

Žene, duševno zdravlje i politika isključivanja

APSTRAKT: Ovaj rad opisuje diskurzivnu prošlost i sadašnje prakse koje utiču na duševno zdravlje žena. On pokazuje načine na koje neke žene internalizuju socijalno konstruisane predstave o ženskoj bolesti, i istovremeno, kako neke žene izražavaju bol kroz mentalne poremećaje. U okvirima zapadnoevropske feminističke psihologije i feminističke društvene akcije realizovana su mnoga istraživanja koja pokazuju štetne efekte psihijatrijskih institucija. Ovaj tekst predstavlja primer feminističkog istraživanja psihijatrijskih štíćenica u centralnoj Evropi i u Sloveniji. Istraživanje koristi pristup “žive istorije”, kojim se otkriva “moralni jezik” koji su žene internalizovale tokom svog života, iskustva bede, izolacije i nasilja. I dok institucionalizacija žena ima dugu tradiciju, feministička društvena akcija mora da se zalaže za alternative, kako bi žene sa različitim problemima mogle postati vidljivije i uključnije. Za feminističku teoriju i praksu značajno je da, podržavajući jednu ženu ne isključuje druge, čija je socijalna predstava opterećena prošlim negativnim slikama koje produkuje nenamerni rasizam u svakodnevnom životu.

Ključne reči: feministička psihologija, mentalno zdravlje žena, konstrukcija ženske hysterije, psihijatrijske institucije, životne priče, politika isključivanja, feminističke strategije uključivanja.

Umesto uvoda

Duševno zdravlje žena već je odavno značajno područje kako u oblasti teorijske feminističke psihologije tako i u oblasti feminističke socijalne akcije. Ono, naime, otvara pitanja društvene strukture i njenih odnosa nejednakosti, kao i pitanje internalizacije ovih odnosa od strane žena. Ova pitanja se zaoštavaju posebno kod žena čije je duševno zdravlje narušeno.

Upravo preko odnosa moći koje je svako još kao dete iskusio u odnosima sa “snažnim” odraslima, društvo se tek upisuje u svest svakog čoveka. Ovo se događa kako u ravni konkretnog, dakle preko internalizacije činjenica koje određuju odrasli, tako i u ravni simboličkog, preko interiorizacije imperativa socijalne strukture. Budući da je jedan od tih imperativa u simboličkoj strukturi i hijerarhija polova, pogledajmo kakve su ideološke strategije koje utiču na duševno zdravlje žena i koje doprinose internalizaciji odnosa moći.

Duševno zdravlje danas shvatamo kao raspoloženje koje se kod svake osobe kreće u kontinuumu od dobrog duševnog zdravlja ka slabijem, pri čemu ponekad dolazi do dubokih kriza. U ovoj raspravi usredsrediću se samo na one žene koje osim dijagnoze duševne bolesti poseduju i iskustvo boravka u psihijatrijskoj bolnici.

Stoga treba najpre analizirati različite ideološke strategije koje reprodukuju diskurse o polovima. Najznačajnije među njima su naturalizacija društvenih činjenica koja uzroke bolesti traži u ženskoj “prirodi”, univerzalizacija kao uopštavanje i primenjivanje ovog uzorka na “sve žene” i minimalizacija stanovišta koja upozoravaju na polno specifične uzroke duševnog trpljenja. Zato će ova rasprava pokazati da je slabije duševno zdravlje žena, za razliku od muškaraca, povezano sa socijalnim razlozima kao što su: polno specifična socijalizacija koja žene uči “slabašnosti” i zavisnosti od drugih ljudi, skromniji materijalni uslovi u kojima žene žive, iskustva fizičkog i seksualnog nasilja kao i okolnost da se žene veći deo svoga života staraju o drugima.

U ravni svakodnevnog života, u zemljama gde već postoje takva istraživanja, susrećemo se sa sledećim činjenicama (Sinanson 1992; Jordanova 1989; Zaviršek 1994a):

1. Žene češće nego muškarci posećuju lekara opšte prakse i žale se na glavobolje, bolove u krstima, nesanicu, hronični umor, “nervozu”.
2. Žene češće nego muškarci dospevaju u psihijatrijsku bolnicu.

3. Žene češće nego muškarci pokušavaju da izvrše samoubistvo.

Mnoge feminističke teoretičarke interpretirale su te činjenice kao proces internalizacije dominantnih diskursa o polovima, zbog kojih mnoge žene zaista počinju da se ponašaju kao slabašne, zavisne i bolesne.

Druge feminističke teoretičarke interpretirale su te činjenice kao manifestacije ograničenog otpora, gde je mala mogućnost za delanje. Duševna bol je manifestacija traženja prostora svoje autonomije.

Psihoanalitički orijentisane feminističke teoretičarke tvrde da moramo odbaciti takozvani interpretativni okvir i na duševnu bol žena gledati kao na pitanje subjektivnog pozicioniranja u različitim polnim diskursima. Žene koje svoj identitet pozicioniraju u polni diskurs koji glorifikuje tradicionalne "ženske" karakteristike imaju veće mogućnosti da postanu depresivne, bolesne, pasivnije. Ako subjekti biraju svoje subjektne pozicije, koje se menjaju u vremenu i prostoru, onda činjenica da toliko žena ima probleme sa duševnim zdravljem zavisi od individualne subjektne pozicije u polnom diskursu, a to znači od fantazama o sopstvenom identitetu (Moore 1994). Ovim svojim stavom feminističke teoretičarke nisu relativizovale spoljašnje okolnosti, nego su ukazale na individualnu mogućnost sopstvenog pozicioniranja, koja žene ne ostavlja u položaju pasivnog objekta, zavisnog od spoljašnjih okolnosti. Umesto toga, žena je subjekt koji je do određene razine determinisan muško-centrističkom društvenom strukturom, ali u isto vreme može i da aktivno deluje. S druge strane dominantnu ideologiju reprodukuju same psihosocijalne institucije koje, pune polne zaslepljenosti, reprodukuju polne stereotipe. Najčešće nailazimo na sledeće:

1. Za iste simptome žene kod psihijatra češće nego muškarci dobijaju psihijatrijsku dijagnozu, jer je polno specifično ponašanje muškaraca (racionalnost, verbalna uzdržljivost, prikrivanje osećanja) kriterijum "normalnosti".
2. Isti simptomi će kod žena biti češće dijagnosticirani kao psihosomatske smetnje koje potiču od ženske labilne "prirode", dok se kod muškaraca oni tretiraju kao somatske teškoće povezane sa radnom preopterećenošću.
3. Žene ostaju u psihijatrijskoj instituciji duže nego muškarci jer se veruje da im je potrebno "više zaštite".

