

ZENSKÉ V POLITIKI DUŠEVNEGA ZDRAVJA SODOBNE PSIHIATRIJE

DARJA ZAVIRSEK

Povzetek

Psihiatrizacija žensk je odvisna od značilnosti obdobja ter od družbenega položaja žensk. Produkcija ženskih simptomov je povezana s prizadevanjem žensk za avtonomijo in svobodo, to je za redefiniranje ustaljenih spolnih vlog. Ženske duševne motnje izražajo zahtevo po izstopu iz nevdržnega primeža spolne vloge in z njo povezane manjvrednosti, pasivnosti, sramu in nasilja. Politika psihiatrije reproducira razmerje neenakosti spolov z vrsto mehanizmov. Produkcija "ženskih bolezni" je v direktni povezavi z deprivilegiranim položajem žensk v sodobni družbi.

Summary

The psychiatrization of women is dependent on culture and politics of a given period and on social position of women. The production of symptoms is tied to women's struggle for their own autonomy and freedom, that is for the redefining of their established sexual roles. Mental disturbances of women are therefore to be regarded as their demand for withdrawal from unbearable squeeze of sexual role, and from the position of inferiority, passivity, shame, and violence, tied to the role. The politics of psychiatry reproduces the relationship of inequality of sexes through various mechanisms. The production of specific "women's illnesses" is in direct connection with the underprivileged position of women in contemporary society.

Prav gotovo ni naključje, da se najrazličnejše kritike psihiatrije v zlati dobi antipsihiatrije pa tudi kasneje niso ustavile ob vprašanju položaja žensk v psihiatričnih ustanovah in da je bilo vprašanje generiranja odnosov moči dominantnega spola znotraj psihiatričnih institucij zastavljeno in problematizirano pozneje kot katerokoli drugo

vprašanje, ki zadeva politiko psihiatrije.

Generiranje moči v psihiatričnih ustanovah je potrebno razumeti znotraj mreže vseh institucij in socializacijskih postopkov ter tehnik, ki privedejo žensko v psihiatrijo, leta pa se kaže kot ekstrem na koncu verige, sestavljene iz delcev vsega tistega, kar potiska žensko v pasivni, inferorni in z občutki krivde obremenjeni položaj. Če je položaj ženske najpogosteje omejen na ozke, reducirane prostore, pa se ti prostori dokončno zožijo takrat, ko pride ženska v psihiatrijo. Takrat zares "prevzame odgovornost" za svojo "patologijo", s katero jo počasi poskušajo sprijazniti različne institucije, ki v karierah posameznikov figurirajo kot predhodnice psihiatrije. Politika psihiatrije dokaže ženski to, kar ji dokazuje vsa njena okolica, da sta torej ona in njena bolezen krivi za njene probleme in konflikte, da je torej njen status drugorazrednega državljana povsem upravičen.

Govoriti o ženski je torej vedno pomenilo govoriti o biološkem, o naravi, o določenem telesu, kar je dovoljevalo ženski identifikacijo s tistim, kar je ženska "po svoji naravi"; po naravi pa je lepa, koketna, skromna, nežna, šibka, materinska, zapeljiva, tiha, popustljiva, pogosto hinavska in nemoralna. Legitimnost delovanja tistih, ki so iz te naravne sheme izpadle, je bila postavljena pod vprašaj. Ženske so znotraj svojih legitimnih prostorov sprejele določen način vedenja, ki je usmerjen v odklanjanje agresivnosti, v skrb za druge, v samokritičnost in kopičenje občutkov krivde za stvari, ki grede narobe v življenju najbližjih, v izrazito negativno orientiranost do sebe ipd. Ti vzorci vedenja kažejo na to, da je ženska te dovoljene prostore, ki so ji odmerjeni, sprejela za svoje. Kažejo se ji kot del njene identitete, kot zunanji videz njene ženskosti.

