nepotrebno ukoliko je osoba tokom dana kupila određenu količinu alkohola. Kao treće, može se reći da slično važi i za konzumaciju alkohola na otvorenom, u parkovima, na ulicama itd., jer osoba koja želi da pije posle 22 (23) sata može da kupi alkoholna pića u trgovinskim objektima nešto ranije, pa čak i u većim količinama, međutim, u izvesnom smislu zabrana noćne prodaje alkohola se u ovom kontekstu delimično ipak pojavljuje kao ograničavajuća i to ne samo zbog toga što alkohol tokom noći nije moguće dokupljivati. Na primer, kupovina zaliha alkohola za celu noć pre 22 (23) sata je praktično nemoguća leti, zbog vrućina, posebno kada su u pitanju pića koja se obično piju ohlađena; kupovina zaliha alkohola za celu noć pre 22 (23) sata utiče na mobilnost osoba koje piju na otvorenom i stoga zabrana, i u ovom kontekstu posmatrano, može delovati destimulativno. Dakle, zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima utiče na mogućnost konzumacije alkohola prvenstveno među osobama koje piju napolju, na otvorenom, a to su obično mladi, beskućnici i beskućnici koji su ujedno alkoholičari, dakle društvene grupe koje najčešće ne poseduju automobil i koje se voze gradskim prevozom. Osobe koje poseduju i voze automobil su najčešće odrasle, u materijalnom smislu (manje ili više) obezbeđene osobe koje obično ne piju na ulici i koje noću ovaj vid prevoza koriste kako bi otišli nekom u posetu ili u izlazak u ugostiteljske objekte (kada je reč o situacijama koje su relevantne u kontekstu upotrebe alkohola), što su mesta na kojima na konzumaciju alkohola zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim radnjama (gotovo da) nema nikakav uticaj. Dakle, uprkos statistici koja je navedena u medijima (a kojom se vrlo često manipuliše), o smanjenju broja saobraćajnih nesreća izazvanih alkoholom od kada je uvedena zabrana noćne prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima, i uprkos ozbiljnosti ovog problema uopšteno i u Srbiji, u ovom radu ovaj aspekt noćne prohibicije, iz razloga koji su ovde opisani, nije razmatran – saobraćajne nesreće izazvane vožnjom u alkoholisanom stanju objektivno predstavljaju veliki problem i pričinjavaju veliku štetu društvu, ali zabrana prodaje alkohola u trgovinskim objektima u toku noći nije mera koja doprinosi rešavanju ovog problema. U tom pogledu rekla bih da su važniji restriktivni zakoni o vožnji u alkoholisanom stanju i dosledno sprovođenje tih zakona. U vezi sa tim, važno je napomenuti da je nešto pre uvođenja zabrane noćne prodaje alkohola u Beogradu na teritoriji kojeg je, kako su gradski zvaničnici za medije istakli, došlo do smanjenja broja saobraćajnih nesreća počinjenih pod dejstvom alkohola zbog, kako su oni naveli, uvođenja „noćne prohibicije“, uveden novi, rigorozniji Zakon o bezbednosti saobraćaja na putevima i da se možda smanjenje broja saobraćajnih nesreća u alkoholisanom stanju može objasniti upravo usvajanjem i sprovođenjem ovog zakona. U svakom slučaju utvrđivanje razloga za smanjenje broja saobraćajnih nesreća izazvanih alkoholom u pomenutom periodu nije predmet ovog istraživanja kao što nije ni povezanost ove pojave sa „noćnom prohibicijom“, iz razloga koji su ovde navedeni.

2004, Jayne, Valentine and Holloway 2010).²⁰² Isticanje patološke upotrebe alkohola i zanemarivanje pozitivnih aspekata umerene konzumacije alkohola kakvo je prisutno u analiziranoj građi može se, kao što je već rečeno, dovesti u vezu sa namenom zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima koja je uvedena sa ciljem da doprinese smanjenju patološke konzumacije alkohola i prevenciji svih njenih posledica. Međutim, ova pojava ne može biti objašnjenja isključivo na pomenuti način, s obzirom na to da su mediji, kojima je ostavljena mogućnost ukazivanja i na drugačije oblike konzumacije alkohola, pa čak i u kontekstu izveštavanja o zabrani noćne prodaje alkohola, onako kako je ona koncipirana, kao i prostor za kritiku izjednačavanja upotrebe alkohola sa patološkom upotrebom alkohola, bili nemi kada je o tim temama reč. To znači da je društveno dominantan način konceptualizacije upotrebe alkoholnih pića onaj koji podrazumeva isticanje prisile, patnje, bola i kompulzije, a zanemarivanje zadovoljstva. Ovakvo tumačenje upotrebe alkohola oblikovano je pod uticajem medicinskog diskursa koji isključivo govori o patološkim oblicima upotrebe alkohola i koje tumači na pomenuti način, a posredno i pod uticajem svih onih faktora koji su ovaj diskurs uslovlili. U daljem delu rada biće objašnjena kontekstualna uslovljenost dominantnog načina tumačenja upotrebe alkohola u terminima adicije, kompulzije i bola putem razmatranja faktora koji su doveli do medikalizacije patološke konzumacije alkohola i faktora koji su uslovlili izostavljanje zadovoljstva u medicinskom diskursu o upotrebi alkohola.

U radu je već bilo reči o tome na koji se način odvijala medikalizacija upotrebe alkohola putem medikalizacije zloupotrebe i zavisnosti od alkohola, odnosno putem definisanja ovih pojava kao bolesti koje su predmet medicinskog proučavanja i lečenja. Ovaj proces otpočeo je krajem XVIII i početkom XIX veka kada su se pojavila prva tumačenja alkoholizma kao bolesti (Ajzenstadt and Burtch 1990, Scheneider 1978, Valverde 1997, Nicholls 2006, Edwards 2009, Levine 1978, Gerrtisen 2000, May 1997, 2000). Ovakva tumačenja prvi su zastupali dvojica lekara – Bendžamin Raš (*Benjamin*

²⁰² O tome je već detaljno pisano u u delu rada u kojem je predstavljen pregled antropološke literature na temu alkohola.

Rush) iz Sjedinjenih Država i Tomas Troter (*Thomas Trotter*) iz Engleske (Valverde 1997, Nicholls 2006, Edwards 2009, Levine 1978, Gerrtisen 2000, May 1997, Ajzenstadt and Burtch 1990, Schneider 1978). Bendžamin Raš je bio prvi koji je zloupotrebu i zavisnost od alkohola tumačio kao bolesti koje karakteriše nedostatak volje: prema njegovom mišljenju, osoba koja prekomerno pije i/ili koja je zavisna od alkohola nije svojevolumno odabrala da to čini, već je ovakvo ponašanje posledica nedostatka volje koji tu osobu karakteriše, zbog čega ta osoba nije u stanju da takvo svoje ponašanje kontroliše i zbog čega se ne može smatrati odgovornom za takav oblik ponašanja (Ajzenstadt and Burtch 1990, 131). Osim toga, Raš je bio prvi koji je govorio o zavisnosti, a ne samo o zloupotrebi alkohola, koju je definisao kao progresivnu bolest čiji je krajni stadijum potpuni gubitak kontrole nad upotrebom pića (Schneider 1978, 363). Zavisnost od alkohola je, prema njegovom mišljenju, bila posledica delovanja alkohola koji dovodi do slabljenja, pa i do potpunog gubitka volje (Gerritsen 2000, 189, Schneider 1978, 363). Dakle, prema Bendžaminu Rašu, osoba koja zloupotrebljava alkohol ili koja je od njega zavisna nije u stanju da uspostavi kontrolu nad sopstvenom konzumacijom alkohola, čime je Raš uspostavio vezu između ovih oblika ponašanja i mentalnih bolesti (Ajzenstadt and Burtch 1990, 131). Isto tumačenje zavisnosti od alkohola sreće se i kod Trotera (*Ibid.*, 131). Troter nije govorio o zavisnosti od alkohola, već pretežno o navici opijanja koju je smatrao bolešću uma i koju je opisivao kao žudnju za konzumiranjem alkohola koju izaziva apstinencija uz postizanje olakšanja nakon ponovne konzumacije alkohola (Edwards 2009, 799). Tokom XIX veka tumačenje alkoholizma kao bolesti volje nisu više zastupali samo pojedinci, kao što su Bendžamin Raš, Tomas Troter i drugi lekari koji su bili njihovi istomišljenici, već je ovo tumačenje postalo opšteprihvaćeno (Ajzenstadt and Burtch 1990, Scheneider 1978, Valverde 1997, Nicholls 2006, Edwards 2009, Levine 1978, Gerrtisen 2000, May 1997, 2000). Međutim, ne treba smatrati da su presudnu ulogu u ovom procesu imali lekari poput Raša ili Trotera, već da je medikalizacija zloupotrebe i zavisnosti od alkohola proces koji je bio omogućen zahvaljujući tadašnjim društvenim, političkim i ekonomskim prilikama u zemljama zapadne Evrope i Severne Amerike. Kao prvo, upotreba alkohola

nije bila u skladu sa liberalizmom i ključnim karakteristikama liberalnog subjekta – racionalnošću, odgovornošću, autonomijom, moralnom snagom i snagom volje, prioritizacijom kolektivnih interesa i opšteg dobra, što je doprinelo tome da alkohol stekne negativan status u zapadnim društvima (Nicholls 2006, Valverde 1997). Liberalizam je doprineo tumačenju osoba koje prekomerno konzumiraju alkohol i/ili koje su od njega zavisne kao osoba koje se ne ponašaju racionalno i razumno, s obzirom na to da preduzimaju postupke koji su na njihovu štetu i štetu celog društva, čime je kreirano tumačenje ovih osoba kao onih koje odlikuje nedostatak ili gubitak volje. Na taj način je liberalizam doprineo tumačenju zloupotrebe i zavisnosti od alkohola kao bolesti volje. Kao drugo, na medikalizaciju zloupotrebe i zavisnosti od alkohola uticao je i nastanak veštine upravljanja krajem XVIII veka koja je bila u direktnoj vezi sa nastankom liberalizma, ali i kapitalizma (Ajzenstadt and Burtch 1990). Prekomerna upotreba alkohola, kao što je već rečeno, u suprotnosti je sa idealnim odlikama liberalnih subjekata, a time i sa ciljevima veštine upravljanja koje liberalni subjektivitet podržava: ono dovodi u pitanje njenu efikasnost i nastojanje da od pojedinaca stvori poslušnu i zdravu radnu snagu koja doprinosi bogaćenju države (*Ibid.* v. i Fuko 1997, 2006, Foucault 2007). Medikalizacija prekomerne upotrebe alkohola i zavisnosti od alkohola posledica je težnje liberalne veštine upravljanja da ovaj cilj ostvari upotrebom sredstava koji maskiraju njen politički karakter, što je ključni faktor u obezbeđivanju efikasnosti jedne vlasti, naročito one koja sebe predstavlja kao vlast koja se rukovodi principom minimalne intervencije (v. Fuko 1997, 2006, Foucault 2007). Definisane zloupotrebe i zavisnosti od alkohola kao bolesti doprinosi stigmatizaciji osoba koje praktikuju ovakve načine konzumacije alkohola, a time i nepopularnosti i manjoj zastupljenosti ovakvog načina ponašanja. Osim toga, stigmatizacija osoba koje prekomerno piju i/ili koje su zavisne od alkohola pruža potporu za njihovu kontrolu, disciplinovanje i korekciju u skladu sa interesima vlasti koja se sprovodi putem i u okviru medicine. Ovo su dakle razlozi zbog kojih je došlo do prisvajanja zloupotrebe i zavisnosti od alkohola od strane medicine počev od kraja XVIII veka i zbog čega su se, pod uticajem medicine, u dominantnom diskursu o upotrebi alkohola našli upravo ovi

oblici konzumacije alkohola. Takva situacija održala se i do danas, i to ne samo zbog toga što medicina ima monopol na bavljenje problemima u vezi sa konzumacijom alkohola nego i zbog toga (prvenstveno zbog toga) što joj taj monopol obezbeđuje sprega sa aktuelnim oblikom vlasti – neoliberalnom veštinom upravljanja. Neoliberalna veština upravljanja nastoji da poveže tehnike sopstva sa tehnikama moći, odnosno da podstakne samoregulaciju pojedinaca koja je u skladu sa ciljevima upravljanja (Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Lupton 1995, 1999, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Burchell 1996). Neoliberalni subjekt je preduzetnički nastrojen – on je aktivan i proračunat i nastoji da ostvari maksimizaciju svojih potencijala (Rose 1998). U neoliberalizmu se ostvarivanje maksimuma postojanja pojedinaca definiše kao ono što državu dovodi do maksimuma njenog postojanja (*Ibid.*). Ključnu ulogu u tom procesu ima unapređenje bioloških potencijala individue koje se odvija putem informisanja o rizicima po zdravlje i putem izbegavanja njihovog preduzimanja, a koje u krajnjoj instanci doprinosi povećanju potencijala populacije kao radne snage, uvećanju njene produktivnosti i ekonomske iskoristivosti i bogatstva države (Lupton 1995, 1999, Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Rose 2001, 2008). Konstruisanje preduzetničkog sopstva i podsticanje njegovog usvajanja potpomaže ekspertiza koja se nalazi u službi neoliberalne veštine upravljanja (v. Rose 1996). U tom kontekstu posmatrano, a imajući na umu štetan uticaj (prekomerne) upotrebe alkohola na ljudski organizam i zdravlje, insistiranje na patološkim oblicima upotrebe alkohola i rizicima koji oni predstavljaju po zdravlje, koje dominira u dominantnom diskursu o upotrebi alkohola oblikovanom pod uticajem medicine, ima za cilj da doprinese smanjenju zastupljenosti ove pojave u populaciji. Osim toga, izbegavanje takvog načina ponašanja izjednačava se sa brigom o sebi i dodeljuje mu se moralna vrednost, što dodatno doprinosi usvajanju ovakvog načina ponašanja. Podsticanje samoregulacije i samodiscipline u pravcu uvećanja bioloških potencijala populacije kao radne snage koje ostvaruje dominantni diskurs o upotrebi alkohola upućuje na to da ga treba shvatiti kao sredstvo neoliberalne veštine upravljanja.

Medikalizacija zloupotrebe i zavisnosti od alkohola nije jedini faktor koji je uticao na dominantno tumačenje upotrebe alkohola u terminima kompulzije i bola nego i izostavljanje zadovoljstva u medicinskom diskursu o upotrebi alkohola. Da bi bilo moguće razumevanje ove pojave, a time i dominantnog načina tumačenja alkohola, potrebno je razmotriti sve one kontekstualne faktore koji su doveli do ovakvog odnosa prema zadovoljstvu u okviru medicinskog diskursa o upotrebi alkohola. Negiranje zadovoljstva u vezi sa konzumacijom alkohola uobičajeno je u medicinskom diskursu o upotrebi alkohola, kako brojni autori zapažaju (Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, O'Malley and Valverde 2004, Bergmark 2004, Lupton 1995). Ti autori ističu da se u medicinskim naukama akcenat stavlja na problematičnu upotrebu alkohola – zloupotrebu i zavisnost od alkohola, dok se o umerenoj upotrebi alkohola i zadovoljstvu kao njegovom sastavnom delu gotovo nikada ne govori. Međutim, zadovoljstvo ipak nije u potpunosti izostavljeno iz medicinskog diskursa o upotrebi alkohola i to onda kada je reč o umerenoj konzumaciji alkoholnih pića, ali je uglavnom marginalizovano i potisnuto, s obzirom na to da dominira insistiranje na patološkim oblicima konzumacije alkohola i svim njihovim negativnim aspektima (Bunton and Coveney 2011). Ovakav stav medicinskih nauka prema zadovoljstvu kao sastavnom delu konzumacije alkohola nije ograničen samo na upotrebu ove supstance, nego je prisutan i u odnosu prema upotrebi drugih psihoaktivnih supstanci, obično ilegalnih, ali i legalnih, kao što su duvanski proizvodi (Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, Lupton 2003, Bergmark 2004, O'Malley and Valverde 2004, Bergmark 2004, Lupton 1995).²⁰³ Međutim, za medicinu se može reći da generalno ima negativan odnos prema zadovoljstvu koji nije ograničen samo na kontekst upotrebe psihoaktivnih supstanci, a postoji nekoliko razloga za to: sve one prakse koji su izvor zadovoljstva najčešće predstavljaju rizik po zdravlje; medicina se bavi bolestima, pre nego zdravljem te se fokusira na problematičnu upotrebu psihoaktivnih supstanci koja predstavlja izvor rizika po zdravlje, što je kontekst u okviru kojeg ne može biti reči o pozitivnim

²⁰³ Ovo se ne odnosi na legalne psihoaktivne supstance kao što je kofein (Hakkarainen 2013, Bell, Salmon and Mcnaughton 2011).

aspektima ovih praksi kao što je postizanje zadovoljstva; zdravlje se u medicini obično tumači kao stanje koje je moguće ostvariti samo pomoću odricanja, samodiscipline i samokontrole (npr. Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, Bell and Keane 2012, Lupton 1995, 2003, Petersen 1996, 2003, Petersen and Lupton 1996, Bunton and Petersen 1997, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Bunton and Macdonald 2002, Brown and Baker 2012, Davison, Frankel and Smith 1992, Crawford 1994). Negiranje zadovoljstva kao jednog od aspekta upotrebe psihoaktivnih supstanci svojstveno medicinskim naukama može se posmatrati u širem kontekstu negiranja zadovoljstva u humanističkim naukama uopšteno (Coveney and Bunton 2003, Bunton and Coveney 2011). Prema Bantonu i Koveniju, ova pojava se može smatrati posledicom uticaja judeo-hrišćanske tradicije, čije je zanemarivanje teme zadovoljstva doprinelo njenom zanemarivanju na opštijem društvenom nivou, ali i posledicom uticaja prosvetiteljstva u kojem je antičko tumačenje emocija kao inferiornih u odnosu na razum dodatno osnaženo. Konačno, kako ovi, ali i neki drugi autori zapažaju (npr. O'Malley and Valverde 2004, Lupton 1995, Bergmark 2004, v. i Crawford 2006), negiranje zadovoljstva u dominantnim diskursima o upotrebi psihoaktivnih supstanci oblikovano je pod uticajem veštine upravljanja svojstvene liberalizmu. U liberalizmu, kako O'Meli i Valverde ističu, zadovoljstvo nije u potpunosti zanemareno i potisnuto, ali samo onda kada se javlja u kontekstu racionalne procene odnosa koristi i štete, odnosno zadovoljstva i patnje (O'Malley and Valverde 2004, 27). Dakle, u liberalizmu je jedini prihvatljivi oblik zadovoljstva onaj za koji je na osnovu racionalnog proračuna utvrđeno da nadmašuje štetu, odnosno patnju, dok se hedonizam i nastojanje da zadovoljstvo bude ostvareno i onda kada ga nadmašuje šteta smatraju neprihvatljivim – oni su u suprotnosti sa liberalnim subjektivitetom koji podrazumeva odgovornost, racionalnost, autonomiju itd. (*Ibid.*, 27). Međutim, odnos prema zadovoljstvu u liberalizmu je uslovljen i vrstom prakse koja do njega dovodi, ali i društvenim slojem u okviru kojeg se javlja, kako ovo dvoje autora napominju (*Ibid.*). Na primer, prema zadovoljstvu koje potiče od prekomerne upotrebe psihoaktivnih supstanci liberalizam zastupa negativan odnos, s obzirom na to da je prekomerna upotreba psihoaktivnih supstanci sa

stanovišta ostvarenja ciljeva vlasti problematična aktivnost – na taj način pojedinac se okreće sebi i svojim željama i ugrožava svoje zdravlje postajući tako nefunkcionalni pripadnik društva koji ne doprinosi uvećanju kapitala.²⁰⁴ Osim toga, u liberalizmu se problematični oblici zadovoljstva koji potiču od problematičnih oblika praksi, kao što je prekomerna upotreba psihoaktivnih supstanci, obično lociraju među pripadnicima niže klase. Međutim, liberalizam ne samo da zastupa negativan odnos prema zadovoljstvu koje potiče od prekomerne upotrebe psihoaktivnih supstanci među pripadnicima niže klase već nastoji i da ga negira ili ignoriše insistiranjem na patologiji, kompulziji, adikciji i bolu. Problematična upotreba psihoaktivnih supstanci se u liberalizmu se ne tumači aktivnost koja je podstaknuta željom za ostvarivanjem osećanja zadovoljstva, već kao zavisnost, bolest volje, oblik ropstva, koja predstavlja posledicu nekog telesnog, društvenog ili psihološkog nedostatka ili deficita koji nagoni ljude da se ponašaju nerazumno. Upravo su u liberalizmu nastali prvi modeli adikcije koji su negirali zadovoljstvo koje je povezano sa upotrebom psihoaktivnih supstanci, pa i prekomernom, ili ga predstavljali kao patološku pojavu. Neoliberalizam zastupa sličan odnos prema zadovoljstvu, jer akcenat stavlja na upravljanje rizicima na osnovu proračuna koristi i štete, pri čemu je, zbog nekompatibilnosti sa ciljevima vlasti, nedopustivo da u toj računici prevagu odnese zadovoljstvo (O'Malley and Valverde 2004, Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003). Međutim, kada je reč o upotrebi psihoaktivnih supstanci, neoliberalizam ne negira u potpunosti zadovoljstvo kao njegov sastavni deo, što se može zapaziti u programima smanjenja štete koja potiče od upotrebe ilegalnih psihoaktivnih supstanci (O'Malley and Valverde 2004). U okviru ovih programa zavisnik od droge se tumači kao racionalni akter koji donosi odluke na osnovu sopstvenog proračuna koristi i štete, kao pojedinac koji je to postao na osnovu ličnog izbora i koji je samo jedan od potrošača neke robe u savremenom svetu konzumerizma. To sve ukazuje na to da zadovoljstvo u ovom kontekstu danas nije u

²⁰⁴ Kada je reč o umerenoj konzumaciji psihoaktivnih supstanci, u liberalizmu se zadovoljstvo priznaje kao njegov sastavni deo (O'Malley and Valverde 2004). Ovde opet treba imati na umu na da ovakav uticaj upotrebe psihoaktivnih supstanci na ostvarenje ciljeva liberalne veštine upravljanja ne predstavlja pravilo, već pre mogućnost, na šta je u radu već ranije ukazano.

potpunosti izostavljeno, ali se i dalje predstavlja kao posledica racionalne odluke koja je doneta putem kalkulacije, doduše, u skladu sa individualnim, a ne društvenim preferencijama. Osim toga, u ovom kontekstu zadovoljstvo koje se povezuje sa zadovoljenjem potreba se tumači kao blisko kompulziji i nužnosti da se upotrebljava neka psihoaktivna supstanca. Konačno, programi smanjenja štete koja potiče od upotrebe droga nastoje da njihove korisnike upoznaju sa svim informacijama koje su relevantne u tom smislu kako bi oni mogli da donesu racionalne odluke, a u tom pogledu akcenat se obično stavlja na negativne aspekte upotrebe droga, dok se zadovoljstvo najčešće ne spominje. U neoliberalizmu zadovoljstvo se dakle izjednačava sa rizikom i kao takvo ono mora biti negirano i osporavano, s obzirom da neoliberalizam upravo nastoji da spreči praktikovanje rizičnih oblika ponašanja, a to se odnosi i na upotrebu psihoaktivnih supstanci. Izostavljanje zadovoljstva kao sastavnog dela upotrebe psihoaktivnih supstanci ima za cilj da ovu praksu učini neprivlačnom i da na taj način doprinese smanjenju zastupljenosti ovog oblika rizičnog ponašanja u populaciji koje je u suprotnosti sa interesima neoliberalne veštine upravljanja – poboljšanjem zdravlja populacije radi uvećanja bogatstva države putem samoregulacije i samodiscipline.

Dakle, insistiranje na patološkim oblicima upotrebe alkohola i negiranje zadovoljstva kao sastavnog dela umerene upotrebe alkohola, odnosno tumačenje upotrebe alkohola u terminima adikcije, kompulzije kakvo se zapaža u analiziranom materijalu zastupljeno je i u globalno dominantnom diskursu o upotrebi alkohola oblikovanom pod uticajem medicine. Medicina je na dva načina dovela do oblikovanja ovakvog tumačenja alkohola: putem medikalizacije prekomerne upotrebe alkohola i zavisnosti od alkohola i putem negiranja zadovoljstva kao sastavnog dela umerene upotrebe alkohola. Ovi procesi su međusobno povezani, a njihovi koreni mogu se pratiti od kraja XVIII i početka XIX veka, odnosno od nastanka liberalizma i veštine upravljanja koji su ih usloveli. U tom kontekstu posmatrano, tumačenje upotrebe alkohola u terminima patologije uz izostavljanje zadovoljstva kao njegovog sastavnog aspekta predstavlja sredstvo liberalne veštine upravljanja. Ovakvo tumačenje upotrebe alkohola koje je počelo da se formira krajem XVIII i početkom XIX veka produbljeno je

i razvijeno tokom naredna dva veka ne gubivši na značaju kao sredstvo upravljanja, a to se nije promenilo ni sa nastankom neoliberalizma u 1970-tim i za njega karakteristične veštine upravljanja.

5. 2. 3. ZAŠTITA ILI DISKRIMINACIJA I DISCIPLINOVANJE SIROMAŠNIH? KLASNA DIMENZIJA „NOĆNE PROHIBICIJE“

Zabrane kojima se u nekolicini gradova Srbije utiče na mogućnost kupovine alkohola u periodu od 22 (23) do 06 i koje su predmet analize u ovom delu rada se ne odnose na sva mesta na kojima se može kupiti alkohol: ovim se odlukama zabranjuje prodaja alkoholnih pića isključivo u trgovinskim objektima u pomenutom periodu, dok se u istom ovom periodu alkoholna pića mogu kupiti u ugostiteljskim objektima, a pivo i u kioscima brze hrane. Donosioci ovih zabrana, kako analizirani materijal pokazuje, nisu komentarisali ovakvu odluku, izuzev Veljka Ožegovića, člana Gradskog veća u Beogradu, koji je istakao da ovaj potez ima za cilj da zaštiti mlade „koji nemaju novca za kafiće“.

„Cilj nam je da zaštitimo mlade ljude koji nemaju novca za kafiće, pa onda alkohol kupuju u prodavnicama i trafikama. Noćna zabrana prodaje alkohola uticaće na smanjenje zavisnosti, ali i na smanjenje problema povezanih sa alkoholizmom. Ovo je odavno postalo praksa u svetskim metropolama, kao što je Moskva, i nadam se da će uspešno da zaživi i u Beogradu - istakao je Ožegović.“ („Večernje piće samo u kafiću“, Press, 05. 02. 2011.)

Na drugim mestima u građi ovakav potez nije komentarisani niti obrazlagan od strane pripadnika gradskih vlasti, tako da logika koja stoji iza donošenja ovakvih odluka ostaje nepoznata. Međutim, u građi se sreću objašnjenja za ovakav potez vlasti od strane drugih društvenih aktera koji u njemu vide način da se mladih ljudima novčano ograniči mogućnost kupovine velikih količina alkoholnih pića sa ciljem da prevenira zloupotreba i razvoj zavisnosti od alkohola, ali i svih njihovih negativnih posledica.

„Mislim da ovakva uredba pomaže da se deca ne opijaju, da ne piju veće količine alkohola za manje para, znači to i jeste cilj pretpostavljam, jer mi i njih možemo ograničiti sa količinom novca kad izađu u grad da piju negde u kafiću, da popiju jedno piće ili dva, a ovako za malo para mogu da kupe dosta alkohola negde na trafikama.“ (anketa prolaznika na ulici, transkript video priloga, „Podrška zabrani prodaje alkohola od 22 do 06 sati“, sajt RTV Studio B, 30. 06. 2013.)

Na drugim mestima u građi ukazano je na to da mladi ljudi koji prekomerno piju i koji na taj način sebe i druge izlažu različitim vrstama rizika alkoholna pića obično kupuju u trgovinskim objektima, prodavnicama i trafikama, a ne u ugostiteljskim objektima. U analiziranom materijalu to se objašnjava na sledeće načine: ovi mladi ljudi konzumiraju veće količine alkohola, zbog čega alkoholna pića kupuju na mestima na kojima su ona jeftinija, kao što su trgovinske radnje; ovi mladi ljudi nemaju dovoljno novca, zbog čega su prinuđeni da alkoholna pića kupuju u trgovinskim radnjama u kojima je njihova cena najniža.

„Zamenik predsednika Saveta za bezbednost Milivoje Borić naglašava da maloletnici ne piju samo u ugostiteljskim objektima, već i na javnim mestima, ulicama, trgovima i parkovima.- Kragujevac jeste proglašen najbezbednijim gradom u Srbiji, ali imamo podatak da mladi u noćnim satima u prodavnicama kupuju alkohol i opijaju se na ulici. Prošle godine je jedno takvo pijančenje dovelo do svađe, a zatim i do fizičkog obračuna između dve grupe mladića. Nažalost, tom prilikom je jedan mladić podlegao povredama zadobijenim u tuči - podseća Borić. Veliki broj mladih Kragujevčana koji nemaju novca za provod po kafićima često pije i posle fajronta. Oni šetaju ulicama sa flašama piva od dva litra ili jeftinim žestokim pićem. Kardiolog dr Milan Radovanović kaže da posle ispijanja ogromnih količina alkohola devojke i mladići neretko završavaju u besvesnom stanju u kragujevačkom Kliničkom centru, često i sa prekidom rada srca.“ („Katanac u 22“, Press, 23. 01. 2007.)

Ovde se može zapaziti da je jedan od ciljeva zabrane noćne prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima sprečavanje konzumacije alkoholnih pića na javnim

mestima. Na isti ovaj cilj zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima ukazano je i u nekim drugim delovima građe:

„Gradonačelnik Igor Pavličić kaže da se u Gradskom veću nadaju da će zabranom poboljšati bezbednost Novosađana. - Praksa mladih u Novom Sadu je da se okupljaju oko prodavnica gde kupuju piće ili sa flašama piva šetaju gradom. To je stvaralo mnoge probleme i njihovim roditeljima i sugrađanima, koji su se često žalili policiji. Nismo hteli da uvodimo neke represivne mere i ograničimo radno vreme prodavnica. Ako neko hoće da izlazi u grad, neka izlazi, ali ne može da se pije na javnim mestima - kaže Pavličić.“ („Protiv prodaje alkohola posle 23 sata“, Blic, 05. 09. 2009.)

Ovaj segment odluke zabrane noćne prodaje alkohola izazvao je kritike: izvesan broj mladih ljudi ukazao je na to da ovakva odluka utiče negativno na mogućnost mladih ljudi koji nemaju novca za izlazak u kafiće da se druže uz pokoje alkoholno piće na otvorenom. Oni su takođe istakli da ne razumeju zašto se u noćnim časovima dozvoljava kupovina i konzumacija alkohola u kafićima onima koji imaju novca.

„Neki od posetilaca drugog omiljenog parka u centru, onog na Topličinom vencu, misle da se ovom zabranom ukida i ono malo "opuštenije" u ovo teško vreme. - Svašta su nam već ukinuli i zabranili, a sada i ovo. Izadeš malo u grad, popiješ sa društvom, nemamo svi novac za kafiće i restorane. Ipak, sreća da je i ranije bilo, a biće i sada mesta gde će moći da se kupi alkohol - kaže Predrag Bajić koji sa društvom obično sedi u parku kod Palasa.“ („Od danas kazne za noćnu prodaju alkohola“, 24 sata, 15. 07. 2013.)

„Kako kaže student Marko Petrović (20), uvek ima vlasnika koji su spremni da izađu u susret kupcima, posebno komšijama. „Verujem da je u centru grada skoro nemoguće kupiti alkohol uveče, ali sreća pa u mom kraju radi komšija Žika, koji makar mom društvu proda alkohol i u kasnim večernjim satima. Ne razumem zašto je zabranjena prodaja alkohola na trafikama, dok u kafiću mogu da piju bez problema oni koji imaju para“, priča Marko.“ („Svaki peti prodaje piće noću“, sajt RTV B92, 27. 09. 2011.)

„Šta gradske vlasti imaju protiv nas? Navodno su zabranili prodaju alkohola zbog bezbednosti u saobraćaju, a ne znaju da većina nas nema sopstveni auto, a ni mnogo para da bismo izlazili po kafićima. Najjednostavnije nam je bilo da kupimo piće na trafici, a sada su nam to onemogućili - kaže mladić B. M. (26).“ („Drugi protest zbog odluke o zabrani prodaje alkohola“, Blic, 18. 05. 2011.)

„Nije mi bilo jasno: šarm ovog grada nije u splavovima, tamo se ide u provod, namenski, naše neumesno ali utemeljeno poređenje s onim gradom svih gradova jeste u tome što oba „nikad ne spavaju“, ne u getima za zabavu, to ima svuda, nego u svom srcu, downtownu, prokazanom krugu „dvojke“. Tako je to bilo. A sinoć su vreli gradom lutali klinici pijani od toplog piva što su ga kupili malo pre deset i nisu imali gde da ga ohlade, bauljali su stranci iz hostela, raspitujući se gde bi u tom mitskom gradu, koji ne spava nikad, mogli popiti bilo šta osim vode iz retkih noćnih prodavnica. Kad si klinac, i kad spavaš u hostelu, ne ideš na splavove, voliš grad. Na reci je, možda, bučno i veselo, ali ako nemaš para i ne želiš da slušaš jednoličnu tutnjavu basova, a ne znaš za ono jedno ili dva mesta, šta radiš? Vučeš se ulicama kao prebijena mačka. Kad hoćeš da pročakulaš s komšijom zvezdašem oko utakmice tvog tima, sedneš u park i izneseš piće iz kuće? Malo smo matori za to.“ („Leto u gradu“, Blic, 15. 07. 2011.)

Dakle, zabrana noćne prodaje alkohola je prvenstveno usmerena na (mlade) ljude koji nemaju novca i, iako su neki od donosioca istakli da je razlog za to želja da se oni zaštite, ovakav stav se ne može prihvatiti s obzirom na to da ostaje nejasno zašto vlasti ne žele da zaštite i ostale pripadnike društva i zašto je problem noćna upotreba alkohola kupljenog u prodavnicama, ali ne i onog koji se kupuje i konzumira u ugostiteljskim objektima. Ostali pripadnici gradskih vlasti ponudili su delimičan odgovor na to – oni su istakli da zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima ima za cilj da spreči konzumaciju alkohola na javnim mestima. Međutim, kako će u daljem delu rada biti pokazano, ograničavanje zabrane na trgovinske, ali ne i ugostiteljske objekte ne može biti objašnjeno isključivo na ovaj način – ono prevazilazi nastojanje da se ograniči mogućnost konzumiranja alkohola na javnim mestima i teži da problematizuje upotrebu alkohola u određenim segmentima populacije, među

pripadnicima niže klase.²⁰⁵ Uostalom, da je cilj zabrane noćne prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima isključivo da se spreči konzumacija alkohola na javnim mestima, bilo bi podesnije i smislenije bilo uvođenje zabrane upotrebe alkohola na ovim mestima ili i jedne i druge.

Problematična upotreba alkohola, kako brojni autori napominju, često je bila identifikovana među pripadnicima niže klase (Ajzenstadt and Burtch 1990, O'Malley and Valverde 2004, May 2001, Valverde 1997), ili se siromaštvo tumačilo kao jedan od faktora koji doprinosi pojavi problematične upotrebe alkohola (Kneale and French 2008). Razmatrajući odnos prema zadovoljstvu u kontekstu upotrebe psihoaktivnih supstanci u liberalizmu, O'Meli i Valverde zapažaju da se upotreba alkohola među višim klasama u XVIII i XIX veku tumačila kao čin koji je povezan sa vrlinama kao što su rad, produktivnost i red, te da je stoga bio definisan kao izvor zadovoljstva, dok je zadovoljstvo od konzumacije alkohola među pripadnicima niže klase, koji su smatrani nedisciplinovanim, neproduktivnim i opasnim individuama, tumačeno kao animalno, bestijalno (O'Malley and Valverde 2004, 31). U tom periodu vladalo je mišljenje da pripadnici niže klase piju jer dopuštaju da njihovim ponašanjem rukovode animalni instinkti, a ne pravila kojima se rukovode racionalni, civilizovani pojedinci, pripadnici viših klasa (Ajzenstadt and Burtch 1990, 128). Osim toga, smatralo se i da upotreba alkohola za pripadnike niže klase predstavlja kompenzaciju za nedostatak zadovoljstva u njihovim dosadnim i neispunjenim životima (O'Malley and Valverde 2004). Naime, tokom XIX veka počelo je da se formira mišljenje prema kojem pripadnici niže klase upotrebljavaju alkohol u želi da nadomeste deficit zadovoljstva koji predstavlja posledicu ispraznosti njihovih života u kojima vladaju monotonija, nedostatak društvene interakcije i zdrave rekreacije. Takođe se smatralo i da njihovo loše zdravstveno stanje uslovljava žudnju za alkoholom: prema ovom tumačenju, upotreba alkohola među siromašnima ima za cilj da ublaži neprijatne simptome koji su posledica

²⁰⁵ Ipak, ne može se osporiti težnja gradskih vlasti da na ovaj način spreči konzumaciju alkohola na javnim mestima čime nastoji da obezbedi javni red i mir u kasnim večernjim i ranim jutarnjim časovima, o čemu je već govoreno u radu. Osim toga, posredstvom zabrane upotrebe alkohola na javnim mestima gradske vlasti žele da uredi grad na taj način da on, prostorno i simbolički, reflektuje dominantne društvene vrednosti, što će biti predmet razmatranja u narednom poglavlju.

gladi, loše ishrane i fizičke izmučenosti njihovih tela (*Ibid.*, 33). U ovim tumačenjima kao motiv za upotrebom alkohola zadovoljstvo je u potpunosti potisnuto, dok je naglasak na patnji i patologiji. U tom kontekstu je o pripadnicima niže klase govoreno kao o neslobodnim pojedincima koji robuju zavisnosti od alkohola i koji sebe na taj način mentalno, ali i fizički uništavaju, pri čemu je fizičko propadanje njihovih tela od prekomernog unosa alkohola tumačeno kao kazna za napuštanje vrlina kao što su rad i produktivnost (*Ibid.*, 31).²⁰⁶ U istom ovom periodu o pripadnicima niže klase se govorilo kao o pojedincima koje odlikuje nedostatak volje, zbog čega su oni, uz još neke grupe ljudi, smatrani podložnijim razvoju zavisnosti od alkohola koja je tada bila definisana prvenstveno kao bolest volje (Valverde 1997, May 2001). Međutim, u ovom periodu, kao što je već rečeno, postojala je tendencija da se problematična upotreba alkohola među pripadnicima niže klase dovodi u vezu sa nedostatkom radnih navika, besposličarenjem, nezainteresovanošću, moralnim posrnućem i preovladavanjem animalnog u pojedincu, nedostatkom civilizovanosti i racionalnosti (Ajzenstadt and Burtch 1990, 128-129). Ovakva tumačenja uzroka problematične upotrebe alkohola koja je locirana u nižim klasama dovela su do dva povezana odgovora na ovu pojavu: jedan je bio pokušaj da se siromašni pojedinci koji praktikuju ovakav način ponašanja kazne, a drugi pokušaj da se reformišu njihovi moralni kvaliteti koji su usloveli ovakav način ponašanja (*Ibid.*, 129).²⁰⁷ Obe ove strategije imale su za cilj da dovedu do usvajanja onih vrednosti koje su bile u skladu sa liberalnom veštinom upravljanja i koje

²⁰⁶ Banton i Koveni iznose slično zapažanje po pitanju odnosa prema upotrebi psihoaktivnih supstanci među pripadnicima više i nižih klasa u XIX veku (Bunton and Coveney 2011). U XIX veku upotreba psihoaktivnih supstanci među pripadnicima više klase, pogotovo među umetnicima, nije tumačena kao problematična, ali da je vremenom to promenjeno, i to ne samo kada je u pitanju viša klasa, nego je upotreba psihoaktivnih supstanci uopšteno postala označena kao problematična, a takođe su doneti i restriktivni zakoni koji su zabranjivali njihovu upotrebu, a uzrok tome bila je sve veća zastupljenost upotrebe ovih supstanci među pripadnicima nižih klasa. U tumačenju ove pojave Banton i Koveni se pozivaju na Kastela koji ukazuje na to da se višoj klasi daje mogućnost da samostalno upravlja rizicima, dok su niže klase u tom pogledu podvrgnute regulaciji od strane državnih institucija (v. Castel 1991).