Čak su i granice normalnosti i mentalnog poremećaja bile istorijski konstituisane na način koji nije rodno neutralan, već rodno obeležen. Rod je upisan u čitavu konstrukciju zvanične medicinske kategorizacije mentalnih poremećaja.

Nanovo o uništavajućim efektima institucija

Njeno srce bilo je mirno i hladno, poput srca grobarevog. Dolazile su i umirale a na njihovo mesto dolazile su druge. Postelja će biti prazna, skinuće tablicu, izbrisaoće njeno ime, napisaoće drugo. Soba će biti ista, sve će biti isto.

Ivan Cankar, *Kuća Marije pomoćnice*, 1904.

Brojne rasprave su pokazale dramatične posledice koje po osobu u krizi ima boravak u psihijatrijskoj bolnici (Goffman 1987; Foucault 1984; Ramon 1993):

1. Žena dobija etiketu psihijatrijske pacijentkinje što uzrokuje dugotrajnu stigmju. Nije čak ni važno kakvu je dijagnozu osoba dobila, važnija je činjenica gde je boravila: na mestu koje predstavlja kondenzaciju stigme. Simbolička polucija proširuje se tako ne samo na nju već i na njene najbliže. Za ženu koja je obeležena boravkom u psihijatrijskoj bolnici uvek postoji pretnja da će joj oduzeti dete.
2. Proces psihijatrijske hospitalizacije povezan je sa degradacijom koju prouzrokuju institucionalna pravila. Jedna od posledica depersonalizacije u institucionalnoj mašineriji jeste to da je osobi posle otpuštanja iz bolnice potrebno dugo razdoblje za vraćanje samopouzdanja i osećanja vlastite vrednosti koje je institucija uništila. Među vrstama degradacijskih rituala koji čine deo institucije jeste i fizičko i polno nasilje.

3. Iskustvo psihijatrizacije je totalno i utiče na mogućnost zaposlenja, napredovanja, na odnos ljudi prema osobi sa dijagnozom. Ukoliko žena počne da se vraća u psihijatrijsku ustanovu može je snaći čak i oduzimanje radne sposobnosti, a time i biračkog prava (kao, na primer, u Sloveniji).

4. Iskustvo psihijatrijske hospitalizacije legitimira svest o samoj sebi kao o osobi koja je bolesna, slaba, nesposobna, kao o osobi koja je podbacila.

A upravo to su osećaji koji su i inače upisani u simbolički red koji žena internalizuje kada se u njenu svest upisuju odnosi moći. Psihijatrijska institucija jeste koje ne omogućuje istraživanje koje bi pojedinačnoj ženi otkrilo internalizovane odnose vlasti i doprinelo razumevanju njene lične nevolje i ujedno doprinelo promeni njene investicije u specifičnu subjektivnu poziciju za koju je vezala svoje vlastite fantazije o svom identitetu. A fantazije o identitetu su, kako je pokazala Henrieta Mur (Henrietta Moore) 1994, istovremeno i fantazije o vlastitoj moći.

Pogled u prošlost

“ (...) žena je određena za osećanje a osećanje je već gotovo histerija; nasuprot tome muškarac je određen za delovanje, on mora da se nosi sa neprijatnošću delovanja.”

Pol Brike (cf. Ursula Link-Heer 1988:373)

Političke dimenzije duševnog zdravlja žena najbolje ćemo sagledati ako se osvrnemo na istoriju institucija. Način mišljenja institucija može se posmatrati na vidljivoj i na nevidljivoj ravni. Vidljivi, otvoreni diskurs sa institucijom pokazuje da je nastanak institucija bio povezan s idejom “pomoći” i zaštite pojedinca. Počev od 16. veka, kako to naglašava Šeril Koen (Sherill Cohen, 1992), nalazimo žene u raznim institucijama koje bi trebalo da ih štite i koje su ih istovremeno i nadzorovale: u domovima za neudate žene, u domovima za nesrećno udete žene, u azilima za bivše prostitutke, u azilima za korekciju ponašanja žena.

Ovaj paradoks sačuvao se do danas: žene koje imaju teškoće sa duševnim zdravljem bivaju odstranjene iz zajednice i smeštene u institucije; ideja je da o ženama treba brinuti, ali tek njihovo odstranjivanje iz normalnog života omogućuje stvarni nadzor nad njima.

Kako se, dakle, treba latiti dekonstrukcije činjenice da je duševno zdravlje žena povezano s politikama o polovima. Treba se, najpre, zaustaviti pred činjenicom da je polni identitet dvostruk: s jedne strane on je nešto iskonstruisano, nešto što se menja, a sa druge, polni identitet je i ono što u praksi proživljavamo. Pogledajmo, dakle, najpre konstrukciju ženskog polnog identiteta.

Nije li jedan od najboljih primera koji rečito govori o konstrukciji ženskog polnog identiteta na polju duševnog zdravlja upravo otkriće ženske histerije? Ako je histerija u antičkoj Grčkoj još bila locirana u materici, ona se tokom vekova pomicala nagore i preselila se u glavu, u živce. Prisetimo se najpre Platonovih reči u Timaju (Schaps 1982: 22-23): “Kada u ženama materica ili rodnica, kako je nazivaju, unutrašnje živo biće koje žudi za rađanjem dece, uprkos povoljnom razdoblju duže ostane bez ploda, tada, uznemirivši se strašno, počinje da se kreće i lutajući svuda, čitavim telom, zapušuje disajne puteve; i tako, pošto je disanje sprečeno, dovodi telo u krajnju opasnost izazivajući i druge opasne bolesti. To tako traje sve dok se žudnja i jednog i drugog pola ne sjedine i, kao da otkidaju plod sa drveća, ne zaseju u matericu kao u oranicu živa bića, nevidljiva zbog njihove sićušnosti ...”

