

Zgodovinska ikonografija totalne ustanove in fenomen "bolezen- ženska"

Darja Zaviršek

Ker je tedaj naši deželi zaradi vedno silnejšega naraščanja blaznih - leta 1875. bilo je sprejetih 112, 1876. leta 98, leta 1877. pa 106 - tedaj v enem letu trikrat toliko, kakor v 5 letih skupaj! - veči in bolje vredjeni zavod že davno sila potreben bil, zato se mi zdi primerno, seznaniti zdaj občinstvo z notranjo napravo in namenom dobre blaznice.

*Dr. Karol Bleiweiss,
Blaznice (norišnice), kakršne morajo
biti, in kaj je njih namen, 1878*

Iz amorfne mase nizko strukturiranih družbenih odnosov in deteritorializiranih prostorov vaških poti in mestnih ulic, ladij norcev, karnevalov in nato centraliziranih zaporov se je konec 18. stoletja norost izfiltrirala kot točno določena kategorija deviantnosti. Nove življenjske razmere, ki so nastale z uvedbo tovarniškega dela, novega tipa družinskih odnosov, pogleda na spola in novega normativnega sistema, so zahtevali tudi drugačen tip socialne kontrole. Tržno gospodarstvo, ki je bilo podrejeno vse bolj strukturiranemu redu, je zahtevalo diferencirano klasifikacijo deviantnega vedenja in je kot eno prvih izločevalnih opozicij izvedlo ločitev med telesno delovno sposobnimi in telesno nesposobnimi reveži in obstranci.

Norost je v zgodovini dobila svoje mesto v zapisih kronistov, ko je bila postavljena kot določena oblika spektakla v javni prostor. Najbolj znana spektakelska dejanja so srednjeveški karnevali norcev, ki so potekali na ulicah in v cerkvah. Ljudje so izbrali opata ali škofa norcev, duhovniki so med plesom nosili različne maske in ženska oblačila, nekateri so hodili naokrog z mašno knjigo na glavi, drugi so igrali karte,

jedli klobase, peli kvantaške pesmi, preklinjali in delili udarce mimooidočim. Peter Burke (1985) opozarja na fundamentalno ambivalentnost, skrito v družbeni funkciji teh praznovanj. Po eni strani je imela takšna oblika ljudske kulture vlogo protesta proti obstoječemu socialnemu redu in v zvezi s tem vlogo utrjevanja medsebojne solidarnosti določenih družbenih mentalitet, po drugi strani pa so takšna praznovanja, temelječa na inverziji družbenih vlog, ohranjevala in utrjevala hierarhično ureditev družbe ter na poseben način izvajala socialno kontrolo nad izobčenci.

Kasneje je postalo gledališče - naslednik ljudskih karnevalov in praznovanj - kraj, kjer se je norost manifestirala brez zadržkov. Njegovi protagonisti so bili vključeni v dvojni primež: v stanje blaznosti in obenem v zrenje lastnega stanja. Tudi gledalcu/gledalki je bil omogočen dvojni pogled, saj ga/jo je komična in hkrati tragična podoba norca soočila s celovitostjo človeške narave, celovitostjo njegove/njene lastne podobe.

S tem, ko si je igralec nadel obleko norca, si je pridobil pravico, kot pravi Robert Klein (1970), "da se je delal norca". To so mu omogočali prav atributi, ki so imeli močno konotativno funkcijo: žezlo s kraguljčki na primer je izhajalo iz kija, varovalnega orožja blaznežev, ki so ga uporabljali pred agresijo mimooidočih, obrita glava, znamenje stigmatiziranih posameznikov (vaških norcev, prešuštnic), oslovski ušesa, svinjski mehur itd. Karnevali in kasneje burkaška gledališča, so bili torej točke, kjer je bilo dovoljeno rušenje prepričanja o človekovi zmerni, racionalni in razmišljujoči naravi. V takšnih legitimnih prostorih norosti je bilo dovoljeno tudi tisto, kar je segalo onkraj človekove razumne narave in rušilo konvencionalna obnašanja in kodirano komunikacijo. Prav dvorski norčki so bili tisti, ki so se vedno gibali po nevarnem robu med pogansko razuzdanostjo in dvorsko igro, kot njeno zamejitvijo. Vendar vedno znotraj igre, ki se, kakor pravi Johan Huizinga (1970), nahaja onkraj nasprotja modrost/norost, sledi mnogovrstnosti življenjskih razpoloženj in se nahaja v nekem globljem sloju našega duhovnega bitja.

Ko je tendenca, da se blazneže loči od drugih stigmatizirancev, konec 18. stoletja postala uresničljiva, je bila povezana z nastankom centralizirane državne moči, ekonomske racionalizacije in razkroja lokalnih socialnih vezi, družinskih gospodarstev in zaprtih skupnosti. Razvoj nacionalnega in mednarodnega trga je odprl pot monopoliziranju in reguliranju vladanja državnih institucij prisile. Nastanki psihiatričnih azilov so bili le mikro posnetek globalnih družbenih procesov centralizacije in teritorializacije. Norost se je zamejila, izgubila nadih strašnega

in mamljivega obenem, podoba norca pa je dobila klinično sliko. Tako je iz družbe izginila neka vrsta mentalitete, ki jo najdemo le še za zidovi umobolnic, znotraj katerih je človek, skozi katerega sta nekoč govorila in se preigravala božji in demonski glas in katerega obleko si je nadel norčavi burkež, le še čista manifestacija bolezni.

Medicina, ki si je prizadevala, da bi dobila trdno mesto med vladajočimi strukturami, je s propagiranjem ideje, da je blaznost merljiva le z biološko fizikalnimi spremenljivkami, počasi vodila norost v popolno okrilje svoje oblasti. Kot pokaže Andrew T. Scull (1980), je norost morala postati bolezen, če je medicina hotela dobiti popoln in legitimen monopol nad njeno obravnavo. Nosilci medicinske znanosti, ki so izhajali iz vladajočega razreda in privilegiranega spola (v začetku 19. stoletja so zdravniki že zdavnaj izrinili ženske iz zdravniških dejavnosti), so s prisvojitvijo definiranja človeške norosti, morale, higiene, reproduktivnih dolžnosti žensk vse bolj utrjevali svojo družbeno moč¹. Tako je bil leta 1845 v Angliji končno sprejet zakon o blaznežih (*Lunatic Act*), po katerem je medicina dobila popolno oblast nad vprašanjem norosti, ki jo znotraj koncepta duševnega zdravlja obvladuje še danes². Novi dokument, ki je uzakonil tudi uvedbo azilov za revne

1 Zmaga, ki jo je medicina izbojevala v 19. stoletju, se je manifestirala v njihovi IZKLJUČNI PRAVICI razsojanja o zdravju, norosti in delu z "blaznimi". Njena moč se najlepše kaže v anekdoti o Phillipu Pinelu. Ko je hotel blaznežem sneti verige, je za to potreboval dovoljenje civilne oblasti, ki pa je, kot dokazuje naslednja anekdota, njihovo prihodnost v celoti prepustila odločitvam psihiatrije. Predsednik prve pariške komune, revolucionar Couthon, je vprašal Pinela: "Meščan, ali si ti norec, ali pa je vzrok drugje, da hočeš te živali izpustiti z verig?" Pinel mu odvrne: "Meščan, prepričan sem, da so norci samo zato tako nemogoči, ker sta jim odvzeta zrak in svoboda." Po tem odgovoru Couthon zaključuje: "Potem naredi z njimi, kar hočeš. Bojim se le, da si žrtev lastne predrznosti." (Bernard de Freminville, *Das Recht, Zwang auszuueben*, 1980, p.59; V: Max Manfred Wambach/Gert Hellerich/Wolfgang Reichel: *Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie*, Suhrkamp, Frankfurt/Main.