Različni vzorci vedenja obeh spolov, ki so dobro izurjeni in skrbno varovani, pa sprožijo dejstvo, da se duševne stiske žensk izražajo na drugačen način. Drugačne od moških, se

duševne stiske žensk zamejijo v okvir takoimenovanih "ženskih bolezni", kot so depresije, poskusi samomorov, anksiozne nevroze, paranoje, promiskuiteta, frigidnost ipd. S spolnimi predsodki obremenjene psihiatrične diagnoze pozabijo na to, kar po izčrpnem raziskovanju tega vprašanja zapiše Phyllis Chesler: "Depresija je namesto agresije ženski odgovor na razočaranje in izgubo" (Women and Madness, str. 44).

Pri razmišljanju o ženskah v psihiatriji in o politiki duševnega zdravja ni mogoče mimo ugotovitve, da je tudi psihiatrizacija žensk obremenjena in odvisna od kulture in politike določenega časa in od položaja, ki ga zavzemajo ženske v različnih družbah.

V zgodovini so torej razmišljanja o ženski vedno znova povezana z vprašanji njene bolezni, ženska postane tako objekt medicinskega diskurza par excellence. Mary Ann Doane poudarja, da gre za svojevrstno premestitev, ki je žensko kot objekt poveličevanja in erotične satisfakcije spremenil v objekt, ki mu je imanentna bolezen. Ta premestitev je posledica premika pogleda s površine ženskega telesa na njeno psiho, v njeno "globino". Globina ženske psihe pa je bolna. Bolezen pri njej torej ni nekaj naključnega, temveč nujnega, kar dokazuje tudi dejstvo, da je večina psihoanalitikov v preteklosti publicirala kot ekspemplarične primere svojih pacientov največkrat prav slavne primere žensk: pri teh je telo funkcioniralo kot izraz bolezni, ki se je kazala v oblikah histeričnih napadov, epilepsije, trzanja obraznih mišic, kroničnih bruhanj itd.

Produkcija ženskih simptomov, ki je največkrat edino orodje v boju za lastno avtonomijo, je povezana z iskanjem prostorov svobode, to pa nujno pomeni tudi z redefiniranjem ustaljenih spolnih vlog. Ženske duševne motnje je treba torej videti tudi kot zahtevo po izstopu iz nevdružnega primeža spolne vloge in položaja manjvrednosti, pasivnosti, sramu in psihofizičnega nasilja, ki ga ta vloga nosi s seboj. Čeprav se "beg v bolezen" najpogosteje označuje kot

pasivni korak v neznanu, je takšno dejanje pogosto prvo, ki ga ženska v svojem življenju stori, da bi našla prostor lastne avtonomnosti. Vprašanje pa je, kolikšen prostor je ženski znotraj psihiatrije odmerjen in koliko pripomore institucija in politika psihiatrije k temu, da se takšno dejanje, spremeni v začetek neke psihiatrične kariere, ki v ženski zlomi zahteve po izhodu iz primeža realnosti in jo z metodami in taktikami psihiatričnega zdravljenja preoblikuje v pasivno, "krotko telo". Tudi politika duševnega zdravlja utrjuje znotraj obstoječe ideologije stereotipnih spolnih predstav v ženski prepričanje, da je "otročja", "pre-občutljiva", "histerična". Različni postopki zdravljenja naj bi okrepili njeno voljo, samonadzor, neobčutljivost, distanciranost. Ženski se v trenutkih psihičnih zlomov, ki kažejo na zmedenost, zapletenost in nenormalnost njenih življenjskih situacij, svetuje le to, da nadzoruje svojo emocionalnost. Zato je tudi danes, tako kot v moralističnih časih viktorijanstva, ločena od svoje družine, kar hospitalizirana ženska dojema kot "kazen za storjena dejanja". Še danes je za žensko, ki pride v psihiatrično institucijo, ena od potencialnih groženj tudi ta, da bo izgubila svojo družino.