U 19. veku, najslavnijem periodu “velikog zatvaranja” – kako ga je definisao Mišel Fuko (Michel Foucault, 1984) – histerija postaje nervoza mozga, nervna bolest koja napada žene zbog mnoštva nerava raspoređenih po slabom, labilnom telu. Ne samo slavni lekari kao npr. Pol Brike (Paul Briquet), Žan Mari Šarko (Jean Marie Charcot), Rihard fon Kraft-Ebing (Richard von Krafft-Ebing), već i nepoznati lekari iz provincijskih delova Austro-Ugarske monarhije znali su za slučajeve “grande hysterie”. Tako je 1877. godine slovenački lekar Edvard Šavnik upozoravao: “Ako se žena navikne na alkohol, ako je do toga dovede siromaštvo, borba za hleb ili razuzdanost, ona neće postati samo nervozna, ona će dospeti u veliku opasnost da poludi; jer iz ove male navike

nastaće rđava navika, iz nje pak bolest koja će kod žena obuhvatiti 13 procenata živaca, mozga ili razuma.”

Dok pratimo “putovanje hysterije” po ženskom telu, otkrivaju nam se dve strategije koje ideologija uvek upotrebljava za dokazivanje svojih tvrdnji: naturalizacija i univerzalizacija socijalnih činjenica. Naturalizacija ženskog identiteta manifestovala se u prebrojavanju “živaca” kojih navodno u ženskom telu ima više nego u muškom. Ljudmila Jordanova govori o “feminizaciji nervnog sistema” i o “maskulinizaciji muskulature” u 18. veku (1989:58).

Porast moći medicinskog diskursa je, zajedno sa drugim kolonijalnim diskursima, locirao “histeriju” i izvan Evrope. Nije slučajno što su evropski antropolozi početkom 20. veka pronašli histeriju čak i među Eskimkama. U evropocentričnom maniru onog vremena, kojem su često bile neophodne strane kulture da bi se potvrdila veća vrednost sopstvene ili da bi se kod drugih našla tražena podudarnost, antropolozi su lokalnom osećaju teskobe među Eskimkama prišili izraz “arktička histerija”. U jeziku domorodaca za osećaj teskobe potojao je izraz *pibloktoq*. Osećaj teskobe bio je povezan sa teškim uslovima života, čestim smrtima i usamljениčkim životom žena koje su ostajale u selima dok su muževi odlazili na duge lovačke pohode. Prema zapisima očevidaca *pibloktoq* se zato pojavljivao pre svega među ženama. Iskustvo vlastite kulture uvrežilo se, međutim, tako duboko u svest antropologa i drugih istraživača, da je psihoanalitičar Bril (Brill), nadovezujući se na dokumente Evropljana koji su opisivali *pibloktoq* među Eskimkama, napisao:

“Teško da ima ičeg detinjastijeg nego što je podražavanje psa ili ptice ili kada neko pevajući i plačući pobegne u planinu. No ipak, da li zaista postoji tolika razlika između mehanizama hysterije koji se pokazuju kod *pibloktoqa* i onih koji prate *grande hysterie* ili druge savremene histerične manifestacije? Bez oklevanja možemo odgovoriti da je razlika više prividna nego stvarna.” (Foulks 1985:309).

Rasprave o ženskoj hysteriji postale su, dakle, u 19. i početkom 20. veka, deo dominantnog diskursa na području konstrukcije polova. I danas nas fasciniraju slučajevi koji govore o delovanju politike konstrukcije polova, a koji su žene redukovali na priče o njihovoj frigidnosti ili nimfomaniji, prirodi sklonoj manipulacijama, ili požrtvovanoj predanosti, njihovoj bolešljivoj slabosti i nepokolebljivoj zlobi. Šta bi za ova bića moglo biti prikladnije od ustanova koje im pritiču u pomoć kad god se u njihovoj prirodi pokaže slabost i bolešljivost, a koje ih obuzdavaju i u slučaju da se ispolji manipulativna zloba pomešana sa nekontrolisanom polnošću?

Zato neke naučnice i danas naglašavaju da hysteriju onog vremena treba shvatiti kao vid pobune žena protiv sve rigidnijih društvenih normi koje su ženama iz viših slojeva zatvarale prostore javnosti (Duda 1995). O ovome svedoči jedna od najčešće opisivanih pacijentkinja, slavna Frojdova pacijentkinja Ana O. koja je posle mnogo godina neuspešne terapije nastavila da deluje kao aktivistkinja na području ženskog pitanja i socijalna radnica u Nemačkoj. Bila je aktivna u konzervativnom krilu ženskog pokreta na početku stoleća i razvijala koncepciju “socijalnog materinstva”. To je bila ideja po kojoj bi se vrednosti rada, vezanog za staranje o drugima, proširile na područje javnog. U pozadini ovog ženskog pokreta nije toliko esencijalističko verovanje u “ženske prirodne osobine”, već želja za dobijanjem novih radnih mesta za žene, koje su bile isključene iz sfere plaćenog rada. Ipak, ideološka predstava o ženskoj hysteriji ne može se posmatrati samo u svetlu dihotomne formule priroda/kultura i privatno/javno. Diskurs o hysteriji kretao se na relaciji priroda – kultura i obrnuto. Ako je uzrok hysterije neko vreme bio lociran u ženskom nervnom sistemu, što je u dometu medicinskog diskursa, on se ubrzo pretače u moralizirajući diskurs o štetnosti kafe, alkohola i aktivnog života žena – što sve uzrokuje hysteriju, kao što smo imali prilike da vidimo kod pomenutog slovenačkog lekara.