²⁰⁷ Reformacija moralnih kvaliteta (siromašnih) osoba koje prekomerno piju i/ili koje su zavisne od alkohola je strategija koju su najpre sprovodile filantropske organizacije i dobrotvorna društva obično osnovana pri crkvi, da bi kasnije, sa medikalizacijom problematične upotrebe alkohola tokom XIX veka, tu ulogu postepeno počele da preuzimaju medicinske institucije, a konačno i političke krajem XIX i početkom XX veka (npr. Ajzenstadt and Burtch 1990, Scheneider 1978, Valverde 1997, Nicholls 2006, Edwards 2009, Levine 1978, Gerttisen 2000, May 1997, 2000).

su potpomagale ostvarivanje njenih ciljeva, kao što su racionalnost, odgovornost, disciplinovanost, razumnost, produktivnost (*Ibid.*, v. i O'Malley and Valverde 2004, Valverde 1997, Bunton 1990, 2001, Jayne, Holloway and Valentine 2006). Krajem XVIII veka formirao se prvi oblik, odnosno prva strategija liberalne veštine upravljanja – disciplinska vlast, koja je dovela do podvrgavanja mehanizmima kontrole brojnih aspekata svakodnevnog života kao što je, između ostalog, upotreba alkohola (Ajzenstadt and Burtch 1990). Ovaj oblik vlasti nastojao je da normalizuje i standardizuje pojedince osnaživanjem normi koje rukovode njihovim ponašanjem, odnosno podsticanjem usvajanja odlika i načina ponašanja koji su kompatibilni sa njenim ciljevima (v. Fuko 1997). Prekomerna upotreba i zavisnost od alkohola predstavljaju načine ponašanja koji su u suprotnosti sa idealnim odlikama liberalnih subjekata, a time i sa ciljevima disciplinske vlasti i njenom nastojanju da od pojedinaca stvori poslušne individue koje doprinose bogaćenju države. Pokret koji se zalagao za umerenost koji je nastao u ovom periodu upravo reflektuje delovanje disciplinske vlasti. Ovaj pokret nastojao je da reformiše moral pripadnika niže klase i da kod njih dovede do usvajanja vrednosti kao što su samodisciplina, samokontrola, efikasnost (Ajzenstadt and Burtch 1990, 130). Pripadnici ovog pokreta su tvrdili da će siromašni pijanci bez moralnog obrazovanja ostati kontaminirani lošim i destruktivnim navikama i da samostalno neće biti u stanju da se odbrane od nemoralna (*Ibid.*, 130). Pokret koji se zalagao za umerenost i koji su činili pripadnici više klase predstavljao je pokušaj buržoazije da vrednosti i obrasce ponašanja koje je ona sama zastupala i praktikovala prenese i na niže klase, one koji su omogućavali delovanje liberalne veštine upravljanja i ostvarivanje njenih ciljeva (Bunton 1990, 2001, Ajzenstadt and Burtch 1990). Tokom XIX veka dominantna strategija, odnosno dominantni oblik liberalne veštine upravljanja postala je biopolitika koja predstavlja „skup mehanizama pomoću kojih osnovne biološke odlike ljudske vrste postaju objekat političke strategije, opšte strategije moći“ (Foucault 2007, 16). Biopolitika je tehnologija moći koja nastoji da uveća i osnaži zdravlje čitave populacije primenom niza intervencija i regulativnih nadzora (Fuko 2006, Foucault 2003, 2007). Sa nastankom biopolitike došlo je do

promene u medicinskom diskursu u kojem je akcenat sa kontrole i lečenja problematičnih individua pomeren na promociju zdravlja čitavog društvenog tela: od pasivne profesije koja se isključivo bavila lečenjem bolesti, medicina je postala aktivna profesija prvenstveno orijentisana ka sprečavanju pojave bolesti (Ajzenstadt and Burtch 1990, Fuko 2009, Conrad and Schneider 2002).²⁰⁸ U ovom periodu bolest i nemoral, posebno siromašnih, bili su označeni kao glavne prepreke za ostvarivanje stanja zdravlja i blagostanja čitavog stanovništva, a posredstvom toga i za bogaćenje države (Ajzenstadt and Burtch 1990, 134). U istom ovom periodu, u skladu sa opisanim promenama, otpočeo je proces medikalizacije zloupotrebe i zavisnosti od alkohola koji ne samo da je doprinosa disciplinovanju nepoželjnih oblika ponašanja i stvaranju poslušnih jedinki nego i uvećanju biološkog potencijala populacije putem lečenja bolesti i osnaživanja zdravlja na taj način doprinoseći uvećanju njene produktivnosti kao radne snage (*Ibid.*, 134). Zavisnost od alkohola se nije tumačila samo kao bolest koja trenutno ugrožava biološki potencijal populacije uticanjem na zdravstveno stanje osoba zavisnih od alkohola nego i potencijal čitave ljudske rase posmatrano u dugoročnoj vremenskoj perspektivi. Naime, sredinom XIX veka pojavilo se mišljenje prema kojem alkoholizam predstavlja posledicu nasleđene degeneracije koja se progresivno uvećava tokom vremena, u narednim generacijama (*Ibid.*, 137).²⁰⁹ Ova teorija, koja zastupa ideju kulumativne degeneracije potomaka alkoholičara i prema kojoj alkoholičari predstavljaju opasnost po čitavu rasu, pružila je dodatno opravdanje za intervenciju među ovim osobama – njihova bolest ne samo da šteti njima samima i populaciji u celini nego i ostvaruje negativan uticaj na čitavu rasu dovodeći u pitanje njen opstanak (*Ibid.*, 138). U radu je već bilo reči o tome da su neke grupe i segmenti populacije tumačeni kao oni koji su podložniji razvoju zavisnosti od alkohola, kao što su mladi, žene, intelektualci, umetnici, ali i pripadnici niže klase – pripadnici ovih grupa bili su definisani kao osobe koje prirodno karakteriše manjak volje (Valverde 1997, May

²⁰⁸ Do tog perioda medicina se pretežno bavila moralnom edukacijom, brigom o siročadi i identifikovanjem, nadgledanjem i lečenjem problematičnih individua (Ajzenstadt and Burtch 1990, 131).

²⁰⁹ Krajem XIX i početkom XX veka ovo tumačenje uzroka zavisnosti od alkohola je prošireno i razvijeno, pa se tako potomci alkoholičara više nisu samo smatrali osobama koje će i same postati alkoholičari nego i kriminalci (Ajzenstadt and Burtch 1990, 137).

2001, v. i Kneale and French 2008). To znači da su odgovornim za narušavanje biološkog kapitala populacije i ugrožavanje opstanka ljudske vrste smatrani upravo pripadnici ovih grupa i da je intervencija u cilju smanjenja zavisnosti od alkohola u okviru njih bila najintenzivnija.

Od trenutka kada je zdravlje populacije postalo javno pitanje zbog svog vitalnog značaja u pogledu ostvarivanja ciljeva vlasti, čitava populacija je postala predmet medicinskog nadzora, kontrole i intervencije koji je bio podržan od strane države (Ajzenstadt and Burtch 1990, Lupton 1995, 2003, Petersen and Lupton 1996). Još u XVIII veku počelo je da se formira mišljenje prema kojem bi intervencija u oblasti zdravlja populacije treba da predstavlja obavezu države: smatralo se da je zadatak države da se stara o zdravlju građana putem primene administrativnih, institucionalnih i pravnih sredstava (Lupton 1995, 21). Dakle, ključna odlika javnog zdravlja u ovom periodu bila je paternalizam, koja je, kao i ostale njegove karakteristike, bila oblikovana pod uticajem prosvetiteljstva (*Ibid.*, 22). Pod uticajem prosvetiteljstva, koje je akcentavalo na progres, racionalnu reformu, obrazovanje, humanitarizam, naučni metod, formirano je mišljenje prema kojem u prirodi postoje zakoni koji rukovode bolestima i epidemijama i koji mogu biti otkriveni prikupljanjem empirijskih podataka i primenom naučnih metoda, a kada se to bude desilo, biće moguće kontrolisati, sprečiti i iskoreniti bolesti putem primene namerne i racionalne akcije (*Ibid.*, 21). Sredinom XIX veka paternalizam javnog zdravlja podržala je pojava zdravlja populacije kao pitanja od značaja za ostvarivanje ciljeva vlasti (*Ibid.*, 26). U kontekstu ubrzane industrijalizacije i modernizacije i uz imperativ kapitalističkog sistema bilo je potrebno obezbediti zdravlje radne snage kako bi se obezbedila njena produktivnost. Dakle, staranje o zdravlju populacije nije bilo podstaknuto humanitarnim pobudama, nego strahom od bolesti koja može umanjiti njenu radnu sposobnost – radnička klasa živela je i radila u lošim uslovima u kojima je pojava bolesti bila jako česta. U takvim okolnostima javilo se mišljenje da je bolje raditi na prevenciji nego na lečenju bolesti, što je stav koji je označio rađanje modernog javnog zdravlja. Prevencija bolesti je trebalo da bude ostvarena kontinuiranom primenom mera – praksa javnog zdravlja više nije bila da dela

povremeno kada se za tim ukaže potreba, kao što je, na primer, u slučajevima pojave epidemija, nego na svakodnevnom nivou, uz formulisan zakonski okvir koji će obezbediti da te mere imaju kontinuitet i efikasnost u sprovođenju (*Ibid.*, 28). Medicinskom nadzoru i intervenciji posebno su bili podvrgnuti najsiromašniji slojevi stanovništva, pripadnici radničke klase od koje je zavisilo bogatstvo države u doba industrijalizacije i nastanka kapitalizma (*Ibid.*, 22). Osim toga, za pripadnike niže klase se smatralo da predstavljaju pretnju po zdravlje više klase, a to je bio još jedan od razloga zbog kojeg su bili podvrgnuti najintenzivnoj regulaciji i intervenciji javnog zdravlja (*Ibid.*, 35). Ove mere bile su često nasilne i diskriminatorske: na primer, one su podrazumevale izolaciju ovih pojedinaca od ostatka društva i destrukciju njihovih domova (Lupton 2003, 33).

U savremenom periodu odnos vlasti prema zdravlju populacije ostao je isti: kao i u liberalizmu, i u neoliberalizmu zdravlje populacije predstavlja faktor od kojeg u najvećoj mogućoj meri zavisi bogatstvo države, s obzirom na to da on uslovljava njenu radnu sposobnost i produktivnost (Rose 1999, 2000b, 2001, 2008a, Rabinow and Rose 2006, Vaz and Bruno 2003, Valverde 2010b, Petersen and Lupton 1997, Lupton 1995, 2003). Savremena veština upravljanja nastoji da osnaži zdravlje populacije primenom strategija koje regulišu biološke procese čoveka kao vrste kako bi povećala njenu ekonomsku iskoristivost, kao i veština upravljanja u liberalizmu. Međutim, za razliku od veštine upravljanja u liberalizmu, u neoliberalizmu veština upravljanja ovaj cilj ne ostvaruje primenom nasilnih strategija i strategija isključenja, nego putem podsticanja samoregulacije koja podrazumeva dobrovoljno izbegavanje zdravstvenih rizika (Lupton 1995, Petersen and Lupton 1996, Buntun and Petersen 1997, Buntun and Macdonald 2002, Vaz and Bruno 2003, Rose 1999, 2000b, 2001, 2008a). Propagiranje dobrovoljnog izbegavanja zdravstvenih rizika odvija se u oblasti novog javnog zdravlja koje ovom imperativu vlasti daje naučni kredibilitet i koje prikriva njegovu političku dimenziju. Za razliku od starog javnog zdravlja, tzv. novo javno zdravlje uzroke bolesti ne locira u čovekovom okruženju, već u njegovom ponašanju (v. npr. Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997, Lupton 1995, Armstrong 2002, Brown and Baker 2012,

Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Macdonald 2002, Nettleton 1997). To dovodi do toga da se pojedinci danas ohrabruju da izbegavaju praktikovanje rizičnih oblika ponašanja koji vode ka pojavi bolesti. Podsticaj na samoregulaciju radi ostvarivanja stanja zdravlja se ne ostvaruje putem ostvarivanja kontakta i konsultacije sa stručnjakom, nego stvaranjem osećanja odgovornosti prema sopstvenom zdravlju u čemu značajnu ulogu imaju zdravstveno obrazovanje i promocija zdravlja (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Bunton and Petersen 1997, Bunton and Macdonald 2002, Bunton, Nettleton and Burrows 1995). Osim toga, važnu ulogu u ovom procesu ostvaruje podsticanje usvajanja određenog tipa sopstva konstruisanog u okvirima novog javnog zdravlja koji podrazumeva slobodu, autonomiju, racionalno i odgovorno ponašanje pojedinca koji izbegavanjem zdravstvenih rizika nastoji da poboljša svoje zdravstveno stanje i uveća svoje potencijale (Petersen and Lupton 1996, 63-65). U skladu sa tim, preduzimanje zdravstvenih rizika smatra se iracionalnim, neodgovornim načinom ponašanja koji praktikuju osobe koje karakteriše nedostatak samokontrole, samodiscipline i volje (Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997). Ovi pojedinci koji praktikuju preduzimanje rizika po zdravlje predstavljaju ciljnu grupu koju novo javno zdravlje nadzire i kontroliše i u odnosu na koju formuliše različite ciljeve i strategije (Petersen and Lupton 1996, 21, Petersen 1997, 195). U radu je već bilo reči o tome kako se praktikovanje ponašanja rizičnog po zdravlje obično locira među pripadnicima siromašnih klasa u delu u kojem je razmatrana kulturna konceptualizacija pušenja u Srbiji. Isti ovaj zaključak može se primeniti i na tumačenje zastupljenosti prekomerne upotrebe i zavisnosti od alkohola u doba prosvetiteljstva, na šta je već ukazano, ali i na savremeni period, kako analizirani materijal pokazuje. Upravo je identifikovanje problematične upotrebe alkohola među pripadnicima niže klase razlog nastojanja da se u ovom segmentu populacije upotreba alkohola ograniči primenom mera koje utiču na mogućnost njegove kupovine u trgovinskim objektima – na taj način trebalo da bi da bude ostvareno poboljšanje bioloških kapaciteta populacije u celini, ali i uvećanje bogatstva države.

Međutim, klasna dimenzija zabrane noćne prodaje alkohola ne može biti objašnjenja isključivo u kontekstu delovanja neoliberalne veštine upravljanja, onda kada ona nastoji da poboljša zdravlje populacije i na taj način poveća njenu radnu sposobnost i produktivnost i prihode koji su posledica toga. Kao prvo, zdravlje nije jedina oblast ljudskog postojanja u okviru kojeg neoliberalna veština interveniše sa ciljem smanjenja rizika – upravljanje u neoliberalizmu teži da u potpunosti ovlada rizicima kako bi bila sprečena pojava nepoželjnih događaja i interveniše u svim segmentima savremenog života (Lupton 1999, Castel 1991, Petersen 1997, Rose 1999). To se može uočiti i na ovom primeru, jer se pripadnici siromašnih slojeva u društvu ne tumače samo kao osobe koje su pod povećnim rizikom od obolevanja od određenih bolesti zbog praktikovanja ponašanja koja su rizična po zdravlje, nego se tumače i kao izvori rizika, ali ne isključivo rizika po zdravlje nego i rizika po bezbednost drugih ljudi. O tome je već govoreno u prethodnom delu u kojem je ukazano na to da se osobe koje (prekomerno) piju smatraju izvorima opasnosti za druge ljude – smatra se da su ljudi u alkoholisanom stanju skloni agresiji, da češće počinjavaju kriminalna dela i da dovode do saobraćajnih nesreća. Međutim, kako je u ovom delu rada ukazano, gradske vlasti ne tumače sve ljude pod dejstvom alkohola kao jednako opasne, s obzirom na to da se odluke o zabrani noćne prodaje alkohola odnose samo na trgovinske, ali ne i na ugostiteljske objekte. To, kao što je već rečeno, implicira da ove zabrane nastoje da ograniče konzumaciju alkohola u noćnim časovima prvenstveno među pripadnicima nižih klasa koji alkoholna pića kupuju upravo onde gde je njihova cena najniža – u trgovinskim objektima. Kako neki autori zapažaju, opasnost se obično locira među pripadnicima nižih klasa – siromašni pojedinci najčešće se tumače kao nosioci nereda, problema, poremećaja i kao takvi bivaju definisani kao oni dovode u pitanje bezbednost pripadnika viših klasa (Fischer and Poland 1998, Lupton 1999, 2003, Jayne, Holloway and Valentine 2006, Rose 2000). Dakle, i u ovom se pogledu pripadnici nižih klasa nalaze na meti upravljanja putem rizika – u okviru ovih klasa se, kao što je već rečeno, identifikuju faktori rizika koji zahtevaju da njima bude upravljano u ime bezbednosti zajednice (njenih ostalih pripadnika koji potiču iz srednje i više klase). Jedan od takvih

faktora jeste konzumacija alkohola koja se, onda kada se javlja među pripadnicima niže klase, tumači kao pretnja po ostatak zajednice. Odluke kojima se ograničava mogućnost kupovine alkoholnih pića u trgovinskim objektima imaju upravo za cilj da umanje mogućnost kupovine alkoholnih pića među pripadnicima niže klase i da tako preveniraju pojavu svih onih nepoželjnih događaja koji nastaju kao posledica (preterane) upotrebe alkohola među pripadnicima ove klase. To su, kao što je već rečeno, nasilje, kriminal i saobraćajna nebezbednost, a kao žrtve ovih događaja identifikuju se pripadnici viših klasa.²¹⁰

Zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima i odluka prema kojoj je trgovinskim objektima koji prodaju alkohol zabranjeno da rade tokom noći omogućavaju povećanje bezbednosti pripadnika viših klasa ne samo putem intervencije u pogledu mogućnosti noćne kupovine alkoholnih pića kod pripadnika nižih klasa nego i putem prostorne segregacije klasa. Iako ove odluke to izričito ne podrazumevaju, zabrana konzumacije alkohola na javnim mestima jeste jedan od njihovih efekata, na šta je u radu već ukazano. Taj efekat bi prvenstveno trebalo da bude ostvaren među pripadnicima nižih klasa, s obzirom na to da se zabrane noćne prodaje alkohola, zbog toga što važe isključivo za trgovinske objekte, upravo na njih odnose. Kako Peni i Rum zapažaju, osobe koje obično piju na javnim mestima su one koje su u društvu već stigmatizovane i marginalizovane, na primer, siromašni, etničke manjine, beskućnici, mladi (Pennay and Room 2012, 91-92). Upravo na tom mestu treba tražiti razloge za uvođenje zabrane konzumacije alkohola na javnim mestima, s obzirom na to da upotreba alkohola na javnim mestima ne predstavlja negativnu pojavu sama po sebi. Kako ovi isti autori navode, obično se pomenute grupe ljudi tumače kao pretnja po bezbednost ostalih građana, a na taj način ih najčešće vide pripadnici više i srednje klase, iako ovakva tumačenja nisu utemeljena u realnosti (*Ibid.*, 93).²¹¹ U tom kontekstu posmatrano, zabrana konzumacije alkohola na javnim mestima ima za cilj da

²¹⁰ Neki autori navode da je jedan od strahova pripadnika viših klasa kada je reč o upotrebi alkohola među siromašnima i strah od necivilizovanog i nepristojnog ponašanja i eventualne ugroženosti kojoj na taj način mogu biti izloženi (Jayne, Holloway and Valentine 2006, 461).

²¹¹ Rod je takođe jedan od faktora koji utiče na percepciju opasnosti, kako Peni i Rum navode (Pennay and Room 2012, v. i Thomas and Bromley 2000).

pripadnike ovih grupa, koji se tumače kao fizička, ali i kao moralna pretnja, ukloni iz javnog prostora kako bi se povećao osećaj bezbednosti u zajednici i kako bi se kreirala predstava o postojanju moralnog poretka u društvu (*Ibid.*, 93). Taj osećaj bezbednosti u zajednici ostvaruje se dakle uklanjanjem onih koji se tumače kao pretnja (iz niže klase za višu i srednju) iz javnog prostora, odnosno uspostavljanjem klasne segregacije koja ima za cilj da spreči mešanje pripadnika različitih klasa u javnom prostoru koje se tumači kao izvor opasnosti za pripadnike više i srednje klase (Jayne, Holloway and Valentine 2006, Jayne, Valentine and Holloway 2008). U tom kontekstu posmatrano, javni prostor se pojavljuje kao poprište klasne borbe koja se odvija u vidu isključivanja pripadnika nižih klasa iz javnog prostora, a opravdava povećanjem bezbednosti u zajednici, što je jedno od njenih čestih uporišta, kako Peni i Rum zapažaju (Pennay and Room 2012, 93). Isključenje pripadnika nižih klasa iz javnog prostora je dakle način na koji više klase nastoje da ostvare dominaciju u društvu, ali ono za pripadnike viših klasa nije značajno samo iz tog razloga nego i iz razloga što im omogućava da potvrde svoj klasni identitet prostornim distanciranjem od onih klasa sa kojima se stavljaju u odnos opozicije (Jayne, Holloway and Valentine 2006, Jayne, Valentine and Holloway 2008, v. i Sibley 1995). Pripadnici nižih klasa se definišu kao nosioci nereda, nasilja, poremećaja, naročito onda kada su pod dejstvom alkohola, a stavljanje više i srednje klase u opoziciju sa ovim pojedincima ima za cilj da potvrdi njihov identitet utemeljen na civilizovanosti i pristojnosti, što dodatno ističe prostorna segregacija klasa. Isključenje pripadnika nižih klasa iz javnog prostora ujedno omogućava kreiranje javnog prostora tako da on reflektuje vrednosti koje zagovaraju pripadnici više i srednje klase, kao što su samokontrola, samodisciplina, umerenost, civilizovanost, pristojnost, red, čime se potpomaže njihova dominacija u društvu (*Ibid.*). Osim toga, isključivanje pripadnika nižih klasa iz javnog prostora ovim pojedincima uskraćuje pravo da učestvuju u javnom životu zajednice, a na taj način ih lišava njihovog identiteta građanina, s obzirom na to da se građanstvo definiše na osnovu učestovanja u javnom prostoru (v. Bell 2013b, Dennis 2013b, 2014, Fischer and Poland 1998, Thompson, Pearce and Barnett 2007).

Sve navedeno ukazuje na to da se zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima mogu shvatiti kao sredstva purifikacije prostora koja predstavlja način kojim jedna grupa služeći se prostorom uspostavlja dominaciju nad drugim grupama u društvu (Thompson, Pearce and Barnett 2007, Creswell 2005, Sibley 1995, Pennay and Room 2012). Dakle, purifikacija javnog prostora ne podrazumeva samo isključenje pripadnika nižih klasa nego i drugih društvenih grupa, a šire shvaćeno i praksi koje se u društvu definišu kao neprihvatljive, sa ciljem da se javni prostor uredi tako da reflektuje dominantne društvene vrednosti i ostvari dominaciju one grupe koje je nosilac tih vrednosti (v. npr. Crawford and Flint 2009, Sibley 1995, Creswell 2005, Fischer and Poland 1998, Poland 2000, Thompson, Pearce and Barnett 2007, 2009, Bell 2013b, Dennis 2013b, 2014, Tan 2013). Zbog toga, a s obzirom na to da se zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima koje su predmet razmatranja u ovom istraživanju mogu shvatiti kao sredstva koje tome doprinose, purifikacija prostora će detaljnije biti razmotrena u daljem delu rada, uopšteno i na konkretnom primeru pomenutih zabrana u Srbiji.

5. 2. 4. GRAD KAO METAFORA REDA: ZABRANA NOĆNE PRODAJE ALKOHOLA KAO SREDSTVO PURIFIKACIJE JAVNOG PROSTORA

U svom radu „Geografije isključivanja: društvo i različitost na Zapadu“ („*Geographies of exclusion: Society and difference in West*“), Dejvid Sibli (*David Sibley*) napominje da se društveni prostor u velikoj meri oblikuje pod uticajem predstava o tome za koga se smatra da tom prostoru pripada, a za koga da ne pripada (Sibley 1995). Ključno pitanje u ovom procesu definisanja kriterijuma pripadnosti društvenom prostoru, kako Sibli navodi, jeste pitanje konstrukcije sopstva i njegovog odnosa prema društvenim, kulturnim i prostornim kontekstima. Konstruisanje sopstva uvek podrazumeva pravljanje granice u odnosu prema Drugome na osnovu niza kulturnih reprezentacija o ljudima i stvarima, pri čemu pravljenje granica između sopstva i Drugog podrazumeva konstruisanje predstave o Drugom kao nesavršenom, inferiornom, nečistom, lošem, opasnom, hijerarhijski nižem biću (u odnosu na sopstvo). Te granice nisu samo simboličke nego i prostorne, a s obzirom na to da uvek počivaju na demonizaciji Drugog, sve prostorne granice su ujedno i moralne (*Ibid.*, 39). Kako Metles napominje, proizvodnja društvenih razlika odvija se na taj način što se određeni prostori povezuju sa moralnim vrlinama čime se pravi razlika između tog prostora i nekih drugih prostora koji bivaju označeni kao nemoralni (Matless 1998, citirano u Cresswell 2005, 129). Drugi se uvek locira u određenom prostoru koji se povezuje sa nemoralom, dok se sopstvo pozicionira u prostoru koji je povezan sa moralnim vrlinama. Prostorno pozicioniranje sopstva i Drugog najčešće podrazumeva međusobnu udaljenost, jer oni koji se osećaju ugroženim od strane Drugog uvek nastoje da se prostorno od njega distanciraju (Sibley 1995, 49). Sve ovo implicira da su sopstvo

i Drugi povezani odnosom moći i da se ovaj odnos uvek manifestuje prostorno (Sibley 1995, Cresswell 2005, Thompson, Pearce and Barnett 2007). Prostorno operisanje moći ne podrazumeva samo prostornu segregaciju različitih društvenih grupa na osnovu definisanja njihove pripadnosti određenim prostorima nego i prostorno isključenje onih društvenih grupa iz prostora za koji se smatra da mu ne pripadaju (*Ibid.*). Prelaženje granica od strane Drugog izaziva strah kod onih koje bi te granice trebalo da zaštite, i to ne samo strah od blizine Drugog nego i strah od kontaminacije prostora i onih koji u njemu borave prisustvom Drugoga koje dovodi u pitanje njihovu specifičnost i različitost u odnosu na Drugog (Sibley 1995). Isključenje Drugog iz prostora kojem ne pripada jeste način da se povrati osećaj bezbednosti u datom prostoru, ali i način da se potvrdi identitetska specifičnost onih koji u njemu borave i za koje se smatra da tom prostoru pripadaju (*Ibid.*). Purifikacija prostora se može shvatiti kao jedna od manifestacija geomoći koja predstavlja „funkcionisanje geografskog znanja ne kao neutralnog skupa znanja i učenja, nego kao skupa tehnologija moći koje kreiraju i upravljaju geografskim prostorom“ (Ó Tuathail 1996, 7, citirano u Thompson, Pearce and Barnett 2007, 510). Purifikacija prostora je sredstvo kojim jedna grupa uspostavlja dominaciju nad drugim grupama u društvu upotrebom prostora.

Zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima i odluka kojom se trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjuje da rade tokom noći se, kao što je već rečeno, mogu shvatiti kao sredstva purifikacije javnog prostora. Iako ove zabrane eksplicitno ne isključuju određene društvene grupe iz javnog prostora, one tome implicitno teže nastojeći da utiču na motiv njihovog boravka u ovom prostoru u kasnim večernjim časovima – upotrebu alkohola, ograničavanjem mogućnosti kupovine alkoholnih pića u pomenutom periodu. Kao što je već rečeno, društvene grupe koju ove zabrane nastoje da isključe iz javnog prostora jesu niže klase čiji se pripadnici tumače kao fizička i moralna pretnja po pripadnike više i srednje klase: pripadnici nižih klasa se obično tumače kao nosioci nereda, nasilja, poremećaja, naročito u kontekstu (problematične) konzumacije alkohola, zbog čega se smatraju izvorima opasnosti po pripadnike više i srednje klase (Ajzenstadt and Burtch 1990, O'Malley and Valverde

2004, May 2001, Valverde 1997, Kneale and French 2008, Fischer and Poland 1998, Lupton 1999, 2003, Jayne, Holloway and Valentine 2006, Rose 2000). U tom kontekstu istaknuto je da uklanjanje pripadnika nižih klasa iz javnog prostora, odnosno uspostavljanje prostorne segregacije klasa i sprečavanje mešanja pripadnika različitih klasa u javnom prostoru ima za cilj da povrati predstavu o moralnoj i fizičkoj čistoti i bezbednosti zajednice, da potvrdi identitet više i srednje klase prostornim distanciranjem od nižih klasa, ali i da javni prostor uredi tako da reflektuje dominantne društvene vrednosti i uspostavi dominaciju onih društvenih grupa koja su nosioci tih vrednosti – više i srednje klase (v. Jayne, Holloway and Valentine 2006, Jayne, Valentine and Holloway 2008). Međutim, kao što je već rečeno, purifikacija javnog prostora ne podrazumeva samo isključenje pripadnika niže klase nego i drugih društvenih grupa, ali i praksi koje se u društvu definišu kao neprihvatljive (v. npr. Crawford and Flint 2009, Sibley 1995, Cresswell 2005, Fischer and Poland 1998, Poland 2000, Thompson, Pearce and Barnett 2007, 2009, Bell 2013b, Dennis 2013b, 2014, Tan 2013). U daljem delu rada biće detaljnije razmotreno na koje sve načine zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima i odluka kojom se trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića tokom noći zabranjuje da rade, usvojene u nekolicini gradova u Srbiji, funkcionišu kao sredstva purifikacije prostora.

U radu je već ukazano na to da zabrana noćne prodaje alkohola i zabrana rada tokom noći za trgovinske objekte koji prodaju alkohol imaju za cilj da spreče kupovinu alkoholnih pića u kasnim večernjim satima, i to prvenstveno među mladima, kako bi se prevenirale negativne posledice ove prakse po njihovo zdravlje, bezbednost ostalih građana, kao i narušavanje javnog reda i mira. Cilj ovih zabrana je, kao što je već rečeno, ne samo da se spreči upotrebu alkoholnih pića među mladima (u toku određenog perioda dana) nego i da se spreči da oni alkohol konzumiraju na javnim mestima (u toku tog perioda dana). Uticaj na mogućnost konzumacije alkohola među mladima na javnim mestima koju zabrana noćne kupovine alkohola u trgovinskim objektima i zabrana rada tokom noći za trgovinske objekte koji prodaju alkohol nastoje da ostvare njeni donosioci ističu kao od značaja u pogledu smanjenja posledica (prekomerne) upotrebe

alkohola kao što su nasilje, delikvencija, kriminal i narušavanje javnog reda i mira. Dakle, ove zabrane ne sprovode purifikaciju javnog prostora samo putem isključenja pripadnika nižih klasa iz tog prostora nego i mladih. Razmatrajući efekte zabrane upotrebe alkohola na javnim mestima, Peni i Rum ističu da se ova zabrana prvenstveno odnosi na stigmatizovane i marginalizovane grupe kao što su pripadnici niže klase, etničke manjine, beskućnici i mladi, koji nemaju gde drugde da piju, osim na javnim mestima, ili to ne žele, i da im se na taj način ograničava pristup javnom prostoru (Pennay and Room 2012, 93). S obzirom na da se zabrane koje su predmet analize u ovom radu, a koje imaju za cilj da ograniče mogućnost kupovine alkoholnih pića tokom noći, odnose isključivo na trgovinske objekte, može se pretpostaviti da se ograničavanje mogućnosti konzumacije alkohola na javnim mestima koje ona nastoji da ostvari među mladima prvenstveno odnosi na one među njima koji ujedno pripadaju siromašnijim društvenim slojevima. Međutim, konzumacija alkoholnih pića među mladima na javnim mestima se ne može uvek smatrati posledicom nedostatka novca da se alkoholna pića konzumiraju u ugostiteljskim objektima, već se mora uzeti u obzir i činjenica da ovakvo ponašanje može biti rezultat želje pojedinca. Iz toga sledi da zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima koje prvenstveno targetiraju mlade ljude nemaju za posledicu samo isključenje iz javnog prostora onih mladih osoba koje su ujedno i siromašne nego i drugih mladih kod kojih konzumacija alkohola na javnim mestima ne predstavlja rezultat nedostatka drugih opcija, nego svojevolejno donesene odluke. U prilog tome govori i činjenica da se omladina uopšteno, onda kada je pod dejstvom alkohola, smatra izvorom rizika po ostale pripadnike društva, bez obzira na klasnu pripadnost, kako je u analiziranom materijalu istaknuto.²¹² U dosadašnjoj analizi

²¹² Ipak, jasno je da se svi mladi pod dejstvom alkohola ne tumače kao jednaki izvori rizika, odnosno da se problematičnijom smatra upotreba alkohola među mladima koji su pripadnici nižih klasa, s obzirom na to da zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima i zabrana rada tokom noći za trgovinske radnje koje prodaju alkohol nastoje da ograniči mogućnost konzumacije alkohola u večernjim časovima upravo među siromašnima, što su i donosioci „noćne prohibicije“ u Beogradu eksplicitno istakli. Međutim, to ne znači da se upotreba alkohola među mladima uopšteno ne smatra problematičnom bez obzira na klasnu pripadnost, što je u radu već pokazano, već da se upotreba alkohola među mladima koji su ujedno i siromašni smatra problematičnijom. Ovakav zaključak se može izvesti na osnovu toga što se zabrane kojima se ograničava mogućnost kupovine alkoholnih pića tokom noći odnose samo na trgovinske, ali ne i na ugostiteljske objekte, što znači da u noćnim satima alkohol i dalje mogu da

uočeno je da se u Srbiji mladi u alkoholisanom stanju tumače kao izvor opasnosti po bezbednost ostalih građana zbog agresivnosti, nasilnog ponašanja i počinjavanja kriminalnih dela za koje se smatra da nastaju kao rezultat unosa alkohola, kao i da se smatra da u ovakvom stanju mladi ljudi dovode do ugrožavanja javnog reda i mira pravljjenjem buke i nereda na ulicama u kasnim večernjim satima. Tumačenje mladih osoba kao devijantnih osoba koje praktikuju rizično ponašanje i koje predstavljaju izvor opasnosti po svoju okolinu je, kao što je već rečeno, uobičajena praksa širom sveta, a ono za sobom vrlo često povlači pojačanu kontrolu i regulaciju mladih putem niza zakonskih mera (Kemshall 2008, Schehr 2005, Mitchell et al. 2001, Crawford 2006, 2008, 2009, Crawford and Flint 2009, Thomas and Bromley 2000, Törrönen and Karlsson 2005, Pennay and Room 2012). Zabrana prodaje alkoholnih pića u periodu od 22 (23) do 06 sati u trgovinskim objektima i odluka prema kojoj je trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjeno da rade u vremenu od 22 do 06 sati ne predstavljaju zakonske mere koja se eksplicitno bavi regulacijom ponašanja mladih, ali imaju takvu namenu i ostvaruju takav efekat. Proklamovani cilj mera koje regulišu ponašanje mladih, uključujući i zabrane koje su predmet analize u ovom radu, jeste povećanje bezbednosti ostalih pripadnika društva. Međutim, kao što je već rečeno, uvođenje ovakvih mera ne može da bude objašnjeno na taj način iz razloga što mladi, kako brojna istraživanja pokazuju, najčešće ne predstavljaju realnu pretnju po bezbednost ostalih pripadnika društva, pa čak ni pod dejstvom alkohola, a oni oblici ponašanja među mladima koji se mogu oceniti kao problematični, bez obzira na to da li se javljaju u alkoholisanom stanju ili ne, nikada ne mogu da budu objašnjeni isključivo na osnovu njihovog starosnog doba ili unosa alkohola (Crawford 2009, Crawford and Flint 2009, Jayne and Valentine 2014, Jayne, Valentine and Holloway 2010, MacLean and Moore 2014). Ipak, to ne znači da strah od mladih u društvu ne postoji, nego da nije utemeljen na činjenicama – on je oblikovan pod uticajem negativnog medijskog

konzumiraju oni koji imaju dovoljno novca, odnosno da upotreba alkohola u ovim segmentima populacije koju čine pripadnici više i (više) srednje klase nije ocenjena kao problematična u onoj meri u kojoj je među pripadnicima nižih klasa, s obzirom na to da je njima ostavljena više mogućnosti za konzumiranje alkohola tokom noći nego pripadnicima nižih klasa.

izveštavanja o mladima i njihovom ponašanju (Crawford and Flint 2009, Crawford 2009). Otuda efekat mera koje nastoje da regulišu i kontrolišu ponašanje mladih ne može da bude povećanje bezbednosti u društvu, već povećanje osećaja bezbednosti u društvu (*Ibid.*). To implicira da je domen u kojem ove mere operišu simbolički, a to se odnosi i na one mere koje nastoje da utiču na mogućnost konzumacije alkohola među mladima u javnom prostoru bilo putem zabrane prodaje alkoholnih pića bilo putem zabrana upotrebe alkoholnih pića na javnim mestima. U istraživanju u kojem su razmotrili efekte zabrane konzumacije alkoholnih pića na javnim mestima u Velikoj Britaniji, Novom Zelandu i Australiji, Peni i Rum navode da ove zabrane utiču na povećanje percipirane bezbednosti u zajednici i poboljšanje njenog izgleda, ali ne i na smanjenje konzumiranja alkohola na javnim mestima i štete za koju se smatra da potiče od upotrebe alkohola, kao što je počinjavanje kriminalnih dela (Pennay and Room 2012). Ovi autori su takođe istakli da uočeni efekti zabrane upotrebe alkohola na javnim mestima upućuju na to da se ova zabrana može shvatiti kao sredstvo purifikacije javnog prostora koje ima za cilj da putem isključivanja određenih grupa koji se smatraju pretnjom po bezbednost zajednice, i u moralnom i u fizičkom smislu, povrati predstavu o njenoj bezbednosti i moralnoj i fizičkoj čistoti. Isti zaključak se može primeniti i na zabranu noćne prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u Srbiji, kao što je već rečeno, koja osim siromašnih, iz javnog prostora nastoji da isključi i mlade ljude koji se, kao i siromašni, tumače kao izvor opasnosti.

Kako Koen napominje, sve do XIX veka grad je predstavljao model samog društva, oličenje predstave o onome što društvo treba da bude, da bi nakon tog perioda grad počeo da se tumači kao poseban, jedinstveni oblik društvenog života, dok su danas u poimanju grada zastupljene obe ove predstave (Cohen 1991, 205). U antici i srednjem veku grad je bio metafora reda, mada je u istim ovim periodima postojalo i tumačenje grada kao metafora nereda, mada je ono bilo mnogo manje zastupljeno (*Ibid.*, 206). Tumačenje grada kao metafore nereda postalo je posebno izraženo u XVIII i XIX veku kada su počela da potiskuju bilo kakvo povezivanja grada sa redom, dok su dominantne asocijacije na grad u ovom periodu postale impersonalnost, segmentiranost, tržišna

racionalnost, degradacija, anomija (*Ibid.*, 206). Danas se, kako Koen navodi, grad dovodi u vezu sa kriminalom, nasiljem, nesigurnošću, prenaseljenošću, gužvama u saobraćaju, zagađenjem (*Ibid.*, 205). Slična zapažanja iznose Kraford i Flint koji ukazuju na to da mnogi autori koji se zalažu za remoralizaciju grada smatraju da je postojalo zlatno doba grada u kojem je on bio moralniji i uređeniji nego što je to danas (Crawford and Flint 2009, 406). Počev od XVIII veka važnu ulogu u nastojanju da se kreira predstava o gradu kao metafori reda imala je regulacija alkohola (Jayne, Holloway and Valentine 2006). Kako Džejn, Holovej i Valentajn ističu, zabrinutost u vezi sa konzumacijom alkohola u XVIII i XIX veku bila je uslovljena delovanjem nekoliko faktora (*Ibid.*, 451-452). Kao prvo, industrijalci su želeli da povećaju produktivnost radnika i da kreiraju tržište na kojem će se prihodi trošiti odgovorno. Kao drugo, srednja klasa bila je zabrinuta zbog pobožnosti nižih klasa i smatrala je da nemoral vlada životom u gradu. Kao treće, država je želela da poveća stepen obrazovanosti radničke klase i da poboljša njeno zdravstveno stanje. Ovi faktori uticali su na urbani život i fizičko preoblikovanje grada. U suprotnosti sa ovim faktorima i njihovim efektima bila je (prekomerna) upotreba alkohola, i to prvenstveno među pripadnicima radničke klase, s obzirom na to da se tumačila kao izvor moralnog propadanja društva i prepreka uspostavljanju produktivnosti u radu (*Ibid.*, v. i O'Malley and Valverde 2004). Upravo su ovo razlozi zbog kojih je upotreba alkohola postala ključno mesto intervencije u nastojanju da se nametne društvena kontrola koja bi podržala modernistički urbani projekat (*Ibid.*, 452). U osnovi ovog projekta, koji je podrazumevao racionalizovano urbano planiranje uz formulisanje vodiča za planiranje izgradnje i izdavanje licenci i veću intervenciju države u neuglednim delovima grada, nalazi se nastojanje buržoazije da radničku klasu izmesti u određene odvojene delove grada, daleko od gradskog centra u kojem je ona boravila (*Ibid.*, 453). U skladu sa ovom tendencijom da grad preoblikuje po svojoj meri i svojim potrebama je i težnja buržoazije da disciplinuje radničku klasu kako bi sprečila nemoral, nered, a važnu ulogu u tom procesu imala je regulacija upotrebe

alkohola koja je u tom pogledu među buržoazijom izazivala strepnju i zabrinutost, naročito u njenoj blizini – centru grada.²¹³

U savremenom periodu upotreba alkohola i dalje predstavlja pitanje od značaja u promišljanju i oblikovanju savremenog grada (Jayne, Valentine and Holloway 2008, Jayne, Holloway and Valentine 2006). Tokom poslednjih 30 godina gradovi su postali redefinisani kao mesta potrošnje, pri čemu je akcenat stavljen na kulturnu i simboličku ekonomiju usluga, a posebno na noćnu ekonomiju, što je dovelo do toga da alkohol opet postane centralna tema u promišljanju urbaniteta (*Ibid.*, v. i Crawford and Flint 2009). S jedne strane, alkohol ima veoma važnu ulogu u regeneraciji i razvoju gradova – proizvodnja i potrošnja alkohola, naročito u noćnoj ekonomiji, predstavljaju značajan izvor prihoda i pokretači su revitalizacije gradova. S druge strane, alkohol je potencijalni generator nasilja i kriminala i zbog toga dovodi u pitanje razvoj gradova podstaknut proizvodnjom i potrošnjom alkohola.²¹⁴ Odgovor na ovu tenziju jeste podsticanje noćne ekonomije namenjene srednjoj klasi uz isključenje radničke klase i drugih nepoželjnih pojedinaca iz javnog prostora sa ciljem sprečavanja eventualnih negativnih posledica od upotrebe alkohola u ovim segmentima populacije (Jayne, Valentine and Holloway 2008, 85, v. i Crawford and Flint 2009). U urbanom planiranju i urbanim politikama dominiraju vrednosti srednje klase što dovodi do toga da se gradski prostor prilagođava upravo njenim potrebama, pri čemu je među njenim

²¹³ Kako Nil i Frenč zapažaju, mapiranje mesta na kojima je skoncentrisana upotreba alkohola, bar što se Velike Britanije tiče, je bilo uobičajeno krajem XIX i početkom XX veka, a bilo je posledica dominantnog tumačenja samog alkohola i dostupnosti alkohola kao uzroka problema sa pićem – zloupotrebe i zavisnosti od alkohola (Kneale and French 2008). Dakle, u ovom periodu upotreba alkohola je bila definisana kao prostorni problem, i to prvenstveno u centru grada, a to je za sobom povlačilo preduzimanje mera koje su imale za cilj da ograniče dostupnost alkohola na tim mestima (*Ibid.*). Nil i Frenč takođe ističu da u savremenom periodu u Velikoj Britaniji dolazi do revitalizacije tumačenja upotrebe alkohola kao prostornog problema, a posledično i onih mera za rešavanje ovog problema koje za sobom povlači ovakvo tumačenje. Logika prema kojoj dostupnost alkohola vodi do upotrebe alkohola i svih problema koji od toga potiču stoji i iza usvajanja zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima koja je predmet analize u ovom istraživanju, mada ne podrazumeva mapiranje centra grada kao prostora u kojem je skoncentrisana (problematična) upotreba alkohola, nego čitavog javnog prostora.