2 Tudi najpomembnejša liberalna struja je v Evropo prišla iz Anglije z zahtevami psihiatra Johna Connolya, naj se blazneže ne zdravi več s prisilnimi sredstvi, temveč uvede "no restraint" metodo. Connoly je v svojem delu *The Treatment of Insane without Mechanical Restraints* (London, 1856) poročal, da ni od leta 1839, ko je postal vodja klinike niti enkrat uporabil niti fizične (verige, prisilni jopič) niti moralne (strah, poniževanja) prisile. Namesto tega je organiziral odprte psihiatrične oddelke, regionalno psihiatrično upravo, boril se je proti novi azilarni praksi ter zatiranju in izključevanju stigmatiziranih. Čeprav ga med leti 1850 in 1860 obsodijo šarlatanstva ⇒

norce in je bil pod popolnim zdravniškim vodstvom, je markiral proces institucionalizacije psihiatrije³.

Bistveni premik, ki zaznamuje modernost družb, se je zgodil s premikom od zakona k normi. Moč zakona, ki je človeka prej kaznovala, se je spremenila v občo moč norme. Človek, ki njenih principov nadzora, klasificiranja, hierarhiziranja, kvalificiranja ni ponotranjil, ni bil več zločinec, ampak bolnik. Psihiatrija, ki je svojo moč raztezala tudi na področja prava in institucij znanosti, je služila sistemu industrijske profitne družbe, ki je določenim ljudem, potem ko jih je izločil v skupino stigmatiziranih, dodeli tudi točno določeno mesto.

Razmisleka o zgodovinskem nastanku psihiatrije in njenih današnjih institucijah dokazujeta, da gre za sistem konstant, z istimi funkcijami znotraj globalnih sistemov. Le-te, ki se danes izvajajo z novimi praktikami, je Robert Castel (1980) označil kot "psihiatrično intervencijsko konstelacijo", podrejeno principu metamorfoze. Psihiatrični sistem konstant, s pomočjo katerega se določene ljudi najde, označi, izloči in diagnosticira, za Castela sestavljajo naslednji elementi (cf. Max Manfred Wambach, 1980, p. 12):

1. teoretski kod (klasična, socialno-psihiatrična predstava bolezni);
2. tehnologija intervencije (diagnostične metode, moralizirajoče obravnave, terapevtske in medicinske tehnike, pedagogiziranje);
3. institucionalni aparat (klinika, zavod, svetovalne službe);
4. psihiater kot profesionalec (lastnik monopola vedenja, ekspertize, zdravniške kompetence ravnanja in obravnavanja);
5. neprofesionalni delavci-ke v psihiatriji (delajo v soglasju s psihiatri; negovalci-ke, drugo osebje);

⇒ in neznanstvenosti, je njegova "no restraint" metoda šokirala Francoze. Francoski zdravnik Morel, ki je šel kot izvidnica po ukazu Ministrstva v Anglijo se je vrnil navdušen in poskušal slediti Connolyu. Kmalu je bila med francoskimi zdravniki reforma zavrnjena (cf. Bernard de Freminville, *Das Recht...*, 1980, p. 61).

3 V Angliji je leta 1853 ustanovljen strokovni časopis *Asylum Journal*, kjer so blazneži, ljudje z možgansko boleznijo, popolnoma medicinsko konceptualizirani. V Nemčiji pa je profesor medicine Johann Christian Reil že leta 1800 izdal katalog pripomočkov za zdravljenje in delo z blazneži in ostro zahteval, da se delo z njimi omeji le na medicino (cf. Gunter Herzog, 1988, p. 439).

6. nepsihiatrični profesionalci (psihologi-nje, terapevti-ke, sociologije, socialni delavci-ke, socialni pedagogi-nje);
7. status prizadetih (definicija duševnega bolnika-ce kot nedoletne-ga, redukcija njegove-njene meščanske eksistence in pravic);
8. posredovalci (policija, socialne službe, zdravstvene službe, cerkev);
9. povpraševalci (družina, šole, socialne službe, bolniki, sodišča, podjetja).

Vsi ti elementi torej določajo prakso in diskurz psihiatrije. Njihova konstelacija se od dežele do dežele in od časa do časa razlikuje, ne da bi kateri od njih kjerkoli odpadel ali postal nepomeben. Psihiatrična intervencijska konstelacija se uresničuje kot praksa kontrole obnašanja in kot praksa stigmatiziranja (gr. stigma, stigmatos: vbod, pega);⁴

Zgodovinsko ikonografijo psihiatričnih institucij sestavlja sistem institucionalnega nasilja, ki se kaže tako v segregacijski ideologiji prostora kot v vrsti mehanizmov, ki spodbujajo razosebljenje, nemoč in "mortifikacijo" (kot imenuje E. Goffman socializacijo na takšno ustanovo) tistega-e, ki vstopi v psihiatrično ustanovo.

Da se v slovenski psihiatriji tudi "na zunaj" ni veliko spremenilo, sem imela priložnost doživeti v slovenskem psihiatričnem azilu, ki ga je v nekaterih točkah mogoče primerjati z delovanjem slovenske psihiatrije v 19. stoletju. Prva slovenska blaznica, kot izvemo iz knjižice dr. Karola Bleiweisa leta 1878, je že uporabljala niz disciplinskih nagrad in sankcij med katerimi so bile tudi "jopice za silo". Nekaj desetletij kasneje (leta 1926) pa je iz članka mariborskega zdravnika Janka Dernovška razvidno, da je imela mariborska bolnišnica tudi "sobo-besnico", v kateri je stala "...zamrežena postelja in druge varnostne priprave". V Hrastovcu sem videla tako zasedeno "zamreženo posteljo", kakor uporabo "jopic za silo". "Soba-besnica" pa je prav gotovo predhodnica tim. izolirnice, ki jo uporabljajo v Hrastovcu kot mehanizem

4 Goffmanov koncept stigme poudarja, da je stigma reduciranje posameznika na posebnost, ki ga dela različnega od kategorij, ki so še vključene v tolerančno območje posameznikovega družbenega okolja. Stigma je posebna identiteta, katere glavna značilnost je "nenormalnost", ki prekrije vse ostale posameznikove lastnosti. Je diskreditirajoča identiteta, ki se navkljub uporu prilepi na posameznika-co in ga/jo zaznamuje vse dotlej, dokler jo okolje, ki jo je proizvedlo, spet ne zavrne. Nastanek stigme je torej odvisen od posebnega odnosa med vladajočo normo in položaja tistega-e, ki je objekt diskreditiranja (cf. Goffman, *Stigma*, 1981).

ustrahovanja in kot sami pravijo, za "najhujše primere". To je majhen prostor obdan s keramičnimi ploščicami in opremljen z leseno klopjo, kamor zaprejo človeka včasih za nekaj ur, ali za kak dan. V zaklenjenih vratih je zamreženo okence, skozi katerega se človeka lahko nadzoruje. Tudi izolirnica je bila v času mojega bivanja uporabljena.