Kada je, dakle, izgledalo da je religiozna perspektiva o ženskoj prirodi konačno ustuknula pred racionalnim mišljenjem, susrećemo se sa sekularizirajućom medicinskom naukom koja je svoju praksu odmeravanja i proučavanja bazirala baš na ovoj racionalnosti koja je prihvaćena kao naučno znanje.

Jedan od glavnih razloga za neprestano interesovanje države, koja navodno brine o ženama, je i to što su žene u svojoj starateljskoj ulozi najtešnje povezane sa staranjem o deci. Jer samo dobro odgojena deca postaće uzorna omladina, a to posredno znači čuvanje zdravlja celokupne zajednice, sveg naroda. Država je želela da ima nadzor nad decom, a upravo preko žena mogla je da sprovede oboje: nadzor nad decom, a ujedno i nad "problematičnim" ženama.

Diskurs o histeričnim ženama bio je, dakle, govor koji dobro pokriva, veo koji je prekrivao celokupnu polno specifičnu politiku: pitanje reprodukcije, politike u vezi sa radom žena, pitanje plaćenosti ženskog rada, politiku dihotomije lično/javno, pitanja polnosti. Štaviše, ideologija o histeriji legitimisala je nadzor nad ženama jer je izumela i naučno utemeljila način "ublažavanja" njihove nekontrolisane i uznemiravajuće prirode.

Ostaci mizoginije

Neke autorke naglašavaju da su u 19. veku azili za mentalno poremećene bili prepuni žena. Kako ističe Šeril Koen, godine 1859. u Engleskoj i Velsu u azilima je živelo mnogo više žena nego muškaraca (Cohen, 1992:167). U periodu između 1840. i 1871. god. broj žena u francuskim psihijatrijskim bolnicama povećao se sa 9 930 na 19 692 (ibid.). Iz tog vremena poznato nam je nekoliko biografija "ludih žena", a još je uvek najpoznatija genijalna Kamij Klodel (Camille Claudel) koja je u azilu za ludake u blizini Pariza živela trideset godina (Reine-Marie, Paris, 1984).

Sve ovo može poslužiti kao izvor koji nam govori o gomilanju mizoginije kada je reč o konstrukciji polova danas. Identitet koji danas živimo jeste proizvod verovanja i praksi iz prošlosti kao i produkt današnjeg delovanja psihijatrijskih institucija i celokupnog društva koje je u svoje strukture ugradilo deliće svakodnevne mizoginije.

Kako inače da razumemo činjenicu da je u procesu slavni događaja deinstitucionalizacije u severnoj Italiji, poznatoj pod imenom *psichiatria democratica*, liberalna reformistička politika ostala slepa za vlastitu internalizovanu diskriminaciju u odnosu na polove? Kada se zatvarao ogromni psihijatrijski azil u Trstu, žene su poslednje bile preseljene u nove stambene grupe. Najkasnije su, dakle, bila otvorena ženska odeljenja, jer se žene čas poimaju kao "luđe", čas kao slabije te zato o njima treba utoliko više brinuti. Psihijatrijska demokratizacija koja je povezala brojne radikalno i levičarski misleće ljude, bila je slepa za sopstvene dvostruke standarde na području polova.

U Sloveniji je prva stambena grupa za ljude sa psihijatrijskim dijagnozama otvorena 1991. godine. Prvi koji su se doselili iz velikog azila na severu Slovenije bili su muškarci. I druga stambena grupa bila je otvorena samo za muškarce, dok ženska stambena grupa još ne postoji.

Osoblje najveće psihijatrijske bolnice u Ljubljani naglašava da se žene drže u bolnici duže nego muškarci, jer im je potrebna veća briga i nega, budući da su slabije. U ovoj izjavi krije se oboje: socijalna konstrukcija žene kao i stvarna, svakodnevna iskustva žena. Problem ideologije i jeste upravo u tome da se zasniva na stvarnom iskustvu. Istina je da žene često zaista trpe veću oskudicu i zapostavljenost, jer su siromašnije, žive u gorim stanovima i imaju niža mesečna primanja. Nedavno sprovedeno istraživanje o starim ženama u jednom delu Slovenije pokazalo je da su žene siromašnije od muškaraca, da žive u gorim stanovima, imaju niže mesečne prihode, slabijeg su obrazovanja i imaju više zdravstvenih problema (Novak 1996).

Sredinom sedamdesetih godina u SAD veliki odjek je imalo istraživanje u kojem su terapeute i terapeutkinje čije je područje rada bilo duševno zdravlje pitali kakav bi, po njihovom mišljenju, trebalo da bude odrastao, zdrav muškarac, bolestan muškarac, zdrava žena, bolesna žena, a kakvo zdravo, odraslo ljudsko biće (Broverman, 1970). Odgovori su pokazali snagu i dubinu ukorenjenosti polnih stereotipa i polno specifičnih očekivanja među samim psihoterapeutima i psihoterapeutkinjama. Karakteristike zdrave odrasle žene bile su, naime, iste kao one koje su intervjuisani pripisivali odraslom bolesnom muškarcu (slabost, neuravnoteženost, preterana

osećajnost, zavisnost, labilnost). Ujedno, karakteristike zdravog odraslog ljudskog bića bile su jednake onima koje su pripisivali odraslom zdravom muškarcu (racionalan, ide ka cilju, kontroliše osećanja, jak, zna šta hoće). Rezultati ovog istraživanja pokazali su da zapadnoevropska predstava odrasle osobe zapravo jeste idealna predstava osobe sa muškim karakteristikama. Ono što je definisano kao muško više vredi i više se ceni.

Upravo ova socijalno konstruisana očekivanja – šta je žena a šta muškarac – strukturno se reprodukuju u institucijama za duševno zdravlje. Brojna istraživanja pokazala su da žene za ista simptome, o kojima izveštavaju muškarci, češće dobijaju dijagnozu: psihosomatske smetnje; kod muškaraca su to somatske smetnje povezane sa socijalnim činiocima (izgaranje na radu, stres). Za simptome koje imaju i muškarci žene češće dobijaju “težu” psihijatrijsku dijagnozu i češće odlaze od lekara sa receptom za psihofarmatike.