²¹⁴ Ova dva različita tumačenja upotrebe alkohola i odnosa prema upotrebi alkohola reflektuju dve dominantne tendencije koje oblikuju upravljanje i uređenje gradova danas – moralni revitalizam i imperativ profita, a koji su najevidentniji u odnosu prema noćnoj ekonomiji (v. Crawford and Flint 2009).

pripadnicima i dalje prisutan strah od nasilja i kriminala kao posledica upotrebe alkohola u okviru određenih grupa, na primer, među radničkom klasom, beskućnicima, mladima, etničkim manjinama, a koji rezultira nastojanjem da se ove grupe isključe iz javnog prostora (Jayne, Valentine and Holloway 2008, Jayne, Holloway and Valentine 2006, Crawford and Flint 2009, Pennay and Room 2012). Dakle, tenzija između alkohola kao pokretača regeneracije gradova i alkohola kao generatora nasilja i kriminala rezultira istovremenim povećanjem deregulacije i regulacije upotrebe alkohola među različitim društvenim grupama, ali i njihovom prostornom segregacijom, prvenstveno na klasnoj osnovi, mada ne i isključivo (Jayne, Holloway and Valentine 2006, 459-461). Isključenje određenih grupa iz javnog prostora do koje pojačana regulacija upotrebe alkohola dovodi, ali i podsticanje deregulacije upotrebe alkohola u istom ovom prostoru za pripadnike srednje klase u krajnjoj instanci dovodi do konstituisanja javnog prostora tako da on predstavlja „jednu određenu viziju društvenog života grada i prihvatljivih kulturoloških praksi“ (*Ibid.*, 461).

U radu je već bilo reči o tome kako prostor u kojem se pušenje dozvoljava/zabranjuje reflektuje poželjnost praktikovanja ovakvog ponašanja u društvu (Fischer and Poland 1998, Poland 2000). Na primer, pušenje se obično dozvoljava u otvorenom, ali ne i zatvorenom prostoru, ugostiteljskim objektima i kockarnicama, što ima za cilj da pušače konstituiše kao autsajdere, a pušenje kao nepoželjnu praksu u društvu, a to je potvrđeno i na primeru Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu trenutno aktuelnom u Srbiji. Isti ovaj zaključak može se primeniti i na odluke kojima se zabranjuje noćna prodaja alkohola u trgovinskim objektima u Srbiji: ove odluke (određene) konzumente alkohola definišu kao autsajdere isključujući ih iz javnog prostora, pri čemu upotrebu alkohola na javnim mestima (među ovim pojedinim grupama) definišu kao nepoželjnu pojavu u društvu. I iako se ovim zabranama pravi razlika između različitih konzumenata alkohola i različitih mesta konzumacije alkohola na osnovu čega se određuje status ovih osoba i upotrebe alkohola u društvu, ne može se negirati da one reflektuju generalno negativan odnos prema konzumaciji i konzumentima alkohola uopšteno, nezavisno od toga ko su

te osobe i na kojem mestu piju. Naime, kako Fišer i Poland zapažaju, davanje prostora određenoj praksi znači davanje legitimiteta toj praksi, i obrnuto (Fischer and Poland 1998, 193). Odluke kojima se tokom noći u trgovinskim objektima zabranjuje prodaja alkohola, između ostalog, imaju za cilj da spreče upotrebu alkohola na javnim mestima, kako su neki od njihovih donosilaca napomenuli, odnosno da iz javnog prostora eliminišu upotrebu alkohola. To ujedno predstavlja način da se ova praksa delegitimiše i označi kao društveno nepoželjna, što ukazuje na to da ove odluke ostvaruju purifikaciju prostora ne samo putem isključivanja određenih grupa iz njega nego i putem isključivanja određenih praksi, a oba sa ciljem da javni prostor uredi tako da predstavlja refleksiju dominantnih društvenih vrednosti i normi, odnosno sa ciljem da pomoću njega kreiraju predstavu o onome šta bi društvo trebalo da bude. U ovom slučaju javni prostor se oblikuje tako da ukazuje na to da se zdravi životni stilovi, pristojnost, civilizovano ponašanje i samokontrola u društvu smatraju poželjnim i da društvo teži da bude bezbedna, zdrava, moralno i fizički čista zajednica. Ovi ideali, zajedno sa merama prevencije spram rizičnih pojedinaca i ponašanja koji su sa njima u suprotnosti, ukazuju na delovanje neoliberalne veštine upravljanja, kao što je u radu već istaknuto (npr. Lupton 1995, 2003, Petersen and Lupton 1996, Bunton and Petersen 1997, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Petersen 1996, Bunton and Macdonald 2002, Vaz and Bruno 2003, Rose 1999, 2001, 2008a, b, Rose and Miller 1992, Rabinow and Rose 2006, Crawford 2003, Borch 2005, Garland 2001, Jayne, Valentine and Holloway 2008, Jayne, Holloway and Valentine 2006).

Osim na način koji je opisan, nastojanje da se iz javnog prostora eliminiše upotreba alkohola u noćnim satima putem zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim radnjama bi se, bar kada je o Beogradu reč, moglo dovesti u vezu sa težnjom gradskih vlasti da na ovaj način doprinesu promeni imidža Beograda kao turističke destinacije koja obećava „ludi provod“, a koji neminovno, onako kako se obično tumači, između ostalog, podrazumeva i dostupnost (jeftinog) alkohola u svako doba dana i noći. Protivnici zabrane noćne prodaje alkohola u Beogradu su upravo ovo naveli kao razlog zbog koje ova odluka ne treba/nije trebalo da bude usvojena – na taj

način narušava se imidž Beograda kao turističke destinacije koja turiste iz čitavog sveta privlači nezaboravnim noćnim provodom koji, kao što je rečeno, za većinu nezaobilazno podrazumeva konzumiranje (većih količina) alkohola.

„Noćna prohibicija kvati imidž grada

PROBLEM – Većina ispitanih Beograđana smatra da zabrana prodaje alkohola posle 22 sata neće uroditi plodom. Maloletnicima treba zabraniti da ga kupuju, ali prohibicija direktno utiče na sve građane jer, kako navode, često se dešava da zaborave da kupe piće u dozvoljenom periodu ili imaju iznenadne goste. Prema rečima sagovornika, Beograd je poznat po noćnim izlascima i dobrom provodu, a šljivovica je naš brend, pa zabrana utiče na imidž prestonice.“ („Đilas i njegov tim od građana dobili jaku trojku“, 24 sata, 19. 08. 2011.)

Međutim, Milan Popović, član Gradskog veća grada Beograda, ne deli mišljenje svojih sugrađana i smatra da zabrana noćne prodaje alkohola uopšte neće uticati na „turistički aspekt ponude Beograda“, jer turisti alkoholna pića piju u ugostiteljskim objektima prvenstveno, a ne na ulici. Slično mišljenje deli i Dejan Veselinov, direktor Turističke organizacije Beograda koji smatra da ova odluka neće uticati na noćni provod u Beogradu, kao i da Beograd turistima pored noćnog provoda ima dosta toga da ponudi.

„Na pitanje da li će na ovaj način biti ugroženi mali trgovci u situaciji kada se govori o monopolu velikih trgovinskih lanaca, Popović (Milan, član Gradskog veća grada Beograda) odgovara da su „zdravlje i bezbednost nacije mnogo značajniji“.

– Nisam siguran da je noćni promet alkohola toliko veliki da od njega zavisi opstanak malih radnji, ali je dovoljno veliki da utiče na javni red i mir – ističe Popović, dodajući da ne veruje da će ova odluka uticati na turistički aspekt ponude Beograda, jer „turisti radije piju piće u kafićima i restoranima nego što ga kupuju na kiosku“. („Prodaji alkoholnih pića odbrojane noći“, Politika, 28. 06. 2013.)

„Odluke o ograničenju radnog vremena kafića i noćnih klubova u stambenim zgradama do 24 sata, zabrani puštanja muzike posle 22, kao i ranije odluke da se zabrani pušenje na

javnim mestima, mogu uticati na to da Beograd ne bude više prestonica noćnog života, po kome je nadaleko poznat i što je imidž koji je godinama građen i podstican.

Direktor Turističke organizacije Beograda (TOB) Dejan Veselinov, ipak, kaže da ove odluke neće uticati na smanjenje broja turista Beogradu, kao i da prestonica ima dosta toga da ponudi gostima, ali i sugrađanima.

"Mislim da će Beograd i dalje biti primamljiv za noćni provod, stranci će nastaviti da dolaze, jer prestonica, pored noćnog života ima druge oblasti po kojima je poznata u inostranstvu", rekao je Veslinov.

Prema rečima direktora TOB-a, stranci dolaze zbog kulturnih i sportskih događaja, održavanja kongresa i sličnih poslovnih sastanaka ili kratkog vikend odmora.“ („Beograd se odriče noćnog života?“, sajt RTV B92, 29. 12. 2010.)

Iako su ovi akteri ukazali na to da zabrana noćne prodaje alkohola neće ostvariti nikakav uticaj na privlačnost Beograda kao turističke destinacije za goste iz inostranstva, na osnovu njihovih izjava, kao i na osnovu anketa iznetim u medijima povodom mišljenja Beograđana o usvajanju ove zabrane, može se izvesti zaključak da je u društvu rasprostranjeno tumačenje srpske prestonice na način koji je opisan te da se, u tom kontekstu posmatrano, može pretpostaviti da je kreiranje drugačije predstave o Beogradu u svetu, kao jednog pristojnog i civilizovanog mesta, jedan od motiva donosioca zabrane noćne prodaje alkohola. Ipak, iako se ovaj zaključak možda može primeniti na „noćnu prohibiciju“ u Beogradu, to nije slučaj i sa zabranom noćne prodaje alkohola u drugim gradovima Srbije – Šapcu i Zrenjaninu, niti sa zabranom donetom u Kragujevcu, prema kojoj trgovinski objekti koji prodaju alkohol ne smeju da rade tokom noći, jer ovi gradovi nisu posećeni od strane turista iz inostranstva i nemaju reputaciju mesta „ludog noćnog provoda“, a delom i za „noćnu prihibiciju“ u Novom Sadu koji, za razliku od Beograda, inostrani turisti posećuju u znatno manjoj meri, pretežno za vreme održavanja Exit festivala.

5. 2. 5. KONSTRUISANJE UPOTREBE ALKOHOLA KAO DRUŠTVENOG PROBLEMA

U radu je do sada ukazano na to da se u materijalu koji je analiziran upotreba alkohola definiše kao društveni problem koji zahteva da spram njega budu preduzete određene mere kako bi bila umanjena šteta koju pričinjava društvu, a koja se ogleda u vidu negativnog uticaja koji ostvaruje na zdravlje i bezbednost stanovništva, kao i na celokupni kvalitet života u zajednici. U ovom delu rada biće analiziran proces konstruisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema u Srbiji upotrebom Blumerove teorije o konstruisanju društvenih problema, koja je već predstavljena i primenjena ranije u radu, u delu u kojem je razmotreno na koji je način pušenje u Srbiji konstruisano kao društveni problem. Prema ovoj teoriji, kako je već navedeno, društveni problemi ne predstavljaju objektivna patološka i devijantna stanja i pojave koje remete normalno funkcionisanje društva i koje kao takve treba otkloniti ili bar umanjiti štetu koja je njima izazvana, već su produkti procesa kolektivnog definisanja nekog stanja ili pojave kao društvenog problema – društveni problemi ne postoje sami po sebi, već nastaju onda kada u društvu budu prepoznati kao takvi; oni ne bivaju otkriveni, već konstruisani (Blumer 1971). Ovaj pristup proučavanju društvenih problema u skladu je sa osnovnom pretpostavkom u ovom istraživanju, prema kojoj tumačenje upotrebe alkohola (davana i drugih (zdravstvenih) rizika) predstavlja kulturni konstrukt, zbog čega se on i primenjuje u njemu, a na osnovu dosadašnje analize koja ukazuje na to da se u Srbiji upotreba alkohola tumači kao društveni problem. Ipak, gledano po drugim parametrima, primena Blumerove teorije o konstruisanju društvenih problema u ovom istraživanju nailazi na izvesne poteškoće. Te poteškoće se, kao i kada je reč o primeni ove teorije na proučavanje konstruisanja pušenja kao društvenog problema u Srbiji u ovom istraživanju, tiču materijala koji će u

tom pogledu biti korišćen, a koji se može okarakterisati kao nepotpun za takvu vrstu analize, i to zbog ograničenosti izvora, ali i vremenskog perioda koji je njime obuhvaćen – taj materijal, kao što je već rečeno, čini odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 22 (23) sata do 06 sati, odluka kojom se trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjuje da rade u vremenu od 22 sata do 06 sati i medijska reprezentacija uvođenja i primene ovih odluka u periodu od kraja 2006. godine do kraja 2013. godine. Međutim, kao i u prethodnom slučaju, trenutno raspoloživi materijal se može smatrati adekvatnim za skiciranje razvoja procesa kolektivnog definisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema u Srbiji koje ne treba shvatiti kao punovažni zaključak o ovoj temi, već kao niz pretpostavki koje zahtevaju dodatna ispitivanja. U tom smislu ovo istraživanje može da posluži kao vodič za takva buduća istraživanja, tim pre što se vremenski period na koji je ono ograničeno, kao i slučaju pušenja, može smatrati adekvatnim za proučavanje ove tematike. Naime, poznato je da u Srbiji postoji velika tolerantnost prema upotrebi alkohola i da je tek od skora ova praksa počela da biva problematizovana, naime, od uvođenja prvog zakonskog akta koji je imao za cilj da ograniči upotrebu alkohola – odluke kojom se trgovinskim objektima u Kragujevcu koji prodaju alkohol zabranjuje da rade u vremenu od 22 do 06 sati, a posebno sa masovnijim usvajanjem odluke koja nastoji da ostvari isti ovaj cilj – odluke o zabrani prodaje alkohola u trgovinskim objektima u periodu od 22 (23) do 06 sati – u nekoliko gradova Srbije (Novi Sad, Šabac, Beograd, Zrenjanin). Naravno, i ovakav stav treba uzeti sa rezervom i shvatiti ga kao pretpostavku koju treba ispitati proširivanjem vremenskog perioda koji će biti obuhvaćen prilikom proučavanja ove tematike.

U ovom delu rada, kao i o delu u kojem je razmotren proces konstruisanja pušenja kao društvenog problema u Srbiji, rečeno je da Blumer smatra da su društveni problemi produkti procesa kolektivnog definisanja. Dakle, taj proces, kao što je već istaknuto, Blumer smatra odgovornim za pojavu društvenog problema, ali i za način na koji se on tumači, razmatra i na koji mu se pristupa, za rešenja koja se za njega predlažu i za način na koji ona funkcionišu u praksi – od procesa kolektivnog definisanja, kako

Blumer napominje, zavisi čitava „karijera“ jednog društvenog problema (*Ibid.*, 301). Proces kolektivnog definisanja se, prema Blumeru, sastoji iz pet faza o kojima je u radu već bilo reči: 1) pojava društvenog problema kroz društveno prepoznavanje; 2) legitimizacija društvenog problema kroz pokretanje javnih rasprava o njemu u arenama javne diskusije; 3) mobilizacija akcije u vezi sa datim društvenim problemom koja se odvija kroz sukobljavanje suprotstavljenih stavova i interesa; 4) formiranje oficijelnog plana akcije u vezi sa datim društvenim problemom koji obično uključuje angažovanje institucija zakonodavne i izvršne vlasti; 5) implementacija oficijelnog plana akcije koja po pravilu dovodi do redefinisavanja datog društvenog problema, a obično i do novih predloga u vezi sa akcijom koju spram njega treba preduzeti. Blumerov model procesa kolektivnog definisanja neke pojave kao društvenog problema će u daljem delu rada biti primenjen na razmatranje konstruisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema u savremenoj Srbiji.

U toku prve faze u procesu kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema neko stanje ili pojavu društvo prepoznaje kao problem, pri čemu istaknutu ulogu u tom pogledu ima nekoliko faktora: angažovanje različitih interesnih grupa i aktera, političara, moćnih organizacija i korporacija koji na taj način žele da doprinesu tome da određena pojava ili stanje bude prepoznata kao društveni problem ili da tome odmognu, sa ciljem da sebi obezbede određenu korist, najčešće materijalnu; nepostojanje mogućnosti da određene pojave ili stanja steknu status društvenog problema zbog toga što grupe koje ih na taj način definišu ne poseduju moć potrebnu da bi skrenule pažnju na njih; selekcija društvenih problema u medijima itd. (*Ibid.*, 302). Na osnovu materijala koji je u ovom istraživanju analiziran, kao i na osnovu tradicionalne tolerancije prema upotrebi alkohola u Srbiji, može se zapaziti da je ključni faktor koji je u Srbiji uticao na prepoznavanje upotrebe alkohola kao društvenog problema bio uvođenje odluke o zabrani prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 23 do 06 sati u Novom Sadu krajem 2009. godine, što je prva ovakva odluka koja je u Srbiji usvojena, te da su ključnu ulogu u ovom procesu imale one institucije i akteri koji su inicirali uvođenje ovog akta, koji su učestvovali u njegovoj

izradi i usvajanju – gradonačelnik i drugi značajniji funkcioneri u gradskoj opštini i organi koji čine gradsku vlast (Skupština grada, Gradsko veće, Gradska uprava), kao i građani koji su se zalagali za usvajanje ovakvih odredbi žaleći se na buku koju na ulicama tokom kasnih noćnih sati prave mladi pod dejstvom alkohola.²¹⁵ Angažovanje predstavnika gradskih vlasti, koje se ogleda u vidu predlaganja odluka koje nastoje da ograniče dostupnost alkoholnih pića putem ograničavanja mogućnosti njihove kupovine u trgovinskim objektima u kasnim večernjim i ranim jutarnjim satima i u vidu usvajanja ovih odluka, može se smatrati ključnim u društvenom prepoznavanju upotrebe alkohola kao problema, a ono se može objasniti kao potez načinjen iz nekoliko razloga. S obzirom na to da se u nekim gradovima građani učestalo žalili na buku koju tokom noći prave mladi ljudi koji piju na ulici, može se pretpostaviti da su ovim potezom gradske vlasti želele da izađu u susret zahtevima građana koje su smatrali opravdanim, ali se ovaj potez može protumačiti i kao sredstvo onih koji su na vlasti koje im omogućava da steknu naklonost i povrenje građana, a koje bi im bilo uzvrraćeno na narednim izborima. Osim toga, nastojanje gradskih vlasti da ograniče mogućnost kupovine alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 23 do 06 sati se može protumačiti i kao potez koji ima za cilj da uveća gradski budžet putem prodaje alkoholnih pića u ugostiteljskim objektima koje se na taj način podstiče, a u kojima je cena alkoholnih pića znatno veća nego u trgovinskim objektima, kao i putem naplaćivanja kazni za kršenje ove zabrane. Osim predstavnika i organa gradske vlasti, uticaj na prepoznavanje upotrebe alkohola kao društvenog problema imali su i građani koji su se učestalo žalili na buku koji na ulicama pravi omladina pod dejstvom alkohola – njihov interes u označavanju upotrebe alkohola kao društvenog problema putem zalaganja za ograničavanje mogućnosti njegove prodaje u trgovinskim objektima tokom

²¹⁵ Iako je, hronološki gledano, prva odluka koja je u Srbiji usvojena sa ciljem da ograniči konzumaciju alkohola bila odluka o ograničavanju radnog vremena trgovinskih objekata koji prodaju alkoholna pića u Kragujevcu, ova odluka, za razliku od uvođenja zabrane prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 23 do 06 sati u Novom Sadu, nije dovela do toga upotreba alkohola u društvu bude definisana kao problem. Na ovaj zaključak upućuje činjenica da u medijima sa nacionalnom pokrivenošću, izuzev u jednom novinskom članku, o odluci donetoj u Kragujevcu uopšte nije bilo govoreno, što nije slučaj sa odlukom donetom u Novom Sadu koja je privukla veliku pažnju javnosti i koja je dovela do prepoznavanja upotrebe alkohola kao problema u društvu.

kasnih noćnih i ranih jutarnjih časova bio je da na taj način sebi (i svojoj porodici) obezbede mir tokom ovog perioda dana predviđenom za odmor i spavanje.

Nakon prvobitnog prepoznavanja kao takvog, društveni problem mora da stekne legitimitet koji je neophodan da bi on postao predmet javne debate u medijima, školama, crkvama, organizacijama civilnog društva, državnim institucijama itd. (*Ibid.*, 302-303). U vezi sa tim, kao što je već rečeno, Blumer napominje da treba razmotriti razloge zbog kojih je neki društveni problemi stekao legitimitet u društvu, budući da to nije slučaj sa svim društvenim problemima – mnogi od njih bivaju ignorisani i nikada ne postanu predmet javne rasprave (*Ibid.*, 303). U slučaju upotrebe alkohola kao društvenog problema u savremenoj Srbiji se, na osnovu trenutno raspoloživog materijala, može izvesti zaključak da uvođenje odluke o zabrani prodaje alkoholnih pića u vremenu od 23 do 06 sati u Novom Sadu krajem 2009. godine, kojom je u Srbiji označeno prepoznavanje upotrebe alkohola kao društvenog problema, predstavlja faktor koji je ujedno omogućio da on u društvu stekne legitimitet – sa uvođenjem ove zabrane u društvu je otpočela debata o upotrebi alkohola kao društvenom problemu, te da je u tome ključnu ulogu imalo angažovanje istih onih aktera i institucija podstaknuto interesima koji su već navedeni.

Treća faza procesa kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema je, kao što je već rečeno, faza u okviru koje dolazi do mobilisanja akcije spram te pojave ili stanja kroz sukobljavanje suprotstavljenih stavova i interesa. U ovoj fazi, koja se odvija u okviru masovnih medija, na formalnim i neformalnim sastancima, u pravnim institucijama itd., različite grupe i akteri, oni koji žele da ostvare promene u vezi sa nekim društvenim problemom i onih koji žele da po tom pitanju održe nepromenjeno stanje, sukobljavaju svoja suprotstavljena mišljenja i stavove (*Ibid.*, 303-304). Blumer, kako je već napomenuto, smatra da od ove faze u najvećoj meri zavisi dalja „karijera“ nekog društvenog problema – od toga na koji će način u ovoj fazi društveni problem biti definisan, od toga na koji će način na njega biti odgovoreno i od toga kako će u ovoj fazi biti predstavljeni različiti interesi i odnosi moći (*Ibid.*, 304). Ova faza procesa kolektivnog definisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema u

Srbiji obuhvata period od kraja 2010. godine kada je najavljeno uvođenje zabrane noćne prodaje alkohola u Beogradu do februara 2011. godine kada je ova zabrana u Beogradu usvojena. U toku ove faze došlo je do mobilizacije društvene akcije kroz sukobljavanje stavova i interesa nekoliko društvenih grupa: predstavnika gradske vlasti, trgovaca, medicinskih eksperata, građana koji podržavali zabranu noćne prodaje alkohola i onih koji su se tome protivili. Mobilizacija akcije u vezi sa upotrebom alkohola kao društvenim problemom bila je podstaknuta najavom uvođenja zabrane prodaje alkohola u vremenu od 22 do 06 sati u trgovinskim objektima u Beogradu. Predstavnici gradskih vlasti u Beogradu su tom prilikom istakli da je (prekomerna) upotreba alkohola praksa koja je štetna po zdravlje onih koji je upražnjavaju, omladine pogotovo, ali i po bezbednost osoba iz njihovog okruženja zbog velikog broja saobraćajnih nesreća, kriminalnih dela, tuča i drugih incidenata počinjenih pod dejstvom alkohola. Osim toga, gradski čelnici u Beogradu su istakli da (prekomerna) upotreba alkohola među omladinom koja se okuplja, pije i galami na ulici dovodi do remećenja javnog reda i mira u kasnim večernjim i ranim jutarnjim časovima predviđenim za odmor i spavanje. Interesi kojima bi zastupanje ovakvog stava među predstavnicima gradskih vlasti u Beogradu moglo biti objašnjeno identični su onima zbog kojih su, kako se u ovom radu pretpostavlja, predstavnici gradske vlasti u Novom Sadu zalagali za uvođenje zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima i zbog kojih su je na kraju i usvojili – skupljanje političkih poena i uvećanje gradskog budžeta podsticanjem kupovine alkoholnih pića u ugostiteljskim objektima u kojima je njihova cena znantno viša nego u trgovinskim i naplaćivanjem kazni za kršenje zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima. Međutim, u ovom slučaju se može pretpostaviti da su gradski čelnici u Beogradu bili rukovođeni još jednim interesom koji nije uticao na angažovanje gradskih čelnika u Novom Sadu sa istim ovim ciljem. Naime, u Beogradu bi se usvajanje zabrane prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima tokom noći moglo smatrati merom koju su gradske vlasti želele da uvedu kako bi promenile imidž prestonice kao turističke destinacije u svetu poznate po dobrom (neobuzdanom, divljem, nekontrolisanom) provodu koji podrazumeva upotrebu velikih količina (jeftinog i uvek

i svuda dostupnog) alkohola i zamenile ga predstavom o Beogradu kao civilizovanom i kulturnom mestu koje turistima, osim dobrog provoda, ima toliko toga vrednijeg da ponudi. Promena imidža grada bi eventualno mogla da privuče nov profil turista koji do sada nisu bili posetioци Beograda, a tako i da uveća prihod koji se na taj način ostvaruje, ali i da doprinese promeni predstave o Srbiji u celini na internacionalnom nivou kao zemlje koja je sličnija Zapadu nego što se to obično misli, što je glavna preokupacija većine srpskih političara danas. Tumačenje upotrebe alkohola kakvo su zagovarali gradski čelnici sreće se i među građanima koji su se zalagali za uvođenje zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima u Beogradu, a koji su na taj način želeli da njima i njihovoj porodici bude obezbeđen mir u časovima predviđenim za odmor i počinak, kao i da njihova deca tinejdžeri budu zaštićeni od kontakta sa alkoholom i svih negativnih posledica njegove upotrebe. U toku ove faze konstruisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema u debatu o uvođenju zabrane noćne prodaje alkohola u Beogradu uključili su se i medicinski eksperti koji su u izjavama za medije isticali štetnost (prekomerne) upotrebe alkohola, posebno među omladinom, kao i važnost uvođenja ove zabrane koja bi doprinela smanjenju negativnih posledica ove prakse po zdravlje onih koji je upražnjavaju. Za angažovanje medicinskih eksperata u debati povodom najave uvođenja zabrane noćne prodaje alkohola u Beogradu se može pretpostaviti da predstavlja pokušaj osnaživanja autoriteta medicine u društvu, mada to na osnovu trenutno raspoloživog materijala ne može biti sa sigurnošću utvrđeno kao što ne mogu biti uočeni ni drugi razlozi koji su tome eventualno doprineli. U raspravu o ovoj temi uključili su se i veliki trgovinski lanci koji su podržali inicijativu da u Beogradu bude uvedena zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima ističući da zdravlje građana treba da bude na prvom mestu, a ne profit koji se ostvaruje prodajom alkoholnih pića koja ostvaruju negativan uticaj na zdravlje ljudi. Može se pretpostaviti da velike kompanije koje su vlasnici najvećih trgovinskih lanaca u Srbiji na ovaj način žele da istaknu da su društveno odgovorne, što je u savremenom svetu poslovanja faktor koji povećava konkurentnost nekog preduzeća na tržištu.

Mišljenje suprotstavljeno gradskim čelnicima, medicinskim ekspertima i građanima koji su podržali predlog da u Beogradu bude usvojena zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima, prema kojima upotreba alkohola predstavlja praksu koja se negativno odražava na zdravlje i bezbednost stanovništva i mir u kasnim večernjim satima i zbog čega bi ona trebalo da bude ograničena usvajanjem zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima, zastupali su sitni trgovci koji su istakli da upotreba alkohola ne predstavlja toliki problem kakvim se obično predstavlja, kao i da zabrana noćne prodaje alkohola neće dovesti do očekivanih efekata, s obzirom na to da će alkohol noću i dalje biti moguće konzumirati u ugostiteljskim objektima. Pored toga, oni su naglasili da ova zabrana neće imati uticaja na promet velikih trgovinskih lanaca, ali da će dovesti do značajnog smanjenja prihoda sitnih trgovaca, što je zapravo razlog zbog kojeg su se oni zalagali za odustajanje od uvođenja zabrane noćne prodaje alkohola u Beogradu. Mišljenje njima slično zastupali su i građani koji su se zalagali za to da se u Beogradu odustane od uvođenja „noćne prohibicije“ – oni su takođe iskazali sumnju u pogledu očekivane efikasnosti zabrane koja bi se ogledala u smanjenju upotrebe alkohola i svih negativnih posledica ove prakse, a takođe su istakli i da država nema prava da odraslim osobama zabranjuje kupovinu alkoholnih pića s obzirom na to da predstavljaju legalne proizvode čija je prodaja dozvoljena. Međutim, u izvesnom smislu njihovo tumačenje upotrebe alkohola je ipak slično tumačenju upotrebe alkohola među predstavnicima gradske vlasti u smislu da i oni upotrebu alkohola smatraju praksom koja je problematična onda kada je upražnjavaju maloletnici, zbog čega su istakli da bi trebalo pooštriti kontrolu prodaje alkohola ovim licima, a ne uvoditi zabranu prodaje alkohola tokom noći koja bi se odnosila i na odrasle osobe.

U toku ove faze dominiralo je tumačenje upotrebe alkohola kao pojave koja ima negativan uticaj na zdravlje ljudi, posebno omladine, ali i na bezbednost i mir u zajednici, koje je isticano kao argument koji govori u prilog tome da bi zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima u Beogradu trebalo da bude usvojena. Tumačenje upotrebe alkohola kao normalne, neproblematične prakse koja je sastavni deo svakodnevnice mnogih odraslih ljudi i koja ne pričinjava štetu njihovom zdravlju

niti društvu u celini bilo je u znantnoj meri zastupljeno u debatama povodom najave usvajanja „noćne prohibicije“ u Beogradu, ali ipak nedovoljno da odnese prevagu nad tumačenjem upotrebe alkohola kao društvenog problema. O tome svedoči i činjenica da je nakon ove rasprave usledilo usvajanje pomenute zabrane koja predstavlja narednu fazu u „karijeri“ društvenog problema – formiranje oficijelnog plana akcije.

Formiranje oficijelnog plana akcije spram nekog društvenog problema je faza u procesu kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema u toku koje društvo odabira i formuliše način na koji će da se nosi sa određenim problemom (*Ibid.*, 304). Formiranje oficijelnog plana akcije odvija se u institucijama zakonodavne i izvršne vlasti i neminovno podrazumeva pravljenje kompromisa između različitih interesa, zbog čega definicija društvenog problema na kraju ove faze može da bude znatno drugačija od prvobitne (*Ibid.*, 304). Način na koji je neki društveni problem na kraju ove faze definisan u velikoj meri odlučuje o njegovoj daljoj „karijeri“, jer je ta definicija društvenog problema ona koja je oficijelna – ona pokazuje kako društvo kroz svoj institucionalni aparat percipira neki društveni problem i kako spram njega namerava da dela (*Ibid.*, 304). S obzirom na to da je u ovom istraživanju, na osnovu raspoloživog materijala koje je na to ukazivalo, kao prva faza u procesu konstruisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema u Srbiji izdvojeno usvajanje zabrane prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 23 do 06 sati u Novom Sadu krajem 2009. godine, fazom formiranja oficijelnog plana akcije spram upotrebe alkohola kao društvenog problema smatra se usvajanje iste ove zabrane u Beogradu i Šapcu godinu dana kasnije.²¹⁶ Kako analizirani materijal pokazuje, u ovoj fazi

²¹⁶ Usvajanje zabrane noćne prodaje alkohola u Novom Sadu krajem 2009. godine ujedno predstavlja i formiranje oficijelnog plana akcije spram upotrebe alkohola definisanog kao društvenog problema. Međutim, s obzirom na nedostatke materijala koji je u ovom istraživanju analiziran, a o kojima je već bilo reči, ne može biti odgovoreno na pitanje da li se usvajanje ove zabrane u Novom Sadu krajem 2009. godine može zaista smatrati početnom fazom u konstruisanju upotrebe alkohola kao društvenog problema u Srbiji ili ne niti pružiti konačan odgovor na pitanje da li je proces konstruisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema u Srbiji tekao tokom koji je drugačiji od onog koji Blumer smatra očekivanim u tom pogledu, što je zaključak na koji upućuje analiza sprovedena u ovom istraživanju. Na ova pitanja bi odgovore trebalo da pruže neka buduća istraživanja – cilj ovog istraživanja jeste da pokuša da skicira proces konstruisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema kroz sagledavanje angažovanja različitih društvenih aktera i njihovih interesa, što je i suština Blumerovog modela procesa

konstruisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema u Srbiji nije došlo do pravljenja kompromisa između različitih društvenih aktera i njihovih interesa, već je usvojen plan akcije spram upotrebe alkohola koji je prvobitno i najavljivan – zabrana prodaje alkoholnih pića u trgovinskim radnjama u vremenu od 22 do 06 sati. Osim toga, u ovoj fazi takođe nije došlo do izmene u tumačenju upotrebe alkohola koja je od početka procesa kolektivnog definisanja ove prakse kao društvenog problema percipirana kao opasnost po zdravlje i bezbednost građana i kao glavni faktor koji doprinosi remećenju javnog reda i mira.

Poslednja faza procesa kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema jeste implementacija oficijelnog plana akcije. U toku ove faze, kako Blumer napominje, dolazi do promene u načinu kolektivnog definisanja nekog društvenog problema koja stvara osnovu za formiranje novih planova akcije od strane onih koji su uključeni u taj društveni problem i koje dotiče plan akcije spram tog problema (*Ibid.*, 304-305). Oni čija prednost ovim promenama pretili da bude ugrožena će u toku ove faze nastojati da ih obustave i da formulišu novi plan akcije koji će biti usmeren u drugom pravcu i koji će im omogućiti da sačuvaju svoju prednost (*Ibid.*, 305). Mogući ishod ovog procesa je stupanje obe interesne strane u ponovne dogovore koji nisu bili predviđeni oficijelnim planom, i onih koji njime gube i onih koji su zahvaljujući njemu na dobitku (*Ibid.*, 305). Na osnovu materijala prikupljenog za ovo istraživanje početkom ove faze u procesu kolektivnog definisanja upotrebe alkohola kao društvenog problema u Srbiji bi se moglo označiti pokretanje inicijative za proveru ustavnosti i zakonitosti odluke o zabrani noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima u Novom Sadu od strane Društva trgovaca Novog Sada, a u Beogradu od strane grupe Beograđani protiv prohibicije, kao i organizovanje protesta od strane iste ove grupe u Beogradu tokom 2011. godine., koje je usledilo nakon implementacije zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima u pomenutim gradovima.²¹⁷ Dakle, nakon

kolektivnog definisanja neke pojave ili stanja kao društvenog problema, a ne da ponudi konačne zaključke koji se tiču toga na koji je način ovaj proces u Srbiji do detalja tekao.

²¹⁷ U Šapcu, kao što je već rečeno, nikada nije pokrenuta inicijativa za proveru ustavnosti zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima, te je ona u ovom gradu na snazi od 2010. godine bez ikakvih prekida.

implementacije, oficijelni plan akcije spram upotrebe alkohola u Novom Sadu i Beogradu naišao je na kritiku onih društvenih aktera koji su smatrali da su oštećeni ovakvim potezom vlasti i koji su pokušali da situaciju po tom pitanju preokrenu u svoju korist organizovanjem protesta i pokretanjem inicijative za proveru ustavnosti i zakonitosti ovog poteza. Tokom ove faze isti oni društveni akteri koji su se zalagali za usvajanje zabrane noćne prodaje alkohola – predstavnici gradske vlasti, medicinski eksperti i građani – isticali su značaj uvođenja i primene ove zabrane pokušavajući da očuvaju prednost koju su zahvaljujući njoj stekli. Ove dve suprotstavljene strane nisu, međutim, stupile u ponovne dogovore koji nisu bili obuhvaćeni oficijelnim planom, što Blumer smatra jednim od mogućih ishoda ove faze u konstruisanju društvenog problema, već se strana koja je smatrala da je oštećena usvajanjem odluke o zabrani noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima u želji da to promeni obratila višoj instanci – Ustavnom sudu, sa ciljem da se preispita ustavnost i zakonitost ove odluke. Ustavni sud je doneo odluku da je zabrana prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 do 06 sati neustavna, s obzirom na to da se odnosi na sve građane, a ne samo na maloletnike, zbog čega je ova zabrana u Novom Sadu i Beogradu prestala da bude na snazi. Nedugo nakon toga javila se reakcija strane koje je prvobitno bila u prednosti i koja je odlukom Ustavnog suda izgubila svoj privilegovani položaj, i to najpre predstavnika gradskih vlasti u Beogradu. Sa ciljem da ponovo omoguće usvajanje zabrane noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima, predstavnici gradskih vlasti u Beogradu su formulisali Predlog zakona o izmenama i dopunama zakona o trgovini kojim bi lokalnoj samoupravi bilo dato pravo da sama reguliše vreme, mesto i način prodaje alkoholnih pića. Taj predlog, koji je Narodna skupština usvojila početkom 2013. godine, omogućio je da odluka o zabrani noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima u Beogradu ponovo bude usvojena iste ove godine, nekoliko meseci kasnije.²¹⁸ Dakle, nakon implementacije zabrane noćne prodaje alkohola u

²¹⁸ U Novom Sadu je avgusta 2013. godine završena javna rasprava u vezi sa nacrtom Odluke o radnom vremenu ugostiteljskih, trgovinskih i zanatskih objekata koja podrazumeva i zabranu prodaje alkoholnih pića u trgovinskim objektima u vremenu od 22 sata do 06 sati. Konačnu odluku Skupština grada Novog Sada trebalo je da donese tokom septembra 2013. godine, međutim, kao što je već rečeno, pretragom zvaničnog sajta grada i brojeva Službenog lista grada Novog Sada izdatim u periodu od početka

trgovinskim objektima u Beogradu i Novom Sadu dve interesne strane – ona koja je ovom zabranom stekla prednost i ona koja je zbog njega bila na gubitku, stupile su u međusobna nadmetanja oko toga čije će viđenje upotrebe alkohola zadobiti institucionalnu potporu u vidu očuvanja/ukidanja prvobitnog ofijelnog plana akcije, a pobjedu u ovim nadmetanjima ostvarila je ona strana koja je od početka procesa definisanja upotrebe alkohola na dobitku, odnosno koja je inicijator ovog procesa.

septembra 2013. godine do kraja decembra iste ove godine nije moguće doći do podataka o tome da je ova odluka na kraju usvojena ili ne. Iste ove godine zabrana noćne prodaje alkohola u trgovinskim objektima usvojena je i Zrenjaninu.