Iskanje lastne avtonomije, ki se pri ženski kaže tudi v obupni zahtevi po odločanju o svojem lastnem telesu - vedno znova objektu moškega pogleda - se s hospitalizacijo ženske zaključí. Eden od prvih znakov, da je z žensko "nekaj narobe", je njena neurejenost, ki je ženski takorekoč prepovedana. Ženska mora najprej "poskrbeti" za svoj zunanji videz, se torej "urediti". Le urejena in negovana bo lahko opravljala funkcijo objekta moške želje, ki je ena njenih identitetnih lastnosti, ne glede na to, ali ji takšna vloga ugaja ali ne. Če se znotraj psihiatričnega diskurza manifestira bolezen ženske skozi njeno "pozabljeno telo", je razumljivo, da vsebuje zdravljenje tudi zahteve po polepšanju njenega obraza in telesa, saj se znotraj diskurza, ki ohranja in reproducira razmerja neenakosti spolov ter spolne stereotipe, pomanjkanje skrbi za zunanji videz kaže kot

izguba lastnega statusa in lastne identitete. Vsakodnevni apeli ženski, naj skrbi za svojo lepoto, so mehanizmi, ki spodbujajo poti njene lastne depersonalizacije, stopnja podrejanja tem zahtevam pa je merilo njenega duševnega zdravja. 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 se prepoznavanje odvija. Normalno je torej tisto, kar obstoječo Normo potrjuje in jo širi, njen smisel pa je v tem, "da obstaja zunaj nje tisto, kar ne ustreza zahtevi, ki ji norma služi" (Canguilhem; 1987, str. 180). Canguilhem opozarja na eksistenčno prvobitnost ne-normalnega, ki je historični predhodnik tistega, kar je v določenem času označeno kot normalno, in ki šele kasneje vzbudi regulacijsko normalizacijsko intenco.

Politika psihiatrije tudi ob samem vprašanju žensk in razmerij neenakosti spolov 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 ustaljenih delovanj in postopkov totalne ustanove. Politika diagnosticiranja je v današnji psihiatriji podvržena redukcionizmu, ki žensko ob iskanju prostorov njene lastne avtonomije in svobode dokončno disciplinirajo in sledijo tistim življenjskim izkušnjam, ki jih ženske doživljajo, preden pridejo v psihiatrično ustanovo. Zaradi zoženih prostorov, s katerimi se smejo identificirati, so te izkušnje obremenjene z dejstvom, da imajo ženske manj prostora za napake in odstopanja od veljavnih norm in zato ni naključje, da so povsod po svetu zastopane v psihiatričnih ustanovah v večjem številu kot moški. Odvisnost od moških norm vedenja omogoča, da različne oblike vedenja sprožijo mistifikacije o ženskih bolezenskih znakih, zavrnitev klasične ženske vloge pa je pogosto izraz nevrotičnosti,

psihotičnosti, homoseksualnosti.

Nasprotno pa se lahko moški svojim stereotipnim vlogam bolj oddaljijo, ne da bi obstajal strah, da bi bili označeni kot "duševno bolni". Moški je lahko agresiven, dominanten, celo krut, pa vendar so oblike njegovega vedenja bolj razumljive, bolj tolerirane in manj sankcionirane.

Roswita Burgard je v eni od berlinskih psihiatričnih ustanov odkrila, da je ena od treh najpogostejših simptomatik, ki se navajajo pri hospitalizaciji žensk, "agresivnost do moža". Primer, ki ga navede: "Gospa A. ne opravlja več svojih gospodinjskih dolžnosti in kaže neprimerno agresivnost". (Burgard, 1980, str.87). Agresivnost moškega je pogosteje označena znotraj kazensko-pravnih norm, medtem ko je agresivnost ženske medikalizirana, je izraz njene patologije. Podobno je promiskuiteta pomemben del v repertoarju ženske motenosti, medtem ko je nasprotno, isto dejanje pri moških izraz njihove spolne moči. Kot poudarja Phyllis Chesler, pomenita promiskuiteta in frigidnost tako padec v "ženskost" kakor poskus izhoda iz nje, znotraj politike psihiatrije pa sta dober razlog za hospitalizacijo žensk (str. 56). Tisto, kar je pri moškemu označeno kot normalen način čustvovanja, je pri ženski označeno kot simptom.