Tako nam se polako razotkriva prikriveni odnos između uobličavanja polnog identiteta i njegovih političkih implikacija. Gomilanje devaluacija još jasnije upućuje na ovu činjenicu.

Gomilanje uskraćenosti

Loše duševno zdravlje žena često je povezano sa fizičkom hendikepiranošću, koja može biti vidljiva ili ne. Što je telesna oštećenost vidljivija, to je veća verovatnoća da će zbog telesnog izgleda žena doživljavati uskraćenost i diskriminaciju. Jer, stereotip lepog i atraktivnog tela povezuje se tešnje sa ženom nego sa muškarcem. Ženska lepota izjednačena je sa svim onim što je dobro, poželjno, ljupko, dakle s atributima koji ujedno znače i senzibilnost, ljubaznost, društvenost i koji treba da donesu očekivanu ljubav. Ovo najbolje potvrđuju današnje reklame koje poželjne telesne mere povezuju sa pozitivnim ličnim osobinama: “Da li su debeli ljudi lažovi?” (mart 1996, reklama preparata za mršavljenje Voldafar), ili: “Na more lepog stasa, vitkije, lepše, vedrije” (juni 1996, reklama za čaj za mršavljenje). Ovakve poruke, dakle, negativne ljudske osobine povezuju sa “ružnim” telom, a pozitivne sa “lepim”. Vitkost, lepota, vedrina jesu, dakle, i sreća, ljubaznost, ljubav, uspeh.

Ne iznenađuje, dakle, što se na osnovu istraživanja ženskih i muških autobiografija došlo do zaključka da prikraćene žene internaliziraju više negativnih predstava o sebi nego prikraćeni muškarci. Po pravilu one sebe doživljavaju kao teret za druge, kao nepoželjne, nevoljene, felerične (Fine, Asch 1988). Ako se hendikepirane žene podstiču da preuzmu društveno cenjena zaposlenja, da postanu ugledne građanke i aktivne članice društva, one se, ipak, ne podstiču da žive uobičajenim životom u pogledu polnosti, partnerskih veza i rađanja dece. Čini se da se čak i u sredinama koje su već prihvatile principe uključivanja hendikepiranih ljudi u svakodnevni život, “ne-normalnost” čuva pre svega na onim područjima koja su izrazito vezana za tradicionalne koncepte ženskosti. Hendikepirana žena može biti produktivna, ali ne sme biti uključena u biološku reprodukciju.

Prinudne sterilizacije su uobičajeni oblik nadzora duševno oštećenih žena. U medijima smo pročitali da su na primer u slovenačkom zavodu za ljude s mentalnim oštećenjima u Črni na Koroškem sterilizaciju ukinuli 1994 (Lačen 1995). Analize stambenih grupa pokazuju da je sterilizacija još uvek jedan od oblika sprečavanja neželjenih trudnoća (Flaker 1995).

Dvostruki moral u slučajevima prinudnih sterilizacija i prinudnih pobačaja među hendikepiranim ženama najgrublje se otkriva u društvima koja istovremeno zabranjuju abortus ne-hendikepiranim ženama. U izuzetnim društvenim okolnostima dvostruki moral je još očigledniji: što su veće sankcije za nelegalni abortus ne-hendikepiranih žena, utoliko su češći prinudni pobačaji i prinudne sterilizacije među hendikepiranim ženama.

U nacional-socijalističkom rasizmu uzdizanje materinstva arijevskih žena donelo je hendikepiranim ženama praksu eutanazije i uvođenje zakona o sterilizaciji godine 1933. (Bock 1992). Zakon o sterilizaciji bio je osnovni dokument nacističke psihijatrije, koji je ova primenjivala u sterilizaciji

Jevrejki i onih koje su bile definisane kao duševno oštećene, ili duševno bolesne. Eutanazija je bila definisana kao zakon koji je “za dobrobit” kako hendikepiranim tako i ne-hendikepiranim osobama. Neke žene su pokušavale da zatrudne pre prinudne sterilizacije, što su nacistički lekari nazivali “protestnim trudnoćama”. Ove trudnoće bile su glavni razlog proširivanja zakona o sterilizaciji u zakon o abortusu 1935. Tako je od te godine i abortus, koji se zasnivao na istim eugenijskim principima, uključen u zakon o sterilizaciji. Na osnovu ovih zakona u Nemačkoj je između godine 1933. i 1945. sterilisano oko 200 000 žena (Bock 1992; Klee 1989).

Simbolika sterilizacije sastoji se u tome što se, sprečavanjem mogućnosti da žene imaju potomstvo, sprečava život hendikepiranih ljudi. Hendikepirana žene ne ugrožava toliko predstavu građanina/građanke koliko ugrožava stereotipnu predstavu žene koja je povezana sa socijalnom reprodukcijom. Socijalna predstava majke s detetom je, naime, mlada, sređena, ljupka žena koja u krilu drži svoje dete.

Možemo pretpostaviti da su žene, osim što češće borave u psihijatrijskim bolnicama, i češće izolovane u institucijama zbog drugih oštećenja. Polnom stereotipu, naime, odgovara žena koja brine o hendikepiranom muškarcu, a ne obratno. Muškarac koji se stara o hendikepiranoj ženi jeste tabu i ljudi ga najčešće smatraju ludakom ili svecem. Neka žena je pričala da ljudi zapitkuju njenog muža kako izdržava u ulozi osobe koja brine o ženi u invalidskim kolicima. Nikada, međutim, niko nije pitao nju kako izdržava uz tog muškarca.