6. ZAKLJUČAK

Ukoliko zdravlje definišemo na najelementarniji mogući način, kao stanje koje karakteriše odsustvo bolesti, mogli bismo reći da je briga o zdravlju stara koliko i čovečanstvo i da su tokom istorije zdravlje i nastojanje da ono bude ostvareno zauzimali istaknuto mesto u životima ljudi. Uprkos tome što briga o zdravlju predstavlja univerzalni ljudski poriv, odnos prema zdravlju koji je karakterističan za neko društvo ili epohu je kontekstualno specifičan i ne može se smatrati univerzalnim. Odnos prema zdravlju razlikuje se u različitim društvima i različitim epohama, a savremeni period u tom pogledu pokazuje određene specifičnosti kakve nisu bile karakteristične ni za jedan prethodni. Kao prvo, zdravlje danas ima značaj veći nego ikada i preokupiranost njime poprima razmere koje se ne mogu porediti ni sa jednim periodom iz prošlosti – diskursi o zdravlju danas se konstantno uvećavaju, kao i naučno znanje o načinima koji omogućavaju da ovo stanje bude ostvareno (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Brown and Baker 2012, Crawford 2000, 2006, Greco 2004, Rose 2001, 2008a, b, Cheek 2008, Skrabanek 1994, Petersen et al. 2010, Vaz and Bruno 2003, Bunton and Petersen 1997, Bunton and Macdonald 2002, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Crawford 2004, 2006). Preokupaciju zdravljem u savremenom periodu prati preokupacija pojavama koje se smatraju potencijalnom pretnjom po ostvarivanje stanja zdravlja – zdravstvenim rizicima (Rose 2001, 2008b, Vaz and Bruno 2003, Petersen 1996, 2003, Lupton 1995, 2003, Petersen and Lupton 1996, Bunton and Petersen 1997, Alaszewski 2006, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Macdonald 2002, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Crawford 2004, 2006, Skrabanek 1994, Brown and Baker 2012). Većina pretnji po zdravlje danas nije na prvi pogled uočljiva i ne može se sa lakoćom utvrditi – sa infektivnih bolesti i epidemija fokus je danas pomeren na neinfektivne bolesti kod kojih simptomi mogu izostajati godinama, pa i decenijama (Crawford 2006, 403). Prodornost potencijalnih opasnosti po zdravlje i poteškoće prilikom njihovog identifikovanja zahtevaju konstantnu, budnu, medicinski informisanu svesnost i opreznost (*Ibid.*, 403). Svest o zdravlju danas neizostavno prati svest o kontinuiranoj izloženosti zdravlja opasnostima (*Ibid.*, 403), što preokupiranost zdravljem dodatno pojačava. Osim u pogledu značaja koji pridaje zdravlju, savremeni

period se od ranijih razlikuje i u pogledu toga što zdravlje danas predstavlja obećanje o savršenstvu, novu verziju večne potrage za besmrtnošću i mladošću, meta-vrednost koja poprima status svetog (Cheek 2008, 974, Greco 2004, 1). Pored toga, sredstva koja se danas predlažu u cilju ostvarivanja stanja zdravlja drugačija su u odnosu na ranije periode: dok je nekad akcenat bio na infektivnim bolestima čiji su uzročnici identifikovani u čovekovom okruženju, danas je akcenat na neinfektivnim bolestima koje se smatraju posledicom određenog načina ponašanja pojedinca koji ostvaruje negativan uticaj na zdravlje te se sredstvom koje omogućava ostvarivanje stanja zdravlja danas ne smatra intervencija u okruženju pojedinca, već u njegovom ponašanju – usvajanje zdravih životnih stilova, odnosno izbegavanje preduzimanja rizika po zdravlje (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Bunton and Macdonald 2002, Armstrong 2002, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton, Nettleton and Burrows 1995). Konačno, uspostavljanje zdravlja kao meta-vrednosti, uz lociranje uzročnika bolesti u čovekovom ponašanju, dovodi do toga da zdravlje biva definisano kao imperativ koji bi trebalo da rukovodi ponašanjem ljudi i kojem bi sve drugo u njihovim životima trebalo da bude podređeno – ostvarenje stanja zdravlja postalo je obaveza i dužnost svakog pojedinca (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Petersen 1997, Petersen et al. 2010, Brown and Baker 2012, Crawford 1994, 2000, 2006, Greco 2004, Rose 2001, 2008a, b, Bell, Salmon and McNaughton 2011). Od ljudi se danas očekuje da preuzmu odgovornost za svoje zdravlje, da kontinuirano rade na očuvanju i poboljšanju svog zdravstvenog stanja, da konstantno budu u potrazi za informacijama koje su relevantne u tom pogledu, da izbegavaju da praktikuju rizične oblike ponašanja koji mogu negativno da se odraze na njihovo zdravstveno stanje i da usvajaju zdrave životne stilove. Ovakvom načinu ponašanja dodeljuje se moralna vrednost, što dovodi do toga da se pojedinci danas procenjuju na osnovu odnosa prema sopstvenom zdravlju, odnosno u zavisnosti od toga da li su usvojili zdrave navike i zdrav stil života ili ne. Oni pojedinci koji preduzimaju rizike po zdravlje i koji nisu usvojili imperativ zdravlja ili koji nisu uspeali da očuvaju i poboljšaju svoje zdravlje smatraju se osobama koje karakteriše nedostatak volje, samodiscipline i samokontrole, osobama koje su

nesposobne da se staraju o sebi, neodgovorne, neuspešne, slabe, i obrnuto (Petersen and Lupton 1996, Petersen 1997). Zdravlje dakle predstavlja ključnu komponentnu savremenog subjektiviteta, osnov definisanja modernog sopstva i njegovih moralnih kvaliteta (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Petersen 1997, Crawford 1994, 2006, Skrabanek 1994, Gastaldo 1997, Becker 1993).

Formiranje ovakvoga odnosa prema zdravlju i preokupaciju rizicima po zdravlje u savremenom periodu brojni autori su doveli u vezu sa pojavom novog oblika upravljanja pojedincima koji je uslovlila pojava neoliberalizma (Petersen and Lupton 1996, Bunton and Petersen 1997, Brown and Baker 2012, Lupton 1995, 2003, Petersen 1996, 2003, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Bunton and Macdonald 2002b, Diprose et al. 2008, Vaz and Bruno 2003, Rose 2001, 2008a, b, Rabinow and Rose 2006, Crawshaw 2012). Neoliberalizam teži maksimizaciji države i uvećanju bogatstva države koje nastoji da ostvari podsticanjem preduzetništva pojedinačnih aktera na tržištu oslobođenom od intervencije države (Rose 1998, 1999). Neoliberalizam se dakle rukovodi principom minimalne intervencije političkog autoriteta, i to prvenstveno u sferi ekonomije, ali i u sferi društvenog i privatnog života – u neoliberalizmu pojedinac je posvećen ostvarivanju sopstvenih želja i interesa (Rose and Miller 1992). To, međutim, ne znači da se neoliberalizam odriče upravljanja, već direktne intervencije: u neoliberalizmu se pojedincima upravlja na daljinu, putem povezivanja individualnih interesa sa kolektivnim, koje se ostvaruje integracijom tehnologija moći u tehnologije sopstva (Rose 1998). Integrisanost tehnologija dominacije sa tehnologijama sopstva omogućava prikrivanje upravljanja koje je u neoliberalizmu formalno ograničeno, a isti efekat ostvaruje i upotreba ekspertize koja ima za cilj da pojedince podstakne na samoregulaciju u skladu sa interesima vlasti (Rose 1996, 1998, 1999, 2001, 2006). Ključno mesto intervencije neoliberalne veštine upravljanja koje se sprovodi posredno, putem samoregulacije pojedinaca, a ne putem delovanja državne vlasti, jeste telo: neoliberalna veština upravljanja je oblik moći koji teži unapređenju i osnaživanju života, a ovaj cilj ona nastoji da ostvari podsticanjem usvajanja subjektiviteta koji tome doprinosi (Rose 2001, 2008a). Savremeni oblik sopstva je somatsko, telesno, sopstvo,

koje podrazumeva konstantan rad na unapređenju bioloških kapaciteta individue (Rose 1998, 2001, 2008a). Danas, kada se glavnim uzročnicima bolesti smatraju nezdravi životni stilovi, pojedinci se ohrabruju da izbegavaju preduzimanje rizika po zdravlje, ali i da kontinuirano rade na uvećanju znanja o njima kako bi bili u stanju da ih identifikuju i da se od njih zaštite (v. npr. Petersen and Lupton 1996, Petersen 1996, Bunton and Petersen 1997, Armstrong 2002, Brown and Baker 2012, Lupton 1995, 2003, Davison, Frankel and Smith 1992, Bunton and Macdonald 2002b, Bunton, Nettleton and Burrows 1995). Savremena preokupacija zdravljem i rizicima po zdravlje nije dakle odraz težnje da se unapredi zdravlje ljudi zarad poboljšanja kvaliteta njihovog života, već radi ostvarivanja ciljeva jednog oblika vlasti.

Izneta zapažanja o savremenoj preokupaciji zdravljem i rizicima po zdravlje i uzrocima ovih pojava bila su vodilja u ovom istraživanju u kojem je ova tematika razmotrena u kontekstu savremene Srbije na primeru kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola i duvana. U Srbiji se danas može uočiti postepeno formiranje društvene svesti o značaju zdravlja koja se ispoljava u vidu uvećanja diskursa o zdravlju i rizicima po zdravlje, sve zastupljenijoj tendenciji među građanima Srbije da putem informisanja o rizicima po zdravlje i izbegavanjem njihovog preduzimanja nastoje da poboljšaju svoje zdravstveno stanje, ali i skorašnjem uvođenju i sprovođenju zakona koji nastoje da umanje mogućnost izlaganja stanovništva rizicima po zdravlje kao što su Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, odluka kojom se trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjuje da rade u vremenu od 22 do 06 sati i odluka o zabrani prodaje alkohola u trgovinskim objektima u vremenu od 22 (23) do 06 sati. Navedeni zakonski akti izazvali su veliku pažnju javnosti i podstakli brojne debate u medijima u kojima su učestvovali predlagači, donosioci i pobornici ovih zakona, ali i njihovi protivnici, obični građani i razne interesne grupe. U ovim debatama protivnici zabrane pušenja u javnim i radnim prostorima i zabrane noćne prodaje alkohola su ukazali na određene nelogičnosti i kontradiktornosti u ovim zakonskim aktima koje upućuju na to da se oni ne mogu shvatiti kao sredstva koja imaju za cilj poboljšanje zdravlja i bezbednosti stanovništva, da diskrimišu osobe koje puše i

konzumiraju alkohol, posebno one koji pripadaju određenim društveno nepriviligovanim grupama, ali i na svakodnevnu diskriminaciju i stigmatizaciju sa kojima se pušači u savremenoj Srbiji susreću. Ova zapažanja, zajedno sa sve većom preokupacijom zdravljem u savremenoj Srbiji van okvira prava i zapažanjima brojnih autora o karakteru i funkciji ove pojave, probudila su moje interesovanje za proučavanje kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola i duvana u Srbiji, njihovih društvenih i političkih implikacija i razloga skorašnje inicijative vlasti u Srbiji da zakonskim putem pokuša da ograniči upotrebu pomenutih supstanci među odraslim stanovništvom. U skladu sa ovim zapažanjima i pitanjima na koje je ovo istraživanje pokušalo da pruži odgovor u njemu se pošlo od dve pretpostavke. Jedna od pretpostavki jeste da značenja koja se pridaju upotrebi alkohola i duvana i drugim zdravstvenim rizicima predstavljaju kulturne konstrukte – ona, kako se u ovom istraživanju pretpostavlja, nikada nisu u potpunosti utemeljena na saznanjima iz oblasti biomedicine, već su oblikovana pod uticajem kulturnog konteksta, odnosno verovanja, vrednosti, normi i praksi koji su za njega karakteristični, kao, uostalom, i sama saznanja, ali i prakse biomedicine. Druga pretpostavka od kojeg se u ovom istraživanju pošlo jeste da se tumačenja koja se u savremenoj Srbiji pridaju upotrebi alkohola i duvana mogu shvatiti kao sredstva koja imaju za cilj da pojedince podstaknu da izbegavaju da praktikuju ovakve načine ponašanja koji se u društvu definišu kao nepoželjni, kao i da koriguju i disciplinuju one pojedince koji to ne čine, pogotovo one koji pripadaju određenim društvenim grupama u okviru kojih se identifikuje praktikovanje ovakvih načina ponašanja, i da se u tom kontekstu o njima može govoriti kao o sredstvima neoliberalne veštine upravljanja koja se sprovodi putem diskursa rizika. U radu su ove pretpostavke ispitane diskurzivnom analizom građe sačinjene iz Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, transkripta sednica Narodne skupštine na kojima je raspravljano o predlogu ovog zakona, odluke o zabrani prodaje alkohola u trgovinskim objektima u vremenu od 22 (23) do 06 sati, odluke kojom se trgovinskim objektima koji prodaju alkohol zabranjuje da rade u vremenu od 22 do 06 sati i medijske reprezentacije pomenutih zakona od kraja 2006. do kraja 2013. godine,

prilikom čega je kao teorijski okvir korišćena kombinacija perspektive governmentalističke teorije rizika, antropologije javnih politika i kritičke medicinske antropologije.

Analizom građe potvrđene su polazne pretpostavke u ovom istraživanju. Kao prvo, uočeno je da značenja koja se pridaju upotrebi alkohola i duvana u materijalu koji je analiziran nisu u potpunosti utemeljena na saznanjima biomedicine o uticaju ovih supstanci na ljudski organizam i zdravlje, već su oblikovana pod uticajem socio-kulturnog konteksta. U biomedicini se o upotrebi alkohola i duvana obično govori u kontekstu rizika koji predstavljaju po zdravlje ljudi, a vrlo često i u kontekstu zavisnosti od ovih supstanci, pri čemu je ovakvo tumačenje ovih praksi, kako se pretpostavlja, utemeljeno isključivo na naučnim činjenicama o uticaju ovih supstanci na ljudski organizam. Analiza građe je pokazala da ovakva tumačenja upotrebe alkohola i duvana nisu bila jedina i da su ove prakse vrlo često bile definisane na način koji prevazilazi naučno, vrednosno neutralno objašnjenje njihovog uticaja na ljudski organizam i zdravlje. Tako je u materijalu koji je analiziran uočeno da se pušenje obično tumači u terminima morala koje je kao takvo definisano zbog toga što se smatra praksom koja je nemoralna i/ili zbog toga što se pušači smatraju nemoralnim osobama, i to kao pošast i zlo, kao oblik tiranije nad nepušačima, kao posledica slabosti volje, kao loša navika i porok. Osim toga, uočeno je i da se svi pušači ne tumače na isti način, odnosno da se u okviru nekih grupa pušenje definiše kao posebno veliki problem u odnosu na ostatak populacije koja puši, na primer, među mladima, ženama (trudnicama, budućim i sadašnjim majkama). U materijalu koji je analiziran pušenje nije problematizovano samo među određenim kategorijama pušača nego i onda kada se dešava u određenim prostorima kao što su oni u kojima se obavljaju sledeće delatnosti: državna uprava i lokalna samouprava, zdravstvena zaštita, vaspitanje i obrazovanje, društvena briga o deci, socijalna zaštita, kultura, sport i rekreacija, proizvodnja, kontrola i promet lekova, proizvodnja, smeštaj i promet životnih namirnica, društvena ishrana, mediji i prostor u kome se obavlja javno snimanje i emitovanje, sastanci i javna okupljanja građana. Isto važi i za tumačenje upotrebe alkohola među mladim osobama koje se u materijalu koji

je analiziran smatra većim problemom nego upotreba alkohola u ostatku populacije, ali i za tumačenje upotrebe alkohola među pripadnicima nižih klasa, kao i za konzumaciju alkohola u određenom prostoru kao što je otvoreni javni prostor. Problematizacija upotrebe alkohola i duvana u određenim prostorima i među određenim kategorijama osobama nije utemeljena na medicinskoj evidenciji, već je uslovljena delovanjem društvenih i kulturnih faktora: ona predstavlja produkt tendencije da se očuvaju postojeći odnosi moći u društvu, pa i osnaže i prodube dodatnom marginalizacijom pripadnika obespravljenih društvenih grupa; ona ima za cilj da istakne u društvu dominantne vrednosti, norme i poželjne obrasce ponašanja povezivanjem stigmatizovanih i marginalizovanih društvenih grupa sa određenim načinom ponašanja koji se definiše kao društveno nepoželjan, ali i putem zabrane praktikovanja takvog načina ponašanja u prostorima koji su za društvo od značaja i koji treba da predstavljaju oličenje onoga što bi ono trebalo da bude. Dalje, analiza pokazuje da su neke kategorije pušača Zakonom o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu izdvojene u odnosu na ostale u pogledu načina na koji je među njima regulisano pušenje u zatvorenim javnim i radnim prostorima, kao što su bolesnici smešteni na psihijatrijska odeljenja i u psihijatrijske ustanove, korisnici ustanova socijalne zaštite, odeljenja i ustanova za palijativnu negu, lica koja borave u ustanovama za izvršenje zavodskih sankcija, mušterije ugostiteljskih objekata i igračnica. Izuzimanje ovih lica od zabrane pušenja u zatvorenim javnim i radnim prostorima koje Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu predviđa upućuje na zaključak da tumačenje pušenja u ovom zakonu ne počiva na medicinskim činjenicama o uticaju ove prakse na ljudski organizam, jer bi u tom slučaju pušenje u pomenutom kontekstu bilo zabranjeno, već da se na ovaj način pušenje povezuje sa određenim kategorijama osobama i prostorima na osnovu njihove konceptualne sličnosti koja je društveno i kulturno oblikovana, a koja ima za cilj da istakne da je pušenje društveno nepoželjno ponašanje, kao i da se određeni prostori, poput ugostiteljskih objekata, mogu smatrati mestima na kojima je, zbog načina na koji se ona u društvu percipiraju, prikladnije pušiti nego na nekim drugim.

Ovo istraživanje pokazuje da značenja koja se pridaju upotrebi alkohola i duvana u savremenoj Srbiji ne predstavljaju kulturne konstrukcije samo iz razloga koji su do sada navedeni, a koji ukazuju na to da medicinska evidencija ne čini osnovu u tumačenju ovih praksi u navedenom kontekstu, već i zbog toga što je sam medicinski diskurs o upotrebi alkohola i duvana društveni i kulturni konstrukt. U istraživanju je pokazano da medicinski diskurs o upotrebi ovih supstanci nije utemeljen samo na naučnim činjenicama o delovanju ovih supstanci na ljudski organizam, nego je oblikovan pod uticajem društvenih i kulturnih faktora koji utiču na interpretaciju ovih činjenica, ali i njihovu proizvodnju. Analizom je utvrđeno da se upotreba alkohola i duvana u okviru medicinskog diskursa ne tumače na vrednosno neutralan način, već da je interpretacija naučnih činjenica o upotrebi alkohola i duvana u okviru medicinskog diskursa gotovo po pravilu vrednosno i moralno konotirana. Medicinski eksperti čiji su stavovi zastupljeni u materijalu koji je analiziran, a pogotovo stavovi predlagača Zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, upotrebu alkohola i duvana, ali i konzumente ovih supstanci, vrlo često definišu na način koji je neprimeren onima koji se pozivaju na objektivnost i nepristrasnost i koji tvrde da se u tumačenju ovih praksi oslanjaju isključivo oslanjanje na naučne činjenice. Na primer, medicinski eksperti pušenje vrlo često definišu kao „bolest“ slabosti volje koja se javlja kod ljudi koji nisu u stanju da se odupru manipulativnim tehnikama duvanske industrije, a među mladima kod onih koji podležu pritisku vršnjačke grupe. Osim toga, u okviru medicinskog diskursa pušenje se često tumači kao „bolest“ slabosti volje i zbog toga što se smatra da pušačima nedostaje odlučnost, istrajnost, snaga i disciplinovanost koje, kako se ističe, zahteva ostavljanje pušenja. U nešto manjoj meri lekari su u materijalu koji je analiziran pušenje definisali i kao porok koji po svojoj definiciji karakteriše odsustvo moralnih vrlina, ali i kao lošu naviku koja se, kao i porok, javlja kod ljudi upitne moralnosti. Nedostatak moralnih vrlina pušača u okviru medicinskog diskursa istaknut je i u vidu naglašavanja bezobzirnosti i bezosećajnosti pušača prema nepušačima iz njihove okoline koje svesno izlažu duvanskom dimu ne mareći za štetu koju na taj način pričinjavaju njihovom zdravlju. Tumačenje pušenja nije lišeno vrednosno opterećenog

značenja čak ni onda se definiše na način na koji se u biomedicini to uobičajeno čini – kao bolest zavisnosti neurološko-biološkog porekla. Najčešće se pretpostavlja da je ovakvo tumačenje pušenja utemeljeno da naučnim činjenicama o delovanju nikotina kao adiktivne supstance na ljudski organizam koje za sobom povlači pojavu bolesti zavisnosti. Analiza građe, međutim, pokazuje da to nije slučaj i da medicinski eksperti ni prilikom tumačenja pušenja kao bolesti zavisnosti ne polaze od vrednosno neutralne pozicije, već da naglašavaju slabost volje i karaktera i nedostatak moralnih vrlina pušača koje identifikuju kao glavne faktore koji vode ka nikotinskoj zavisnosti. Osim što su pušenje i pušače eksplicitno tumačili u moralnim i vrednosnim terminima pritom se pozivajući na naučne činjenice o štetnom uticaju duvana i duvanskog dima na zdravlje ljudi, medicinski eksperti su takođe pokazali selektivnost u odabiru informacija u vezi sa pušenjem koje su prezentovali javnosti sa ciljem da u društvu kreiraju krajnje negativnu predstavu o ovoj praksi. Tako su, na primer, u okviru medicinskog diskursa zastupljenom u analiziranom materijalu izostavljeni, a kada je o njima bilo reči, i negirani svi oni pozitivni aspekti pušenja, dobro poznati i dokumentovani, koji predstavljaju motive za pušenjem – postizanje zadovoljstva, smanjenje stresa i napetosti, poboljšanje koncentracije, povećanje samopouzdanja, pri čemu je akcenat stavljen na nedostatak znanja o štetnosti pušenja kao razlog zbog kojeg ljudi puše (v. Mcnaughton, Carro-Ripalda and Russel 2012, Lupton 1995, Dennis 2013a, McCullough and Anderson 2013, Bell and Dennis 2013, Mair 2011), ili je insistirano na tumačenju pušenja kao bolesti zavisnosti koja nastaje kao posledica neurološko-biološkog uticaja nikotina na ljudski organizam. Osim toga, u okviru medicinskog diskursa se nikada ne govori ni o uticaju pušenja na smanjenje rizika od obolevanja od određenih bolesti i akcenat se uvek stavlja na štetnost pušenja po zdravlje ljudi (Lupton 1995).²¹⁹ Selektivnost u prezentovanju informacija se može uočiti i na primeru medicinskog diskursa o upotrebi alkohola koji je zastupljen u analiziranom materijalu. U okviru ovog diskursa insistira se na patološkim oblicima konzumacije alkohola – zloupotrebi i

²¹⁹ Lupton navodi da postoje istraživanja koja pokazuju da pušenje smanjuje rizik od obolevanja od Parkinsonove bolesti, Alchajmerove bolesti, ulceroznog kolitisa, reumatoidnog artritisa i nekih kancera (Lupton 1995, 150).

zavisnosti od alkohola i njihovim negativnim posledicama, dok su umerena upotreba alkohola i svi njeni benefiti koji su u literaturi dokumentovani u potpunosti zanemareni (v. Lupton 1995, Harrison et al. 2011, Singer 2012, Baer, Singer and Susser 2004, Heath and Glasser 2004, Douglas 1987, Heath 1976, 1987a, b, Bergmark 2004, Jayne, Valentine and Holloway 2010). Pored vrednosno konotiranih interpretacija informacija u vezi sa upotrebom alkohola i duvana i njihove selektivne zastupljenosti u medicinskim diskursima o ovim praksama, kontekstualna uslovljenost značenja koja medicinski eksperti pridaju upotrebi alkohola i duvana zapaža se i u vidu proizvodnje određenih „naučnih činjenica“ koji doprinose kreiranju negativnih predstava o ovim praksama i osobama koje ih praktikuju kao što je, na primer, tvrdnja da je pasivno pušenje bezuslovno štetno, a koju ne podržava evidencija ili definisanje nikotina kao adiktivne supstance onda kada je on sadržan u duvanskim proizvodima, ali ne i u terapiji supstitucije nikotinom (Jackson 1994, 1995, Brewis and Grey 2008, Bell 2011, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Bell et al. 2010b, Dennis 2014, Thompson et al. 2009, Chapman 2000, Bell and Keane 2012, Keane 2013). Opisani medicinski diskurs o upotrebi alkohola i duvana, koji je, kako je navedeno, vrednosno i moralno konotiran, u okviru kojeg se određeni podaci o ovim praksama ističu, a drugi zanemaruju i negiraju, i u okviru kojeg se insistira na određenim „naučnim istinama“ koje nemaju svoju potvrdu u evidenciji, ima za cilj da kreira negativne predstave o upotrebi alkohola i duvana i osobama koje ove prakse upražnjavaju kako bi smanjio njihovu zastupljenost u populaciji i osnažio njene biološke kapacitete, a to je, kako je u radu pokazano, uslovljeno delovanjem neoliberalne veštine upravljanja čije interese biomedicina podržava. Zdravlje populacije je od ključnog značaja za (neo)liberalnu veštinu upravljanja koja nastoji da uveća njenu ekonomsku iskoristivost kao radne snage, a posredstvom toga i profit koji se na taj način ostvaruje (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, Fuko 2006, Foucault 2003, 2007). U prilog tome da je medicinski diskurs o upotrebi alkohola i duvana oblikovan pod uticajem neoliberalne veštine upravljanja govori i činjenica da njen cilj, poboljšanje bioloških kapaciteta populacije kao radne snage, medicina nastoji da ostvari putem podsticanja samoregulacije pojedinaca u

pravcu izbegavanja rizika po zdravlje, što je osnovi način na koji se veština upravljanja u neoliberalizmu sprovodi (Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, 2003, Bunton and Petersen 1997, Bunton and Macdonald 2002b, Bunton, Nettleton and Burrows 1995, Armstrong 2002, Brown and Baker 2012, Petersen 1996, 1997, 2003, Rose 1996, 1998, 1999, 2000b, 2001, 2008a, Burchell 1993). U okviru medicinskog diskursa o upotrebi alkohola i duvana, koji je oblikovan pod uticajem neoliberalne veštine upravljanja, podsticanje pojedinaca na samoregulaciju, samokontrolu i samodisciplinu se ispoljava u vidu pridavanja negativnih značenja ovim praksama i osobama koje konzumiraju ove supstance koje ima za cilj da pojedince odvraća od ovakvog načina ponašanja, da ih podstakne da izbegavaju preduzimanje ovih rizika po zdravlje, odnosno da se ponašaju na način koji je u skladu sa interesima vlasti (v. Bayer 2008, Bayer and Stuber 2006, Bell 2013b, Bell and Dennis 2013, Bell et al. 2010a, b, Dennis 2013b, 2014, Dean 2014, McCullough and Anderson 2013, Bunton and Coveney 2011, Coveney and Bunton 2003, O'Malley and Valverde 2004, Bergmark 2004, Lupton 1995). Konačno, biomedicina podržava ciljeve neoliberalne veštine upravljanja i na taj način što u kreiranju negativnih predstava o pušačima ističe štetu koju oni pričinjavaju svojoj okolini izlažući ih duvanskom dimu, opravdavajući tako sve disciplinske mere i mere korekcije koje se preduzimaju spram ovih pojedinaca (Hakkarainen 2013, Dennis 2014, Brewis and Grey 2008, Bell 2011, Bell et al. 2010a, Jackson 1994, 1995, Bell, McNaughton and Salmon 2009, Brandt 1990). Istu funkciju ostvaruje i insistiranje na neurološko-biološkoj zavisnosti od alkohola i duvana u medicinskom diskursu o upotrebi ovih supstanci, odnosno insistiranje na kompluziji da se one koriste – ono ima za cilj da istakne nemogućnost osoba koje ove supstance koriste da ispred zadovoljenja svojih zavisničkih potreba stave zdravlje i bezbednost osoba iz svog okruženja te da pod prividom zaštite njihovih nevinih žrtava opravda disciplinske mere koje se spram njih preduzimaju i koje doprinose ciljevima neoliberalne veštine upravljanja (v. npr. McCullough and Anderson 2013, Mcnaughton, Carro-Ripalda and Russell 2012).

Osim pretpostavke prema kojoj tumačenja upotrebe alkohola i duvana predstavljaju kulturne konstrukte, ovim istraživanjem je potvrđena i druga

pretpostavka od koje se njemu pošlo – da tumačenja koja se u savremenoj Srbiji pridaju upotrebi alkohola i duvana mogu shvatiti kao sredstva koja imaju za cilj da pojedince podstaknu da izbegavaju da praktikuju ovakve načine ponašanja koji su društveno definisani kao nepoželjni i da koriguju i disciplinuju one pojedince koji to ne čine, pogotovo one koji pripadaju određenim društvenim grupama, kao i da se na taj način posmatrana tumačenja upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji mogu shvatiti kao sredstva neoliberalne veštine upravljanja koja se sprovodi putem diskursa rizika. Na to je delimično ukazano prilikom razmatranja socio-kulturne uslovljenosti tumačenja koja se pridaju upotrebi alkohola i duvana u savremenoj Srbiji. Tom prilikom je ukazano na to da su značenja koja se u savremenoj Srbiji pridaju upotrebi alkohola i duvana negativno konotirana, da se ove prakse definišu kao nemoralne, da se prilikom njihovog tumačenja insistira na zloupotrebi i zavisnosti od alkohola i duvana i svim njihovim negativnim posledicama po osobe koje konzumiraju ove supstance, ali i po osobe iz njihovog okruženja, da je moralni ton u definisanju upotrebe alkohola i duvana prisutan i kada se upotreba alkohola i duvana definišu na način na koji se u medicini to obično čini – kao bolesti zavisnosti. Osim toga, prilikom razmatranja kontekstualne uslovljenosti tumačenja upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji ukazano je i na to da se konzumenti ovih supstanci takođe definišu na negativan način, pri čemu ovakav zaključak nije izveden na osnovu efekata koje negativno tumačenje upotrebe alkohola i duvana potencijalno ostvaruje u vidu stigmatizacije osoba koje praktikuju ovakav način ponašanja, već su ovakva tumačenja eksplicitno izneta u materijalu koji je analiziran. Konzumenti alkohola i duvana se tumače kao osobe koje su podložne manipulaciji i spoljašnjim pritiscima, kao osobe koje karakteriše nedostatak snage volje i nemogućnost samodisciplinovanja, kao osobe koje su nezainteresovane za svoje zdravlje, zdravlje osoba iz svog okruženja, ali i njihovu bezbednost, koje dovode u pitanje praktikovanjem rizičnih oblika ponašanja, kao sebične i bezobzirne osobe, ali i kao poročne i nemoralne. Kreiranju negativnih predstava o upotrebi alkohola i duvana, ali i o osobama koje ove supstance koriste, dodatno doprinosi povezivanje (problematične) upotrebe ovih supstanci sa stigmatizovanim i marginalizovanim

društvenim grupama kao što su psihijatrijski bolesnici, osobe ometene u razvoju, osobe sa invaliditetom, počinioci kriminalnih dela, kockari, pripadnici nižih klasa, čime se ističe nepoželjnost ovakvog načina ponašanja u društvu. Isti efekat se, kako je u radu pokazano, ostvaruje potpunom zabranom praktikovanja ovakvog načina ponašanja i pokušajem da se ono ograniči u javnom prostoru i institucijama koje su za društvo od najvećeg značaja – ovi prostori se oblikuju tako da ukazuju na dominantne društvene vrednosti i norme, te se u njima ograničava, pa i zabranjuje, praktikovanje društveno nepoželjnih ponašanja, u ovom slučaju upotreba alkohola i duvana.²²⁰ Osim toga, u funkciji označavanja upotrebe duvana kao društveno nepoželjnog ponašanja nalazi se i zabrana pušenja na određenim mestima, odnosno u određenim okolnostima u kojima duvanski dim ne predstavlja opasnost po zdravlje osoba iz okruženja pušača, na primer, pušenje koje zahteva izvođenje uloge u pozorišnom komadu, pušenje u dvorišnim i drugim otvorenim delovima javnih i radnih prostora u kojima se obavlja delatnost zdravstvene zaštite, vaspitanja i obrazovanja, društvene brige o deci, socijalne zaštite, kao i pušenje u otvorenom prostoru u okviru kojeg se održavaju pozorišne, bioskopske i druge predstave. Ovakav način tumačenja upotrebe alkohola i duvana i osoba koje ove supstance koriste kakav je uočen u materijalu koji je analiziran ima za cilj da doprinese smanjenju učestalosti ovakvih načina ponašanja – stigmatizacija ovih praksi i osoba koje praktikuju ovakav način ponašanja trebalo bi da na njih deluje destimulišuće i da ih podstakne da prestanu da koriste ove supstance, kao i da obeshrabri praktikovanje ovakvog načina ponašanja u budućnosti u čitavom stanovništvu, posebno među omladinom. Dakle, krajnji ishod pridavanja negativnih značenja upotrebi alkohola i duvana i konzumentima ovih supstanci trebalo da bi da bude podsticanje izbegavanja ovakvog načina ponašanja, odnosno podsticanje samoregulacije pojedinaca koja podrazumeva praktikovanje društveno poželjnih oblika ponašanja.

²²⁰ Kao što je već rečeno, radi se o institucijama u kojima se obavljaju sledeće delatnosti: državna uprava i lokalna samouprava; zdravstvena zaštita; vaspitanje i obrazovanje; društvena briga o deci; socijalna zaštita; kultura; sport i rekreacija; proizvodnja, kontrola i promet lekova; proizvodnja, smeštaj i promet životnih namirnica; društvena ishrana; mediji i prostor u kome se obavlja javno snimanje i emitovanje; sastanci i javna okupljanja građana.

Definisanje upotrebe alkohola i duvana kao društveno nepoželjnih načina ponašanja putem zakona i u okviru društveno dominantnih diskursa o upotrebi ovih supstanci ima za cilj obezbedi smanjenje zastupljenosti ovakvih načina ponašanja putem podsticanja samoregulacije pojedinaca, ali i da koriguje i disciplinuje one osobe koji ne praktikuju samoregulaciju koja podrazumeva izbegavanje upotrebe alkohola i duvana. Zakonske mere u tom pogledu predviđaju kazne za kršenje zabrane pušenja na određenim mestima i zabrane kupovine alkoholnih pića u trgovinskim objektima u periodu od 22 (23) do 06 sati. Korekcija i disciplinovanje pojedinaca koji ne izbegavaju preduzimanje ovih rizika po zdravlje koja se odvija putem dominantnih diskursa o praktikovanju ovakvih načina ponašanja počiva na osudi, stigmatizaciji i marginalizaciji ovih osoba u društvu koje predstavljaju produkte ovih diskursa. Iako se podsticanje izbegavanja upotrebe alkohola i duvana i korekcija onih koji se toga ne pridržavaju generalno odnosi na sve pripadnike društva, analiza građe pokazuje da ove strategije posebno targetiraju određene segmente populacije u okviru kojih se locira problematična upotreba ovih supstanci – među mladima, ženama i pripadnicima nižih klasa. Analiza pokazuje da se pušenje među ženama problematizuje prvenstveno zbog njene uloge u reprodukciji nacije – da bi žene rađale zdravo potomstvo i podizale zdravu decu, one ne smeju da puše u trudnoći niti da svoju decu izlažu duvanskom dimu, kako je u građi istaknuto. Osim toga, pušenje je među ženama problematizovano u odnosu na ostatak populacije i iz razloga što se za žene smatra da su izuzetno podložne razvoju nikotinske zavisnosti, s obzirom na to da ih karakteriše slabost volje i odusustvo sposobnosti da se odupru sugestijama i manipulaciji duvanske industrije. Iz istog razloga pušenje je u materijalu koji je analiziran problematizovano i među mladima, pri čemu se u ovom slučaju ističe i podložnost podleganju pritiscima vršnjačke grupe. Još jedan od razloga zbog kojeg je pušenje problematizovano među mladima jeste, kako je u građi istaknuto, uticaj koji ono ostvaruje na njihovo zdravlje i koji je mnogo štetniji nego uticaj pušenja na zdravlje odraslih osoba, kao i to što se adolescencija smatra periodom u kojem se usvajaju navike koje najčešće ostaju za ceo život, a to se direktno suprotstavlja nastojanju da se zastupljenost ove prakse što više

umanji. Među mladima je problematizovana i upotreba alkohola, i to na sličan način kao i pušenje, isticanjem posebno negativnog uticaja ove prakse na njihovo zdravlje, ukazivanjem na rasprostranjenost zloupotrebe alkohola među mladima, kao i putem isticanja podložnosti razvoju bolesti zavisnosti kod mladih, prvenstveno zbog nemogućnosti da se odupru pritisku vršnjačke grupe. Ostali razlozi zbog kojih se upotreba alkohola među mladima smatra problematičnijom nego inače jeste to što se mladi pod dejstvom alkohola tumače kao skloni pravljenju nereda i buke na ulicama, agresivnosti i nasilju, kao i počinjavanju krivičnih dela. Ovo su ujedno i razlozi zbog kojih se upotreba alkohola među pripadnicima nižih klasa smatra većim problemom nego upotreba alkohola u ostatku populacije, iako takav stav nije eksplicitno iznet u analiziranom materijalu – ovakav zaključak može se izvesti na osnovu toga što se noćna kupovina alkohola prvenstveno zabranjuje pripadnicima niže klase, s obzirom na to da se odnosi isključivo na trgovinske objekte u kojima je cena alkoholnih pića niža u odnosu na ugostiteljske objekte, kao i zbog toga što su donosioci ove zabrane istakli da je njen glavni cilj povećanje bezbednosti građana.

Nastojanje da se pojedinci podstaknu na dobrovoljnu samoregulaciju koja podrazumeva izbegavanje preduzimanja rizika po zdravlje – upotrebe alkohola i duvana, i osuda, stigmatizovanje, marginalizacija, disciplinovanje i korekcija onih osoba koje se ovom imperativu ne povinuju, a za koje se smatra da pripadaju određenim društveno nepriviligovanim grupama koje ne poseduju moć kakvo se zapaža u analiziranom materijalu upućuje na zaključak da se u savremenoj Srbiji može govoriti o usvajanju neoliberalne veštine upravljanja koja se sprovodi putem diskursa rizika. Upravljanje putem diskursa rizika u savremenim neoliberalnim društvima počiva na identifikaciji rizičnih individua koja se ostvaruje na osnovu upoređivanja njihovih karakteristika sa karakteristikama rizičnih profila konstruisanih na osnovu efekata kombinacija apstraktnih faktora, nakon čega ovi pojedinci koji su okarakterisani kao rizični bivaju podvgrnuti nagledanju i intervenciji (Castel 1991, Lupton 1999, Valverde 2010, Rose 2000b, 2001, 2008a). Politička instrumentalizacija diskursa rizika prikrivena je njegovim naučnim karakterom čime se obezbeđuje povećanje političke

pokornosti onih nad kojima se vrši vlast, a time i uspešnost vlasti, a isti cilj ostvaruje i integrisanost tehnologija moći u tehnologije sopstva koja je karakteristična za ovaj oblik vlasti: upravljanje pojedincima putem diskursa rizika se odvija na taj način što se oni podstiču na samoregulaciju koja podrazumeva izbegavanje praktikovanja rizičnih oblika ponašanja, a koje se ostvaruje tako što se ovakav način ponašanja preporučuje kao onaj koji je u najboljem interesu za pojedinca, ali i čitavo društvo i koji je utemeljen na naučnim argumentima (Rose 1998, 1999, 2000a, b, 2001, 2008a, Rose and Miller 1992, Castel 1991, Petersen 1996, 2003, Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, 1999, 2003, Bunton and Petersen 1997, Vaz and Bruno 2003, Brown and Baker 2012). S obzirom na to da, pored povećanja političke pokornosti onih nad kojima se sprovodi, neoliberalna veština upravljanja teži i povećanju njihove ekonomske iskoristivosti koju ostvaruje osnaživanjem bioloških potencijala populacije, važnu ulogu u ovom obliku upravljanja zauzima upravljanje putem epidemioloških rizika (Dean 1997, Dean 1999, citirano u Lupton 1999, 95, v. i Rose 1999, 2000b, 2001, 2008a, Rose and Miller 1992, Castel 1991, Petersen 1996, 2003, Petersen and Lupton 1996, Lupton 1995, 1999, Bunton and Petersen 1997).