Večja hospitalizacija žensk, vedno številčnejše iskanje pomoči v psihiatričnih ustanovah in vedno bolj množična medikalizacija žensk, ki je v nekaterih zahodno-evropskih državah višja od moške za več kot 50%, torej ni posledica ženske patologije in naravne čustvene neuravnovešenosti, temveč posledica direktne zveze, med deprivilegiranim položajem žensk, njihovim statusom zatiranega objekta v sodobnih družbah, ter produkcijo specifičnih "ženskih bolezni".

Teresa Bernardez (1985) ugotavlja, do so socializacija žensk, njihov socialni status, diskriminacija ter predsodki, ki spremljajo neenakost spolov, tisti dejavniki, ki pri ženskah sprožajo psihične zlome. Pomemben del ženske socializacije tvori občutek nemoči in "naučena neogljenost" (learned helplessness), ki oblikujeta tisti prostor, ki si

ga ženska lahko vzame (women's rightful place) in se z njim identificira. Občo formo tega prostora tvori navadno družina, v kateri ženska skrbi za to, da se družina ohranja. Bolj kot sociokulturne razlage duševnih motenj pri ženskah, ki so poudarjale, da so le-te posledica velikih družin iz katerih te ženske izhajajo, prisotnosti le enega od staršev, nizke izobrazbe, pomanjkanja socialnih vezi, se danes kaže ta poroka in položaj, ki ga ženska zavzema v družini in ki se znotraj strukturne neenakosti utrjuje s pomočjo mreže drugih družbenih institucij, za tisto, ki žensko privede v duševno bolnico.

Raziskave fenomena poroke so ugotovile, da status poročene ženske v večini generira tiste negativne občutke, ki so se v ženski izoblikovali že v času socializacije, medtem, ko je poroka za moške mnogo postaje varovalni in zaščitni okvir.

Kritiki tega stališča trdijo, da gre za temeljno značilnost žensk samih, povezano z njihovim strahom pred uspehom. Teorijo o "ženskem sindromu" je mogoče ovreči že z analizo konverzacij v mešanih skupinah, kjer moški v neverjetno visokem odstotku primerov ženske prekinjajo, nadzorujejo praviloma vrh diskusije, medtem ko ženske opravijo vezni del pogovora. Disciplinska funkcija ženske socializacije je usmerjena v to, da ženske znotraj pogovorov opravljajo "konverzacijsko gospodinjsvo" (conversational housework), sestavljeno iz postavljanja vprašanj, pritrjevanja izgovorenemu, podpiranja govorcev.

Pojav duševnih zlomov, ki jih prinaša s seboj status poročene ženske, je po eni strani povezan z neko posebno obliko izgubljene identitete (sprememba imena, status spolnega objekta, ekonomska odvisnost, dvojna obremenitev, skrb za otroke kot stvar dolžnosti) in po drugi strani z "gospodinjskim sindromom", ki se onstran množice monotoničnih domačih opravil kaže kot utrujenost, potrost, nemir, razdražljivost, brezbržnost, nespečnost.

Ni torej naključje, da je povsod v zahodnoevropskih

državah, kakor tudi na Slovenskem socialna struktura žensk, ki pridejo v psihiatrično ustanovo, sestavljena v največji meri iz žensk-gospodinj in delavk z najnižjim socialnim statusom. Ženske, ki na svojevrsten način pripovedujejo svojo zgodbo in ki hočejo ubežati neki življenski določeni, so s strani psihiatričnega diagnosticiranja označene kot depresivne in paranoidne. Nobena ne ubeži zlorabi zdravil, nihče pa ne problematizira situacij, ki ženske v takšna stanja potisnejo.

Več ameriških raziskav trdi, da izolacija, enoličnost domačih opravil in uporaba tablet v daljšem časovnem obdobju privedejo do takšnega psihičnega stanja, ki vsebuje vse klasične elemente psihoze (Burgard, 1980. str. 84).

Tako se razkrije tudi socialna in politična vloga psihiatrične institucije, ki stigmatizira kot deviantna tista vedenja, ki na sprevrtnen način govorijo o realnosti nekih stisk.

Če je bila torej smrtnost v 19. stoletju med ruralnimi ženskami na evropskih področjih kar 30% višja od moške in na mestnih področjih 10%, se danes kot analogija tem številkam postavlja število njihovih hospitalizacij in njihovo neprimerno višje število v skupini zlorab tablet.