Uloga staratelja koju muškarac preuzima može simbolično da “zarazi” sve ostale uloge koje su deo odgovarajuće muškosti i može negativno uticati kako na predstavu o muškosti tako i na neposredni odnos koji taj muškarac uspostavlja sa drugim ljudima. Tabu polucionih ili zaraznih dimenzija može dovesti do toga da “muškarac” više nije pravi “muškarac”. Setimo se da je, prema Meri Douglas (Mary Douglas, 1966), zaraženo u simboličkom smislu definisano i kao “stvar izvan prostora”. Objekt polucione opasnosti, dakle nečist čovek, opasan je kako za simbolički tako i za socijalni red. Moguće je da mnogi muškarci pokušavaju da izbegnu starateljsku ulogu upravo zbog njene polucione dimenzije.

Antropološka perspektiva u istraživanju duševnog zdravlja žena

Ponekad bi antropologija potvrđivala svoju prisutnost na terenu, a zatim bi nestajala iz teksta. Danas zahtevamo da u njemu ostane jer je njena prisutnost na terenu bila locus terena – sveta koji opisuje.

Kirsten Hastrup 1992:126

Na području Srednje i Istočne Evrope izvršena su tek malobrojna istraživanja koja su se bavila biografijama žena koje su duže ili kraće vreme provele u psihijatrijskim institucijama. Još manje ima dokumenata koji govore o traumatičnim događajima o kojima su, u ženskim telima, sačuvana sećanja u obliku bolesti, simptoma, smetnji. Zato sam u svom istraživanju namerila da ispitam povezanost psihijatrijske hospitalizacije i biografija žena. Ograničila sam se na jedno od ženskih odeljenja u najvećoj psihijatrijskoj bolnici u Sloveniji, Psihijatrijskoj bolnici Polje u Ljubljani. Metodom produbljenih intervjuja prikupljala sam životne priče žena, raspitujući se kako povezuju događaje iz svog života sa psihijatrijskom hospitalizacijom. Budući da su u prošlosti uvek drugi govorili u njihovo ime, intervju je bio – da upotrebim reči En Oukli (Ann Oakley, 1992) – istraživačko oruđe i ujedno oruđe društvenog odnosa.

Istraživački metodi proizlazili su delom iz socijalne antropologije, kvalitativne sociologije i feminističke istraživačke orijentacije. Primenjivala sam metod produbljenih intervjuja i dijaloške situacije pričajući o sebi samoj i izražavajući svoje mišljenje o određenim situacijama. Žene koje dolaze u psihijatrijsku bolnicu uplašene su, njihova budućnost je puna pitanja i nesigurnosti, a zajedničko im je, pre svega, to što su u životu retko imale kontrolu nad situacijama, i retko su imale priliku da osete kako imaju moć nad datom situacijom. Iz feminističke perspektive bilo je zato važno da istraživačka situacija ne ponovi iskustvo gubljenja samokontrole, već suprotno, da omogućiti što više kontrole nad istraživačkom situacijom i nad onim što je zapisano. Zato su neke žene čitale intervjuje koji su bili napisani, popravljale ih, pa su se često i same čudile životnoj priči

koju su pričale. Mnoge su tako sebe videle u novom svetlu, posmatrajući svoju prošlost, a i budućnost, na drugačiji način.

Biografije 40 žena pokazale su da pol nije samo konstruisan, već se on u praksi i živi. U svom istraživanju pronašla sam, naime, dve grupe žena: one koje su u životu svoj identitet definisale društvenim stereotipom ženskosti, i one koje su se tome oduprle i zato počele da se izražavaju govorom koji okolina nije razumela. Ovih drugih je, međutim, bilo malo. Većina žena je o svojim biografijama, prepunim ograničenja i zabrana, govorila s teškoćom. Mnoge su govorile “moralnim jezikom”, kao što su jezik samokritike nazvale Ketrin Anderson (Kathryn Anderson) i Dana Džek (Dana Jack, 1991). Mnoge su govorile o tome šta su zgrešile, šta nije trebalo da učine, šta su njihove greške, gde je trebalo da se više potrudu. Neke govore i o internalizovanom “roditeljskom glasu” koji se najčešće može osetiti u samokritici, u traženju vlastitih grešaka i slabosti.

Prilikom prikupljanja životnih priča bila sam uvek i sama aktivna i prisutna. O ovoj prisutnosti govori i Kirsten Hastrup (1992) naglašavajući da antropološki teren nikada nije samo svet “drugih”, već uvek “svet između nas i drugih”. Životne priče koje dobijamo produbljenim intervjuom nisu, dakle, nikada samo lična biografija subjekta istraživanja, nego uvek i biografija istraživača. Više autorki naglašava da su životne priče uvek negde između biografije i autobiografije (Okely, Callaway 1992). Autobiografija žene antropologa skrivena je u životnim pričama informatora. I obrnuto, njihove biografije su određene autobiografijom antropologa. Reč je, naime, o načinu postavljanja pitanja, o načinu na koji se istraživač odaziva na izrečeno, reč je, dakle, o “intersubjektivnom obliku objektivacije” (Hastrup 1992:119). Tek je samorefleksija takve uzajamnosti uslov za feminističko istraživanje.

Feministička analiza naglašava povezanost čestih psihijatrijskih hospitalizacija i potisnutog besa, što se kod žena manifestuje kao depresija, pokušaji samoubistva, smetnje u ishrani. Žene u vreme socijalizacije nisu naučile da izražavaju svoj bes; zato ga potiskuju u sebe uz pomoć legalnih droga, hrane, pokušaja samoubistva, što sve treba da potisne nagomilana i nedozvoljena osećanja. Jedan od načina kojima se nedozvoljeni bes potiskuje su i psihofarmaci. Indikativan je naslov jedne od knjiga koje govore o čestoj upotrebi psihofarmatika među ženama: *Schlucken und Schweige*, dakle “gutati i ćutati”.

Feminističko istraživanje je, dakle, uvek povezivanje moje autobiografije i biografije druge osobe. Nikada nije reč samo o jednoj priči; uvek je to priča koja se menja kroz vreme i koja zavisi i od žene istraživača koja postavlja pitanja. Životna priča koja se na ovaj način razvija iz dijaloškog odnosa nije, dakle, nikada samo jedna priča; to je uvek i zajednička priča – priča koja je nastala između dve osobe. U ovome vidimo pomeranje granica između istraživača i subjekta istraživanja, za “prisutnost u tekstu”, za vidljivost istraživača u procesu istraživanja.