U materijalu koji je analiziran upotreba alkohola i duvana kulturno su konceptualizovani kao prakse koje predstavljaju najznačajnije preventabilne faktore rizika po zdravlje u savremenom periodu u kojem predstavljaju jedne od glavnih uzročnika morbiditeta i mortaliteta. Ovakvo tumačenje upotrebe alkohola i duvana temelji se na naučnim tvrdnjama o štetnom uticaju ovih supstanci na zdravlje njihovih konzumenata, ali i na zdravlje i bezbednost osoba koje se nalaze u njihovom okruženju i za sobom povlači preduzimanje brojnih mera kako bi se smanjila učestalost ovih praksi u populaciji. U te mere spadaju brojne kampanje koje se sprovode u oblasti javnog zdravlja i koje imaju za cilj da povećaju znanje i svest o negativnim efektima upotrebe alkohola i duvana i da tako pojedince podstaknu da dobrovoljno izbegavaju preduzimanje ovih rizika po zdravlje, ali i zakoni kojima se direktno utiče na mogućnost praktikovanja ovakvih načina ponašanja, kao što su aktuelni Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, odluka kojom se trgovinskim objektima

koji prodaju alkoholna pića zabranjuje da rade u vremenu od 22 do 06 sati i odluka o zabrani prodaje alkohola u trgovinskim objektima u vremenu od 22 (23) do 06 sati. Ovi zakonski akti nastoje da poboljšaju zdravlje i bezbednost stanovništva Srbije putem primene prisile, međutim, represija nije jedini način na koji oni ovaj cilj ostvaruju, s obzirom na to da oni ujedno doprinose stvaranju svesti o značaju zdravlja i da izbegavanje preduzimanja rizika po zdravlje definišu kao društveno poželjno ponašanje čime pojedince podstiču da dobrovoljno usvajaju zdrave životne stilove. Pozivanje na naučne činjenice o štetnosti upotrebe alkohola i duvana po zdravlje i bezbednost konzumenata ovih supstanci i ostalih pripadnika društva pruža argumente koji govore u prilog tome zašto bi praktikovanje ovakvih načina ponašanja trebalo izbegavati. Podsticanje usvajanja ponašanja koje podrazumeva izbegavanje upotrebe alkohola i duvana dodatno je osnaženo time što se ističe da ove prakse negativno utiču na društvo u celini, a ne samo na one pojedince koje ih praktikuju. Ovo su ujedno razlozi na čijim osnovama se pravda korekcija i disciplinovanje osoba koje se ovih pravila ne pridržavaju i koje ne praktikuju dobrovoljnu samoregulaciju koja podrazumeva izbegavanje preduzimanja ovih rizika po zdravlje i usvajanje zdravih životnih stilova. Korekcija i disciplinovanje pojedinaca koji upotrebljavaju alkohol i duvan odvija se na dva načina: zakonskim putem i putem društvene osude i sankcije ovih pojedinca. Pojedinci koji upotrebljavaju alkohol i duvan su podvrgnuti društvenoj stigmatizaciji i marginalizaciji, a ovakav odnos prema ovim osobama formira se putem pridavanja negativnih značenja ovim praksama i osobama koje ih praktikuju. Kako je u ovom istraživanju pokazano, u konstrukciji upotrebe alkohola i duvana kao neprihvatljivih oblika ponašanja u društvu učestvuju svi društveni akteri, a najznačajniji faktor koji tome doprinosi jeste moralno konotiran medicinski diskurs o upotrebi alkohola i duvana koji utiče na celokupnu društvenu percepciju ovih praksi, s obzirom na to da se tumači kao jedini legitiman izvor informacija o njima, kao i mere javnog zdravlja koje se preduzimaju spram ovih praksi, a koje se izvode upravo na osnovu ovog diskursa. Konstrukciji upotrebe alkohola i duvana kao društveno nepoželjnih oblika ponašanja doprinosi i uvođenje zakona koji, direktno i indirektno, nastoje da utiču mogućnost

praktikovanja ovakvih načina ponašanja – Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, odluka kojom se trgovinskim objektima koji prodaju alkoholna pića zabranjuje da rade u vremenu od 22 do 06 sati i odluka o zabrani prodaje alkohola u vremenu od 22 (23) do 06 sati. Osim toga, ovi zakoni koriguju i disciplinuju pojedince koje upotrebljavaju alkohol i duvan i na taj način što prisilnim putem nastoje da ostvare saobražavanje pojedinaca sa dominantnim imperativom zdravlja predviđajući kazne za kršenje propisa o zabrani pušenja na određenim mestima i kupovine alkoholnih pića u trgovinskim objektima u noćnim satima. Oba ova načina korekcije pojedinaca koji konzumiraju alkohol i duvan imaju za cilj da u krajnjoj instanci obezbede dobrovoljno usvajanje i praktikovanje zdravih životnih stilova. Međutim, kako ovo istraživanje pokazuje, korektivne mere koje se preduzimaju spram pojedinaca koji upotrebljavaju alkohol i duvan nisu u jednakoj meri usmerene na ovu populaciju u celini, već na određene njene segmente – mlade, žene i pripadnike nižih klasa, koji predstavljaju glavne mete intervencije putem primene disciplinskih strategija. Ove društvene grupe se na osnovu naučnih proračuna faktora rizika definišu kao one koje su pod povećanim rizikom od razvoja zloupotrebe i zavisnosti od alkohola i duvana ili se upotreba, zloupotreba i zavisnost od ovih supstanci među pripadnicima ovih društvenih grupa definiše kao rizičnija i problematičnija u odnosu na ostatak populacije zbog negativnih efekata koje ostvaruje na njihovo zdravlje, ali i zdravlje i bezbednost ostalih pripadnika društva. Definisanje određenih segmenata populacije kao rizičnih/pod rizikom se predstavlja kao vrednosno neutralno, utemeljeno na naučnim, objektivnim činjenicama, ali je zapravo u vezi sa položajem ovih grupa u društvu i njihovim značajem u pogledu ostvarivanja ciljeva upravljanja. Naime, žene, mladi i siromašni predstavljaju društveno marginalizovane i neprivilegovane društvene grupe koje ne poseduju moć u društvu, a ovakve grupe su uvek glavna meta režima moći. Pored toga, ove društvene grupe imaju značajnu ulogu u ostvarivanju ciljeva neoliberalne veštine upravljanja – žene ulogom u reprodukovanju populacije, mladi kao budućnost države, a pripadnici nižih klasa kao fizička radna snaga, zbog čega je među njima važno

obezbediti saobražavanje sa onim pravilima ponašanja koja doprinose ciljevima vlasti i koje omogućava poboljšanje njihovog zdravlja, a time i bogaćenje države.

Osim što su njome potvrđene polazne pretpostavke u ovom istraživanju – da tumačenja upotrebe alkohola i duvana predstavljaju kulturne konstrukcije, da tumačenja koja se u savremenoj Srbiji pridaju upotrebi alkohola i duvana mogu shvatiti kao sredstva koja imaju za cilj da pojedince podstaknu da izbegavaju da praktikuju ovakve načine ponašanja koji su društveno definisani kao nepoželjni i da koriguju i disciplinuju one pojedince koji to ne čine, pogotovo one koji pripadaju određenim društvenim grupama, i da se na taj način posmatrana tumačenja upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji mogu shvatiti kao sredstva neoliberalne veštine upravljanja koja se sprovodi putem diskursa rizika, analiza kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji ukazuje i na to da su ove prakse u pomenutom kontekstu definisane kao društveni problemi. Zbog toga je u ovom istraživanju, bez prvobitne namere da se tako nešto i učini, na razmatranje načina kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji primenjena Blumerova teorija o konstruisanju društvenih problema sa ciljem da se skicira proces kolektivnog definisanja ovih praksi kao problema u društvu. Usled ograničenosti materijala koji je u ovom istraživanju korišćen za proučavanje ovog procesa, a koja je posledica toga što razmatranje ove teme nije prvobitno bilo planirano, zaključci do kojih se u ovom delu analize došlo se ne mogu smatrati punovažnim, već je pravilnije tumačiti ih kao pretpostavke koje zahtevaju dalja ispitivanja. Pored toga, iako je u ovom delu rada učinjen pokušaj da se opišu sve faze u konstruisanju upotrebe alkohola i duvana kao društvenih problema u Srbiji, cilj ovog pokušaja nije bio da pruži detaljan opis ovog procesa koji bi se mogao smatrati istinitim, s obzirom da zbog nedovoljnosti i neadekvatnosti materijala korišćenog u te svrhe tako nešto nije ni moguće, već da taj proces skicira, a pre svega da ukaže na aktere koji su uključeni u proces definisanja upotrebe alkohola i duvana kao društvenih problema, njihov međusobni odnos i njihove interese. Razmatranje procesa definisanja upotrebe alkohola i duvana kao društvenih problema u Srbiji na osnovu trenutno raspoloživog materijala je omogućilo

da u uticaje koji su usloveli određen način tumačenja ovih praksi u Srbiji, a koji su u vezi sa neoliberalnom veštinom upravljanja i ciljevima koje ona nastoji da ostvari, odnosno koji prevazilaze nivo pojedinačnih društvenih aktera, budu uključeni i oni koji se upravo na ovom nivou mogu zapaziti i koji su u vezi sa ovim akterima i njihovim partikularnim interesima koji su u nastojanju da za sebe ostvare određenu korist, prvenstveno materijalnu, ali i korist u vidu obezbeđivanja moći u društvu, učestvovali u procesu definisanja upotrebe alkohola i duvana kao društvenih problema.

Na kraju bi trebalo napomenuti da se za proces usvajanja neoliberalne veštine upravljanja u savremenoj Srbiji u toku post-socijalističke transformacije društva i sprovođenja reformi koje zahteva pridruživanje Evropskoj uniji, što je zaključak koji se može izvesti na osnovu razmatranja načina kulturne konceptualizacije upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji, ipak ne može reći da je u potpunosti okončan i da se u materijalu koji je analiziran paralelno sa tumačenjima upotrebe alkohola i duvana koja funkcionišu kao sredstva ovog oblika upravljanja mogu uočiti i ona koja su njima sasvim suprotstavljena. U takva tumačenja spadaju ona u kojima se naglašavaju pozitivni aspekti pušenja – postizanje zadovoljstva, smanjenje stresa, poboljšanje koncentracije, kao i ona u kojima se upotreba alkohola i duvana tumače kao sastavni deo dobrog provoda, ali i kao sastavni deo imidža Beograda koji privlači turiste iz čitavog sveta. Ovakva tumačenja, iako gotovo zanemarljivo prisutna u materijalu koji je analiziran, uz u nešto većoj meri zastupljene kritike upućene Zakonu o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu i odluci o zabrani prodaje alkoholnih pića u vremenu od 22 (23) do 06 sati, upućuju na to da u savremenoj Srbiji postoji izvesan otpor prema konstrukciji stvarnosti na kojoj počiva veština upravljanja svojstvena neoliberalnim društvima. To se može smatrati očekivanom pojavom, s obzirom na to da se neoliberalna veština upravljanja u savremenoj Srbiji usvaja kroz procese post-socijalističke društvene transformacije i evropskih integracija iz zapadnih zemalja u kojima je ponikla u sadejstvu određenih faktora koji u Srbiji nikada nisu bili na snazi, zbog čega ona na ovim prostorima nikada ne bi spontano i samostalno nastala. Očekivano je, međutim, i javljanje otpora prema imperativima savremene veštine

upravljanja i samoregulacije koju podstiče i u onim društvima u kojima je ovaj režim moći nastao, što brojna istraživanja i beleže. Iako je pružanje otpora pojedinačnih aktera određenom režimu moći koji se oblikuje nezavisno od njihovog delovanja u Srbiji ili bilo gde drugde gde se on sprovodi beznačajno u pogledu efekata koje na njega (ne) ostvaruje, dakle, na makronivou posmatrano, isto se ne može reći i onda kada se ova pojava posmatra iz ugla svakodnevnice običnih ljudi. Na kraju krajeva, efekti koje do kojih otpor na ovom nivou dovodi su možda i najvažniji za one koji na taj način zapravo pokušavaju da svoj život učine boljim.

LITERATURA:

- Acosta, Michelle C., Thomas Eissenberg, Mimi Nichter, Mark Nichter, Robert L. Balster and the Tobacco Etiology Research Network. 2008. Characterizing early cigarettes use in novice smokers. *Addictive Behaviors* 33: 106-121.
- Adam, Barry D., Winston Husbands, James Murray and John Maxwell. 2008. Silence, assent and HIV risk. *Culture, Health & Sexuality* 10(8): 759-772.
- Agdal, Rita. 2005. Diverse and Changing Perceptions of the Body: Communicating Illness, Health, and Risk in the Age of Medical Pluralism. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 11(S1): S67-S75.
- Ajzenstadt, Mimi and Brian E. Burtch. 1990. Medicalization and Regulation of Alcohol and Alcoholism: The Professions of Disciplinary Measures. *International Journal of Law and Psychiatry* 13: 127-147.
- Alaszewski, A. 2005. Risk communication: identifying the importance of social context. *Health, Risk & Society* 7(2): 101-105.
- Alaszewski, Andy. 2006. „Health and Risk“. In *Risk in Social Science*, eds. Peter Taylor-Gooby and Jens O. Zinn, 160-180. Oxford: Oxford University Press
- Alderete, Ethel, Pamela I. Erickson, Celia P. Kaplan and Eliseo J. Pérez-Stable. 2010. Ceremonial tobacco use in the Andes: implications for smoking prevention among indigenous youth. *Anthropology & Medicine* 17(1): 27-39.
- Ames, Genevieve M. and Carol B. Cunradi. 2004/2005. Alcohol use and preventing alcohol-related problems among young adults in the military. *Alcohol Research & Health* 28(4): 252-257.
- Ames, Genevieve M. and Craig R. Janes. 1987. Heavy and Problem Drinking in an American Blue-Collar Population: Implications for Prevention. *Social Science & Medicine* 25(8): 949-960.
- Ames, Genevieve M. and Joel B. Bennett. 2011. Prevention interventions of alcohol problems in the workplace: a review and guiding framework. *Alcohol Research & Health* 34(2): 175-187.

- Ames, Genevieve M. and L. A. Rebhun. 1996. Women, alcohol and work: interactions of gender, ethnicity and occupational culture. *Social Science & Medicine* 43(11): 1649-1663.
- Ames, Genevieve M., Carol B. Cunradi and Roland S. Moore. 2002. Alcohol, Tobacco, and Drug Use Among Young Adults Prior to Entering the Military. *Prevention Science* 3(2): 135-144.
- Ames, Genevieve M., Michael R. Duke, Ronald S. Moore and Carol B. Cunradi. 2009. The Impact of Occupational Culture on Drinking Behavior of Young Adults in the U.S. Navy. *Journal of Mixed Methods Research* 3(2): 129-150.
- Ames, Genevieve, Catherine Schmidt, Linnea Klee and Robert Salz. 1996. Combining methods to identify new measures of women's drinking problems. Part I: the ethnographic stage. *Addiction* 91(6): 829-844.
- Ames, Genevieve, William Delaney and Craig Janes. 1992. Obstacles to effective alcohol policy in workplace: a case study. *Addiction* 87: 1055-1069.
- Anderson, Kermyt G., Ann M. Beutel and Brendan Maughan-Brown. 2007. HIV Risk Perceptions and First Sexual Intercourse Among Youth in Cape Town, South Africa. *International Family Planning Perspectives* 33(3): 98-105.
- Angrosino, Michael V. 1989. The Case History of an East Indian Trinidadian Alcoholic. *Ethos* 17(2): 202-225.
- Angulo-Olaiz, Francisca. 2009. The Role of Pap Smears in Negotiating Risk: Latinas' Perception of Trust and Love in Sexual Relationships with Men. *Feminist Formations* 21(3): 166-190.
- Ankomah, Augustin. 1999. Sex, Love, Money and AIDS: The Dynamics of Premarital Sexual Relationships in Ghana. *Sexualities* 2(3): 291-308.
- Antin, Tamar M. J., Roland S. Moore, Juliet P. Lee and Travis D. Satterlund. 2010. Law in Practice: Obstacles to a Smokefree Workplace Policy in Bars Serving Asian Patrons. *Journal of Immigrant Minority Health* 12: 221-227.
- Ariss, Robert. 1939. Material Culture Notes: Distribution of Smoking Pipes in the Pueblo Area. *New Mexico Anthropologist* 3(3/4): 53-57.

- Armstrong, David. 2002. *New History of Identity: A Sociology of Medical Knowledge*. Gordonsville: Palgrave Macmillan.
- Awasthi, Shally, Mark Nichter and V. K. Pande. 2000. Developing an Interactive STD-prevention Program for Youth: Lessons from a North Indian Slum. *Studies in Family Planning* 31(2): 138-150.
- Ayoola, Adejoke B., Mary Nettleman and Jennifer Brewer. 2007. Reasons for Unprotected Intercourse in Adult Women. *Journal of Women's Health* 16(3): 302-310.
- Babor, Thomas, Wayne Hall, Keith Humphreys, Peter Miller, Nancy Petry and Robert West. 2013. Editorial: Who is responsible for public health? The role of alcohol industry in the WHO global strategy to reduce harmful use of alcohol. *Addiction* 108: 2045-2047.
- Babović, Marija. 2002. „Akteri blokade društvenih promena i akteri transformacije“. U *Srbija krajem milenijuma: razaranje društva, promene i svakodnevni život*, ur. Silvano Bolčić i Anđelka Milić, 67-93. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
- Baer, Hans A., Merrill Singer and Ida Susser. 2004. *Medical Anthropology and the World System* (second edition). Westport: Praeger.
- Baer, Hans A., Merrill Singer and John H. Johnsen. 1986. Introduction: Toward a Critical Medical Anthropology. *Social Science & Medicine* 23(2): 95-98.
- Baer, Hans. 1982. On the Political Economy of Health. *Medical Anthropology Newsletter* 14(1): 1-2 + 13-17.
- Baer, Hans. 1986. The Replication of Medical Division Labour in Medical Anthropology: Implications for the Field. *Medical Anthropology Quarterly* 17(3): 63-65.
- Baer, Hans. 1997. The Misconstruction of Critical Medical Anthropology: A Response to Cultural Constructivist Critique. *Social Science & Medicine* 44(10): 1565-1573.
- Baer, Hans. 2004. „Medical Pluralism“. In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 109-116. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Baer, Hans. 2008. The Australian Dominative Medical System: A Reflection of Social Relations in the Larger Society. *The Australian Journal of Anthropology* 19(3): 252-271.
- Bagnol, Brigitte, and Esmeralda Mariano. 2008. Vaginal practices: eroticism and implications for women's health and condom use in Mozambique. *Culture, Health & Sexuality* 10(6): 573-585.
- Barker, Judith C. and Geoffrey Hunt. 2004. Representations of family: a review of the alcohol and drug of literature. *International Journal of Drug Policy* 15: 347-356.
- Barker, Judith, Linda S. Mitteness and Connie R. Wolfsen. 1994. Smoking and Adulthood: Risky Business in a Nursing Home. *Journal of Aging Studies* 8(3): 309-326.
- Barlett, Peggy F. 1980. Reciprocity and the San Juan Fiesta. *Journal of Anthropological Research* 36(1): 116-130.
- Baroš, Slađana i Bojan Źikić. 2006. Kvalitativna istraživanja u okviru „Druge generacije nadzora nad HIV-om“. *Socijalna misao* 3: 57-75.
- Baroš, Slađana i Bojan Źikić. 2010a. „Kontekstualni faktori koji utiču na nekorišćenje zdravstvenih usluga infektivnih klinika – odeljenja za HIV/AIDS među osobama koje žive sa HIV-om (PLHIV)“. U *Istraživanja među populacijama pod povećanim rizikom od HIV-a i među osobama koje žive sa HIV-om: osnovni rezultati nadzornih istraživanja*, ur. Tanja Knežević, 358- 380. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
- Baroš, Slađana i Bojan Źikić. 2010b. „Faktori rizika na mogućnost inficiranja HIV-om i rizično ponašanje među muškarcima koji imaju seks sa muškarcima i ženama (MSMŹ)“. U *Istraživanja među populacijama pod povećanim rizikom od HIV-a i među osobama koje žive sa HIV-om: osnovni rezultati nadzornih istraživanja*, ur. Tanja Knežević, 333-358. Beograd: Ministarstvo zdravlja Republike Srbije.
- Baroš, Slađana. 2008. Dejstvo okruženja na upotrebu kondoma među seksualnim radnicima/radnicama u Beogradu: kvalitativno istraživanje. *Glasnik Zavoda za zaštitu zdravlja Srbije* 80(3): 13-18.

- Baroš, Slađana. 2009. *Istraživanje prisustva rizika na HIV među mladim interno raseljenim licima*. Beograd: UNCHR.
- Bastani, Roshan, Pamela A. Erickson, Alfred C. Marcus, Annette E. Maxwell, Frank J. Capell, Howard Freeman and Kang X. Yan. 1996. AIDS-Related Attitudes and Risk Behaviors: A Survey of a Random Sample of California Heterosexuals. *Preventive Medicine* 25: 105-117.
- Battle, Robynn S., Juliet P. Lee and Tamar M. J. Antin. 2010. Knowledge of Tobacco Control Policies Among U.S. Southeast Asians. *Journal of Immigrant Minority Health* 12: 215-220.
- Bauld, Linda, Kirsten Bell, Lucy McCullough, Lindsay Richardson and Lorraine Greaves. 2009. The effectiveness of NHS smoking cessation services: a systematic review. *Journal of Public Health* 32(1): 71-82.
- Bayer, Ronald and James Colgrove. 2002. Science, Politics, and Ideology in Campaign Against Environmental Tobacco Smoke. *American Journal of Public Health* 92(6): 949-954.
- Bayer, Ronald and Jennifer Stuber. 2006. Tobacco Control, Stigma, and Public Health: Rethinking the Relations. *American Journal of Public Health* 96(1): 47-50.
- Bayer, Ronald. 2008. Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we. *Social Science & Medicine* 67: 463-472.
- Bazylevych, Maryna. 2011. Vaccination Campaigns in Postsocialist Ukraine: Health Care Providers Navigating Uncertainty. *Medical Anthropology Quarterly* 25(4): 436-456.
- Becker, Gay and Robert D. Nachtigall. 1994. „Born to be a mother“: The cultural construction of risk in infertility treatment in the U.S. *Social Science & Medicine* 39(4): 507-518.
- Becker, Marshall H. 1993. Medical Sociologist Looks at Health Promotion. *Journal of Health and Social Behavior* 34(1): 1-6.

- Beehler, Gregory P., Bridget M. McGuinness and John E. Vena. 2003. Characterizing Latino Anglers' Environmental Risk Perceptions, Sport Fish Consumption, and Advisory Awareness. *Medical Anthropology Quarterly* 17(1): 99-116.
- Bek, Ulrich. 2001. *Rizično društvo. U susret novoj moderni*. Beograd: Filip Višnjić.
- Bek, Ulrich. 2011. *Svetsko rizično društvo. U potrazi za izgubljenom sigurnošću*. Novi Sad: Akademska knjiga.
- Bell, Kirsten and Helen Keane. 2012. Nicotine control: E-cigarettes, smoking and addiction. *International Journal of Drug Policy* 23: 242-247.
- Bell, Kirsten and Helen Keane. 2014. All gates lead to smoking: The „gateway theory“, e-cigarettes and the remaking of nicotine. *Social Science & Medicine* 119: 45-52.
- Bell, Kirsten and Simone Dennis. 2013. Towards a critical anthropology of smoking: Exploring the consequences of tobacco control. 40: 3-19.
- Bell, Kirsten, Amy Salmon and Darlene McNaughton. 2011. Editorial: Alcohol, tobacco, obesity and the new public health. *Critical Public Health* 21(1): 1-8.
- Bell, Kirsten, Amy Salmon, Michele Bowers, Jennifer Bell and Lucy McCullough. 2010a. Smoking, stigma and tobacco „denormalisation“: Further reflections on the use of stigma as a public health tool. A commentary on *Social Science & Medicine's* Stigma, Prejudice, Discrimination and Health Special Issue (67: 3). *Social Science & Medicine* 70: 795-799.
- Bell, Kirsten, Darlene McNaughton and Amy Salmon. 2009. Medicine, morality and mothering: public health discourses on foetal alcohol exposure, smoking around children and childhood overnutrition. *Critical Public Health* 19(2): 155-170.
- Bell, Kirsten, Lucy McCullough, Amy Salmon and Jennifer Bell. 2010b. „Every space is claimed“: smokers' experiences of tobacco denormalisation. *Sociology of Health & Illness* 32(6): 914-929.
- Bell, Kirsten, Lucy McCullough, Karen Dervies, Natasha Jategaonkar, Lorraine Greaves and Lindsay Richardson. 2009. Local Restrictions on Smoking: Assesing their

- Differential Impact and Consequences in the Workplace. *Canadian Journal of Public Health* 100(1): 46-50.
- Bell, Kirsten. 2011. Legislating abjection? Secondhand smoke, tobacco control policy and the public's health. *Critical Public Health* 21(1): 49-62.
- Bell, Kirsten. 2013a. Tobacco control, harm reduction and the problem of pleasure. *Drug & Alcohol Today* 13(2): 111-118.
- Bell, Kirsten. 2013b. Where there's smoke there's a fire: Outdoor smoking bans and claims to public space. *Contemporary Drug Problems* 40: 99-128.
- Bell, Kirsten. 2013c. Whither Tobacco Studies? *Social Compass* 7(1): 34-44.
- Bennett, Linda A. 1995. Accountability for Alcoholism in American Families. *Social Science & Medicine* 40(1): 15-25.
- Bennett, Linda A., Steven J. Wolin, David Reiss and Martha A. Teitelbaum. 1987. Couples at Risk for Transmission of Alcoholism: Protective Influences. *Family Process* 26: 111-129.
- Bennett, Linda A., Steven J. Wolin and David Reiss. 1988. Deliberate Family Process: a strategy for protecting children of alcoholics. *British Journal of Addiction* 83: 821-829.
- Benson, Peter and Kedron Thomas. 2010. After cultural competency: research practice and moral experience in the study of brand pirates and tobacco farmers. *Qualitative Research* 10(6): 679-697.
- Benson, Peter. 2008. Good clean tobacco: Philip Morris, biocapitalism, and the social course of stigma in North Carolina. *American Ethnologist* 35(3): 357-379.
- Benson, Peter. 2010. Tobacco Talk: Reflections on Corporate Power and the Legal Framing of Consumption. *Medical Anthropology Quarterly* 24(4): 500-521.
- Benson, Peter. 2012. Commentary: Biopolitical injustice and contemporary capitalism. *American Ethnologist* 39(3): 488-490.
- Benson, Peter. 2014. Corporate Paternalism and the Problem of Harmful Products. *PoLar: Political and Legal Anthropology Review* 37(2): 218-230.

- Bergmark, Anders. 2004. Risk, pleasure and information: Notes concerning the discursive space of alcohol prevention. *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift* 21: 7-16.
- Berridge, Virginia. 2007. Medicine and the Public: The 1962 Report of the Royal College of Physicians and the New Public Health. *Bulletin of the History of Medicine* 81(1): 286-311.
- Bezdek, Marjorie and Paul Spicer. 2006. Maintaining Abstinence in a Northern Plains Tribe. *Medical Anthropology Quarterly* 20(2): 160-181.
- Bianquis-Gasser, Isabelle. 1992. „Wine and men in Alsace, France“. In *Alcohol, Gender and Culture*, ed. Dimitra Geofu-Madianou, 101-107. London: Routledge.
- Biber, Douglas, Ulla Connor and Thomas A. Upton. 2007. *Discourse on the move: Using Corpus Analysis to Describe Discourse Structure*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Bjerén, Gunilla. 1992. „Drinking and masculinity in everyday Swedish culture“. In *Alcohol, Gender and Culture*, ed. Dimitra Geofu-Madianou, 157-166. London: Routledge.
- Black, Peter Weston. 1984. The Anthropology of Tobacco Use: Tobian Data and Theoretical Issues. *Journal of Anthropological Research* 40(4): 475-503.
- Bletzer, Keith V. 2003. Risk and Danger among Women-Who-Prostitute in Areas Where Farmworkers Predominate. *Medical Anthropology Quarterly* 17(2): 251-278.
- Bloor, Michael J., Marina A. Barnard, Andrew Finlay and Neil McKeganey. 1993. HIV-Related Risk Practices among Glasgow Male Prostitutes: Reframing Concepts of Risk Behavior. *Medical Anthropology Quarterly* 7(2): 152-169.
- Blumer, Herbert. 1971. Social Problems as Collective Behavior. *Social Problems* 18(3): 298-306.
- Bluthenthal, Ricky N., Mohammed Rehan Malik, Laretta E. Grau, Merrill Singer, Patricia Marshall and Robert Haimer. 2004. Sterile syringe access conditions and variations in HIV risk among drug injectors in three cities. *Addiction* 99: 1136-1146.

- Borch, Christian. 2005. Crime Prevention as Totalitarian Biopolitics. *Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention* 6: 91-105.
- Borgen, Alexandra. 2011. Gender and alcohol: the Swedish press debate. *Journal of Gender Studies* 20(2): 155-169.
- Brandt, Allan M. 1990. The Cigarette, Risk, and American Culture. *Daedalus* 119(4): 155-176.
- Brewis, Joanna and Cristopher Grey. 2008. The regulation of smoking at work. *Human Relations* 61(7): 965-987.
- Brown, B. J. and Sally Baker. 2012. *Responsible Citizens: Individuals, Health and Policy under Neoliberalism*. London: Anthem Press.
- Bunton, Robin and Alan Petersen. 1997. *Foucault, Health, and Medicine*. Florence: Routledge.
- Bunton, Robin and Gordon Macdonald. 2002a. „Health promotion: Disciplinary developments“. In *Health Promotion: Disciplines, diversity and developments*, eds. Robin Bunton and Gordon Macdonald, 9-29. London: Routledge.
- Bunton, Robin and Gordon Macdonald. 2002b. *Health Promotion: Disciplines, diversity and developments*. London: Routledge.
- Bunton, Robin and John Coveney. 2011. Drugs' pleasures. *Critical Public Health* 21(1): 9-23.
- Bunton, Robin and Roger Burrows. 1995. „Consumption and health in the „epidemiological“ clinic of late modern medicine“. In *The sociology of health promotion: Critical analysis of consumption, lifestyle and risk*, eds. Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows, 203-219. London: Routledge.
- Bunton, Robin, Sarah Nettleton and Roger Burrows. 1995. *The sociology of health promotion: Critical analysis of consumption, lifestyle and risk*. London: Routledge.
- Bunton, Robin. 1990. Changes in the control of alcohol misuse. *British Journal of Addiction* 85: 605-615.

- Bunton, Robin. 2001. Knowledge, embodiment and neo-liberal drug policy. *Contemporary Drug Problems* 28: 221-243.
- Burchell, Graham. 1991. „Peculiar interests: civil society and governing „the system of natural liberty““. In *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, eds. Graham Burchell, Colin Gordon and Peter Miller, 119-151. Chicago: The University of Chicago Press.
- Burchell, Graham. 1993. Liberal government and techniques of the self. *Economy and Society* 22(3): 267-282.
- Burchell, Graham. 1996. „Liberal government and techniques of self“. In *Foucault and political reason: liberalism, neo-liberalism and rationalities of government*, eds. Barry, Andrew, Thomas Osborne and Nikolas Rose, 19-37. Chicago: The University of Chicago Press.
- Burgess, Adam. 2009. „Passive Drinking“: A „Good Lie“ too Far?. *HealthRisk & Society* 11(6): 527-540.
- Burrows, Roger, Sarah Nettleton and Robin Bunton. 1995. „Sociology and health promotion: health, risk and consumption under late modernism“. In *The sociology of health promotion: Critical analysis of consumption, lifestyle and risk*, eds. Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows, 1-11. London: Routledge.
- Cain, Carole. 1991. Personal Stories: Identity Acquisition and Self-Understanding in Alcoholics Anonymous. *Ethos* 19(2): 210-253.
- Campbell, Patricia. 2011. Boundaries and risk: Media framing of assisted reproductive technologies and older mothers. *Social Science & Medicine* 72: 265-272.
- Capelli, Irene. 2011. Risk and safety in context: Medical pluralism and agency in childbirth in an eastern Moroccan oasis. *Midwifery* 27: 781-785.
- Carro-Ripalda, Susana, Andrew J. Russell, Sue Lewis and Serena Heckler. 2013. The making and changing of smoking persons in public health policy and practice: Ethnography of a world-first illicit tobacco program. *Contemporary Drug Problems* 40: 21-46.

- Carter, Marion W., Linda Hock-Long, Joan Marie Craft, Dare Henry-Moss, Kendra Hatfield-Timajchy and Merrill Singer. 2012. Strategies for Maintaining the Dual Risk of Sexually Transmitted Infections and Unintended Pregnancy Among Puerto Rican and African American Young Adults. *American Journal of Public Health* 102(3): 449-456.
- Casiday, Rachel Elizabeth. 2007. Children's health and the social theory of risk: Insights from British measles, mumps and rubella (MMR) controversy. *Social Science & Medicine* 65: 1059-1070.
- Cassady, Joslyn. 2010. State Calculations of Cultural Survival in Environmental Risk Assessment: Consequences for Alaska Narratives. *Medical Anthropology Quarterly* 24(4): 451-471.
- Castañeda, Heide, Mark Nichter, Mimi Nichter and Myra Muramoto. 2010. Enabling and Sustaining the Activities of Lay Health Influencers: Lessons from a Community-Based Tobacco Cessation Intervention Study. *Health Promotion Practice* 11(4): 483-492.
- Castañeda, Heide. 2009. Illegality as risk factor: A survey of unauthorised migrant patients in a Berlin clinic. *Social Science & Medicine* 68: 1552-1560.
- Castel, Robert. 1991. „From Dangerousness to Risk“. In *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, eds. Burchell, Graham, Colin Gordon and Peter Miller, 281-298. Chicago: The University of Chicago Press.
- Chapman, Rachel R. 2003. Endangering safe motherhood in Mozambique: prenatal care as pregnancy risk. *Social Science & Medicine* 57: 355-374.
- Chapman, Rachel R. 2006. Chikotsa: Secrets, Silence, and Hiding: Social Risk and Reproductive Vulnerability in Central Mozambique. *Medical Anthropology Quarterly* 20(4): 487-515.
- Chapman, Simon. 1999. Media: Smoking and Women: Beauty before Age? *British Medical Journal* 318(7186): 818.
- Chapman, Simon. 2000. Banning Smoking Outdoors is Seldom Ethically Justifiable. *Tobacco Control* 9(1): 95-97.

- Chavez, Leo R., F. Allan Hubbell, Juliet M. McMullin, Rebecca G. Martinez and Shiraz I. Mishra. 1995. Structure and Meanings in Models of Breast and Cervical Cancer Risk Factors: A Comparison of Perceptions among Latinas, Anglo Women and Physicans. *Medical Anthropology Quarterly* 9(1): 40-74.
- Cheek, Julianne. 2008. „Heathism: A New Conservativism?“. *Qualitative Health Research*. 18(7): 974-982.
- Chenhall, Richard. 2008. What's in a rehab? Ethnographic evaluation research in Indigenous Australian residential alcohol and drug rehabilitation centers. *Anthropology & Medicine* 15(2): 105-116.
- Chow, Clifton, Kate Wallace, Tim Stockwell, Scott Macdonald, Gina Martin, Andrew Ivsins, David C. Marsh, Warren Michelow, Eric Roth and Cameron Duff. 2013. Sexual identity and drug use harm among high-risk, active substance users. *Culture, Health & Sexuality* 15(3): 311-326.
- Christensen, Paul. 2010. Struggles With Sobriety: Alcoholic Anonymous Membership in Japan. *Ethnology* 49(1): 45-60.
- Christensen, Paul. 2014. Connoisseurship and drunkenness in Tokyo. *International Journal of Drug Policy* 25: 804-809.
- Cohen, Stanley. 1991. *Visions of Social Control: Crime, Punishment and Classification*. Oxford: Polity Press.
- Colson, Anthony C. and Karen E. Selby. 1974. Medical Anthropology. *Annual Review of Anthropology* 3: 245-262.
- Connor, Linda. 2004. Relief, risk and renewal: mixed therapy regimens in an Australian suburb. *Social Science & Medicine* 59: 1695-1705.
- Connors, Margaret M. 1992. Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: Implications for AIDS prevention. *Social Science & Medicine* 34(6): 591-601.
- Connors, Margaret M. 1994. Stories of Pain and the Problem of AIDS Prevention: Injection Drug Withdrawal and Its Effect on Risk Behavior. *Medical Anthropology Quarterly* 8(1): 47-68.

- Conrad, Peter and Joseph W. Schneider. 1992. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press.
- Conrad, Peter. 1992. Medicalisation and Social Control. *Annual Review of Sociology* 18: 209-232.
- Conrad, Peter. 2005. The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior* 46(1): 3-14.
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Costello, John and Monica Haggart. 2003. *Public Health and Society*. Gordonsville: Palgrave Macmillan.
- Coveney, John and Robin Bunton. 2003. In pursuit of pleasure: implications for health research and practice. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine* 7(2): 161-179.
- Crabtree, W. A. 1927. Tobacco. *Man* 27: 208-209.
- Crawford, Adam and John Flint. 2009. Urban-safety, anti-social behavior and the night-time economy. *Criminology & Criminal Justice* 9(4): 403-413.
- Crawford, Adam. 2003. „Contractual Governance“ of Deviant Behavior“. *Journal of Law and Society*. 30(4): 479-505.
- Crawford, Adam. 2006. „Fixing Broken Promises?\": Neighbourhood Wardens and Social Capital. *Urban Studies* 43(5/6): 957-976.
- Crawford, Adam. 2008. Dispersal Powers and the Symbolic Role of Anti-Social Behavior Legislation. *The Modern Law Review* 71(5): 753-784.
- Crawford, Adam. 2009. Criminalizing Sociability through Anti-social Behavior Legislation: Dispersal Powers, Young People and the Police. *Youth Justice* 9(1): 5-26.
- Crawford, Robert. 1994. The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and AIDS. *Social Science & Medicine* 38(10): 1347-1365.

- Crawford, Robert. 2000. „The Ritual of Health Promotion“. In *Health, Medicine and Society: Key Theories, Future Agendas*, eds. Simon J. Williams, Jonathan Gabe and Michael Calnan, 219-236. London: Routledge.
- Crawford, Robert. 2004. Risk Ritual and the Management of Control and Anxiety in Medical Culture. *Health* 8(4): 505-528.
- Crawford, Robert. 2006. Health as a meaningful social practice. *Health* 10(4): 401-420.
- Crawshaw, Paul. 2012. Governing at distance: Social marketing and the (bio)politics of responsibility. *Social Science & Medicine* 75: 200-207.
- Cresswell, Tim. 2005. „Moral Geographies“. In *Cultural Geography: A Critical Dictionary of Key Concepts*, eds. David Sibley, Peter Jackson, David Atkinson and Neil Washbourne, 128-135. London: I.B. Tauris.
- Cunradi, Carol B., Michael Todd, Michael Duke and Genevieve Ames. 2009. Problem Drinking, Unemployment, and Intimate Partner Violence among a Sample of Construction Industry Workers and their Parents. *Journal of Family Violence* 24: 63-74.
- Cunradi, Carol B., Roland Moore, Moira Killoran and Genevieve Ames. 2005. Survey Nonresponse Bias Among Young Adults: The Role of Alcohol, Tobacco, and Drugs. *Substance Use & Misuse* 40: 171-185.
- Cunradi, Carol B., Roland S. Moore and Genevieve Ames. 2008. Contribution of occupational factors to current smoking among active-duty U.S. navy careerist. *Nicotine & Tobacco Research* 10(3): 429-437.
- Curtis, Sarah E. 2004. *Health and Inequality: Geographical Perspectives*. London: SAGE Publications.
- Das Gupta, Monica. 1995. Life Course Perspectives on Women's Autonomy and Health Outcomes. *American Anthropologist* 97(3): 481-491.
- Dasguta, Amitava. 2011. *The Science of Drinking: How Alcohol Affects Your Body and Mind*. Plymouth: Rowman & Littlefield Publishers.

- Davison, Charlie, Stephen Frankel and George Davey Smith. 1992. The limits of lifestyle: re-assessing „fatalism“ in the popular culture of illness prevention. *Social Science & Medicine* 34(6): 675-685.
- Daykin, Norma and Jennie Naidoo. 1995. „Feminist critiques of health promotion“. In *The sociology of health promotion: Critical analysis of consumption, lifestyle and risk*, eds. Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows, 57-69. London: Routledge.
- Daza-Romero Nancy, Margaret Weeks and Merrill Singer. 2005. Conceptualising the impact of indirect violence on HIV risk among women involved in street-level prostitution. *Aggression and Violent Behavior* 10: 153-170.
- De Matos Viegas, Susana. 2012. Pleasures that differentiate: transformational bodies among the Tupinambá of Olivença (Atlantic coast, Brasil). *Journal of the Royal Anthropological Institute* 18: 536-553.
- Dean, Alan. 2001. Complexity and Substance Misuse. *Addiction Research & Theory* 9(1): 19-41.
- Dean, Mitchell. 2000. „Risk, calculable and incalculable“. In *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*, ed. Deborah Lupton, 131-160. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dean, Richard. 2014. Stigmatization and Denormalization as Public Health Policies: Some Kantian Thoughts. *Bioethics* 28(8): 414-419.
- DeKeseredy, Walter S., Martin D. Schwartz, Shahid Alvi and E. Andreas Tomaszewski. 2003. Crime victimization, alcohol consumption, and drug use in Canadian public housing. *Journal of Criminal Justice* 31: 383-396.
- Delaney, William and Genevieve Ames. 1993. Integration and Exchange in Multidisciplinary Alcohol Research. *Social Science & Medicine* 37(1): 5-13.
- Delaney, William P. and Genevieve Ames. 1993. Shop steward handling of alcohol-related problems. *Addiction* 88: 1205-1214.