V ZDA, Veliki Britaniji in Kanadi je zloraba tablet (antidepresivi, sedativi, nevroleptiki, med žensko populacijo 70% višja kot med moško (cf. Mowbray et al., 1985; Chesler, 1983).

Tudi to je eden od elementov, ki dokazujejo s spolnimi stereotipi obremenjeno psihiatrično diagnosticiranje. Le-to je razumljivo že ob dejstvu, da tvorijo številčni primat moški psihiatri, ki prav tako obremenjeni s spolnimi predsodki, ohranjajo seksistično politiko sodobne psihiatrije. To gre povezati z nemožnostjo komunikacije med moškim psihiatrom in žensko, ki samo sebe doživlja po eni strani kot nezadostno in po drugi strani išče poti do avtonomnih prostorov lastnega sveta.

Izkušnje z moškimi psihiatri in terapevti so pokazale, da

moški zaradi povsem drugačnih življenskih izkušenj niso sposobni tiste mere identifikacije, ki je nujna za vzpostavitev temeljnega zaupanja, s pomočjo katerega bi izkušnjo nesprejetosti pri ženski bilo mogoče spremeniti v občutek lastne vrednosti, da izkušnje ženske ne jemljejo dovolj resno, temveč nasprotno, njeno življensko stisko pogosto relativizirajo. Njihovo razumevanje je še zlasti omejeno ob vprašanjih spolnega nasilja in strahu pred njim, saj je moškim vedno prisotni strah pred spolnimi zlorabami tuj in se skozi njihov pogled zdi nemalokrat neupravičen in nerazumljiv.

Tako medikalizacija utrdi v ženski prepričanje, da je žrtev svoje lastne patologije. Takšne oblike zlorabe, ki jih znotraj totalnosti psihiatrične institucije doživljajo vsi, ženske pa še toliko bolj, je Franca Ongaro Basaglia strnila v triadno binarno opozicijo psihiater/moč/moški ter bolničarka/nemoč/ženska (Basaglia, 1988).

Psihiatrični instituciji se torej dominacija moškosti generira na svojevrsten način in se kaže v odrekanju legitimnosti vsemu, kar store ženske za to, da bi se rešile občutkov odvisnosti in manjvrednosti. Poskusi, da bi našle svoje izgubljeno ali nikoli omogočeno avtonomijo, se končajo nekje v črni jami medicinskih diagnoz. Ob takšni obliki zlorab je mnogo raziskav opozorilo tudi na številne spolne zlorabe, ki jih ženske doživljajo s strani moškega osebja.

Tako stopajo danes vse odločneje na pot tiste zahteve, ki poudarjajo novo definiranje ženske in njenih duševnih stisk, ter tiste, ki opozarjajo na pomen ženskih skupin s psihiatrinjami in psihoterapevtkami, ki bi probleme žensk obravnavale ne kot probleme h katerim so ženske nagnjene po svoji "ženski naravi", temveč kot probleme, ki jih kot ženske v družbi pogosteje zadevajo.

LITERATURA

Alternative psihiatriji, Medjunarodni skup Psihiatrija i

društvo, Lila ulica, Beograd 1988

Burgard, Roswita, Wie Frauen "verrückt" gemacht werden, Frauen Verlag, Berlin 1980

Canguilhem, Georges, Normalno in patološko, ŠKUC, Filozofska fakulteta, Ljubljana 1987

Chesler, Phyllis, Women and Madness, New York 1983

Connell, R. W., Gender and Power, Polity Press, Oxford, 1987

Foucault, Michel, Nadzorovanje in kaznovanje, Delavska enotnost, Ljubljana 1984

Matthaei, Jutta, Frauen in die Psychiatrie, Sozialpsychiatrische Informationen, Psychiatrie, Hannover 1979

Mowbray, Carol T., Susan Lanir, Marilyn Hulce, Woman and Mental Health, New York 1985

Darja Zaviršek, diplomirana sociologinja, mlada raziskovalka, Višja šola za socialne delavce, Šaranovičeva 5, Ljubljana