Priče žena

Magda: “(...) Kod kuće imam ovoliku kesu lekova, ali šta mi vredi! To je sam otrov. Na zatvorenom odeljenju primila sam 15 ili 17 injekcija. Sada uzimam samo jednu braon pilulu. Danas sam dobila dve, ne znam zašto.”

Slavica: “To je za živce. Za smirenje živaca. Ja primam tri puta dnevno po jednu takvu. Ne znam kako se zove.”

Iz grupnog intervjuja u psihijatrijskoj bolnici, 1994.

Moja pitanja su se odnosila na događaje iz života koji su, po mišljenju žena, bili ključni u njihovim životima kao i na vezu između psihijatrijske hospitalizacije i životnih gubitaka (Zaviršek, 1994b). Konstatovala sam da su socijalni razlozi krize bili povezani sa životnim iskustvima koja proizlaze iz polno određenih uloga i društvenih očekivanja. Najčešći razlozi za duševnu krizu bili su usamljenost, siromaštvo i fizičko nasilje.

Mnoge žene su govorile o kombinaciji različitih gubitaka koja su uticala na duševne krize.

1. Usamljenost i nedostatak intimne veze

Većina žena različite starosti govorila je o nedostatku tesne kvalitetne osećajne veze s jednom ili sa više osoba. To potvrđuju i istraživanja tradicionalnih društava koja naglašavaju da žene imaju slabu socijalnu mrežu, koja bi se pružala izvan porodičnog sistema. Porodični potporni sistem deluje po pravilu u ravni materijalne potpore, pomoći prilikom staranja o deci i starima, a manje u ravni lične osećajne potpore. Još češće osećajne potpore nestaje u slučaju da se žena odupire očekivanim obrascima ponašanja i traži nove životne modele.

2. Siromaštvo i besposlenost

Produbljeni intervjui pokazali su da mnoge žene imaju periodične duševne krize usled dugogodišnjeg iskustva siromaštva i socijalne deprivacije. Mnoga istraživanja su potvrdila da je siromaštvo faktor rizika kada je u pitanju duševno zdravlje. I moje istraživanje je pokazalo da nisu siromašne žene te koje imaju duševne krize, nego da češće siromaštvo donosi i duševno trpljenje. Jedna od žena je rekla: " Mislila sam i noću i danju kako da nađem pare da platim račune. Sada ne mogu više i zato sam ovde."

3. Iskustva nasilja

Mnoge žene su pričale o dugogodišnjim iskustvima fizičkog nasilja koje su doživljavale u porodici. Mnoge druge govorile su da u bolnici "mogu da se odmored od nasilja", da ih je sramota da traže pomoć drugde, te da im psihijatrijska bolnica omogućuje da se za određeno vreme izmaknu pred nasiljem. Psihijatrijska institucija je i inače sramota; jedna sramota, dakle, prikriva drugu. Kao da dvostruko zlo daje dobro.

Jedna od žena je rekla: "Dok je bio trezan, bio je zlato. Puno je radio i zarađivao. Kasnije nas je i tukao. Kad bi se napio nije bio pri sebi. To se događalo sve češće. Sećam se da se jednom ujutro vratio kući; trebalo je da krenem na posao. Zatvorila sam se u kupatilo jer me je udario, a on je rekao: 'Sad ću da sednem pred vrata i nećeš moći na posao pa će da te izbace'. Tada sam počela da razmišljam o razvodu. Imala sam 40 godina i 1983. sam se razvela. Dok nas je tukao nije znao šta radi. Svi smo mu bili neprijatelji jer smo mu branili da pije."

Druga žena je pričala: "Sve vreme me je tukao, zatim sam obolela od živaca i prvi put došla u bolnicu. Kad sam se vratila kući, prestao je da me bije jer se plašio da ću opet morati u bolnicu. Ipak, opet sam ovde, jer su moji živci bolesni. "

Treća: "Bilo čega da sam se dohvatila, bilo šta da sam ga pitala, on me je tukao, vikao na mene, skakao u mene. Plašila sam ga se. Ponekad bih otišla da sečem salatu, uzela bih njegov nož; on bi mi ga uzeo i šutnuo me. Rekla sam: 'Zašto ti mene tako biješ?' Strašno, kakve sam batine dobijala. Celog života me je tukao. Ali imala sam toliko snage da detetu ne oduzmem roditelje i zato sam ostala s njim. Nisam htela da se razvedem. Ponekad, dok smo radili u polju, napao bi me. Bila sam tako vredna, tako radna, a on bi rekao: 'Zašto nisi uradila ovo ili ono?' 'Ne mogu', odgovarala bih ja, 'ne mogu sve'. Onda bi me on dohvatio, tras tras."

O stidu koji je posledica preživljenog nasilja jedna od žena je rekla:

"Rekla sam, idem bilo kuda, samo kući više ne idem. Tako me je tukao da na ovo uvo ništa više ne čujem. Imam rupu na bubnoj opni, lekaru nisam rekla da mi je to uradio muž. Rekla sam mu da sam prala prozor i pala."

O stidu govori i situacija koju sam doživela kada sam se pre neki dan vratila u psihijatrijsku bolnicu i slučajno sreća ženu koja mi je pričala o proživljenom nasilju. Zaustavila me i rekla: "Ono, da me je tukao, nemojte da napišete!"

Svedočenja žena su pokazala da psihijatrijska institucija nije medicinska ustanova, već često pribežište, azil, sigurno mesto na koje žene beže pred nasiljem, siromaštvom, svakodnevnom usamljenošću. Paradoks institucije je u tome što žena misli da je umakla jednoj vrsti nasilja, a zapravo stupa u sistem drugačijeg nasilja, nasilja institucionalne kulture.