Današnja ideologija psihiatrije utrjuje prepričanje o "dobri družbi" in slabem/bolnem posamezniku-ci. Klinični diskurz je zares omogočen šele takrat, ko je človek ločen od svojega socialnega konteksta in se kaže profesionalcu kot čista bolezen. Človek in njegova osebna biografija sta reducirana na telo v katerem domuje bolezen. Sama ideologija prostora utrjuje omenjeno iluzijo s plazovi mistifikacij o segregiranih psihiatričnih centrih, ki ločujejo zdravo od bolnega, sprejeto od zavrnjenega, pomembno od prezrtega.

Spolni stereotipi v današnji psihiatriji

Histerična ženska je vampir, ki zdravim v svoji okolici pije kri.

Oliver Wendell Holmes

Od nastanka moderne psihiatrije sta se medicinski diskurz in diskurz spolnih stereotipov (slednji je legitimiran v kulturni konstrukciji spolov) med seboj prežemala in dopolnjevala. Učinek medsebojne prepletenosti je viden prav v fenomenu histerije. Ženska histerija je postala v 19. stoletju najvidnejši PRODUKT PSIHIATRIČNE MOČI⁵. Kot poudarja Heidemarie Bennent (1985), se je teološki sklep o neodpornosti ženske duše pred hudičem in drugim zlom, v 19. stoletju spet pojavil znotraj medicinskih teorij o labilnosti žensk in o "ženskem", ki je blizu naravnega. Če je bila ženska simbolno zvezana z naravo, je bil moški s kulturo. Če je bil značaj prve definiran kot emocionalen in pasiven, je bil značaj drugega definiran kot racionalen in delujoč. Psihiatri pa so ob teh distinkcijah vpeljali prepričanja o labilni in bolni ženski, ter o trdni in zdravi moški naravi. Tako je torej medicinski diskurz SOKREIRAL ideologijo dveh značajev in dveh narav.

5 Izčrpn prikaz zgodovine histerije glej zlasti: Regina Schaps, 1982; Christina von Braun, 1988; Esther Fischer-Homberger, 1979; Darja Završek 1991a, b.

Kot se današnje nadzorovalne psihiatrične taktike ne razlikujejo od svojih predhodnic (še vedno obstajajo azili, prisilni jopiči, psihiatrija še vedno temelji na naravoslovno-medicinskem modelu, kar dokazuje zlasti medikalizacija), tako se nezavedno reproducira tudi mizoginističen odnos do žensk. Zgodovinski spomin na žensko histerijo kot kulturni fenomen, se kaže v današnji sintagmi "bolezen-ženska". Po eni strani se vsled kulturnega stereotipa še vedno išče bolna in neuravnovešena ženska notranjost, po drugi strani pa število ženskih bolezni ter medikalizacije in hospitalizacije dokazujejo, da se ženske s to PRIPISANO VLOGO VSE BOLJ IDENTIFICIRAJO.

Mnoge študije iščejo vzroke v načinu obnašanja imenovanem "naučena nemoč" (learned helplessness), ki naj bi jo ženske razvile kot odgovor na pogoste izkušnje zlorab. Sintagma "naučena nemoč", vse bolj priljubljena od konca 70. let, je opopzarjala na nasilje (zlasti psihično), ki ga mnoge ženske doživljajo v družini in na strukturno nasilje, ki ga doživljajo v androcentrični družbi. Zanimivo je, da jo je začel uporabljati Martin Seligman (1975), ko je na poskusu s psimi, katere je oplazil elektrošok čeprav so se ga hoteli izogniti ugotovil, da jih večkratna izkušnja nemožnosti ubraniti se bolečine, pušča nemočne. Psi so se po določenem času prenehali braniti, čeprav bi se v drugi fazi poskusa, elektrošoka lahko izognili. Nato je svoj poskus apliciral na ljudi in na vprašanje depresije. Glavni simptom depresivnosti je zanj nemoč, ki izhaja iz izkušnje, da lastno obnašanje posameznika-ce nima nobenega vpliva na posledice, ki bodo sledile ne glede na to, ali bodo dobre ali slabe. (cf. Esther R. Greenglass, 1986, p. 222). Depresija, kot "ženski odgovor" na življenjske situacije pa je danes prva v vrsti tim. "tipičnih ženskih bolezni", za katerimi ženske, po podatkih mnogih raziskav trpijo dva do šestkrat pogosteje kot moški (cf. Andrea Ernst in Ingrid Fueller, 1988, p.110). Dejstvo, da so povsod po svetu prav ženske najpogostejše obiskovalke psihiatrov in zdravnikov in da je medikalizacija žensk mnogo višja kot moška, dokazuje, da je občutek nemoči še vedno realnost v vsakdanjem življenju mnogih žensk.

Binarna struktura razmerij med spoloma deluje, kot dokazuje raziskava J.K. Brovermanna in skupine (1970), tudi znotraj koncepta duševnega zdravja. Raziskava je potekala med ameriškimi terapevti in terapevtkami, ki so jim bila postavljena vprašanja o njihovih predstavah psihično zdravega moškega, psihično zdrave ženske in psihično zdravega odraslega človeku. Rezultati raziskave so potrdili, da podobi psihično zdravega moškega in ženske sledita stereotipnim predstavam o moškosti in ženskosti v današnjih evropskih in ameriških družbah. Če je psihično zdrav moški aktiven, racionalen, psihično stabilen, je psihično zdrava ženska pasivnejša, emocionalnejša in labilnejša.

Ko je Brovermann terapevtom in terapevtkam zastavil vprašanje o tem, kakšna je njihova podoba psihično zdravega človeka, so bili odgovori enaki odgovorom na vprašanje o njihovi predstavi psihično zdravega moškega. Zdrav odrasli človek mora biti torej primerno agresiven, aktiven, dominirajoč, močan in brez strahu, racionalen, obvladati mora svoja čustva in slediti svojim ciljem. Nasprotno pa je dobil "psihično moten" moški večino tistih lastnosti, ki so bile prej pripisane psihično zdravi ženski (pasivnost, prevelika čustvenost, neracionalnost, avanturizem, občutki strahu in nemoči, neagresivnost, nepodjetnost, nedominantnost). Lastnosti, ki sestavljajo stereotipno predstavo o ženski, veljajo hkrati kot izhodišče za iskanje psihičnih motenj pri moškem, koncept psihičnega zdravja pa je znotraj psihiatrično medicinske in psihoterapevtske prakse naravnano na **KULTURNI STEREOTIP ZDRAVEGA MOŠKEGA**.