- Delaney, William, Joel W. Grube and Genevieve Ames. 1998. Predicting likelihood of seeking help through the employee assistance program among salaried and union hourly employees. *Addiction* 93(3): 399-410.
- Demossier, Marion. 2011. Beyond *terroir*: territorial construction, hegemonic discourses, and French wine culture. *Journal of the Royal Anthropological Institute* 17: 685-705.
- Denney, David. 2005. *Risk and society*. London: SAGE Publications.
- Dennis, Simone. 2011. Smoking causes creative responses: on state antismoking policy and resilient habits. *Critical Health Policy* 21(2): 25-35.
- Dennis, Simone. 2013a. Golden chocolate olive tobacco packaging meets the smoker you thought to know: The rational agent and new cigarette packaging legislation in Australia. *Contemporary Drug Problems* 40: 71-97.
- Dennis, Simone. 2013b. Researching smoking in the new smokefree: Good anthropological reasons for unsettling the public health grip. *Health Sociology Review* 22(3): 282-290.
- Dennis, Simone. 2014. Explicitating the Air: The new Smokefree (and beyond). *The Australian Journal of Anthropology* doi: 10. 1111/taja. 12103.
- Deren, Sherry, Mark Beardsley, Susan Coyle, Merrill Singer and Sung-Yeon Kang. 2001. HIV Risk Behavior Among Injection Users in Low, Medium, and High Seroprevalence Communities. *AIDS and Behavior* 5(1): 45-50.
- Dernbach, Katherine Boris and Mac Marshall. 2001. Pouring beer on troubled waters: alcohol and violence in the Papua New Guinea Highlands during the 1980s. *Contemporary Drug Problems* 28: 3-47.
- Dierker, Lisa, Elizabeth Lloyd-Richardson, Marilyn Stolar, Brian Flay, Stephen Tiffany, Linda Collins, Steffany Bailey, Mark Nichter, Mimi Nichter, Richard Clayton, The Tobacco Etiology Research Network (TERN). 2006. The proximal association between smoking and alcohol use among first year college students. *Drug and Alcohol Dependence* 81: 1-9.

- Dierker, Lisa, Marilyn Stolar, Elizabeth Lloyd-Richardson, Stephen Tiffany, Brian Flay, Mimi Nichter, Mark Nichter, Steffani Bailey, Richard Clayton, and the Tobacco Etiology Research Network (TERN). 2008. Tobacco, Alcohol, and Marijuana Use Among First-Year U.S. College Students: A Time Series Analysis. *Substance Use & Misuse* 43: 680-699.
- Dietler, Michael. 1990. Driven by Drink: The Role of Drinking in the Political Economy and the Case of Early Iron Age France. *Journal of Anthropological Archeology* 9: 352-406.
- Dietler, Michael. 2006. Alcohol: Anthropological/Archeological Perspectives. *Annual Review of Anthropology* 35: 229-249.
- Dietze, Paul, Damien Jolley, Craig L. Fry, Gabriele Bammer and David Moore. 2006. When is little knowledge dangerous? Circumstances of recent heroin overdose and links to knowledge of overdose risk factors. *Drug and Alcohol Dependence* 84: 223-230.
- Dilger, Hansjörg. 2003. Sexuality, AIDS, and the Lures of Modernity: Reflexivity and Morality among Young People in Rural Tanzania. *Medical Anthropology* 22: 23-52.
- Diprose, Rosalyn. 2008. Biopolitical technologies of prevention. *Health Sociology Review* 17(2): 141-150.
- Dixon, Roland B. 1921. Words for Tobacco in American Indian Languages. *American Anthropologist* 23(1): 19-49.
- Dixon, Roland B. 1933. Tobacco Chewing on the Northwest Coast. *American Anthropologist* 35(1): 146-150.
- Donner, William W. 1994. Alcohol, Community, and Modernity: The Social Organization of Toddy Drinking in a Polynesian Society. *Ethnology* 33(3): 245-260.
- Douglas, Mary. 1987. „A distinctive anthropological perspective“. In *Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology*, ed. Mary Douglas, 3-16. Cambridge: Cambridge University Press.

- Douglas, Mary. 1992. *Risk and Blame. Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- Dressler, William W. 1993. Health in the African American Community: Accounting for Health Inequalities. *Medical Anthropology Quarterly* 7(4): 325-345.
- Dressler, William W. and James R. Bindon. 2000. The Health Consequences of Cultural Consonance: Cultural Dimensions of Lifestyle, Social Support, and Arterial Blood Pressure in an African American Community. *American Anthropologist* 102(2): 244-260.
- Dressler, William W., Mauro Campos Balieiro and Jose Ernesto Dos Santos. 1998. Culture, Socioeconomic Status, and Physical and Mental Health in Brazil. *Medical Anthropology Quarterly* 12(4): 424-446.
- Dressler, William W., Rosane Pilot Ribeiro, Mauro Campos Balieiro, Kathryn S. Oths and Jose Ernesto Dos Santos. 2004. Eating, drinking and being depressed: the social, cultural and psychological context of alcohol consumption and nutrition in Brazilian community. *Social Science & Medicine* 59: 709-720.
- Driessen, Henk. 1983. Male Sociability and Rituals of Masculinity in Rural Andalusia. *Anthropological Quarterly* 56(3): 125-133.
- Driessen, Henk. 1992. „Drinking on masculinity: alcohol and gender in Andalusia“. In *Alcohol, Gender and Culture*, ed. Dimitra Geofu-Madianou, 71-79. London: Routledge.
- Dushay, Robert A., Merrill Singer, Margaret R. Weeks, Lucy Rohena and Richard Gruber. 2001. Lowering HIV Risk among Ethnic Minority Drug Users: Comparing Culturally Targeted Intervention to a Standard Intervention. *American Journal of Alcohol Abuse* 27(3): 501-524.
- Đukanović, Dragan i Ivona Lađevac. 2009. Prioriteti spoljnopolitičke strategije Republike Srbije. *Međunarodni problemi* LXI(3): 343-364.
- Edwards, Griffith. 2009. „The trouble with drink: why ideas matter“. *Addiction*. 105: 797-804.
- Eichelberger, Laura. 2007. SARS and New York's Chinatown: The politics of risk and blame during an epidemic of fear. *Social Science & Medicine* 65: 1284-1295.

- Elling, Ray H. 1981. Political Economy, Cultural Hegemony, and Mixes of Traditional and Modern Medicine. *Social Science & Medicine* 15A: 89-99.
- Erickson, Barbra E. 2007. Toxin or Medicine? Explanatory Models of Radon in Montana Health Mines. *Medical Anthropology Quarterly* 21(1): 1-21.
- Erickson, Pamela I. and Celia Patricia Kaplan. 2000. Maximizing Qualitative Responses about Smoking in Structured Interviews. *Qualitative Health Research* 10(6): 829-840.
- Fabrega, Horacio Jr. 1971. Medical Anthropology. *Biennial Review of Anthropology* 7: 167-229.
- Fainzang, Sylvie. 1994. When Alcoholics Are Not Anonymous. *Medical Anthropology Quarterly* 8(3): 336-345.
- Faircloth, Charlotte R. 2010. „If they want to risk the health and well-being of their child, that’s up to them“: Long-term breastfeeding, risk and maternal identity. *Health, Risk & Society* 12(4): 357-367.
- Farmer, Paul E., Bruce Nizeye, Sara Stulac, and Salmaan Keshavjee. 2006. Structural Violence and Clinical Medicine. *PLOS Medicine* 3(10): 1686-1691.
- Farmer, Paul, David Walton and Laura Tarter. 2000. Infections and inequalities. *Global Change & Human Health* 1(2): 94-109.
- Farmer, Paul, Shirley Lindenbaum and Mary-Jo Delvecchio Good. 1993. Women, Poverty and AIDS: An Introduction. *Culture, Medicine and Psychiatry* 17: 387-397.
- Farmer, Paul. 2002. Structural Violence and the Assault on Human Rights. *Anthropology News* 43(1): 54-55.
- Farmer, Paul. 2004. An Anthropology of Structural Violence. *Current Anthropology* 45(3): 305-325.
- Feldman, Gregory. 2011. „Illuminating the Apparatus: Steps toward a Nonlocal Ethnography of Global Governance“. In *Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*, eds. Cris Shore, Susan Wright and Davide Però, 32-50. Oxford: Berghahn Books.

- Ferguson, James and Akhil Gupta. 2002. Spatializing States: Toward an Ethnography of Neoliberal Governmentality. *American Ethnologist* 29(4): 981-1002.
- Finkler, Kaja. 2003. Illusion of controlling the future: risk and genetic inheritance. *Anthropology & Medicine* 10(1): 51-70.
- Fischer, Benedikt and Blake Poland. 1998. Exclusion, „Risk“, and Social Control – Reflections on Community Policing and Public Health. *Geoforum* 29(2): 187-197.
- Fordham, Graham. 1995. Whiskey, Women and Song: Men, Alcohol and AIDS in Northern Thailand. *The Australian Journal of Anthropology* 6(3): 154-177.
- Foster, George M. 1974. Medical Anthropology: Some Contrasts with Medical Sociology. *Medical Anthropology Newsletter* 6(1): 1-6.
- Foucault, Michel. 1993. About the Beginning of the Hermeneutics of the Self: Two Lectures at Dartmouth. *Political Theory* 21(2): 198-227.
- Foucault, Michel. 2003. *Society must be defended*. New York: Picador.
- Foucault, Michel. 2007. *Security, territory, population*. New York: Palgrave Macmillan.
- Fox, Nick J. 2002. What a „risky“ body can do: Why people’s health choices are not all based in evidence. *Health Education Journal* 61(2): 166-179.
- Fox, Nick. 2000. „Postmodern reflections on „risk“, „hazards“ and life choices“. In *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*, ed. Deborah Lupton, 12-34. Cambridge: Cambridge University Press.
- Frank, John W., Roland S. Moore and Genevieve M. Ames. 2000. Historical and Cultural Roots of Drinking Problems Among American Indians. *American Journal of Public Health* 90: 344-351.
- Frohlich, Katherine L., Blake Poland, Eric Mykhalovskiy, Stephanie Alexander and Catherine Maule. 2010. Tobacco control and the inequitable socio-economic distribution of smoking: smoker’s discourses and implications for tobacco control. *Critical Public Health* 20(1): 35-46.

- Frohlich, Katherine L., Eric Mykhalovskiy, Blake D. Poland, Rebecca Haines-Saah and Joy Johnson. 2012. Creating the socially marginalised youth smoker: the role of tobacco control. *Sociology of Health & Illness* 34(7): 978-993.
- Fuko, Mišel. 1971. *Istorija ludila u doba klasicizma*. Beograd: Nolit.
- Fuko, Mišel. 1997. *Nadzirati i kažnjavati. Nastanak zatvora*. Sremski Karlovci: Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
- Fuko, Mišel. 1998. *Arheologija znanja*. Beograd: Plato, Izdavačka knjižarnica Zorana Stojanovića.
- Fuko, Mišel. 2005a. *Psihijatrijska moć*. Novi Sad: Svetovi.
- Fuko, Mišel. 2005b. *Radanje biopolitike*. Novi Sad: Svetovi.
- Fuko, Mišel. 2006. *Istorija seksualnosti I: Volja za znanjem*. Loznica: Karpos.
- Fuko, Mišel. 2007. *Poredak diskursa*. Loznica: Karpos.
- Fuko, Mišel. 2010. Tehnologije sopstva. *Polja* LV(463): 70-87.
- Gammeltoft, Tine. 2002. Seeking trust and transcendence: sexual risk-taking among Vietnamese youth. *Social Science & Medicine* 55: 483-496.
- Gannon, Liam and Bernard Dubbled. 2010. „Sober Only“: Drunkenness and Race in the Entry to Stellenbosh Bottle Stores. *South African Review of Sociology* 41(2): 32-40.
- Gardner, Martha and Allan M. Brandt. 2006. „The Doctors' Choice Is America's Choice“: The Physician in US Cigarette Advertisements, 1930-1953. *American Journal of Public Health* 96(2): 222-232.
- Garland, David. 2001. *The Culture of Control: Crime and Social Order in Contemporary Society*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Garrity, John F. 2000. Jesus, Peyote, and the Holy People: Alcohol Abuse and the Ethos of Power in Navajo Healing. *Medical Anthropology Quarterly* 14(4): 521-542.
- Gastaldo, Denise. 1997. „Is health education good for you? Re-thinking health education through concept of bio-power“. In *Foucault, Health, and Medicine*, eds. Robin Bunton and Alan Petersen, 113-134. Florence: Routledge.

- Geofu-Madianou, Dimitra. 1992a. „Exclusion and unity, retsina and sweet wine: commensality and gender in a Greek agrotown. In *Alcohol, Gender and Culture*, ed. Dimitra Geofu-Madianou, 108-136. London: Routledge.
- Geofu-Madianou, Dimitra. 1992b. „Introduction: alcohol commensality, identity transformations and transcendence“. In *Alcohol, gender and culture*, ed. Dimitra Geofu-Madianou, 1-34. London and New York: Routledge.
- Gerritsen, Jan-Willem. 2000. *The Control of Fuddle and Flash: A Sociological History of the Regulation of Alcohol and Opiates*. Leiden: Brill.
- Gibbon, Sahra. 2011. Family medicine, „La Herencia“ and breast cancer: understanding the (dis)continuities of predictive genetics in Cuba. *Social Science & Medicine* 72: 1784-1792.
- Gibson, James A. and Daniela Weinberg. 1980. In *Vino Communitas: Wine and Identity in a Swiss Alpine Village*. *Anthropological Quarterly* 53(2): 111-121.
- Gibson-Wood, Hilary, Sarah Wakefield, Loren Vanderlinden, Monica Bienefeld, Donlad Cole, Jamie Baxter and Leslie Jermyn. 2012. „A drop of water into the pool“: information and engagement of linguistic communities around a municipal pesticide bylaw to protect the public’s health. *Critical Public Health* 22(3): 341-353.
- Gilder, David A., Juan A. Luna, Daniel Calac, Roland S. Moore, Peter M. Monti and Cindy L. Ehlers. 2011. Acceptability of the use of Motivational Interviewing to Reduce Underage Drinking in a Native American Community. *Substance Use & Misuse* 46: 836-842.
- Gilder, David A., Juan A. Luna, Jennifer Roberts, Daniel Calac, Joel W. Grube, Roland S. Moore and Cindy L. Ehlers. 2013. Usefulness of a Survey on Underage Drinking in a Rural American Indian Community Health Clinic. *American Indian & Alaska Native Mental Health Research* 20(2): 1-26.
- Gilley, Bryan Joseph and John Hawk Co-Cké. 2005. Cultural Investment: Providing Opportunities to Reduce Risky Behavior Among Gay American Indian Males. *Journal of Psychoactive Drugs* 37(3): 293-298.

- Glick Schiller, Nina, Stephen Crystal and Denver Lewellen. 1994. Risky business: The Cultural construction of AIDS risk groups. *Social Science & Medicine* 38(10): 1337-1346.
- Goldade Kate, Mimi Nichter, Mark Nichter, Shelly Adrian, Laura Tesler and Myra Muramoto. 2008. Breastfeeding and Smoking among Low-Income Women: Results of Longitudinal Qualitative Study. *Birth: Issues in Perinatal Care* 35(3): 231-240.
- Goldade, Kate and Mark Nichter. 2010. Risk Perceptions and Knowledge of Sexually Transmitted Infections (STIs) and HIV among Undocumented Nicaraguan Migrant Women in Costa Rica. *NAPA Bulletin* 34: 195-212.
- Golubović, Zagorka. 2004. Elementi kritike neoliberalnog modela tranzicije. *Sociološki pregled* 38(1-2): 5-21.
- Gordon, Elisa J. 2003. Trials and Tribulations of Navigating IRBs: Anthropological and Biomedical Perspectives of „Risk“ in Conducting Human Subjects Research. *Anthropological Quarterly* 76(2): 299-320.
- Gordon, Rebecca and Peter Anderson. 2011. Science and alcohol policy: a case study of the EU Strategy on Alcohol. *Addiction* 106(Suppl. 1): 55-66.
- Graham, Hilary, Brian Francis, Hazel M. Inskip, Juliet Harman, and SWS Study Team. 2006. Socioeconomic lifecourse influences on women's smoking status in early adulthood. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60(3): 228-233.
- Graham, Hilary, Summer Sherburne Hawkins and Catherine Law. 2010. Lifecourse influences on women's smoking before, during and after the pregnancy. *Social Science & Medicine* 70: 582-587.
- Graham, Hilary. 1976. Smoking in pregnancy: the attitudes of expectant mothers. *Social Science & Medicine* 10: 399-405.
- Graham, Hilary. 2009. Women and smoking: Understanding socioeconomic influences. *Drug and Alcohol Dependence* 104S: S11-S16.

- Grant, Kathryn and Kathleen Ragsdale. 2008. Sex and the „recently single“: perceptions of sexuality and HIV risk among mature women and primary care physicians. *Culture, Health & Sexuality* 10(5): 495-511.
- Grau, Laretta E., Ricky Bluthenthal, Patricia Marshall, Merrill Singer and Robert Heimer. 2005. Psychosocial and Behavioral Differences Among Drug Injectors who Use and do not Use Syringe Exchange Programs. *AIDS and Behavior* 9(4): 495-504.
- Grau, Laretta E., Traci C. Green, Merrill Singer, Ricky N. Bluthenthal, Patricia A. Marshall and Robert Heimer. 2009. Getting the message straight: effects of a brief hepatitis prevention intervention among injection drug users. *Harm Reduction Journal* 6(36) doi:10.1186/1477-7517-6-36.
- Graves, Theodore D. 1967. Acculturation, Access, and Alcohol in Tri-Ethnic Community. *American Anthropologist* 69(3/4): 306-321.
- Grbic, Miljana, Verica Lela Ilic, Sladjana Baros, Vesna Ciprus, Jelena Tadzic, Rade Grbic, Gordana Jurican, Milan Parlic and Svetomir Samardzic. 2012. The research on female partners of injectining drug users – gender aspect and risk of HIV. *Retrovirology* 9(Suppl 1): P96.
- Greco, Monica. 2004. The Politics of Indeterminacy and the Right to Health. *Theory, Culture & Society* 21(6): 1-22.
- Green, Traci C., Ricky N. Bluthenthal, Merrill Singer, Leo Beletsky, Laretta E. Grau, Patricia Marshall and Robert Heimer. 2010. Prevalence and predictors of transitions to and away from syringe exchange use over time in 3 US cities with varied syringe dispensing policies. *Drug and Alcohol Dependence* 111: 75-81.
- Gross, Sky E. 2010. „The alien baby“: Risk, blame and prenatal indeterminacy. *Health, Risk & Sexuality* 12(1): 21-31.
- Gross, Sky E. and Judith T. Shual. 2008. On knowing and believing: Prenatal genetic screening and resistance to „risk-medicine“. *Health, Risk & Society* 10(6): 549-564.

- Grube, Joel W., Genevieve M. Ames and William Delaney. 1994. Alcohol Expectancies and Workplace Drinking. *Journal of Applied Social Psychology* 24(7): 646-660.
- Gutmann, M. C. 1999. Ethnicity, alcohol, and acculturation. *Social Science & Medicine* 48: 173-184.
- Hacking, Ian. 1991. „How Should We Do the History of Statistics?“. In *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, eds. Graham Burchell, Colin Gordon and Peter Miller, 181-197. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hacking, Ian. 1992. „Statistical language, statistical truth and statistical reason: The self-authentication of a style of a reasoning“. In *Social Dimensions of Science*, ed. E. McMullin, 130-157. Notre Dame: University of Notre Dame.
- Haddon, A. C. 1931. Tobacco in New Guinea. *American Anthropologist* 33(4): 657-659.
- Hakkarainen, Pekka. 2013. Tobacco Road Finland – How did an accepted pleasure turned into an avoidable risk behaviour? *Social Science & Medicine* 253-259.
- Hall, Roberta L., Doni Wilder, Pamela Bodenroeder and Michael Hess. 1990. Assessment of AIDS Knowledge, Attitudes, Behaviors, and Risk Level of Northwestern American Indians. *American Journal of Public Health* 80(7): 875-877.
- Hall, Roberta. 1985. Distribution of the Sweat Lodge in Alcohol Treatment Programs. *Current Anthropology* 26(1): 134-135.
- Hallowell, Nina and Julia Lawton. 2002. Negotiating present and future selves: managing the risk of hereditary ovarian cancer by prophylactic surgery. *Health* 6(4): 423-443.
- Hammar, Lawrence. 1999. To Be Young, Female and „Normal“: The Health Risks of Absent Citizenship. *Journal of Medical Humanities* 20(2): 135-154.
- Hampshire, Katherine Rebecca, Catherine Panter-Brick, Kate Kilpatrick and Rachel E. Casiday. 2009. Saving lives, preserving livelihoods: Understanding risk, decision-making and children health in food crisis. *Social Science & Medicine* 68: 758-765.

- Han, Chong-suk. 2009. Chopsticks Don't Make It Culturally Competent: Addressing Larger Issues for HIV Prevention among Gay, Bisexual, and Queer Asian Pacific Islander Men. *Health & Social Work* 34(4): 273-281.
- Handwerker, Lisa. 1994. Medical risk: Implications for poor pregnant women. *Social Science & Medicine* 38(5): 665-675.
- Harkness, Nicholas. 2013. Softer soju in South Korea. *Anthropological Theory* 13(1/2): 12-30.
- Harrison, Lyn, Peter Kelly, Jo Lindsay, Jenny Advocat and Chris Hickey. 2011. „I don't know anyone that has two drinks a day“: Young people, alcohol and the government of pleasure. *Health, Risk & Society* 13(5): 469-486.
- Hashiloni-Dolev, Yael. 2006. Genetic Counseling for Sex Chromosome Anomalies (SCAs) in Israel and Germany: Assessing Medical Risks according to the Importance of Fertility in Two Cultures. *Medical Anthropology Quarterly* 20(4): 469-486.
- Hatzenbuehler, Mark L., Jo C. Phelan and Bruce G. Link. 2013. Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. *American Journal of Public Health Matters* 103(5): 813-821.
- Heath, Dwight B. 1976. „Anthropological Perspectives on Alcohol: An Historical Review“. In *Cross-cultural approaches to the Study of Alcohol: An Interdisciplinary Perspective*, eds. Michael W. Everett, Jack O. Wedell and Dwight B. Heath, 41-103. Hague: Walter de Gruyter.
- Heath, Dwight B. 1987a. „A decade of development in the anthropological study of alcohol use, 1970-1980“. In *Constructive drinking: perspectives on drink from anthropology*, ed. Mary Douglas, 16-71. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heath, Dwight B. 1987b. Anthropology and Alcohol Studies: Current Issues. *Annual Review of Anthropology* 16: 99-120.
- Heath, Dwight B. 1991. Women and Alcohol: Cross-Cultural Perspectives. *Journal of Substance Abuse* 3: 175-185.

- Heath, Dwight B. 1995. „An Introduction of Alcohol and Culture in International Perspective“. In *International Handbook on Alcohol and Culture*, ed. Dwight B. Heath, 1-7. Westport: Greenwood Publishing Group.
- Heath, Dwight B. 2007. Why We Don't Know More about the Social Benefits of Moderate Drinking. *AEP* 17(5S): S71-S74.
- Heath, Dwight B. and Irene Glasser. 2004. „Alcohol Use“. In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures.*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 293-301. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Heimer, Robert, Scott Clair, Laretta E. Grau, Ricky N. Bluthenthal, Patricia A. Marshall and Merrill Singer. 2002b. Hepatitis-associated knowledge is low and risks are high among HIV-aware injection drug users in three US cities. *Addiction* 97: 1277-1287.
- Heimer, Robert, Scott Clair, Wei Teng, Laretta E. Grau, Kaveh Khoshnood and Merrill Singer. 2002a. Effects of Increasing Syringe Availability on Syringe-Exchange Use and HIV-Risk: Connecticut, 1990-2001. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 79(4): 556-570.
- Heizer, Robert F. 1940. The Botanical Identification of Northwest Tobacco Coast. *American Anthropologist* 42(1): 704-706.
- Heller, Chaia. 2001. From Risk to Globalisation: Discursive Shifts in the French Debate about GMOs. *Medical Anthropology Quarterly* 15(1): 25-28.
- Hickel, Jason. 2012. Neoliberal Plaque: The Political Economy of HIV Transmission in Swaziland. *Journal of Southern African Studies* 38(3): 513-529.
- Hinote, Brian Philip, William C. Cockerham and Pamela Abbott. 2009. The specter of post-communism: Women and alcohol in eight post-Soviet states. *Social Science & Medicine* 68: 1254-1262.
- Ho, Ming-Jung. 2003. Migratory Journeys and Tuberculosis Risk. *Medical Anthropology Quarterly* 17(4): 442-458.
- Holmes, Seth M. 2013. „Is it worth risking your life?“. Ethnography, risk and the death on the U.S.-Mexican border. *Social Science & Medicine* 99: 153-161.

- Holtzman, Jon. 2001. The Food of Elders, the „Ration“ of Women: Brewing, Gender, and Domestic Processes among the Samburu of Northern Kenya. *American Anthropologist* 103(4): 1041-1058.
- Honigmann, John J. and Irma Honigmann. 1965. How Baffin Island Eskimo Have Learned to Use Alcohol. *Social Forces* 44(1): 73-83.
- Hoyt, Lindsay T., Lindsay Chase-Lansdale, Thomas W. McDade and Emma K. Adam. 2012. Positive Youth, Healthy Adults: Does Positive Well-being in Adolescence Predict Better Perceived Health and Fewer Risky Health Behaviors in Young Adulthood?. *Journal of Adolescent Health* 50: 66-73.
- Hu, Yuqing, Laretta E. Grau, Greg Scott, Karen H. Seal, Patricia A. Marshall, Merrill Singer and Robert Heimer. 2008. Economic Evaluation of Delivering Hepatitis B Vaccine to Injection Drug Users. *American Journal of Preventive Medicine* 35(1): 25-32.
- Hunt, Alan. 1999. *Governing Morals: A Social History of Moral Regulation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hunt, Geoffrey and Judith C. Barker. 2001. Socio-cultural anthropology and alcohol and drug research: toward a unified theory. *Social Science & Medicine* 53: 165-188.
- Hunt, Geoffrey and Karen Joe Laidler. 2001. Alcohol and Violence in the Lives of Gang Members. *Alcohol Research & Health* 25(1): 66-71.
- Hunt, Geoffrey and Sandra Satterlee. 1986. Cohesion and Division: Drinking in an English Village. *Man* 21(3): 521-537.
- Hunt, Geoffrey and Sandra Satterlee. 1987. Darts, drink and the pub: the culture of female drinking. *RKP* 575-601.
- Hunt, Geoffrey P., Kristin Evans and Faith Kares. 2007. Drug Use and Meanings of Risk and Pleasure. *Journal of Youth Studies* 10(1): 73-96.
- Hunt, Geoffrey, Karen Joe-Laidler and Kathleen MacKenzie. 2005. Moving into Motherhood: Gang Girls and Controlled Risk. *Youth & Society* 36(3): 333-373.

- Hunt, Geoffrey, Karen Joe-Laidler and Kathleen MacKenzie. 2000. „Chilin', Being Dogged and Getting Buzzed“: alcohol in the lives of female gang members. *Drug: education, prevention and policy* 7(4): 331-353.
- Hunt, Geoffrey, Kristin Evans, Molly Moloney and Noelani Bailey. 2009. Combining Different Substances in the Dance Scene: Enhancing Pleasure, Managing Risk and Timing Effects. *Journal of Drug Issues* 39: 495-522.
- Hussen, Sophia A., Lisa Bowleg, Thurka Sangaramoorthy and David J. Malebranche. 2012. Parents, peers and pornography: the influence of formative sexual scripts on adult HIV sexual risk behavior among Black men in the USA. *Culture, Health & Sexuality* 14(8): 863-877.
- Ishii, Izumi. 2003. Alcohol and Politics in the Cherokee Nation before Removal. *Ethnohistory* 50(4): 671-695.
- Ivanović, Zorica. 2011. Developing and Establishing Medical Anthropology in Serbia. *Cargo* 1(2): 148-157.
- Izugbara, Otutubikey C. 2005. „Ashawo suppose shine her eyes“: Female sex workers and sex work risks in Nigeria. *Health, Risk & Society* 7(2): 141-159.
- Izugbara, Chimaraoke O. 2007. Constituting the Unsafe: Nigerian Sex Workers' Notions of Unsafe Sexual Contact. *African Studies Review* 50(3): 29-49.
- Jackson, Peter W. 1994. Passive smoking and ill-health: practice and process in the production of medical knowledge. *Sociology of Health & Illness* 16(4): 423-447.
- Jackson, Peter. 1995. „The development of scientific fact: the case of passive smoking“. In *The sociology of health promotion: Critical analysis of consumption, lifestyle and risk*, eds. Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows, 103-115. London: Routledge.
- Jankowiak, William and Dan Bradburd. 1996. Using Drug Food to Capture and Enhance Labor Performance“. A Cross-Cultural Perspective. *Current Anthropology* 37(4): 717-720.

- Järvinen, Margaretha and Jeanette Østergaard. 2011. Dangers and pleasures: Drug attitudes and experiences among young people. *Acta Sociologica* 54(4): 333-350.
- Järvinen, Margaretha. 2012. „A will to health? Drinking, risk and social class“. *Health, Risk & Society*. 14(3): 241-256.
- Jayne, Mark and Gill Valentine. 2014. Alcohol-related violence and disorder: New critical perspectives. *Progress in Human Geography* doi:10.1177/0309132514558445.
- Jayne, Mark, Gill Valentine and Sarah L. Holloway. 2008. Fluid Boundaries – British Binge Drinking Debate and European Civility: Alcohol and the Production and Consumption of Public Space. *Space and Polity* 12(1): 81-100.
- Jayne, Mark, Gill Valentine and Sarah L. Holloway. 2010. Emotional, embodied and affective geographies of alcohol, drinking and drunkenness. *Transactions of the Institute of British Geographers* 35: 540-554.
- Jayne, Mark, Gill Valentine and Sarah L. Holloway. 2012. What Use Are Units? Critical Geographies of Alcohol Policy. *Antipode* 44(3): 828-846.
- Jayne, Mark, Sarah L. Holloway and Gill Valentine. 2006. Drunk and Disorderly: Alcohol, Urban Life and Public Space. *Progress in Human Geography* 30(4): 451-468.
- Jennings, Justin, Kathleen L. Antrobus, Sam J. Atencio, Erin Glavich, Rebecca Johnson, German Loffler and Christine Luu. 2005. „Drinking Beer in a Blissful Mood“: Alcohol Production, Operational Chains, and Feasting in the Ancient World. *Current Anthropology* 46(2): 275-303.
- Jervis, Lori L., Paul Spicer, Spero M. Manson and The AI-SUPERPPF Team. 2003. „Boredom, „Trouble“, and the Realities of Postcolonial Reservation Life. *Ethos* 31(1): 38-58.
- Joffe, Alexander H. 1998. Alcohol and Social Complexity in Ancient Western Asia. *Current Anthropology* 39(3): 297-322.
- Johnstone, Barbara. 2002. *Discourse Analysis*. London: Blackwell Publishers.

- Jones, Volney H. 1944. Was Tobacco Smoked in the Pueblo Region in Pre-Spanish Times?. *American Antiquity* 9(4): 451-456.
- Jørgensen, Morten Hulvej, Tine Curtis, Pia Haudrup Christensen and Morten Grønbaek. 2007. Harm minimization among teenage drinkers: findings from an ethnographic study on teenage alcohol use in rural Danish community. *Addiction* 102: 554-559.
- Jutel, Annemarie and Stephen Buetow. 2007. A Picture of Health?: Unmasking the role of appearance in health. *Perspectives in Biology and Medicine* 50(3): 421-434.
- Kaplan, Celia P., Pamela I. Erickson and María Juárez-Reyes. 2002. Acculturation, Gender Role Orientation, and Reproductive Risk-Taking Behavior among Latina Adolescent Family Planning Clients. *Journal of Adolescent Research* 17(2): 103-121.
- Karlynn, A. S. 2005. Intimacy Revealed: Sexual Experimentation and the Construction of Risk among Young People in Mozambique. *Culture, Health & Sexuality* 7(3): 279-292.
- Kaufman, Sharon R. 2010. Regarding the Rise in Autism: Vaccine Safety Doubt, Conditions of Inquiry, and the Shape of Freedom. *Ethos* 38(1): 8-32.
- Keane, Helen. 2013. Making smokers different with nicotine: NRT and quitting. *International Journal of Drug Policy* 24: 189-195.
- Kell, Katherine T. 1966. Folk Names for Tobacco. *The Journal of American Folklore* 79(314): 590-599.
- Kelly, Brian C. 2009. Smoke-free air policy: subcultural shifts and secondary health effects among club-going young adults. *Sociology of Health and Illness* 31(4): 569-582.
- Kemshall, Hazel. 2008. Risk, Rights and Justice: Understanding and Responding to Youth Risk. *Youth Justice* 8(1): 21-37.
- Kenen, Regina, Audrey Ardern-Jones and Rosalind Eeles. 2003. Living with chronic risk: healthy women with a family history of breast/ovarian cancer. *Health, Risk & Society* 5(3): 315-331.

- Kenya, Sonjia, Mitchell Brodsky, William Divale, John P. Allegrante and Robert E. Fullilove. 2003, Effects of Immigration on Selected Health Risk Behaviors of Black College Students. *Journal of American College Health* 52(3): 113-120.
- Killingsworth, Ben. 2006. „Drinking stories“ from a playgroup: Alcohol in the lives of middle-class mothers in Australia. *Ethnography* 7(3): 357-384.
- King, Roger and Gavin Kendall. 2000. *The State, Democracy and Globalisation*. New York: Palgrave Macmillan.
- Kneale, James and Shaun French. 2008. Mapping alcohol: Health, policy and the geographies of problem drinking in Britain. *Drugs: education, prevention and policy*. 15(3): 233-249.
- Kohrman, Matthew and Peter Benson. 2011. Tobacco. *Annual Review of Anthropology* 40: 329-344.
- Kohrman, Matthew. 2007. Depoliticizing Tobacco's Exceptionality: Male Sociality, Death and Memory-Making among Chinese Cigarette Smokers. *The China Journal* 58: 85-109.
- Kortteinen, Timo. 1999. Alcohol in Malaysia: the impact of social transformation. *Contemporary Drug Problems* 26: 391-411.
- Kunitz, Stephen J. 2006. Life-Course Observations of Alcohol Use among Navaho Indians: Natural History or Careers?. *Medical Anthropology Quarterly* 20(3): 279-296.
- Kunitz, Stephen J., Jerrold E. Levy, Joanne McCloskey and K. Ruben Gabriel. 1998. Alcohol Dependence and Domestic Violence as Sequelae of Abuse and Conduct Disorder in Childhood. *Child Abuse & Neglect* 22(11): 1079-1091.
- Lachman, Margie E. and Suzanne L. Weaver. 1998. The Sense of Control as a Moderator of Social Class Differences in Health and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology* 74(3): 763-773.
- Lakshman, M. And Mark Nichter. 2000. Contamination of medicine injection paraphernalia used by registered medical practitioners in south India: an ethnographic study. *Social Science & Medicine* 51: 11-28.

- Lane, Sandra D., Jok Madut Jok and Mawaheb T. El-Mouelhy. 1998. Bying safety: The economics of reproductive risk and abortion in Egypt. *Social Science & Medicine* 47(8): 1089-1099.
- Lange, James E., Loraine Devos-Comby, Roland S. Moore, Jason Daniel and Kestrel Homer. 2011. Collegiate natural drinking groups: Characteristics, structure, and processes. *Addiction Research and Theory* 19(4): 312-322.
- Larner, Wendy and Richard Le Heron. 2002. Editorial: From economic globalisation to globalising economic processes: towards post-structural political economies. *Geoforum* 33: 415-419.
- Larner, Wendy and William Walters. 2004a. „Introduction: global governmentality“. In *Global governmentality: Governing international spaces*, eds. Wendy Larner and William Walters, 1-21.. London & New York: Routledge.
- Larner, Wendy and William Walters. 2004b. Globalisation as Governmentality. *Alternatives* 29: 495-514.
- Last, Murray. 2011. Another geography: risks to health as percieved in a deep-rural environment in Houseland. *Anthropology & Medicine* 18(2): 217-229.
- Laufer, Berthold. 1931. Tobacco in New Guinea: An Epilogue. *American Anthropologist* 33(1): 138-140.
- Launiala, Annika and Marja-Liisa Honksalo. 2010. Malaria, Danger, and Risk Perceptions among the Yao in Rural Malawi. *Medical Anthropology Quarterly* 24(3): 399-420.
- Lawn, Sharon and Rene Pols. 2003. Nicotine wirhdrawal: pathway to aggression and assault in the locked psychiatric ward? *Australian Psychiatry* 11(2): 199-203.
- Lawn, Sharon and Rene Pols. 2005. Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 39: 866-885.
- Lawn, Sharon J. 2004. Systemic barriers to quitting smoking among institutionalised public mental health service populations: A comparison of two Australian sites. *International Journal of Social Psychiatry* 50(3): 204-215.

- Lawton, Julia. 2002. Colonising the future: temporal perceptions and health-relevant behaviours across the adult lifecourse. *Sociology of Health & Illness* 24(6): 714-733.
- Lazić, Mladen i Jelena Pešić. 2013. „Društvene promene i promene vrednosnih orijentacija pripadnika osnovnih klasa u Srbiji“. U *Promene osnovnih struktura društva Srbije u periodu ubrzane transformacije*, ur. Mladen Lazić i Slobodan Cvejić, 281-307. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.
- Lazić, Mladen i Slobodan Cvejić. 2010. „Radnička klasa i vrednosti u procesu post-socijalističke transformacije u Srbiji“. U *Ekonomsko-socijalna struktura Srbije: učinak prve decenije tranzicije*, ur. Mihail Arandarenko, Aleksandra Prašćević i Slobodan Cvejić, 105-117. Beograd: Ekonomski fakultet u Beogradu.
- Lazić, Mladen, and Slobodan Cvejić. 2007. „Class and Values in Postsocialist Transformation in Serbia“. *International Journal of Sociology*. 37(3): 54-74.
- Lazić, Mladen. 2000. „Rekapitulacija“. U *Račji hod: Srbija u transformacijskim procesima*, ur. Mladen Lazić, 5-21. Beograd: Filip Višnjić.
- Lazić, Mladen. 2002a. „(Re)strukturisanje društva u Srbiji tokom 90-tih“. U *Srbija krajem milenijuma: razaranje društva, promene i svakodnevni život*, ur. Silvano Bolčić i Anđelka Milić, 17-35. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
- Lazić, Mladen. 2002b. „Osobnosti globalne društvene transformacije Srbije“. U *Društvene promene i svakodnevni život: Srbija početkom devedesetih*, ur. Silvano Bolčić, 57-77. Beograd: Institut za sociološka istraživanja Filozofskog fakulteta u Beogradu.
- Lazić, Mladen. 2005. *Promene i otpori: Srbija u transformacijskim procesima*. Beograd: Filip Višnjić.
- Lee, Juliet P., Roland S. Moore and Scott E. Martin. 2003. Unobtrusive Observations of Smoking in Urban California Bars. *Journal of Drug Issues* 33: 983-999.

- Lee, Juliet P., Tamar M. J. Antin and Roland S. Moore. 2008. Social organisation in bars: Implications for tobacco control policy. *Contemporary Drug Problems* 35: 59-98.
- Lee, Sandra Soo-Jin. 2013. Race, Risk, and Recreational in Personal Genomics: The Limits of Play. *Medical Anthropology Quarterly* 27(4): 550-569.
- Leidy, Lynnette E. 1994. The Possible Role of the Pessary in the Etiology of Toxic Shock Syndrome. *Medical Anthropology Quarterly* 8(2): 198-208.
- Lemert, Edwin. 1964. Forms and Pathology of Drinking in Three Polynesian Societies. *American Anthropologist* 66(2): 361-374.
- Levine, Harry G. 1978. The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol* 15: 493-506.
- Levy, Jerrold E., Stephen J. Kunitz and Michael Everett. 1969. Navajo Criminal Homicide. *Southwestern Journal of Anthropology* 25(2): 124-152.
- Lewis, Albert B. 1931. Tobacco in New Guinea. *American Anthropologist* 33(1): 134-138.
- Lewis, Sue and Andrew Russell. 2013. Youth smokers' narratives: public health, disadvantage and structural violence. *Sociology of Health & Illness* 35(5): 746-760.
- Lewis, Sue and Andrew Russell. 2014. Protecting Children and Young People from Tobacco-Related Harm: A Review. *Children & Society* 28: 140-151.
- Liang, Lan, Frank Chaloupka, Mark Nichter and Richard Clayton. 2003. Prices, policies and youth smoking, May 2001. *Addiction* 98(Suppl 1): 105-122.
- Link, Bruce G. and Jo C. Phelan. 2001. Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology* 27: 363-385.
- Link, Bruce G. and Jo C. Phelan. 2006. Stigma and its public health implications. *Lancet* 367: 528-529.
- Link, Bruce G. and Jo Phelan. 2014. Stigma power. *Social Science & Medicine* 103: 24-32.
- Link, Bruce G. and Jo Phelan. 2014. Stigma power. *Social Science & Medicine* 103: 24-32.
- Lipperman-Kreda, Sharon, Juliet P. Lee, Chris Morrison and Bridget Freisthler. 2014. Availability of tobacco products associated with use of marijuana cigars (blunts). *Drug and Alcohol Dependence* 134: 337-342.

- Lock, Margaret and Nancy Scheper-Hughes. 1987. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 6-41.
- Lock, Margaret and Vinh-Kim Nguyen. 2010. *An Anthropology of Biomedicine*. Singapore: Blackwell Publishing.
- Lock, Margaret, Julia Freeman, Gillian Chilibeck, Briony Beveridge and Miriam Padolsky. 2007. Susceptability Genes and the Question of Embodied Identity. *Medical Anthrology Quarterly* 21(3): 256-276.
- Lock, Margaret. 2001. The Tempering of Medical Anthropology: Troubling Natural Categories. *Medical Anthropology Quarterly* 15(4): 478-492.
- Lock, Margaret. 2004. „Medicalisation and the Naturalisation of Social Control“. In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 116-125. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Lockhart, Chris. 2002. Kunyenga, „Real Sex“, and Survival: Assessing the Risk of HIV infection among Urban Street Boys in Tanzania. *Medical Anthropology Quarterly* 16(3): 294-311.
- Lorvick, Jennifer, Philippe Bourgois, Lynn D. Wenger, Sonya G. Arreola, Alexandra Lutnick, Wendee M. Wechsberg and Alex H. Kral. 2012. Sexual pleasure and sexual risk among women who use methamphetamine: A mixed methods study. *International Journal of Drug Policy* 23: 385-392.
- Louka, Pinelopi, Moira Maguire, Phil Evans and Marcia Worrell. 2006. „I Think That It's a Pain in the Ass That I Have to Stand Outside in the Cold and Have a Cigarette“: Representations of Smoking and Experience of Disapproval in UK and Greek Smokers. *Journal of Health Psychology* 11(3): 441-451.
- Louka, Pinelopi, Moira Maguire, Phil Evans and Marcia Worrell. 2006. „I Think That It's a Pain in the Ass That I Have to Stand Outside in the Cold and Have a Cigarette“: Representations of Smoking and Experience of Disapproval in UK and Greek Smokers. *Journal of Health Psychology* 11(3): 441-451.

- Loxley, Wendy, Dennis Gray, Celia Wilkinson, Tanya Chikritzhs, Richard Midford and David Moore. 2005. Alcohol policy and harm reduction in Australia. *Drug and Alcohol Review* 24: 559-568.
- Ludwig-Barron, Natasha, Karla D. Wagner, Jennifer Sylvertsen, Ivy J. Ewald, Thomas L. Patterson, Shirley J. Semple and Jamila K. Stockman. 2014. „When You Get Old Like This... You Don't Run Those Risks Anymore“: The Influence of Age on Sexual Risks Behaviors and Condom Use Attitudes Among Methamphetamine-Using Heterosexual Women with a History of Partner Violence. *Women's Health Issues* xxx-xx: 1-9.
- Luginaah, Isaac and Crescentia Dakubo. 2003. Consumption and impacts of local brewed alcohol (*akpeteshie*) in the Upper West Region of Ghana: a public health tragedy. *Social Science & Medicine* 57: 1747-1760.
- Lupton, Deborah and John Tulloch. 2002a. „Life would be pretty dull without risk“: voluntary risk-taking and its pleasures. *Health, Risk & Society* 4(2): 113-124.
- Lupton, Deborah and John Tulloch. 2002b. „Risk is Part of Your Life“: Risk Epistemologies among a Group of Australians. *Sociology* 36(2): 317-334.
- Lupton, Deborah. 1995. *Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage Publications.
- Lupton, Deborah. 1999. *Risk*. Routledge: London and New York.
- Lupton, Deborah. 2003. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Routledge.
- Lupton, Deborah. 2006. „Sociology and risk“. In *Beyond the Risk Society. Critical Reflections on Risk and Human Security*, eds. Gabe Mythen and Sandra Walklate, 11-25. Buckingham: Open University Press.
- Lupton, Deborah. 2012. „Precious cargo“: foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health* 22(3): 329-340.
- Luque, John S., Heide Castañeda, Dinorah Martinez Tyson, Natalia Vargas, Sara Proctor and Cathy D. Meade. 2010. HPV Awareness among Latina Immigrants and Anglo-

- American Women in the Southern United States: Cultural Models of Cervical Cancer Risk Factors and Beliefs. *NAPA Bulletin* 34: 84-104.
- Lyttleton, Chris and Sisouvanh Vorabouth. 2011. Trade circles: aspirations and ethnicity in commercial sex in Laos. *Culture, Health & Sexuality* 13(S2): S263-S277.
- Macauda, Mark M., Pamela I. Erickson, Merrill C. Singer and Claudia C. Santelices. 2011. A cultural model of infidelity among African American and Puerto Rican young adults. *Anthropology & Medicine* 18(3): 351-364.
- Macintyre, Martha. 2008. Police and Thieves, Gunmen and Drunks: Problems with Men and Problems with Society in Papua New Guinea. *The Australian Journal of Anthropology* 19(2): 179-193.
- MacLean, Sarah and David Moore. 2014. „Hyped up“: Assemblages of alcohol, excitement and violence for outer-suburban young adults in the inner-city at night. *International Journal of Drug Policy* 25: 378-385.
- Madsen, William. 1964. The Alcoholic Agringado. *American Anthropologist* 66(2): 355-261.
- Magid, Viktoriya, Craig R. Colder, Laura R. Stroud, Mimi Nichter, Mark Nichter and TERN Members. 2009. Negative affect, stress, and smoking in college students: Unique associations independent of alcohol and marijuana use. *Addictive Behaviors* 34: 973-975.
- Mair, Michael. 2011. Deconstructing behavioural classifications: tobacco control, „professional vision“ and the tobacco user as a site of governmental intervention. *Critical Public Health* 21(2): 129-140.
- Makosky Daley, Christine, Aimee S. James, Randall S. Barnoskie, Marcia Segraves, Ryan Schupbach and Won S. Choi. 2006. „Tobacco Has a Purpose, Not Just a Past“: Feasibility of Developing a Culturally Appropriate Smoking Cessation Program for a Pan-Tribal Native Population. *Medical Anthropology Quarterly* 20(4): 421-440.
- Mandelbaum, David G. 1965. Alcohol and Culture. *Current Anthropology* 6(3): 281-288.

- Manning, Paul and Ann Uplisashvili. 2007. „Our Beer“: Ethnographic Brands in Postsocialist Georgia. *American Anthropologist* 109(4): 626-641.
- Manzenreiter, Wolfram. 2012. Monitoring Health and the Body: Anthropometry, Lifestyle Risks, and the Japanese Obesity Crisis. *The Journal of Japanese Studies* 38(1): 55-84.
- Marshall, Mac, Genevieve M. Ames and Linda A. Bennett. 2001. Anthropological perspectives on alcohol and drugs at the turn of the new millennium. *Social Science & Medicine* 53: 153-164.
- Marshall, Mac. 1991. The second fatal impact: Cigarette smoking, chronic disease, and the epidemiological transition in Oceania. *Social Science & Medicine* 33(12): 1327-1342.
- Marshall, Mac. 1997. Tobacco prevention in the Federal States of Micronesia. *Drug and Alcohol Review* 16: 411-419.
- Marshall, Mac. 2005. Carolina in the Carolines: A Survey of Patterns and Meanings of Smoking on a Micronesian Island. *Medical Anthropology Quarterly* 19(4): 365-382.
- Mateu-Gelabert, Pedro, Milagros Sandoval, Peter Meylakhs, Travis Wendel and Samuel R. Friedman. 2010. Strategies to avoid opioid withdrawal: Implications for HCV and HIV risk. *International Journal of Drug Policy* 21: 179-185.
- Maticka-Tyndale, Eleanor, Melanie Gallant, Chris Brouillard-Coyle, Dan Holland, Karen Metcalfe, Janet Wildish, and Mary Gichuru. 2005. The sexual scripts of Kenyan young people and HIV prevention. *Culture, Health & Sexuality* 7(1): 27-41.
- May, Carl. 1997. Habitual drunkards and the invention of alcoholism: Suspectability and culpability in nineteenth century medicine. *Addiction Research* 5(2): 169-187.
- May, Carl. 2001. Pathology, Identity and the Social Construction of Alcohol Dependence. *Sociology* 35: 385-401.
- McAllister, Patrick. 2003. Culture, Practice, and the Semantics of Xhosa-Beer Drinking. *Ethnology* 42(4): 187-207.

- McAllister, Patrick. 2004. Domestic Space, Habitus, and Xhosa Ritual Beer-Drinking. *Ethnology* 43(2): 117-135.
- McClain, Carol Shepherd. 1983. Percieved risk and choice of childbirth service. *Social Science & Medicine* 17(23): 1857-1865.
- McCrary, Barbara S., Robert A. Zucker, Brooke S. G. Molina, Lyndsay Ammon, Genevieve M. Ames and Richard Longabaugh. 2006. Social Environmental Influences on the Development and Resolution of Alcohol Problems. *Alcoholism: Clinical and Experimental Reseach* 30(4): 688-699.
- McCullough, Lucy and Murray Anderson. 2013. Agency lost and recovered: A social constructionist approach to smoking addiction and recovery. *Addiction Reseach and Theory* 21(3): 247-257.
- McGarth, Janet W., Debra A. Schumann, Jonnie Pearson-Marks, Charles B. Rwabukwali, Rebecca Mucasa, Barbara Namande, Sylvia Nakayiwa and Lucy Nakyobe. 1992. Cultural Determinants of Sexual Risk Behavior for AIDS among Baganda Women. *Medical Anthropology Quarterly* 6(2): 153-161.
- McKenna, Stacey A. 2014. Navigating the risk environment: Structural vulnerability, sex, and reciprocity among women who use methamphetamine. *International Journal of Drug Policy* 112-115.
- McNaughton, Darlene. 2011. From the womb to the tomb: obesity and maternal obesity. *Critical Public Health* 21(2): 179-190.
- Mcnaughton, Jane, Susana Carro-Ripalda and Andrew Russell. 2012. „Risking enchantment“: how are we to view the smoking person. *Critical Public Health* 22(4): 455-469.
- McNay, Loise. 2009. Self as Enterprise: Dilemmas of Control and Resistance in Foucault's *The Birth of Biopolitics*. *Theory, Culture & Society* 26(6): 55-77.
- Međunarodna klasifikacija bolesti, 10-to izdanje. 1996. Beograd: Savezni zavod za zaštitu i unapređenje zdravlja, Savremena administracija.

- Mehl, Garrett, Tamsyn Seimon and Peter Winch. 1999. Funerals, *big matches* and *jolly trips*: „contextual spaces“ of smoking risk for Sri Lankan adolescents. *Anthropology & Medicine* 6(3): 337-357.
- Meister, Kathleen. 1999. *Moderate Alcohol Consumption and Health*. New York: American Council on Science and Health.
- Melander, Lisa A. and Kimberly A. Tyler. 2010. The Effect of Early Maltreatment, Victimization, and Partner Violence on HIV Risk Behaviour Among Homeless Young Adults. *Journal of Adolescent Health* 47: 575-581.
- Merrill, E. D. 1946. Further Notes on Tobacco in New Guinea. *American Anthropologist* 48(1): 22-30.
- Merten, Sonja, and Tobias Haller. 2007. Culture, changing livelihoods, and HIV/AIDS discourse: Reframing the institutionalization of fish-for-sex exchange in the Zambia Kafue Flats. *Culture, Health & Sexuality* 9(1): 69-83.
- Messick Svare, Gloria, Leonard Miller and Genevieve Ames. 2004. Social climate and workplace drinking among women in male-dominated occupation. *Addictive Behavior* 29: 1691-1698.
- Mfecane, Sakhumzi. 2013. Can women „refuse“ condoms? Dilemmas of condom negotiation among men living with HIV in South Africa. *Culture, Health & Sexuality* 15(3): 269-282.
- Miller, Peter, David Moore and John Strang. 2006. The regulation of research by funding bodies: An emerging ethical issue in alcohol and other drug sector? *International Journal of Drug Policy* 17: 12-16.
- Mills, Sara. 1997. *Discourse*. London: Routledge.
- Mills, Sara. 2003. *Michael Foucault*. New York: Routledge.
- Miner, Horace. 1939. Parallelism in Alkaloid-Alkali Quids. *American Anthropologist* 41(4): 617-619.
- Mitchell, Wendy A., Paul Crawshaw, Robin Bunton and Eileen E. Green. 2001. Situating young people's experiences of risk and identity. *Health, Risk & Society* 3(2): 217-233.

- Mitrović, Ljubiša. 2012. Srpsko društvo između pauperizacije i tajkunizacije (prilog izučavanju promena u socijalno-klasnoj strukturi društva Srbije u tranziciji). *Politička revija* 34(4): 13-26.
- Mohan, Sailesh, A. S. Pradeepkumar, C. U. Thresia, K. R. Thankappan, W. S. C. Poston, C. K. Haddock, Megan M. Pinkston, Myra L. Muramoto, Mimi Nichter, Mark Nichter and Hary A. Lando. 2006. Tobacco use among medical professionals in Kerala, India: The need for enhanced tobacco cessation and control efforts. *Addictive Behaviors* 31: 2313-2318.
- Møller, Valerie, Erstad, Ida and Dalinyebo Zani. 2010. Drinking, Smoking, and Mortality: Do „Drinkers and Smokers“ Constitute a Stigmatised Stereotype or a Real TB Risk Factor in the Time of HIV/AIDS?. *Social Indicators Research* 98: 217-238.
- Moon, Graham, Jamie Pearce and Ross Barnett. 2012. Smoking, Ethnic Residential Segregation, and Ethnic Diversity: A Spatio-temporal Analysis. *Annals of the Assosiation of American Geographers* 102(5): 912-921.
- Moon, Graham, Jamie Pearce and Ross Barnett. 2012. Smoking, Ethnic Residential Segregation, and Ethnic Diversity: A Spatio-temporal Analysis. *Annals of the Assosiation of American Geographers* 102(5): 912-921.
- Moore, David and Susane Fraser. 2006. Putting at risk what we know: Reflecting on the drug-using subject in harm reduction and its political implications. *Social Science & Medicine* 62: 3035-3047.
- Moore, David. 2002. Ethnography and the Australian drug field: emaciation, appropriation and multidisciplinary myopia. *International Journal of Drug Policy* 13: 271-284.
- Moore, Newlyn B., and J. Kenneth Davidson, Sr. 2000. Communicating with New Sex Partners: College Women and Questions That Make a Difference. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26: 215-230.
- Moore, Roland S. and Genevieve M. Ames. 2002. Survey Confidentiality vs. Anonymity: Young Men's Self-Reported Substance Use. *Journal of Alcohol and Drug Education* 47(2): 32-41.

- Moore, Roland S., Carol B. Cunradi and Genevieve M. Ames. 2004. Did Substance Use Change after September 11th? An Analysis of Military Cohort. *Military Medicine* 169(10): 829-832.
- Moore, Roland S., Carol B. Cunradi and Michael R. Duke. 2009. Dimensions of Problem Drinking among Young Adult Restaurant Workers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35: 329-333.
- Moore, Roland S., Genevieve M. Ames and Carol B. Cunradi. 2007. Physical and social availability of alcohol for young enlisted naval personnel in and around home port. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy* 2: 17-27.
- Moore, Roland S., Jennifer Roberts, Richard McGaffigan, Daniel Calac, Joel W. Grube, David A. Gilder and Cindy L. Ehlers. 2012. Implementing a Reward and Reminder Underage Drinking Prevention Program in Convenience Stores Near Southern California American Indian Reservations. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 38(5): 456-460.
- Moore, Roland S., John M. Light, Genevieve M. Ames and Robert F. Salz. 2001. General and Job-Related Alcohol Use and Correlates in Municipal Workforce. *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 27(3): 543-560.
- Morice, A. G. 1921. Smoking and the Tobacco among the Northern Dénés. *American Anthropologist* 23(4): 482-488.
- Morrison, Lynn. 2004. Traditions in Transition: Young People's Risk for HIV in Chiang Mai, Thailand. *Qualitative Health Research* 14(3): 328-344.
- Morrison, Lynn. 2006. „It's in the nature of men”: Women's perception of risk for HIV/AIDS in Chiang Mai, Thailand. *Culture, Health & Sexuality* 8(2): 145-159.
- Morsy, Soheir. 1979. The Missing Link in Medical Anthropology: The Political Economy of Health. *Reviews in Anthropology* 6(3): 349-363.
- Mulia, Nina, Laura Schmidt, Jason Bond, Laurie Jacobs and Rachel Korcha. 2008. Stress, social support and problem drinking among women in poverty. *Addiction* 103: 1283-1293.

- Musheno, Michael C. 1981. Anthropology and Policy Studies: A New Delegation Enters the U.N. of Academe. *Review of Policy Research* 1(1): 147-156.
- Nachman, Steven R. 1993. Wasted Lives: Tuberculosis and Other Health Risks of Being Haitian in a U.S. Detention Camp. *Medical Anthropology Quarterly* 7(3): 227-259.
- Navarro, Vicente. 1980. Work, Ideology, and Science: The Case of Medicine. *Social Science & Medicine* 14C: 191-205.
- Navarro, Vicente. 1988. Professional Dominance or Proleterisation?: Neither. *Milbank Quarterly* 66(2): 57-75.
- Needham Dancause, Kelsey, Helen A. Akol and Sandra J. Gray. 2010. Beer is the cattle of women: Sorghum beer commercialization and dietary intake of agropastoral families in Karamoja, Uganda. *Social Science & Medicine* 70: 1123-1130.
- Netting, Robert McC. 1964. Beer as a Locus of Value among the West African Kofyar. *American Anthropologist* 66(2): 375-384.
- Nettleton, Sarah and Robin Bunton. 1995. „Sociological critiques of health promotion“. In *The sociology of health promotion: Critical analysis of consumption, lifestyle and risk*, eds. Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows, 39-57. London: Routledge.
- Nettleton, Sarah. 1997. „Governing the risky self: how to become healthy, wealthy and wise“. In *Foucault, Health, and Medicine*, eds. Robin Bunton and Alan Petersen, 207-223. Florence: Routledge.
- Ng, Nawi, Mark Nichter, Retna Siwi Padmawati, Yayi Suryo Prabandari, Myra Muramoto and Mimi Nichter. 2010. Bringing smoking cessation to diabetes clinics in Indonesia. *Chronic Illness* 6: 125-135.
- Nguyen, Vinh-Kim and Karine Peschard. 2003. Anthropology, Inequality, and Disease: A Review. *Annual Review of Anthropology* 32: 447-474.
- Nicholls, James Quan. 2006. „Liberties and licences: Alcohol in liberal thought“. *International Journal of Cultural Studies*. 9(2): 131-151.
- Nichter, Mark and Elizabeth Cartwright. 1991. Saving the Children for the Tobacco Industry. *Medical Anthropology Quarterly* 5(3): 236-256.

- Nichter, Mark, Gilbert Quintero, Mimi Nichter, Jeremiah Mock and Sohaila Shakib. 2004. Qualitative Research: Contributions to the Study of Drug Use, Drug Abuse, and Drug Use(r)-Related Interventions. *Substance Use & Misuse* 39(10-12): 1907-1969.
- Nichter, Mark, Mimi Nichter, Myra Muramoto and Project Quit Tobacco International. 2010a. Project Quit Tobacco International: Laying the Groundwork for Tobacco Cessation in Low- and Middle-Income Countries. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 22(3): 181S-188S.
- Nichter, Mark, Mimi Nichter, Pamela J. Thompson, Saul Shiffman and Anna-Barbara Moscicki. 2002. Using qualitative research to inform survey development on nicotine dependence among adolescents. *Drug and Alcohol Dependence* 68: S41-S56.
- Nichter, Mark. 2003. Smoking: what does culture have to do with it. *Addiction* 98(Suppl 1): 139-145.
- Nichter, Mimi, Lorraine Greaves, Michele Bloch, Michael Paglia, Isabel Scarinci, Jorge E. Tolosa and Thomas E. Novotny. 2010b. Tobacco use and secondhand smoke exposure during pregnancy in low- and middle-income countries: the need for social and cultural research. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 89: 465-477.
- Nichter, Mimi, Mark Nichter and David Van Sickle. 2004. Popular perceptions of tobacco products and patterns of use among male college students in India. *Social Science & Medicine* 59: 415-431.
- Nichter, Mimi, Mark Nichter, Asli Carkoglu, Elizabeth Lloyd-Richardson and the Tobacco Etiology Research Network (TERN). 2010c. Smoking and drinking among college students: „It’s a package deal“. *Drug and Alcohol Dependence*. 106: 16-20.
- Nichter, Mimi, Mark Nichter, Elizabeth E. Lloyd-Richardson, Brian Flaherty, Asli Carkoglu and Nicole Taylor. 2006. Gendered Dimensions of Smoking Among College Students. *Journal of Adolescent Research* 21(3): 215-243.

- Nichter, Mimi, Mark Nichter, Myra Muramoto, Shelly Adrian, Kate Goldade, Laura Tesler and Jennifer Thompson. 2007. Smoking Among Low-Income Pregnant Women: An Ethnographic Analysis. *Health Education & Behavior* 34(5): 748-764.
- Nichter, Mimi, Mark Nichter, Nancy Vuckovic, Gilbert Quintero and Cheryl Ritenbaugh. 1997. Smoking Experimentation and Initiation among Adolescent Girls: Qualitative and Quantitative Findings. *Tobacco Control* 6(4): 285-295.
- Nichter, Mimi, Mark Nichter, Nancy Vuckovic, Laura Tesler, Shelly Adrian and Cheryl Ritenbaugh. 2004. Smoking as a Weight-Control Strategy among Adolescent Girls and Young Women: A Reconsideration. *Medical Anthropology Quarterly* 18(3): 305-324.
- Nichter, Mimi, Mark Nichter, Retna Siwi Padmawati and Nawi Ng. 2010d. Developing a smoke free household initiative: an Indonesian case study. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 89: 578-581.
- Nichter, Mimi, Mark Nichter, Shelly Adrian, Kate Goldade, Laura Tesler and Myra Muramoto. 2008. Smoking and Harm-Reduction Efforts Among Postpartum Women. *Qualitative Health Research* 18(9): 1184-1194.
- Nichter, Mimi, S. Padmawati, M. Danardono, N. Ng, Y. Prabandari and Mark Nichter. 2009. Reading culture from tobacco advertisements in Indonesia. *Tobacco Control* 18(2): 98-107.
- Novaković, Aleksandar i Andrej Stanimirović. 2011. Srpska „država blagostanja“ u vrtlogu neuspešne tranzicije: analiza tranzicionog bilansa i nekoliko preporuka za buduću reformsku politiku. *Politička revija* 30(4): 133-153.
- Novaković, Aleksandar i Milena Pešić. 2010. Srbija u tranzicionom ekvilibrijumu – imperativi prevazilaženja stanja blokiranih reformi. *Politička revija* 24(2): 235-260.
- Novaković, Aleksandar. 2012a. „Neoliberalizam“ i tranzicija: kritički osvrt na tezu o „neoliberalnom“ karakteru srpske tranzicije. *Nacionalni interes* 15(3): 389-412.
- Novaković, Aleksandar. 2012b. Tranzicija, reforme i percepcije o reformama – poređenje srpske tranzicije i zemalja ICE. *Srpska politička misao* 35(1): 29-50.

- Nuehring, Elane and Gerald E. Markle. 1974. Nicotine and Norms: The Re-Emergence of a Deviant Behavior. *Social Problems* 21(4): 513-526.
- Nusbaumer, Michael R. and Denise M. Reiling. 2002. Environmental Influences on Alcohol Consumption Practices of Alcoholic Beverage Servers. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 28(4): 733-742.
- Ó Tuathail, Gearóid/Gerard Toal. 2005. „Geopolitics“. In *Cultural Geography: A Critical Dictionary of Key Concepts*, eds. David Sibley, Peter Jackson, David Atkinson and Neil Washbourne, 65-72. London: I.B. Tauris.
- O'Brien, Martin. „Health and lifestyle: a critical mess? Notes on the dedifferentiation of health“. In *The sociology of health promotion: Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*, eds. Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows, 189-203. London: Routledge.
- O'Malley, Pat and Mariana Valverde. 2004. Pleasure, Freedom and Drugs: The Uses of „Pleasure“ in Liberal Governance of Drug and Alcohol Consumption. *Sociology* 38(1): 25-42.
- Oakley, Ann. 1989. Smoking in pregnancy: smokescreen or risk factor? Toward a materialist analysis. *Sociology of Health & Illness* 22(4): 311-332.
- Oaks, Laury. 2000. Smoke-Filled Wombs and Fragile Fetuses: The Social Politics of Fetal Representation. *Signs* 26(1): 63-108.
- Obermeyer, Carla Makhoul. 2003. The Health Consequences of Female Circumcision: Science, Advocacy, and Standards of Evidence. *Medical Anthropology Quarterly* 17(3): 394-412.
- Odden, Harold L. 2012. Alcohol, tobacco, marijuana and hallucinogen use in Samoan adolescents. *Drug and Alcohol Review* 31: 47-55.
- Ogan, Eugene. 1966. Drinking Behavior and Race Relations. *American Anthropologist* 68(1): 181-188.
- Ogranista, Kurt C., Paula A. Worby, James Quesada, Sonya G. Arreola, Alex H. Kral and Sahar Khoury. 2013. Sexual health of Latino migrant day labourers under conditions of structural vulnerability. *Culture, Health & Sexuality* 15(1): 58-72.

- Olson, Cheryl K., Lawrence Kutner and the staff of the American Council on Science and Health (ACSH). 2000. *A Comparison of the Health Effects of Alcohol Consumption and Tobacco Use in America*. New York: American Council on Science and Health.
- Oransky, Matthew, Celia B. Fisher, Meena Mahadevan and Merrill Singer. 2009. Barriers and Opportunities for Recruitment for Nonintervention Studies on HIV Risk: Perspectives of Street Drug Users. *Substance Use & Misuse* 44: 1642-1659.
- Osamu Baba, Moses. 1949. Smoking among the Ainu. *Man* 49: 97-100.
- Ostrach, Bayla and Merrill Singer. 2012. At special risk: Biopolitical vulnerability and STI/HIV syndemics among women. *Health Sociology Review* 21(3): 258-271.
- Owczarzak, Jill. 2009. Defining HIV Risk and Determining Responsibility in Postsocialist Poland. *Medical Anthropology Quarterly* 23(4): 417-435.
- Padmawati, Retna Siwi, Nawi Ng, Yayi Suryo Prabandari and Mark Nichter. 2009. Smoking among diabetes patients in Yogyakarta, Indonesia: cessation efforts urgently needed. *Tropical Medicine and International Health* 14(4): 412-419.
- Padmawati, Siwi and Mark Nichter. 2008. Community response to avian flu in Central Java, Indonesia. *Anthropology & Medicine* 15(1): 31-51.
- Palinkas, Lawrence A. 1987. A Longitudinal Study of Ethnicity and Disease Incidence. *Medical Anthropology Quarterly* 1(1): 85-108.
- Paltridge, Brian. 2006. *Discourse Analysis: An Introduction*. London: Continuum Publishing.
- Papagaroufali, Eleni. 1992. „Uses of alcohol among women: games of resistance, power and pleasure“. In *Alcohol, Gender and Culture*, ed. Dimitra Geofu-Madianou, 47-70. London: Routledge.
- Parascandola, Mark. 2004. Skepticism, Statistical Methods, and the Cigarette: A Historical Analysis of a Methodological Debate. *Perspectives in Biology and Medicine* 47(2): 244-261.
- Parish, Richard. 1995. „Health promotion: Rhetoric and reality“. In *The sociology of health promotion: Critical analysis of consumption, lifestyle and risk*, eds. Robin Bunton, Sarah Nettleton and Roger Burrows, 11-23. London: Routledge.

- Park, Julie. 1992. Research Partnerships: A Discussion Paper Based on Case Studies From „The Place of Alcohol in the Lives of New Zealand Women“ Project. *Women's Studies International Forum* 15(5/6): 581-591.
- Parker, John and Hilary Stanworth. 2005. „Go for it!": Towards a critical realist approach to voluntary-risk taking. *Health, Risk & Society* 7(4): 319-336.
- Paulson, Susan, and Patricia Bailey. 2003. Culturally constructed relationships shape sexual and reproductive health in Bolivia. *Culture, Health & Society* 5(6): 483-498.
- Peace, Adrian. 1992. „No fishing without drinking: the construction of social identity in rural Ireland“. In *Alcohol, Gender and Culture*, ed. Dimitra Geofu-Madianou, 167-180. London: Routledge.
- Pennay, Amy and Robin Room. 2012. Prohibiting public drinking in urban public places: A review of the evidence. *Drugs: education, prevention and policy*. 19(2): 91-101.
- Pennay, Amy. 2012. Carnal pleasures and grotesque bodies: Regulationing the body during a „big night out“ of alcohol and party drug use. *Contemporary Drug Problems* 39: 397-428.
- Petersen, Alan and Deborah Lupton. 1996. *New Public Health: Health and the Self in the Age of Risk*. London: Sage Publications.
- Petersen, Alan, Mark Davis, Suzanne Fraser and Jo Lindsay. 2010. Editorial: Healthy living and citizenship: an overview. *Critical Public Health* 20(4): 391-400.
- Petersen, Alan. 1996. Risk and the regulated self: the discourse of health promotion as politics of uncertainty. *Journal of Sociology* 32(1): 44-58.
- Petersen, Alan. 1997. „Risk, governance and the new public health“. In *Foucault, Health, and Medicine*, eds. Robin Bunton and Alan Petersen, 189-207. Florence: Routledge.
- Petersen, Alan. 2003. Governmentality, Critical Scholarship, and the Medical Humanities. *Journal of Medical Humanities* 24(3/4): 187-201.

- Pfeiffer, James and Mark Nichter. 2008. What Can Critical Medical Anthropology Contribute to Global Health? A Health Systems Perspective. *Medical Anthropology Quarterly* 22(4): 410-415.
- Phinney, Harriet M. 2008. „Rice Is Essential but Tiresome, You Should Get Some Noodles“: *Doi Moi* and the Political Economy of Men’s Extramarital Sexual Relations and Marital HIV Risk in Hanoi, Vietnam. *American Journal of Public Health* 98(4): 650-660.
- Pinson, Ann. 1985. The Institution of Friendship and Drinking Patterns in Iceland. *Anthropological Quarterly* 58(2): 75-82.
- Pliskin, Karen L. 1997. Verbal Intercourse and Sexual Communication: Impediments to STD Prevention. *Medical Anthropology Quarterly* 11(1): 89-109.
- Poland, Blake D. 2000. The „considerate“ smoker in public space: the micro-politics and political economy of „doing the right thing“. *Health & Place* 6: 1-14.
- Pribićević, Ognjen. 2013. Tegobna tranzicija u Srbiji. *Srpska politička misao*. 39(1): 57-75.
- Prodanović, Ana, Bojan Žikić, Tim Rhodes i Elena Kuneski. 2005. Deljenje pribora za ubrizgavanje droge kao faktor rizika za HIV/HCV među intravenskim zavisnicima u Beogradu. U *Intervencije i programi za posebno vulnerabilne grupe za SIDU*, ur. Vojin Šulović, Viktorija Cucić i Dragan Ilić, 173-185. Beograd: Srpska akademija nauka i umetnosti – Međudodeljenski odbor za SIDU/Asocijacija za borbu protiv SIDE JAZAS.
- Prodanović, Ana. 2006. HIV risk and prevention in Serbia and Montenegro: Research, policy and action. *Antropologija* 1: 127-131.
- Prussing, Erica. 2008. Sobriety and its Cultural Politics: An Ethnographer’s Perspective on „Culturally Appropriate“ Addiction Services in North America. *Ethos* 36(3): 354-375.
- Purvis, Trevor and Alan Hunt. 1999. Identity versus Citizenship: Transformations in the Discourses and Practices of Citizenship. *Social & Legal Studies* 8(4): 457-482.

- Pyörälä, Eeva. 1995. Comparing Drinking Cultures: Finnish and Spanish Drinking Stories in Interviews with Young Adults. *Acta Sociologica* 38(3): 217-229.
- Quintero, Gilbert and Henry Bundy. 2011. „Most of the Time You Already Know“: Pharmaceutical Information Assembly by Young Adults on the Internet. *Substance Use & Misuse* 46: 898-909.
- Quintero, Gilbert and Sally Davis. 2002. Why do Teens Smoke? American Indian and Hispanic Adolescents' Perspectives on Functional Values and Addiction. *Medical Anthropology Quarterly* 16(4): 439-457.
- Quintero, Gilbert. 2000. „The lizard in the green bottle“: „aging out“ of problem drinking among Navajo men. *Social Science & Medicine* 51: 1031-1045.
- Quintero, Gilbert. 2002. Nostalgia and Degeneration: The Moral Economy of Drinking in Navajo Society. *Medical Anthropology Quarterly* 16(1): 3-21.
- Rabinow, Paul and Nikolas Rose. 2006. Biopower today. *Biosocieties* 1(2): 195-217.
- Reiling, Denise M. and Michael R. Nusbaumer. 2006. When Problem Servers Pour in Problematic Places: Alcoholic Beverage Servers' Willingness to Serve Patrons Beyond Intoxications. *Substance Use & Misuse* 41: 653-668.
- Reinarman, Craig. 1988. The Social Construction of an Alcohol Problem: The Case of Mothers against Drunk Drivers and Social Control in the 1980s. *Theory and Society* 17(1): 91-120.
- Reith, Gerda. 2004. Uncertain Times: The notion of „risk“ and the development of modernity. *Time & Society* 13(2/3): 383-402.
- Rhodes, Tim, Ana Prodanović, Bojan Žikić, Elena Kuneski, Tijana Pavićević, Davor Karadžić and Sarah Bernays. 2008a. Trust, disruption and responsibility in accounts of injecting equipment sharing and hepatitis C risk. *Health, Risk & Society* 10(3): 221-240.
- Rhodes, Tim, Bojan Žikić, Ana Prodanović, Elena Kuneski and Sarah Bernays. 2008b. Hygiene and uncertainty in qualitative accounts of hepatitis C transmission among drug injectors in Serbia. *Social Science & Medicine* 66(6): 1437-1447.

- Rhodes, Tim, Milena Simić, Slađana Baroš, Lucy Platt and Bojan Žikić. 2008c. Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study. *British Medical Journal* 337(7669): 560-566.
- Riesenfeld, Alphonse. 1951. Tobacco in New Guinea and the Other Areas of Micronesia. *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland* 81(1/2): 69-102.
- Rimke, Heidi and Alan Hunt. 2002. From sinners to degenerates: the medicalization of morality in the 19th century. *History of Human Sciences* 15(1): 59-88.
- Robbins, Michael C. and Annette Kline. 1991. To smoke or not to smoke: A decision theory perspective. *Social Science & Medicine* 33(12): 1343-1347.
- Roberts, Jane H. 2009. Structural violence and emotional health: a message from Easington, a former mining community in northern England. *Anthropology & Medicine* 16(1): 37-48.
- Robinson, Cara. 2009. „Nightscapes and leisure spaces“: an ethnographic study of young people’s use of free space. *Journal of Youth Studies* 12(5): 501-514.
- Roche, Brenda, Alan Neaigus and Maureen Miller. 2005. Street Smarts and Urban Myths: Women, Sex Work, and the Role of Storytelling in Risk Reduction and Rationalization. *Medical Anthropology Quarterly* 19(2): 149-170.
- Roe, Gordon. 2005. Harm reduction as paradigm: Is better than bad good enough? The origins of harm reduction. *Critical Public Health* 15(3): 243-250.
- Room, Robin and Thomas F. Babor. 2005. Editorial: World Health Organization’s global action on alcohol: resources required to match the rhetoric. *Addiction* 100: 579-580.
- Room, Robin. 1984. Alcohol and Ethnography: A Case of Problem Deflation? *Current Anthropology* 25(2): 169-191.
- Root, Robin. 2009. Harming Health: Experiences of Body, Work, and Risk Among Factory Women in Malaysia. *Health Care for Women International* 30: 903-918.
- Rose, Nikolas and Peter Miller. 1992. Political Power beyond the State: Problematics of Government. *The British Journal of Sociology* 34(2): 173-205.

- Rose, Nikolas. 1994. „Medicine, history and the present“. In *Reassessing Foucault: Power, Medicine and the Body*, eds. Colin Jones and Roy Porter, 48-73. London: Routledge.
- Rose, Nikolas. 1996. „Governing „advanced“ liberal democracies“. In *Foucault and political reason: liberalism, neo-liberalism and rationalites of government*, eds. Barry, Andrew, Thomas Osborne and Nikolas Rose, 37-65. Chicago: The University of Chicago Press.
- Rose, Nikolas. 1998. *Inventing our selves: psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas. 1999. *Powers of Freedom: Reframing Political Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas. 2000. Government and Control. *British Journal of Criminology*. 40: 321-339.
- Rose, Nikolas. 2001. The Politics of Life Itself. *Theory, Culture & Society* 18(6): 1-30.
- Rose, Nikolas. 2006. Government, authority and expertise in advance liberalism. *Economy and Society* 22(3): 283-299.
- Rose, Nikolas. 2008a. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, Nikolas. 2008b. The Value of Life: Somatic Ethics & the Spirit of Biocapital. *Daedalus* 137(1): 36-48.
- Roth, Eric A., Elliot M. Frantkin, Elizabeth N. Ngugi and Barry W. Glickman. 2001. Female education, adolescent sexuality and the risk of sexually transmitted infection in Ariaal Rendille culture. *Culture, Health & Sexuality* 3(1): 35-47.
- Roth, Eric Abella, Elizabeth N. Ngugi and Masako Fujita. 2009. HIV/AIDS risk and worry in Northern Kenya. *Health, Risk & Society* 11(3): 231-239.
- Roy, Anupom. 2012. Tobacco consumption and the poor: An ethnographic analysis of hand-rolled cigarette (*bidi*) use in Bangladesh. *Ethnography* 13(2): 162-188.

- Rylko-Bauer, Barbara and Paul Farmer. 2002. Managed Care or Managed Inequality? A Call for a Critiques of Market-Based Medicine. *Medical Anthropology Quarterly* 16(4): 476-502.
- Saltz, Robert and Genevieve Ames. 1996. Combining methods to identify new measures of women's drinking problems. Part II: The survey stage. *Addiction* 91(7): 1041-051.
- Sande, Allan. 2002. Intoxication and rite of passage to adulthood in Norway. *Contemporary Drug Problems* 29: 277-303.
- Satterlund, Travis D., Juliet P. Lee, Roland S. Moore and Tamar M. J. Antin. 2009. Challenges to implementing and enforcing California's Smoke-Free Workplace Act in bars. *Drugs: education, prevention and policy* 16(5): 422-435.
- Schehr, Robert Carl. 2005. Conventional Risk Discourse and the Proliferation of Fear. *Criminal Justice Policy Review* 16(1): 38-58.
- Schmidt, Catherine, Linnea Klee and Genevieve Ames. 1990. Review and analysis of literature indicators of women's drinking problems. *British Journal of Addiction* 85: 179-192.
- Schneider, Joseph W. 1978. Deviant Drinking as Disease: Alcoholism as a Social Accomplishment. *Social Problems*. 25(4): 361-372.
- Schnell, Scott. 1997. Sanctity and Sanction in Communal Ritual: A Reconsideration of Shintô Festival Processions. *Ethnology* 36(1): 1-12.
- Schwartz, Theodore and Lola Ramanucci-Ross. 1974. Drinking and Inebriate Behavior in Admiralty Islands, Melanesia. *Ethos* 2(3): 213-231.
- Seeley, Janet A., Sam S. Malamba, Andrew J. Nunn, Daan W. Mulder, Jane F. Kengeya-Kayondo and Thomas G. Barton. 1994. Socioeconomic Status, Gender and Risk of HIV-1 Infection in a Rural Community in South West Uganda. *Medical Anthropology Quarterly* 8(1): 78-89.
- Setchell, William Albert. 1921. Aboriginal Tobaccos. *American Anthropologist* 23(4): 397-414.