Biti normalen moški je torej nekaj drugega kot biti normalna ženska, garant dihotomije normalno/nenormalno, ki se znotraj medicinske binarne logike sprevrne v opozicijo zdravje/bolezen, pa je psihiatrična institucija. Ta opozicija predpostavlja, da obstaja neka Norma, preko katere poteka prepoznavanje. Politika psihiatrije kot del aparata družbene kontrole tudi s **SPOLNO SPECIFIČNIM DIAGNOSTICIRANJEM** uresničuje normativni načrt utrjevanja normalnega, ki se kaže tako v produkciji različnih kriterijev, na temelju katerih pride ženska v psihiatrijo, kot tudi v seksističnih odnosih do hospitaliziranih žensk znotraj totalne ustanove.

Če v latentni obliki stigma, kot pokaže Goffman (1981), biva v določenih negativnih stereotipih in se aktivira s posameznikovo zavestno odločitvijo in osebnim interesom, nosijo tudi spolni stereotipi, zlasti takrat, ko sta spola razdeljena in vrednotena v opoziciji boljši/slabša, imanentno stigmo. Le-ta pa se aktivira v določeni socialni konstelaciji in je odvisna od statusa, ki ga ima določena ženska v tem določenem razmerju sil.⁵

Diskurz psihiatrije

Prav prek besede so spoznavali norost norca; bile so mesto, kjer se je vršilo razločevanje; toda nikoli niso bile sprejete niti slišane.

Michel Foucault, 1970

Skrajni konec verige razločevanj in izvrženja se manifestira v komunikaciji med psihiatrom in uporabnico psihiatričnih storitev⁶. Mikropolitika pogovorov, ki manifestirajo odnos moči, dokazuje, da biti psihiater, pomeni biti močnejši izmed dveh. Alexandra Dundas Todd (1989) je v svoji raziskavi o komunikaciji med zdravniki in uporabnicami medicinskih storitev ugotovila, da se struktura moči ne kaže le v tem, da imajo zdravniki oblast nad informacijami, ki jih varujejo kot "naravno posvečenost", temveč da postavljajo bistveno več vprašanj, delajo več sklepov in izdajajo vse ukaze ter v tem, da zdravniki ženske neprestano prekinjajo. Za komunikacijo v kateri ima psihiater moč, iskalec/ka pomoči pa je brez nje, je še zlasti v primeru žensk značilna INFANTILIZACIJA, v kateri se stereotipne predstave o ženski prepletajo s pozitivističnimi predstavami o norosti in duševni bolezni. Bolj ko ženska poskuša razložiti, kaj jo teži, bolj se zapleta v govorno igro strokovnjaka. V takšnem pogovoru, ki naj služi kot element diagnosticiranja, se zdijo napor ženske le dokaz njene psihične motenosti. Naravoslovno-medicinski psihiatrični diskurz človeka oropa pravice do legitimnega razmisleka o vzrokih "simptomov" in mu odvzame pravico do lastne interpretacije duševne stiske. Korenine komunikacije, ki temeljijo na znanstveno podkrepjenem VEDENJU, segajo v čas nove medicinizacije družbe in uveljavljanja psihiatrije. Angleški zdravnik Robert Carter, ki je histerične ženske v tistem času označil za osebe, ki so "psihično tako neuravnovešene kot otroci, obenem pa imajo

⁶ V tem in zadnjem poglavju bom pogosto uporabljala le moški spol pri psihiatru in le ženski pri uporabnici psihiatričnih storitev. Prvega zato, ker je število moških psihiatrov in tistih, ki zavzemajo znotraj psihiatrije vodilna mesta bistveno višje kot število psihiatrinj, drugega pa zato, ker usmerjam zanimanje predvsem v položaj žensk. Psihiatrična institucija, ki je že po svojem zgodovinskem nastanku izrazito disciplinska ustanova pa je prostor, kjer doživljata najrazličnejše zlorabe, instrumentalizacije in razosebljanja OBA SPOĻA.

pregrehe in strasti odraslih", je leta 1853 zdravnikom ob stikih s pacientkami priporočal:

"Nastopajte z avtoriteto, ki že sama po sebi sili v poslušnost. Če pacientka vzame zdravniku besedo, ji mora ta reči, naj bo pri miru in ga poslušaj; in to ne le z besedami, ki bi izdajale nestrpnost in jezo, ampak tudi v takšnem tonu, ki ne trpi ugovorov in neposlušnosti" (Cf. C. Smith-Rosenberg, 1981, p.292).

Ekstremnemu primeru logike moči in nerazumevanja znotraj komunikacije psihiater/uporabnica psihiatričnih storitev, sem bila priča v enem od zaprtih ženskih oddelkov v Zavodu za živčno in duševno prizadete Hrastovec, ob vsakoletnem obisku psihiatra, ki je predstavljal sodno-medicinskega izvedenca (v času mednarodnega raziskovalno-psihiatričnega tabora Hrastovec 1988). Njegova vloga je bila ugotoviti, ali lahko kdo od oskrbovancev in oskrbovank azil zapusti, ali se je komu, v žargonu psihiatrične institucije, "stanje izboljšalo". Tako naj bi se v sistemu zlorab in totalnega nadzorovanja preprečile zlorabe.

Ženske, ki so jih druga za drugo vodili pred psihiatra, so dobile naslednja vprašanja: "Kateri dan je danes?"; "Koliko let ste že v Hrastovcu?" in nekatere tudi: "Kdaj ste bili rojeni?" ali "Koliko ste stari?". Vsaka je dobila dva do tri vprašanja, preden jo je psihiater z gibom glave ali z: "Dobro." odpustil.

Sele onstran pozitivističnega ugovora, da je v Hrastovcu skoraj nemogoče vedeti katerega dne smo (časopisov ni, televizijo lahko gledajo samo privilegirani/e), se kaže vsa absurdnost situacije. Zdravo se od bolnega in normalno od norega kaže prek števil in štetja, koledarskega sistema, preko meja in ločnic. Logika pozitivistične naravoslovno-znanstvene psihiatrije je torej ta: *not/a* si, če ne veš kateri dan je danes in če ne veš, koliko let si že zaprt/a za zidovi in rešetkami.

Zlasti na prvo vprašanje so ženske molčale, njihov molk, pa se je zdel meni edini pravi odgovor na ponižanje in aroganco, ki so ju vprašanja implicirala. Nobena od njih si ni zaradi leto za letom trajajočega discipliniranja in represije (prisilni jopič, "izolirnica", premeščanje iz odprtega oddelka na zaprtega in iz enega zaprtega v drugega), drznila izjave o nepomembnosti datumov, let in štetja v Hrastovcu. Vse to lahko nekaj velja v zaporu in nič v psihiatričnem azilu. Njihov molk pa je lahko pomenil zavedanje tega, da odgovor, pravilen ali napačen, ničesar ne spremeni. Sprejele so torej vsiljeni ritual določene komunikacije in se držale vnaprej predpisanih vlog. Kajti v psihiatrični totalni ustanovi ima vrednotenje odgovorov, vedno eno samo smer; odgovor je dokaz, da se je "bolezen izboljšala" ali da se je "stanje poslabšalo"; je dokaz, da se je z medikamentno terapijo "okrepilo zanimanje za

okolico" ali pa dokaz, da je treba zvišati količino psihofarmakov, zaradi "odsotnosti bolnika/ce". Odgovor sam je dokaz za bolezen.

Moč in oblast psihiatričnega diskurza ne potrebuje zamenjave scenarija pri naključni prostovoljki, saj je dovolj, da mu je pripisano totalno vedenje, ki temelji na binarni opoziciji resnično/napačno in izhaja iz zgodovinsko vzpostavljenega razločevanja. Kot zapiše M. Foucault (1987, p.2):

"Rekli mi boste, da je s tem, danes opravljeno ali da kmalu bo; da norčeva beseda ni več z druge strani razločevanja; da ni več ničeva in nedejanska; da nas nasprotno zbudi k pozornosti; da v njej iščemo smisel ali obris ali kar mi sami artikuliramo, v tem minimalnem razporku, kjer nam to, kar rečemo, uhaja. Vendar še toliko pozornosti ne dokazuje, da bi staro razločevanje ne bilo več v igri; zadostuje, da pomislimo na ves sklop institucij, ki omogočajo nekemu - zdravniku, psihoanalitiku, da prisluhne tej besedi in ki omogočajo istočasno pacientu, da prispeva svoje uboge besede ali jih obupano zadrži; zadošča, da pomislimo na vse to in zaslutimo, da je razločevanje - daleč od tega, da bi bilo izbrisano - v igri na drug način, prek drugih linij, novih institucij in z kaj različnimi učinki. In čeprav bi vloga zdravnika bila le v tem, da prisluhne končno svobodni besedi, bi se poslušanje še vedno odvijalo znotraj ohranjene cenzure. Poslušanje nekega diskurza, ki je investiran z željo, in ki si domišlja - v svoje največje vzburjenje in največjo tesnobo, da poseduje strašne sile. Če je res potrebna tišina uma za ozdravitev pošasti, zadošča že, da je tišina vzburjena in razločevanje ostaja."

Pravica legitimirati bolezen je očitno fantastična pravica, ki daje status moči in oblasti, ki ju izdaja komunikacija med psihiatrom in tistimi, ki iščejo pomoči. Posledice asimetrije moči v razmerju psihiater/uporabnica psihiatrije, se kažejo v sklepu o terapiji in v odvijanju zdravljenja, ki ga Michel Foucault imenuje "sistem podvrženja". Prav zato je medicinski pogovor tako socialno kot mikropolitичno delovanje, saj je del v strukturi kulturne in politične realnosti, v kateri se nahaja. Mikropolitika medicinskega pogovora odkriva družbeno neenakost, ki je toliko večja, ko gre za vprašanje žensk, ki so v medicinski komunikaciji dvojno diskriminirane. Ne le, da zdravniki-ce pogosteje diagnosticirajo moške bolezni kot somatske, ženske pa kot psihosomatske, temveč je tudi tip pogovora produkt spolnih stereotipov in je zato v primerih žensk drugačen kakor v primerih moških⁷. Prav konsum

7 Irmgard Vogt (1985) opozarja na tipični primer glavobolov, ki jih zdravnik-ca/psihiater-rinja dojema pri moških kot somatske (posledica prebavnih motenj), pri ženskah pa kot psihosomatske.

psihofarmakoloških sredstev in njihova zloraba med žensko populacijo dokazujeta to, kar Peter Sichrovsky (1984, p.113) označi s stavkom:

"Medicina ima kot najbolj "moška" od vseh znanosti in zdravniki kot njeni nosilci, neko prav posebno razmerje do žensk."

Medikalizacija žensk kot oblika preživetja

Za ženske, ki verjamejo, da bodo odložile sleherni trpljenje tega sveta s pomočjo zdravil, ki jih predpiše zdravnik, je obisk zdravnika ključ za rešitev njihovih problemov. To je vsekakor korak, ki jim zagotavlja, da bodo prišle do zdravil.

Irmgard Vogt

Na to "posebno razmerje do žensk" opozori Irmgard Vogt (1985), ko dokaže, da PORABA PSIHOFARMAKOLOŠKIH SREDSTEV VARIIRA GLEDE NA SPOL in opozarja na ozko povezanost med stereotipnimi predstavami o ženskah in ženskem obnašanju ter visoki medikalizaciji žensk⁸. Le-te pogosteje prevzamejo znotraj sebe pomensko razcepljeno vlogo bolnice. Bolezen ima vedno prizvok deviantnega in hkrati nečesa, kar je družbeno sprejeto, tolerirano ter daje neko identiteto. Vloga bolnika/ce prinaša, kakor je znotraj teorije vlog pokazal Talcot Parsons (1964), določene "osvoboditve" (osvoboditev

8 Ženske so poleg ostarelih ljudi glavne porabnice psihofarmakoloških sredstev. Enaki zaključki raziskav v zahodnih državah kažejo, da je največja razlika med žensko in moško medikalizacijo v starosti od 18 do 29 let, kjer pride na en recept za moškega šest receptov za ženske. Med leti od 30 do 60 let se razlika zmanjša do razmerja 1 : 2,2. Šele v starostni skupini nad 60 let pa se ta razlika izenači (Cf. Irmgard Vogt, 1985). Večina komparativnih študij o konsumu psihofarmakov trdi, da prideta v povprečju na en recept za moškega najmanj 1,5 do dva recepta za žensko (I. Vogt 1985, B. Jansen 1988, A. Ernst/I. Fueller 1988). V ZDA, Veliki Britaniji in Kanadi je bila zloraba psihoaktivnih drog med žensko populacijo v začetku 80. let 70% višja kot med moško (Cf. Phyllis Chesler, 1983). Peter Sichrovsky (1984) je ugotovil, da je v Nemčiji do 12. leta starosti predpisano več psihofarmakov dečkom kot deklicam, nato pa se razmerje obrne. Fenomen "bolezen-ženska" se začne torej s prvo menstruacijo.

odgovornosti za nezmožnosti, ki so posledica bolezni, osvoboditev opravljanja vsakdanjih dolžnosti) in določene "obveznosti" (dolžnost ozdravitve, dolžnost sprejeti profesionalno pomoč, če drugačen izhod iz bolezenske vloge ni mogoč). Na primeru omenjene teorije I. Vogt (1985) opozarja, da je vloga bolnice nekaj drugega kakor vloga bolnika in še več, da je ženska ne more legitimno sprejeti.