- Sexton, Rocky L. 2001. Ritualized Inebriation, Violence, and Social Control in Cajun Mardi Gras. *Anthropological Quarterly* 74(1): 28-38.
- Shadel, William G., Saul Shiffman, Raymond Niaura, Mark Nichter and David B. Adams. 2000. Current models of nicotine dependence: what is known and what is needed to advance understanding of tobacco etiology among youth. *Drug and Alcohol Dependence* 59(Suppl. 1): S9-S21.
- Shaw, Thurstan. 1960. Early Smoking Pipes: In Africa, Europe and America. *The Journal of the Royal Anthropological Institute of Great Britain and Ireland* 90(2): 272-305.
- Shore, Chris and Susan Wright. 1997. „Policy: a new field of anthropology“. In *Anthropology of Policy: Critical perspectives on governance and power*, eds. Chris Shore and Susan Wright, 3-34. London: Routledge.
- Shore, Cris and Susan Wright. 2011. „Conceptualising Policy: Technologies of Governance and the Politics of Visibility“. In *Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*, eds. Cris Shore, Susan Wright and Davide Però, 1-27. Oxford: Berghahn Books.
- Sibley, David. 1995. *Geographies of exclusion: Society and difference in West*. London: Routledge.
- Sibthorpe, Beverly. 1992. The Social Construction of Sexual Relationships as a Determinant of HIV Risk Perception and Condom Use among Injection Drug Users. *Medical Anthropology Quarterly* 6(3): 255-270.
- Simić, Danijela, Zorana Gledović, Jelena Zajeganović i Slađana Baroš. 2008. Procena prevalencije HIV i virusne hepatitis C infekcije, faktora rizika, rizičnog ponašanja i korišćenja usluga u populaciji injektirajućih korisnika droga u Beogradu, Novom Sadu i Nišu. *Glasnik Zavoda za zaštitu zdravlja Srbije* 80(3): 1-7.
- Simmons, Ozzi G. 1960. Ambivalence and the Learning of Drinking Behaviour in a Peruvian Community. *American Anthropologist* 62(6): 1018-1027.
- Simpson, Anthony. 2005. Son and Fathers/Boys to Men in the Time of AIDS: Learning Masculinity in Zambia. *Journal of Southern African Studies* 31(3): 569-586.

- Singer, Merrill and Hans Baer. 1989. Toward an understanding of capitalist and socialist health. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 11(2): 97-107.
- Singer, Merrill and Hans Baer. 2009a. „Introduction: Hidden Harm: The Complex World of Killer Commodities“. In *Killer Commodities: Public Health and the Corporate Production of Harm*, eds. Merrill Singer and Hans Baer, 1-35. Malden, MA: AltaMira Press.
- Singer, Merrill and Hans Baer. 2009b. *Killer Commodities: Public Health and the Corporate Production of Harm*. New York: AltaMira Press.
- Singer, Merrill and Maria G. Borrero. 1984. Indigenous Treatment for Alcoholism: The Case of Puerto Rican Spiritism. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 8(4): 246-273.
- Singer, Merrill and Scott Clair. 2003. Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Medical Anthropology Quarterly* 17(4): 423-441.
- Singer, Merrill, Cándida Flores, Lani Davidson, Georgine Burke, Zaida Castillo, Kelley Scanlon and Migdaila Rivera. 1990. SIDA: The Economic, Social, and Cultural Context of AIDS among Latinos. *Medical Anthropology Quarterly* 4(1): 72-114.
- Singer, Merrill, D. Ann Herring, Judith Littleton, and Melanie Rock. 2011. „Syndemics in Global Health“. In *A Companion to Medical Anthropology*, eds. Merrill Singer and Pamela I. Erickson, 159-181. San Francisco: Blackwell Publishing.
- Singer, Merrill, Freddie Valentín, Hans Baer and Zhongke Jia. 1992. Why Does Juan García Have Drinking Problem? The Perspective of Critical Medical Anthropology. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness* 14(1): 77-108.
- Singer, Merrill, Hassan Salaheen, Greg Mirhej and Claudia Santelice. 2006. Bridging the Divide: Drinking among Street Drug Users. *American Anthropologist* 108(3): 502-506.
- Singer, Merrill, Janie Simmons, Michael Duke and Lorie Broomhall. 2001. The Challenges of Street Research on Drug Use, Violence and AIDS Risk. *Addiction Research & Theory* 9(4): 365-402.

- Singer, Merrill, Scott Clair, Monica Malta, Francisco I. Bastos, Neilane Bertoni and Claudia Santelices. 2011. Doubts Remain, Risk Persist: HIV Prevention Knowledge and HIV Testing Among Drug Users in Rio de Janeiro, Brasil. *Substance Use & Misuse* 46: 511-522.
- Singer, Merrill, Tom Stopka, Cara Siano, Kristen Springer, George Barton, Kaveh Khoshnood, April Gorry de Puga and Robert Heimer. 2000. The Social Geography of AIDS and Hepatitis Risk: Qualitative Approaches for Assessing Local Differences in Sterile-Syringe Access Among Injection Drug Users. *American Journal of Public Health* 90: 1049-1056.
- Singer, Merrill. 1986a. Developing a Critical Perspective in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 17(5): 128-129.
- Singer, Merrill. 1986b. Toward a Political-Economy of Alcoholism: The Missing Link in the Anthropology of Alcoholism. *Social Science & Medicine* 23(2): 113-130.
- Singer, Merrill. 1989. The Coming of Age of Critical Medical Anthropology. *Social Science & Medicine* 28(11): 1193-1203.
- Singer, Merrill. 1990. Reinventing Medical Anthropology: Toward a Critical Realignment. *Social Science & Medicine* 30(2): 179-187.
- Singer, Merrill. 1994. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor: The perspective of critical medical anthropology. *Social Science & Medicine* 39(7): 931-948.
- Singer, Merrill. 1995. Beyond the Ivory Tower: Critical Praxis in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 9(1): 80-106.
- Singer, Merrill. 1999. Why do Puerto Rican injection drug users inject so often. *Anthropology & Medicine* 6(1): 31-58.
- Singer, Merrill. 2001. Toward a bio-cultural and political economic integration of alcohol, tobacco and drug studies in the coming century. *Social Science & Medicine* 53: 199-213.
- Singer, Merrill. 2004a. „Critical Medical Anthropology“. In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures.*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 23-31. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Singer, Merrill. 2004b. „Tobacco Use in Medical Anthropological Perspective“. In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures.*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 518-528. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Singer, Merrill. 2011. Down Cancer Alley: The Lived Experience of Health and Environmental Suffering in Louisiana's Chemical Corridor. *Medical Anthropology Quarterly* 25(2): 141-163.
- Singer, Merrill. 2012. Anthropology and addiction: an historical review. *Addiction* 107: 1747-1755.
- Skorpen, A., N. Anderssen, C. Oeye and A. K. Bjelland. 2008. The smoking-room as psychiatric patients' sanctuary: a place for resistance. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15: 728-736.
- Skrabanek, Petr. 1994. The death of human medicine and the rise of coercive healthism.
- Smalley, John and Michael Blake. 2003. Sweet Beginnings: Stalk Sugar and the Domestication of Maize. *Current Anthropology* 44(5): 675-703.
- Smart, Barry. 2002. *Michael Foucault*. New York: Routledge.
- Smith, Daniel Jordan. 2007. Modern Marriage, Men's Extramarital Sex, and HIV Risk in Southeastern Nigeria. *American Journal of Public Health* 97(6): 997-1005.
- Smith-Oka, Vania. 2012. Bodies of risk: Constructing motherhood in a Mexican public hospital. *Social Science & Medicine* 75: 2275-2282.
- Smylie, Lisa, Sheri Megdalia and Eleanor Maticka-Tyndale. 2006. The effect of social capital and socio-demographics on adolescent risk and sexual health behavior. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 15(2): 95-112.
- Sobo, Elisa J. 2001. Rationalization of medical risk through talk of trust: an exploration of elective eye surgery narratives. *Anthropology & Medicine* 8(2/3): 265-278.
- Sobo, Elisa J. 2004. „Theoretical and Applied Issues In Cros-Cultural Health Research“. In *Encyclopedia of Medical Anthropology. Health and Illness in the World's Cultures.*, eds. Carol R. Ember and Melvin Ember, 3-12. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Sobo, Elisa J. and Martha Oehmke Loustaunau. 2010. *Cultural Context of Health, Illness and Medicine*, 2nd edition. Santa Barbara: ABC-CLIO.
- Spicer, Paul. 1998. Narrativity and the representation of experience in American Indian discourses about drinking. *Culture, Medicine and Psychiatry* 22: 139-169.
- Spicer, Paul. 2001. Culture and the restoration of self among former American Indian drinkers. *Social Science & Medicine* 53: 227-240.
- Springer, James Warren. 1981. An Ethnohistoric Study of the Smoking Complex in Eastern North America. *Ethnohistory* 28(3): 217-235.
- Srdić Srebro, Anđa. 2009. Medicinska antropologija i/ili antropologija zdravlja i bolesti. *Etnološko-antropološke sveske* 14(3): 79-92.
- Stall, Ron, Suzanne Heurtin-Roberts, Leon McKusick, Collen Hoff and Sylvia Wanner Lang. 1990. Sexual Risk for HIV Transmission among Singles-Bar Patrons in San Francisco. *Medical Anthropology Quarterly* 4(1): 115-128.
- Stančić, Višnja i Zoran Grubišić. 2011. Povezanost političkih i ekonomskih reformi u procesu tranzicije. Iskustvo tranzicionih zemalja sa posebnim osvrtom na Srbiju. *Politička revija* 29(3): 241-258.
- Stebbins, Kanyon Reiner. 2001. Going Like Gangbusters: Transnational Tobacco Companies „Making a Killing“ in South America. *Medical Anthropology Quarterly* 15(2): 147-170.
- Stebbins, Kenyon Reiner. 1990. Transnational tobacco companies and health in underdeveloped countries: A recommendations for avoiding a smoking epidemic. *Social Science & Medicine* 30(2): 227-235.
- Stebbins, Kenyon Reiner. 1991. Tobacco, politics and economics: Implications for global health. *Social Science & Medicine* 33(12): 1317-1326.
- Stebbins, Kenyon Reiner. 1997. Cleaning the air: Challenges to introducing smoking restrictions in West Virginia. *Social Science & Medicine* 44(9): 1393-1401.
- Stein, Howard F. 1985. Alcohol as Metaphor in American Culture: Ritual Desecration as Social Integration. *Ethos* 13(3): 195-235.

- Stein, Howard F. 1990. In What Systems do Alcohol/Chemical Addictions Make Sense? Clinical Ideologies and Practices as a Cultural Metaphors. *Social Science & Medicine* 30(9): 987-1000.
- Stewart, Michael, 1992. „I can't drink beer, I've just drunk water“: alcohol, bodily substance and commensality among Hungarian Rom“. In *Alcohol, Gender and Culture*, ed. Dimitra Geofu-Madianou, 137-156. London: Routledge.
- Stoffle, Richard W., Michael W. Traugott, John V. Stone, Paula D. McIntyre, Florence V. Jensen and Carla C. Davidson. 1991. Risk Perception Mapping: Using Ethnography to Define Locally Affected Population for a Low-Level Radioactive Waste Storage Facility in Michigan. *American Anthropologist* 93(3): 611-635.
- Stopka, Thomas J., Kristen W. Springer, Kaveh Khoshnood, Susan Shaw and Merrill Singer. 2004. Wrioting About Risk: Use of Daily Diaries in Understanding Drug-User Risk Behaviors. *AIDS and Behavior* 8(1): 73-85.
- Stopka, Thomas J., Merrill Singer, Claudia Santelices and Julie Eiserman. 2003. Public Health Interventionists, Penny Capitalists, or Sources of Risk?: Assesing Street Syringe Sellers in Hartford, Connecticut. *Substance Use & Misuse* 38(9): 1345-1377.
- Street, Annette F. 2004. „Ask your doctor: the construction of smoking in advertising posters produced in 1946 and 2004“. *Nursing Inquiry*. 11(4): 226-237.
- Stromberg, Peter, Mark Nichter and Mimi Nichter. 2007. Taking Play Seriously: Low-Level Smoking among College Students. *Culture, Medicine and Psychiatry* 31: 1-24.
- Stuber, Jennifer, Ilan Meyer and Bruce Link. 2008. Introduction: Stigma, prejudice, discrimination and health. *Social Science & Medicine* 67: 351-357.
- Stuber, Jennifer, Sandro Galea and Bruce G. Link. 2008. Smoking and the emergence of a stigmatized social status. *Social Science & Medicine* 67: 420-430.
- Stull, Donald D. and Felix Moos. 1981. A Brief Overview of the Role of Anthropology in Public Policy. *Review of Policy Research* 1(1): 19-27.

- Suggs, David N. 1996. Mosadi Tshwene: The Construction of Gender and Consumption of Alcohol in Botswana. *American Ethnologist* 23(3): 597-610.
- Sunday, Julie and John Eyles. 2001. Managing and treating risk and uncertainty for health: a case study of diabetes among First Nation's People in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine* 52: 635-650.
- Sussman, Steve, Pallav Pokhrel, David Black, Matthew Kohrman, Stephen Hamann, Prakit Vateesatokit and Stephen E. D. Nsimba. 2007. Tobacco control in developing countries: Tanzania, Nepal, China and Thailand as examples. *Nicotine & Tobacco Research* 9(Suppl. 3): S447-S457.
- Swora, Maria Gabrielle. 2001. Personhood and disease in Alcoholics Anonymous: a perspective from anthropology of religious healing. *Mental Health, Religion & Culture* 4(1): 1-21.
- Swora, Maria Gabrielle. 2003. Using Cultural Consensus Analysis to Study Sexual Risk Perception: A Report on a Pilot Study. *Culture, Health & Sexuality*. 5(4): 339-352.
- Swora, Maria Gabrielle. 2004. The rhetoric of transformation in the healing of alcoholism: The twelve steps of Alcoholics Anonymous. *Mental Health, Religion & Culture* 47(3): 187-209.
- Sylvertsen, Jennifer L., Angela M. Robertson, Steffanie A. Strathdee, Gustavo Martinez, M. Gudelia Rangel and Karla D. Wagner. 2014. Rethinking risk: Gender and injection drug-related HIV risk among female sex workers and their non-commercial partners along the Mexico-U.S. border. *International Journal of Drug Policy* 25: 836-844.
- Szala-Meneok, Karen. 1994. Christmas Janneying and Easter Drinking: Symbolic Inversion, Contingency, and Ritual in Coastal Labrador. *Arctic Anthropology* 31(1): 103-116.
- Tan, Qian Hui. 2013. Smoking places as enabling spaces of wellbeing. *Health & Place* 24: 173-182.
- Taylor, Stuart. 2008. Outside the outsiders: Media representations of drug use. *Probation Journal* 55(4): 369-387.

- Taylor-Gooby, Peter and Jens O. Zinn. 2006. „The Current Significance of Risk“. In *Risk in Social Science*, eds. Peter Taylor-Gooby and Jens O. Zinn, 1-20. Oxford: Oxford University Press.
- Thankappan, K. R., A. S. Pradeepkumar and Mark Nichter. 2009. Doctors' behavior & skills for tobacco cessation in Kerala. *Indian Journal of Medical Research* 129: 249-255.
- Thankappan, K. R., G. K. Mini, Meena Daivadanam, G. Vijayakumar, P. S. Sarma and Mark Nichter. 2013. Smoking cessation among diabetes patients: results of a pilot randomized controlled trial in Kerala, India. *BMC Public Health* 13(47) doi:10.1186/1471-2458-13-47.
- Thianthai, Chulanee. 2004. Gender and class differences in young's people sexuality and HIV/AIDS risk-taking behaviours in Thailand. *Culture, Health & Sexuality* 6(3): 189-203.
- Thomas, Colin J. and Rosemary D. F. Bromley. 2000. City-centre Revitalisation: Problems of Fragmentation and Fear in the Evening and Night-time City. *Urban Studies* 37(8): 1403-1429.
- Thompson, Donald F. 1939. Notes on the Smoking-Pipes of North-Queensland and the Northern Territory of Australia. *Man* 39: 81-91.
- Thompson, Donald F. 1961. A Narcotic from Nicotiana Ingulba, Used by the Desert Bindibu: Chewing of a True Tobacco in Central Australia. *Man* 61: 5-8.
- Thompson, George, Nick Wilson, Richard Edwards, Alistair Woodward and Simon Chapman. 2009. Should Smoking in outside Public Spaces be Banned? *British Medical Journal* 338(7686): 76-77.
- Thompson, Kirrilly, Catherine Palmer and Melissa Raven. 2011. Drinkers, non-drinkers and deferrers: Reconsidering the beer/footy couplet amongst Australian Rules football fans. *The Australian Journal of Anthropology* 22: 388-408.
- Thompson, Lee and Anjeela Kumar. 2011. Responses to health promotion campaigns: resistance, denial and othering. *Critical Public Health* 21(1): 105-117.

- Thompson, Lee, Jamie Pearce and J. Ross Barnett. 2007. Moralising geographies: stigma, smoking islands and responsible subjects. *Area* 39(4): 508-517.
- Thompson, Lee, Jamie Pearce and Ross Barnett. 2009. Nomadic identities and socio-spatial competence: making sense of post-smoking selves. *Social & Cultural Geographies* 10(5): 565-581.
- Tiger, Rebecca. 2013. Celebrity gossip blogs and the interactive construction of addiction. *New Media & Society* 1-16.
- Tigerstedt, Chistoffer. 1999. Alcohol policy, public health and Kettil Bruun. *Contemporary Drug Problems* 26: 209-235.
- Törrönen, Jukka and Thomas Karlsson. 2005. Moral regulation of public space and drinking in the media and legislation in Finland. *Contemporary Drug Problems* 32: 93-126.
- Tripković, Milan i Gordana Tripković. 2008. Zakasnela tranzicija u Srbiji i (ne)mogućnost „opamećivanja“ srpskih elita. *Zbornik Matice srpske za društvene nauke* 124: 7-31.
- Tripković, Milan. 2001. Srbija i tranzicija: u vrtologu interesa političko-ekonomske oligarhije. *Sociološki pregled* XXXV(3-4): 251-260.
- Turner, James, Wesley Perkins and Jennifer Bauerle. 2008. Declinig Negative Consequence Related to Alcohol Misuse Among Students Exposed to a Social Norms Marketing Intervention on a College Campus. *Journal of American College Health* 57(1): 85-93.
- Turrell, Gavin, Diana Battistutta and Ingrid McGuffog. 2002. „The Air We Breathe: Social determinants of smoking among parents with infants“. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 26(1): 30-37.
- Tyler, Kimberly and Lisa A. Melander. 2012. Individual and social network sexual behaviour norms of homeless youth at risk of HIV infection. *Children and Youth Services Review* 34: 2481-2486.
- Valdez, Lidio M. 2006. Maize Beer Production in Middle Horizon Peru. *Journal of Anthropological Research* 62(1): 53-80.

- Valverde, Mariana. 1997. „Slavery from within“: The Invention of Alcoholism and the Question of Free Will. *Social History* 22(3): 251-268.
- Valverde, Mariana. 2010. Questions of security: A framework for research. *Theoretical Criminology*. 15(1): 3-22.
- Van Neieuwkerk, Karin. 1992. „Female entertainers in Egypt: drinking and gender roles“. In *Alcohol, Gender and Culture*, ed. Dimitra Geofu-Madianou, 35-47. London: Routledge.
- Vander Ven, Thomas and Jeffrey Beck. 2009. Getting drunk and hooking up: an exploratory study of relationship between alcohol intoxication and casual coupling in a university sample. *Sociological Spectrum* 29: 626-648.
- Varela, Sergio. 2014. „Drunk and Proud“, from the streets to the stands: America Football Club Fans, *aguante* and alcohol consumption in Mexican football fandom. *International Review for the Sociology of Sport* 49(3/4): 435-450.
- Vaz, Paulo and Fernanda Bruno. 2003. Types of Self-Surveillance: from abnormality to individuals „at risk“. *Surveillance & Society* 1(3): 272-291.
- Villaamil, Fernadno and María Isabel Jociles. 2011. Risk and community: The impact of HIV among gays in Madrid. The case of sex clubs. *Sexualities* 14(5): 580-596.
- Voeten, H. A. C. M., O. B. Egesah, C. M. Varkevisser and J. D. F. Habbema. 2007. Female sex workers and unsafe sex in urban and rural Nyanza, Kenya: regular partners may contribute more to HIV transmission than clients. *Tropical Medicine and International Health* 12(2): 174-182.
- Vujović, Slavoljub, Rajko Macura i Mladen Gvero. 2011. Tranziciona neoliberalna tiranija u Srbiji. *Socijalna misao* 18(4): 11-24.
- Wagner, Karla, Stephen E. Lankenau, Lawrence A. Palinkas, Jean L. Richardson, Chih-Ping Chou and Jennifer B. Unger. 2010. The percieved consequences of safer injection: An exploration of qualitative findings and gender differences. *Psychology, Health & Medicine* 15(5): 560-573.
- Waitzkin, Howard. 1979. „Medicine, Superstructure and Micropolitics“. *Social Science & Medicine*. 13(6): 601-609.

- Waitzkin, Howard. 1986. „Micropolitics of Medicine: Theoretical Issues“. *Medical Anthropology Quarterly*. 17(5): 134-136.
- Waitzkin, Howard. 1989. „A Critical Theory of Medical Discourse: Ideology, Social Control, and the Processing of Social Context in Medical Encounters“. *Journal of Health and Social Behavior*. 30(2): 220-239.
- Waitzkin, Howard. 2003. „Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique“. *Lancet*. 361: 523-526.
- Wakefield, Melanie, Brian Flay, Mark Nichter and Gary Giovino. 2003a. Role of media in influencing trajectories of youth smoking. *Addiction* 98(Suppl 1): 79-103.
- Wakefield, Melanie, Brian Flay, Mark Nichter and Gary Giovino. 2003b. Effects of Anti-Smoking Advertising on Youth Smoking: A Review. *Journal of Health Communication: International Perspectives* 8(3): 229-247.
- Wallman, Sandra. 2000. Risk, STD and HIV infection in Kampala. *Health, Risk & Society* 2(20): 189-203.
- Walters, William. 2004. „The political rationality of European integration“. In *Global governmentality: Governing international spaces*, eds. Wendy Larner and William Walters, 155-174. London: Routledge.
- Wardlow, Holly. 2007. Men's Extramarital Sexuality in Rural Papua New Guinea. *American Journal of Public Health* 97(6): 1006-1015.
- Wedel, Janine R. and Gregory Feldman. 2005. Why an Anthropology of Public Policy?. *Anthropology Today* 21(1): 1-2.
- Wedel, Janine R., Cris Shore, Gregory Feldman and Stacy Lathrop. 2005. Toward an Anthropology of Public Policy. *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 600: 30-51.
- Weibel-Orlando, Joan Crofut. 1984. Indian Alcoholism Treatment Programs as Flawed Rites of Passage. *Medical Anthropology Quarterly* 15(3): 62-67.
- Wentzell, Emily. 2011. Marketing Silence, Public Health Stigma and the Discourse of Risky Gay Viagra Use in the US. *Body & Society* 17(4): 105-125.

- Westmacott, Karen. 2004. Hard Drink and Cigarettes: Restrictive and Expansive Modes of Consumption in an East Malaysian Community. *The Australian Journal of Anthropology* 15(1): 80-94.
- Whiteford, Linda M. and Judi Vitucci. 1997. Pregnancy and Addiction: Translating Research into Practice. *Social Science & Medicine* 44(9): 1371-1380.
- Willms, Dennis G. and Kenyon R. Stebbins. 1991. Anthropology of smoking. *Social Science & Medicine* 33(12): 1315-1316.
- Willner, Dorothy. 1978. Anthropology and Public Policy. *Royal Anthropological Institute News* 24: 1+3-4.
- Wilson, Caroline. 2010. „Eating, eating is always there“: food, consumerism and cardiovascular disease. Some evidence from Kerala, south India. *Anthropology & Medicine* 17(3): 261-275.
- Wojcicki, Janet Maia and Josphine Malala. 2001. Condom use, power and HIV/AIDS risk: sex-workers bargain for survival in Hillbrow/Joubert Park/Berea, Johannesburg. *Social Science & Medicine* 53: 99-121.
- Wolin, Richard. 2010. *The Wind from the East. French Intellectuals, the Cultural Revolution, and the Legacy of the 1960s*. Princeton: Princeton University Press.
- Wong, William C. W., Siumi Maria Tam and Phil W. S. Leung. 2007. Cross-Border Truck Drivers in Hong Kong: Their Psychological Health, Sexual Dysfunctions and Sexual Risk Behaviors. *Journal of Travel Medicine* 14(1): 20-30.
- Wood, Victoria J., Sarah E. Curtis, Wil Gesler, Ian H. Spencer, Helen J. Close, James M. Mason and Joe G. Reilly. 2013. Space for smoking in a psychiatric hospital: Social Capital, resistance to control, and significance for „therapeutic landscapes“. *Social Science & Medicine* 97: 104-111.
- Wood, Victoria J., Sarah E. Curtis, Wil Gesler, Ian H. Spencer, Helen J. Close, James M. Mason and Joe G. Reilly. 2013. Space for smoking in a psychiatric hospital: Social Capital, resistance to control, and significance for „therapeutic landscapes“. *Social Science & Medicine* 97: 104-111.

- World Health Organization. 2002. *The World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2009. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, Susan. 2006. Anthropology of Policy. *Anthropology News*. 47(8): 22.
- Wright, Susan. 2011. „Studying Policy: Methods, Paradigms, Perspectives“. In *Policy Worlds: Anthropology and the Analysis of Contemporary Power*, eds. Cris Shore, Susan Wright and Davide Però, 27-32. Oxford: Berghahn Books.
- Wynn, L. L., Angel M. Foster and James Trussell. 2010. Would you say you had unprotected sex if...? Sexual health language in emails to reproductive health website. *Health, Risk & Society* 12(5): 499-514.
- Yanow, Dvora. 1987. Toward a Policy Culture Approach to Implementation. *Policy Studies Review* 7(1): 103-115.
- Yanow, Dvora. 1993. The communication of policy meanings: Implementation as interpretation and text. *Policy Studies* 26: 41-61.
- Yanow, Dvora. 1995a. Built Space as a Story: The Policy Stories That Buildings Tell. *Policy Studies Journal* 23(3): 407-422.
- Yanow, Dvora. 1995b. Practices of policy interpretation. *Policy Sciences* 28: 111-126.
- Yanow, Dvora. 1997. Passionate Humility in Interpretative Policy and Administrative Analysis. *Administrative Theory & Praxis* 19(2): 171-177.
- Yerger, Valerie B., Robynn S. Battle and Roland S. Moore. 2014. Evaluating the Implementation Process of a Citywide Smoke-Free Multiunit Housing Ordinance: Insights from Community Stakeholders. *American Journal of Public Health* 104(10): 1889-1891.
- Young, Allan. 1982. The Anthropologies of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology* 11: 257-285.
- Yu, Yeon Jung. 2013. Subjectivity, Hygiene, and STI Prevention: A Normalization Paradox in the Cleanliness Practices of Female Sex Workers in Post-Socialist China. *Medical Anthropology Quarterly* 27(3): 348-367.

- Yuan, Nicole P., Heide Castañeda, Mark Nichter, Mimi Nichter, Steven Wind, Lauren Carruth and Myra Muramoto. 2012. Lay Health Influencers: How They Tailor Brief Tobacco Cessation Interventions. *Health Education & Behavior* 39(5): 544-554.
- Zavala, Egbert and Ryan E. Spohn. 2010. Emotional abuse and controlling behaviors in heterosexual relationships: the role of employment and alcohol use of women and their partners. *Sociological Spectrum* 30: 526-549.
- Zelner, Jonathan L., James Trostle, Jason E. Goldstick, William Cevallos, James House and Joseph Eisenberg. 2012. Social Connectedness and Disease Transmission: Social Organization, Cohesion, Village Context, and Infection Risk in Rural Ecuador. *American Journal of Public Health* 102(12): 2233-2239.
- Zimmer, G. F. W. 1930. A New Method of Smoking Tobacco in Papua. *Man* 30: 133-134.
- Zinn, Jens O. 2008a. Heading into the unknown: Everyday strategies for managing risk and uncertainty. *Health, Risk & Society* 10(5): 439-450.
- Zinn, Jens O. 2008b. „Introduction: The Contribution of Sociology to the Discourse on Risk and Uncertainty“. In *Social Theories of Risk and Uncertainty: An Introduction*, ed. Jens O. Zinn, 1-18. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Zola, Irving Kenneth. 1975. In the name of health and illness: on some socio-political consequences of medical influence. *Social Science & Medicine* 9: 83-87.
- Žikić, Bojan. 2006a. Anthropology of AIDS. Risk environment and injecting routine – the case of Belgrade injecting drug users. *Etnoantropološki problemi* 1(1): 35-46.
- Žikić, Bojan. 2006b. Managing HIV/HCV-related Risk at Private Places Among Belgrade Injecting Users. *Glasnik Etnografskog Instituta SANU* LIV: 189-199.
- Žikić, Bojan. 2006c. *Antropologija AIDS-a: rizično ponašanje intravenskih korisnika droge*. Beograd: Srpski genealoški centar, Odeljenje za etnologiju i antropologiju Filozofskog fakulteta.
- Žikić, Bojan. 2007. Injecting Drug Users' Utilisation of Public Space in Belgrade: Places, Risk-management, and Habitual Life. *Glasnik etnografskog instituta SANU* LIV: 103-114.

- Žikić, Bojan. 2008. *Rizik i nasilje: antropološko proučavanje seksualnog rada u Beogradu*. Beograd: Srpski genealoški centar, Odeljenje za etnologiju i antropologiju Filozofskog fakulteta.
- Žikić, Bojan. 2009. The Same Risk, the Different Vulnerability? Social Environment as Risk-generating Factor in Injecting Drug Users and Sex Workers. *Etnoantropološki problemi* 4(1): 149-162.
- Žikić, Bojan. 2011a. Reproktivno zdravlje i reproductivna vulnerabilnost. *Etnoantropološki problemi* 6(4): 885-903.
- Žikić, Bojan. 2011b. Činioci zdravstvene vulnerabilnosti marginalnih društvenih grupa. *Antropologija* 11(3): 9-23.
- Žikić, Bojan. 2013a. Intravensko korišćenje droge u Beogradu kao sindemijsko okruženje. *Etnoantropološki problemi* 8(4): 927-944.
- Žikić, Bojan. 2013b. Koncept rizičnog okruženja i činioca rizika u socijalno epidemiološkom proučavanju javnog zdravlja. *Etnoantropološki problemi* 8(2): 404-425.
- Žikić, Bojan. 2013c. Strukturno nasilje kao činilac javnog zdravlja. *Antropologija* 13(2): 10-24.
- Živković, Gordana. 1988. Verovanja o narodnom lečenju alkoholizma kod rudara Timočkog regiona. *Etnološke sveske* 9(9): 29-33.

IZVORI:

- ODLUKE, ZAKONI, DOKUMENTI:

Constitution of the World Health Organization. Dostupno na: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (29. 07. 2015.)

Odluka o izmenama i dopunama Odluke o radnom vremenu u ugostiteljskim, trgovinskim i zanatskim objektima na teritoriji grada Kragujevca. *Službeni list grada Kragujevca*, br. 16/06. Dostupno na: <http://www.kragujevac.rs/templates/admin/plugins/odluke/upload/Sluzbeni%20list%2016%202006.pdf> (29. 07. 2015.)

Odluka o radnom vremenu u ugostiteljskim, trgovinskim i zanatskim objektima na teritoriji grada Kragujevca, *Službeni list grada Kragujevca*, br. 08/14. Dostupno na: http://demo.paragraf.rs/combined/Old/t/t2014_03/t03_0085.htm (29. 07. 2015.)

Odluka o radnom vremenu ugostiteljskih, zanatskih i trgovinskih objekata na teritoriji grada Beograda, *Službeni list grada Beograda*, br. 02/11. Dostupno na: <http://sllistbeograd.rs/pdf/2011/02-2011.pdf#view=Fit&page=1> (29. 07. 2015.)

Odluka o radnom vremenu ugostiteljskih, zanatskih i trgovinskih objekata na teritoriji grada Zrenjanina, *Službeni list grada Zrenjanina*, br. 21/13. Dostupno na: <http://www.zrenjanin.rs/userfiles/file/SluzbeniList/2013/21%20Sluzbeni%20list%20%2019%2006%202013.pdf> (29. 07. 2015.)

Odluka o radnom vremenu ugostiteljskih, zanatskih i trgovinskih objekata na teritoriji grada Novog Sada, *Službeni list grada Novog Sada*, br. 48/09. Dostupno na: <http://www.skupstinans.rs/latinica/sluzbeni-list/file/82-sluzbeni-list-2009-br-48> (29. 07. 2015.)

Odluka o radnom vremenu zanatstva i trgovine na teritoriji grada Beograda, *Službeni list grada Beograda*, br. 31/13. Dostupno na: <http://www.slistbeograd.rs/pdf/2013/31-2013.pdf#view=Fit&page=99> (29. 07. 2015.).

Odluka o zabrani prodaje alkoholnih pića nakon 22 časa u trgovinskim objektima na teritoriji grada Šapca, *Službeni list grada Šapca*, br. 12/10. Dostupno na: <http://www.sabac.org/new-site/cms/download/odluka-o-zabrani-prodaje-alkoholnih-pica-u-trgovinskim-objektima.pdf> (29. 07. 2015.)

Predlog zakona o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu. Dostupno na: http://www.srbija.gov.rs/vesti/dokumenti_pregled.php?id=101854 (29. 07. 2015.)

Zakon o zabrani pušenja u zatvorenim prostorijama, *Službeni glasnik SRS*, br. 20/88.

Zakon o zabrani pušenja u zatvorenim prostorijama, *Službeni glasnik RS*, br. 16/95.
Dostupno na: www.srpss.org.rs/Zakon_o_zabrani_pusenja.doc (29. 07. 2015.)

Zakon o zabrani pušenja u zatvorenim prostorijama, *Službeni glasnik RS*, br. 101/05.
Dostupno na: www.srpss.org.rs/Zakon_o_zabrani_pusenja.doc (29. 07. 2015.)

Zakon o zabrani pušenja u zatvorenim prostorijama, *Službeni glasnik RS*, br. 44/91.

Zakon o zaštiti stanovništva od izloženosti duvanskom dimu, *Službeni glasnik RS*, br. 30/10. Dostupno na: <http://www.zdravlje.gov.rs/downloads/Zakoni/Zakoni/ZakonOZastitiStanovnistvaOdlzlozenostiDuvanskomDimu.pdf> (29. 07. 2015.)

- INTERNET SAJTOVI:

<http://otvoreniparlament.rs/>

www.alo.rs

www.b92.net

www.blic.rs

www.danas.rs

www.kurir-info.rs

<http://www.novisad.rs/>

www.novosti.rs

www.politika.rs

www.pressonline.rs

www.prva.rs

www.rts.rs

www.rtvpink.rs

<http://www.skupstinans.rs/>

www.studiob.rs

BIOGRAFIJA:

Jelena Vukićević je rođena 1987. godine u Kraljevu. Osnovne studije etnologije i antropologije na Filozofskom fakultetu Univerziteta u Beogradu upisala je 2005., a završila 2010. godine sa prosečnom ocenom 9, 91. Diplomski rad napisala je na temu „Konstrukcija i percepcija anoreksičnog tela u savremenoj Srbiji: pokušaj ostvarenja kulturno idealnog“ i odbranila ga sa ocenom 10. Na poslednjoj godini osnovnih studija proglašena je studentom generacije. Iste godine bila je stipendista Fonda za mlade talente Ministarstva omladine i sporta. 2010. godine upisala je master studije na Odeljenju za etnologiju i antropologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu koje je završila naredne, 2011. godine sa prosečnom ocenom 10. Master rad napisala je na temu „Kulturno promišljanje polnih odnosa u savremenoj Srbiji“, a odbranila ga sa ocenom 10. Na master studijama je po drugi put bila stipendista Fonda za mlade talente Ministarstva omladine i sporta. Odmah nakon završetka master studija na Odeljenju za etnologiju i antropologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu upisala je doktorske studije na istom ovom odeljenju. Prosečna ocena na doktorskim studijama je 9, 83. Od 2012. godine stipendista je Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja, uključena u projekat „Transformacija kulturnih identiteta u savremenoj Srbiji i Evropska unija“, koji se realizuje na Odeljenju za etnologiju i antropologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu.

Do sada je objavila rad pod naslovom „Kulturno promišljanje polnih odnosa u savremenoj Srbiji“ u domaćem časopisu *Antropologija*, koji izdaje Institut za etnologiju i antropologiju Filozofskog fakulteta Univerziteta u Beogradu. Istom ovom časopisu predala je rad „Proučavanje alkohola u antropologiji“ koji je prihvaćen za objavljivanje.

Živi u Beogradu.

Prilog 1.

Izjava o autorstvu

Potpisani-a Jelena Vukićević

broj upisa 8E11-2

Izjavljujem

da je doktorska disertacija pod naslovom
„Kultuna konceptualizacija zdravstvenih rizika kao sredstvo društvene kontrole na
primeru zakonskog regulisanja upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji“

- rezultat sopstvenog istraživačkog rada,
- da predložena disertacija u celini ni u delovima nije bila predložena za dobijanje bilo koje diplome prema studijskim programima drugih visokoškolskih ustanova,
- da su rezultati korektno navedeni i
- da nisam kršio/la autorska prava i koristio intelektualnu svojinu drugih lica.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 07. 09. 2015.

Vukićević Jelena

Prilog 2.

Izjava o istovetnosti štampane i elektronske verzije doktorskog rada

Ime i prezime autora Jelena Vukićević

Broj upisa 8E11-2

Studijski program doktorske akademske studije etnologije i antropologije (2009)

Naslov rada „Kulturna konceptualizacija zdravstvenih rizika kao sredstvo društvene kontrole na primeru zakonskog regulisanja upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji“

Mentor prof. dr Bojan Žikić

Potpisani _____

izjavljujem da je štampana verzija mog doktorskog rada istovetna elektronskoj verziji koju sam predao/la za objavljivanje na portalu **Digitalnog repozitorijuma Univerziteta u Beogradu**.

Dozvoljavam da se objave moji lični podaci vezani za dobijanje akademskog zvanja doktora nauka, kao što su ime i prezime, godina i mesto rođenja i datum odbrane rada. Ovi lični podaci mogu se objaviti na mrežnim stranicama digitalne biblioteke, u elektronskom katalogu i u publikacijama Univerziteta u Beogradu.

Potpis doktoranda

U Beogradu, 07. 09. 2015.

Vukićević Jelena

Prilog 3.

Izjava o korišćenju

Ovlašćujem Univerzitetsku biblioteku „Svetozar Marković“ da u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu unese moju doktorsku disertaciju pod naslovom:

„Kulturna konceptualizacija zdravstvenih rizika kao sredstvo društvene kontrole na primeru zakonskog regulisanja upotrebe alkohola i duvana u savremenoj Srbiji“

koja je moje autorsko delo.

Disertaciju sa svim priložima predao/la sam u elektronskom formatu pogodnom za trajno arhiviranje.

Moju doktorsku disertaciju pohranjenu u Digitalni repozitorijum Univerziteta u Beogradu mogu da koriste svi koji poštuju odredbe sadržane u odabranom tipu licence Kreativne zajednice (Creative Commons) za koju sam se odlučio/la.

1. Autorstvo
2. Autorstvo - nekomercijalno
3. Autorstvo – nekomercijalno – bez prerade
4. Autorstvo – nekomercijalno – deliti pod istim uslovima
5. Autorstvo – bez prerade
6. Autorstvo – deliti pod istim uslovima

(Molimo da zaokružite samo jednu od šest ponuđenih licenci, kratak opis licenci dat je na poledini lista).

Potpis doktoranda

U Beogradu, , 07.09.2015.

Vukićević Jelena

1. **Autorstvo** - Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, i prerade, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence, čak i u komercijalne svrhe. Ovo je najslobodnija od svih licenci.
2. **Autorstvo – nekomercijalno**. Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, i prerade, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence. Ova licenca ne dozvoljava komercijalnu upotrebu dela.
3. **Autorstvo - nekomercijalno – bez prerade**. Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, bez promena, preoblikovanja ili upotrebe dela u svom delu, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence. Ova licenca ne dozvoljava komercijalnu upotrebu dela. U odnosu na sve ostale licence, ovom licencom se ograničava najveći obim prava korišćenja dela.
4. **Autorstvo - nekomercijalno – deliti pod istim uslovima**. Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, i prerade, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence i ako se prerada distribuira pod istom ili sličnom licencom. Ova licenca ne dozvoljava komercijalnu upotrebu dela i prerada.
5. **Autorstvo – bez prerade**. Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, bez promena, preoblikovanja ili upotrebe dela u svom delu, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence. Ova licenca dozvoljava komercijalnu upotrebu dela.
6. **Autorstvo - deliti pod istim uslovima**. Dozvoljavate umnožavanje, distribuciju i javno saopštavanje dela, i prerade, ako se navede ime autora na način određen od strane autora ili davaoca licence i ako se prerada distribuira pod istom ili sličnom licencom. Ova licenca dozvoljava komercijalnu upotrebu dela i prerada. Slična je softverskim licencama, odnosno licencama otvorenog koda.