Tista, ki toži za glavoboli, nespečnostjo, nemirom, brezvoljnostjo in vsesplošnega slabega počutja, trpi po mnenju zdravnikov za "ženskim sindromom". Ker je takšne ženske težave, kakor je zahteval že viktorijski kodeks, mogoče premagati z močjo volje in manjšo občutljivostjo, te ženske tudi danes ne prenehajo biti odgovorne za tiste "nezmožnosti", ki izhajajo po Parsonsu iz bolezenske vloge. Prav tako niso osvobojene dolžnosti opravljanja vsakdanjih opravil, predvsem tistih ne, ki jih nalagata stereotipni vlogi matere in gospodinje. Njihova dolžnost je, da kakor hitro je mogoče, izidejo iz bolezenske vloge, kar jim omogočajo psihofarmakološka sredstva. Njihova visoka poraba dokazuje, da mora ženska čimpreje pridobiti izgubljeno psihično stabilnost in nemoteno nadaljevati z opravljanjem svojih dolžnosti. Sprejeti profesionalno pomoč pomeni torej v primeru žensk še toliko pogosteje dobiti recept za psihofarmakološka sredstva, ki pomenijo za mnoge vstop na pot njihove odvisnosti⁹.

Po eni strani se ženskam, ki trpijo za "ženskim sindromom" torej ne prizna privilegijev, ki iz vloge bolnika/ce izhajajo, kljub vsemu pa se jim predpiše psihoaktivna sredstva. Ženska je tako vkleščena v paradoksnno mnenje strokovnjaka, da so njene težave posledica labilne ženske narave in njene šibke volje.

Znotraj medicinsko-psihiatričnega diagnosticiranja dobijo omenjeni simptomi žensk diagnoze kot so: nevrovegetativna distonija, živčna preobčutljivost, izčrpanost ali prenapetost, psihovegetativna disregulacija. Značilnost vseh teh pojmov je, da človeka determinirajo znotraj kliničnih etiket, ki postanejo središče človeka samega, saj reducira psihiatrični diskurz posameznika-co na klobčič simptomov, simptomatike in bolezni. Ženske bolezni in njihovi simptomi torej niso plod emancipatoričnega razumevanja norosti kot raznorodnih poskusov

⁹ Raziskave o vprašanju duševnega zdravja žensk domnevajo, da je samomedikalizacija žensk skoraj tako velika kot tista, ki je predpisana s strani strokovnjakov-inj. S pomočjo medikamentov ženske še lahko opravljajo nujne vsakdanje dolžnosti (še zlasti skrb za otroke brez drugega starša). Zdravniška praksa pogosto označuje takšne ženske kot "slabe pacientke".

nekaj storiti, spremeniti, sporočiti okolici, temveč mikro- medicinske diskurzivne logike definiranja normalnega, dopuščenega, sprejemljivega in obenem stigmatiziranja odklonov. Visoka uporaba psihofarmakoloških sredstev je KONTROLNI MEHANIZEM, ki pomaga blažiti konfliktnost majhnih človeških skupnosti (družine, partnerskih zvez), ki jih družba kot posnetke makro-odnosov globalnih družb potrebuje za blažitve lastnih konfliktov.

Pogosto predpisovanje nevroleptikov, antidepresivov in trankvilizantov, kot najpomembnejših psihofarmakoloških sredstev v "obdelovanju" psihičnega trpljenja, opravlja kemično discipliniranje in nadzor predvsem med visokim številom žensk, in je pogosto posledica opisanega načina komuniciranja med psihiatrom in uporabnico psihiatrije.

Čeprav danes farmakološka industrija s svojimi tovarnami in s pomočjo medicinskega lobbyja poudarja, da je odvisnost od psiotropičnih drog redka, pa tako mnogi strokovnjaki kot laična javnost v svetu poudarjajo, da so negativni stranski učinki tolikšni, da je psihofarmake potrebno odstraniti iz prodaje¹⁰. Vprašanje zlorabe teh kemičnih sredstev je zatorej danes splet na eni strani popolne blokade znanja o tem, kakšni so dejanski škodljivi učinki drog, ki so koncem petdesetih let, ko so bile odkrite obljubliale, da bodo rešile družbo neprijetnega pogleda na zamrežena okna psihiatričnih bolnišnic in azilov ter posameznike-ce ubijajočega bivanja v totalnih ustanovah; na drugi strani pa blokade vedenja o tem, v kolikšni meri je ocena strokovnjaka, ki je obdan z nimbusom znanstvenosti objektivna in nevprašljiva, ko gre za najrazličnejše človeške stiske, katerim mora strokovnjak prilagoditi določeno kemično sredstvo. Če je že sama gesta predpisovanja psihofarmakoloških sredstev specifična oblika zlorabe, saj ženski dokaže, da je njen poskus rešitve neke psihične stiske nelegitimen in nezdrav, je še toliko bolj vprašljiv vsak recept, ki se najpogosteje spremeni v predpisovalno prakso brez učinka, ki traja več let ali pa vse življenje.

Ob predpisovanju nevroleptikov, ki se najpogosteje lepijo na etiketi psihoza in shizofrenija, ženska ne dobi informacije o tem, da se drama, povezana s temi kemičnimi sredstvi, ki delujejo na centralni živčni

10 Razsežnost problema je še zlasti velika zato, ker so v svetu psihofarmakološka sredstva najpogosteje predpisana zdravila, največji odstotek med njimi pa sestavljajo prav pomirjevala, torej trankvilizanti benzodiazepinskega tipa (ok. 80%) (Cornelia Krause-Girth 1989, p. 13).

sistem, imenuje diskinezija, nevroleptični parkinsonov sindrom, akatizija¹¹. Danes že same medicinske statistike v Evropi dokazujejo, da ima po petih ali več letih jemanja nevroleptikov 3-20% ljudi neozdravljivo diskinezijo, zaradi katere poleg drugih motenj, ne morejo več uravnnavati svoje obrazne muskulature (Andrea Ernst, Ingrid Fueller 1988, p. 121). Za pozno diskinezijo se najpogosteje uporablja izraz tardivna diskinezija (lat. tardus: počasen, kasen;), ki se po prepričanju zagovornikov kemičnih terapij pojavi pri ostarelih, šele po desetletju medikalizacije. Današnje študije dokazujejo, da se tardivna diskinezija lahko pojavi že po treh do šestih mesecih in je pri dveh tretjinah prizadetih ireverzibilna. Kot poudarjata Peter Lehmann in David Hill (1989), so spremembe centralnega živčnega sistema, ki jih povzročijo nevroleptiki podobne tistim, ki jih nevrologi imenujejo vnetje možganov, parkinsonova bolezen, vidovica in v obliki tardivne diskenezije prizadenejo tretjino vseh uporabnikov-c nevroleptikov.

Ob prihodu v slovenski azil Hrastovec je bil neke posebne vrste kulturni šok, ki smo ga bili doživeli (in ki ga ne doživimo, če srečamo na cesti človeka, ki je drugačen od "normalnih" ljudi), zato tako močan, ker smo se bili znašli med ljudmi, ki so bili poleg privzete institucionalne drže in obnašanja, v mnogem prizadeti zaradi posledic večletnega jemanja nevroleptikov. Njihova počasna in drsajoča hoja, odprta usta iz katerih se je mnogim cedila slina, spačene ustnice in topo steklen pogled, previdni in težki gibi, povešena rama in glava, ki je silila vstran, so se v prvem hipu zdeli le telesni dokazi njihove norosti, dokler niso naši pogledi začeli ostreje razlikovati mehanizme totalne ustanove, ki so s kemičnim nadzorom spreminjali ljudi v inštrumente njihove teorije in prakse.

Na drugi strani pa vodijo psihofarmakološka sredstva iz vrst antidepresivov in tranquilizantov, ki se najpogosteje uporabljajo prav v

11 Zgodnja diskinezija (najpogosteje se uporablja sintagma vegetativni in endokrini učinki), se manifestira v vrtoglavicah, krčih obrazne in vratne muskulature, ginekomastiji, zvišanju telesne teže, izsušenih ustih, potenju, zaprtju ipd. Pozna diskinezija, ki se navadno pojavi po nekaj let trajajoči kemični terapiji in je večinoma neozdravljiva, pa se kaže v nekontroliranih gibih telesnih in obraznih mišic, v problemih s požiranjem slina, neprostovoljnih gibih jezika, ekstremnih gibih telesa ipd. Med najpogostejšimi posledicami nevroleptikov so tudi nesposobnost sedenja pri miru, neprestana prisila gibanja, nemir (akatizija), ki so posledica daljše uporabe ter omejena motorika, izguba obrazne mimike, povečana mišična napetost, tresenje (nevroleptični Parkinson), ki se pojavijo že po nekaj tednih.

primerih žensk, v psiho-fizično odvisnost, ki se pri nekaterih začne že po nekaj tednih¹². Ženske, katerih psihično trpljenje je izraz hudih življenjskih konfliktov (konfliktni zakoni, spolne zlorabe, zatiranje v družini in na delovnem mestu, preobremenjenost, razpetost med domom in službo, občutek brezvrednosti, osamljenost znotraj gospodinske monotonosti) postanejo, kot zapiše Alexe Franke (1985), "tihe in mirne". Trankvilizanti, ki jih v največji meri ženskam pripisujejo prav splošni zdraniki-ce v primerih strahu, nespečnosti, nemira so najnevarnejše sredstvo, ki vodi v odvisnost (WHO jih je leta 1984 razvrstila med druga mamila), ne da bi nevarnost odvisnosti, ki vodi v zlorabe teh medikamentov, ženske sploh poznale. Prav primera ZDA in ZRN dokazujeta, da dobra obveščenenost, pisanje o negativnih učinkih psihofarmakoloških sredstev in poskusi psihoterapij, ki ne temeljijo na medikalizaciji ljudi, zmanjšajo porabo teh kemičnih sredstev. V ZDA, ki je v začetku 80. let dobila ime "trankvilizirana družba", se konsum psihofarmakov zmanjšuje sorazmerno z naraščanjem števila kritičnih analiz farmakološke industrije in na medicinskem modelu delujoče psihiatrije, ne da bi obstajali tudi dokazi o večjem psihičnem zdravju Američanov-k. Nasprotno, pa se v ZRN, kjer so bili prvi uradni podatki o konsumu psihofarmakov objavljeni šele v začetku 80. let, odvisnost in zloraba teh kemičnih sredstev povečuje (po raziskavi iz leta 1985, je dobilo 41% nemškega prebivalstva v starostni skupini med 30 in 40 let recept za psihofarmake; cf. Cornelia Krause-Girth, 1989, p. 15).

Tudi na Slovenskem je reakcija zdravnikov-c in psihiatrov-inj na psihično trpljenje žensk recept za psihofarmake. Cornelia Krause-Girth (1989, p.21) je očitke proti takšni medicinski praksi, ki je zamenjala verige, prisilne jopiče in elektrošoke s tabletami in injekcijami, strnila v štiri ugovore:

- 1) Z uporabo psihofarmakoloških sredstev se prikrijejo vzroki in konflikti in le malokatera je v njihovi oblasti še sposobna svoje konflikte reševati, saj se psihična distanca do njih poveča (čustvena uravnilovka);
- 2) Družbeni in individualni vzroki bolezni ostajajo neznani ne le zdravniku-ci temveč tudi prizadeti in se kažejo kot depolitizirana privatnost;

¹² Potrebno je poudariti, da predpisujejo recepte za psihofarmake benzodiazepinskega tipa (trankvilizanti kot so pomirjevala), zlasti splošni zdravniki-ce.

3) Ženska, ki se sprizajni in privadi na vlogo bolnice postane odvisna od medicinskih uslug in osvobojena odgovornosti za rešitev lastnih stisk;

4) Daljša uporaba škoduje tako telesnemu zdravju, kakor tudi psihičnemu in socialnemu dobremu počutju.

Medikalizacija žensk torej dokazuje, da se danes mnogo žensk še vedno identificira s pripisano vlogo, ki ji nalaga "manjšo odpornost" in "večjo šibkost", vprašanje pa je, zakaj in kaj ji nemalokrat drugega preostane? Če je, kot poudarja Erving Goffman (1981), stigma vsebovana v jeziku in je jezik njen nosilec, je struktura komunikacije med psihiatrom in klientko, ki temelji na samocenzuriranem jeziku stigme, orodje za žigosanje, izločanje in obvladovanje. Tisti, ki ga uporablja, se podredi in identificira z določenimi družbenimi zahtevami, utrjuje polarizacijo spolov ter postavlja na laž stereotip o "absolutni politični abstinenci" zdravniškega poklica.

Literatura:

BASSUK, Ellen L. (1986): *The Rest Cure: Repetition or Resolution of Victorian Women's Conflicts* (V: Susan Rubin Suleiman: *The Female Body...*).

BENNENT, Heidemarie (1985): *Galanterie und Verachtung. Eine philosophiegeschichtliche Untersuchung zur Stellung der Frau in Gesellschaft und Kultur* (campus, Frankfurt/Main).

BERNARDEZ, Teresa (1985): *Prevalent Disorders of Women: Attempts Toward a Different Understanding and Treatment* (V: Carol Mowbray, Susan Lanir, Marilyn Hulce: *Women and Mental Health*, New York).

BLEIWEIS, dr. Karol (1878): *Blaznice (norišnice), kakršne morajo biti, in kaj je njih namen* (Ljubljana).

BLESSING, Martin G. (1987): *Missbrauch, Inzest, Psychose* (doktorska dis., Univerza Oldenburg).

BRAUN, Christina von (1988): *Nicht Ich* (Neue Kritik, Frankfurt).

BROVERMANN, J. K. et al. (1970): *Sex-Role Stereotypes and Clinical Judgements of Mental Health* (V: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* No. 34).

- BURGARD, Roswitha (1980): *Wie Frauen "verruickt" gemacht werden* (Frauen Verlag, Berlin).
- BURGARD, Roswitha (1985): *Misshandelte Frauen; Verstrickung und Befreiung* (Beltz, Weinheim/Basel).
- BURKE, Peter (1985): *Helden, Schurken und Narren* (DTV, Muenchen).
- CASTEL, Robert (1979): *Die Psychiatrische Ordnung* (Frankfurt).
- CANGUILHEM, Georges (1987): *Normalno in patološko* (Studia Humanitatis, Ljubljana).
- CHESLER, Phyllis (1983): *Women and Madness* (New York).
- DERNOVŠEK, Janko (1926): *Pojasnilo o postopanju z blaznimi* (Tabor, Maribor, št.197).
- EHRENREICH, Barbara / ENGLISH, Deidre (1984): *Prisiljene v bolezni* (Časopis za kritiko znanosti 71/72, 73/74, Ljubljana).
- EISENBACH-STANGL, Irmgard / STANGL, Wolfgang Hsg. (1984): *Grenzen der Behandlung. Soziale Kontrolle und Psychiatrie* (Westdeutscher Verlag, Opladen).
- ERNST, Andrea / FUELLER, Ingrid (1988): *Schlucken und Schweigen; Wie Arzneimittel Frauen zerstören koennen* (Kiepenheuer & Witsch, Koeln).
- FOUCAULT, Michel (1984): *Nadzorovanje in kaznovanje* (DE, Ljubljana).
- FOUCAULT, Michel (1976): *Mikrophysik der Macht* (Merve Verlag, Berlin).
- FOUCAULT, Michel (1987): *Red diskurza* (Problemi-Razprave, št.2, Ljubljana).
- FOUCAULT, Michel (1975): *The Birth of the Clinic* (Vintage, New York).
- FISCHER-HOMBERGER, Esther (1979): *Krankheit Frau* (Hans Huber Verlag, Bern).
- FRANKE, Alexe (1985): *Die Gesundheit der Maenner ist das Glueck der Frauen* (V: Franke, Alexe/Jost, Ingrid (Hsg.): *Das Gleiche ist nicht dasselbe*, Tuebingen).

FREMINVILLE, de Bernard (1980): *Das Recht, Zwang auszuueben* (V: Wambach, Max Manfred/Hellerich, Gert/Reichel, Wolfgang: *Die Museen...*).

GIPSER, Dietlinde / STEIN-HILBERS, Marlene Hsg. (1980): *Wenn Frauen aus der Rolle fallen* (Weinheim).

GOFFMAN, Erving (1981): *Stigma. Notes on the Managment of Spoiled Identity* (Penguin Books, Velika Britanija).

GOFFMAN, Erving (1987): *Asylums* (Peregrine, London).

GREENGLASS, Esther R. (1986): *Geschlechterrolle als Schicksal* (Klett-Cotta, Stuttgart).

HERZOG, Gunter (1988): *Heilung, Erziehung, Sicherung* (V: Juergen Kocka Hsg.: *Buergrwrtum in 19. Jahrhundert*, Bd. III, DTV, Muenchen).

HUIZINGA, Johan (1970): *Homo ludens. O podrijetlu kulture u igri* (Matica Hrvatska, Zagreb).

JANSEN, Birgit (1988): *Geschlechterverhaeltnisse. Krankheit und Gesundheit* (Kassel).

KLEIN, Robert (1970): *La forme et l'intelligible* (Gallimard, Pariz).

KRAUSE-GIRTH, Cornelia (1989): *Schein-Loesungen. Die Verschreibungspraxis von Psychopharmaka* (Psychiatrie Verlag, Bonn).

LEHMANN, Peter /HILL, David (1989): *Neue Seuche: Tardive Dyskinesie* (Dr. med. Mabuse, št. 58, februar/marec, Frankfurt).

ONGARO-BASAGLIA, Franca (1985): *Gesundheit, Krankheit. Das Elend der Medizin* (S.Fischer, Frankfurt).

ONGARO-BASAGLIA, Franca (1988): *Žena, ludilo, ludnica* (V: *Alternative psihiatriji*, Lila ulica, Beograd).

PARSONS, Talcot (1964): *Social Structure and Personality* (London).

RODENSTEIN, Marianne (1984): *Somatische Kultur und Gaebepolitik; Tendenzen in der Gesundheitspolitik fuer Frauen* (V: Kickbusch, Ilona / Riedmueller, Barbara Hsg.: *Die Armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik*, Suhrkamp, Frankfurt/Main).

SCHAPS, Regina (1982): *Hysterie und Weiblichkeit* (Campus, Frankfurt/New York).

SCHNEIDER, Ulrike Hsg.(1981): *Was macht Frauen Krank?* (Campus, Frankfurt/New Yoek).

SCHULLER, Marianne (1982): "Weibliche Neurose" und Identitaet. Zur Diskussion der Hysterie um die Jahrhundertwende (V: Kamper, Dietmar / Wulf, Christoph Hsg.: *Die Wiederkehr des Koerpers*; Suhrkamp, Frankfurt).

SCULL, Andrew T. (1980): Die Monopolisierung der Irrenbehandlung (V: Wambach, Max Manfred/Hellerich, Gert/Reichel, Wolfgang : *Die Museen...*).

SICHROVSKY, Peter (1984): *Krankheit auf Rezept* (Koeln).

SMITH-ROSENBERG, Carroll (1981): Weibliche Hysterie. Geschlechtsrollen und Rollenkonflikt in der amerikanischen Familie des 19. Jahrhunderts (V: Honegger, Claudia / Heintz, Bettina Hsg.: *Listen der Ohnmacht*; Europaeische Verlaganstalt, Frankfurt).

TODD, Alexandra Dundas (1989): Die Patientin hat nichts zu sagen (V: Senta Troemel Ploetz: *Gewalt durch Sprache*, Fischer V., Frankfurt).

VOGT, Irmgard (1985): *Fuer alle Leiden gibt es eine Pille. Ueber Psychofarmakakonsum u. d. geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Maedchen und Frauen* (Westdeutscher Verlag, Opladen).

VOGT, Irmgard (1986): Medizinsoziologie und weibliche Leidensweisen (V: Hausen, Karin/Nowotny, Helga : *Wie maennlich ist die Wissenschaft?*, Suhrkamp, Frankfurt).

WAMBACH, Max Manfred / HELLERICH, Gert / REICHEL, Wolfgang (1980): *Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie* (Suhrkamp, Frankfurt).

WAMBACH, Max Manfred (1980): Die Entfaltung der Psychiatrie als Transformation und Kontinuiteat (V: Wambach, Max Manfred/Hellerich, Gert/Reichel, Wolfgang: *Die Museen des Wahnsinns und die Zukunft der Psychiatrie*, Suhrkamp, Frankfurt).

ZAVIRŠEK, Darja (1989): *Psihijatrija kot prostor prisile* (Nova Revija, št.92, Ljubljana).

ZAVIRŠEK, Darja (1991): *Antropologija spolov. O histeriji na Slovenskem* (Antropološki zvezki II, Ljubljana).

ZAVIRŠEK, Darja (1991): *Histerija kot razlagalni model* (Problemi-Eseji, št.1, Ljubljana).