Mnoge žene žele da u psihijatrijskoj bolnici sačuvaju svoj prošli, pozitivni identitet. Zato neke materijalizuju duševnu krizu u fizički bol i govore da su u bolnici jer ih bole noge, leđa, ili da su im bolesni živci. Neke su rekle da neće pitati za dijagnozu, jer ih izjava da imaju "šizofreniju" ispunjava užasom i beznađem.

Jednom sam zapitala ženu srednjih godina, koja je u bolnicu dolazila ujutro a popodne odlazila kući, da li će Božić provesti sa ženom s kojom je svako jutro pila kafu. Odbrusila mi je: "Ne, nikada se ne družim sa drugim pacijentima, kad sam kod kuće. Biću sama."

Premda su se ove dve žene poznavale već 18 godinu, one su svaka za sebe čuvale svoj identitet koji je bio deo perioda "pre" bolnice. Pozitivni identitet bio je onaj "prošli" iz nekog "drugog" života. To je bila individualna strategija čiji je cilj bio da izbegnu stigmatu i samostigmatizaciju.

Kako misle institucije

Dok su opisivali svoj život, stanari i stanarke govorili su bez teškoća o životu pre bolnice, detinjstvu, svakodnevnici i promenama. A kada je trebalo da progovore o ulasku u bolnicu, činilo se da je njihov svakodnevni život umro.

Christine Perring, 1993

Premda institucije proizvode ljude, kako naglašava Meri Duglas, i premda one imaju posebnu politiku polova, žene čuvaju vlastiti identitet za preživljavanje. Brojna istraživanja su pokazala da, uprkos činjenici da je žena proživela u psihijatrijskoj bolnici dvadeset ili više godina, ona još uvek govori o sebi kao o osobi kakva je bila u vreme dolaska u instituciju (Perring 1993). Ona se u prepričavanju životnih događaja usredsređuje na vreme pre hospitalizacije. Čini se da je vreme stalo posle ulaska u instituciju. Mnoge žene o vremenu koje su provele u instituciji govore kao o izgubljenom životu. Žena koja živi u Psihijatrijskoj bolnici Polje od 1957. sećala se: "Nekada su vrata bila zaključana, sve je bilo zatvoreno. Bolesnice su vikale i galamile, sestre su ih smirivale. Ponekad bi me stavili u mrežu i zaključali vrata. Lupala bih po njima te bi ih otvorili. Bolesnice su me tukle, bez razloga, ja sam plakala."

Ronald Frankenberg (1992) govori o "čekajućem procesu", u kojem čovek ne zna šta se događa, ko odlučuje i koliko će hospitalizacija trajati. U takvoj kulturi čekanja vreme potrošača nema vrednosti, vrednost ima samo vreme osoblja. Psihijatrijska institucija je mesto gde se ništa ne događa, ali je to ujedno i mesto gde je vreme strogo kodirano u rituale: postupke kao što su buđenje, hranjenje, posete itd.

Usred praznina, koje su jedna od bitnih karakteristika institucije, prazna mesta imaju svoje uglove značenjske nabijenosti. Sedela sam jednom na stolici u hodniku, kraj prozora. Tako sam posmatrala život "čekajuće kulture hodnika". Prišla mi je žena za koju do tada nisam primetila da govori i rekla: "Maknite se s te stolice! To je moja stolica." U trenutku sam shvatila šta se događa i sklonila se. Shvatila sam da je ta stolica, na sasvim određenom mestu, bila njen prostor privatnosti, kao i to koliko joj je energije bilo potrebno da ga po svaku cenu sačuva. Njen prostor bio je tako značajan da je čak i progovorila, premda me nije pogledala i nije pokazala bilo koji drugi znak komunikacije. Posle ovog događaja nisam čula da je više ikad progovorila. Stolica koju je ona markirala bila je verovatno jedna od retkih prilika da ona postane osoba, da oseti vlastiti identitet, svoje ja u depersonalizirajućem prostoru institucije, gde nema prostora privatnosti.

Mnoge žene opisivale su svoja negativna iskustva koja su se sastojala u tome što su ih zatvarali u krevet s mrežom, u kojem su ostajale dvostruko zatvorene: u mreži i u sobi bez drugih ljudi. U ovakvoj "totalnoj zatvorenosti" nalazimo poznati paradoks: osobu koja je u krizi, "zatvorena" u svoj vlastiti svet, institucija i fizički izoluje od sveta. Umesto da institucija odgovori na krizu ličnim kontaktom, ona depersonalizaciju i odvojenost od sveta još i produbljuje dodatnom izolacijom. Tako je žena dvostruko izolovana: svojom krizom i institucionalnim odgovorom na krizu. Jedna od žena koja je preživela zatvaranje u krevet s mrežom rekla je: "Kada su me zatvorili u mrežu imala sam isti osećaj kao onda kad su me silovali."

Prostor u kojem su kreveti s mrežom, u koje zatvaraju korisnice psihijatrijskih usluga, trebalo bi da

bude prostor kažnjavanja i ujedno prostor terapijske intervencije. Međutim, već su Džulija Braun (Julia Brown) i Šeron Tuki (Sharon Tooke, 1992), u analizi uzroka izolacije i njenih posledica, pokazale da se kod osobe koja je u teškoj duševnoj krizi u slučaju totalne izolacije raskol između nje i spoljašnjeg sveta još više produbljuje. Ujedno ove dve istraživačice upozoravaju na degradacijske rituale koje ovakva izolacija sadrži (žene su prisiljene da uriniraju u krevet, mogu biti žedne i gladne, jer se osoblje ne odaziva na njihove pozive). Ove izolacije su potpuno arbitrarne i zavise od dana u nedelji, broja osoblja na odeljenju kao i od toga da li je korisnica na odeljenju prvi put. Izolacija se češće primenjuje krajem nedelje, kada osoblje ima nedovoljno ili previše, kao i na osobama koje su u psihijatrijskoj bolnici prvi put. Ovo istraživanje pokazuje da se izolacija češće primenjuje na ženama koje su bile prinudno hospitalizovane i koje još nisu naučile kako treba da se ponašaju a da pri tom pretrpe što manje povreda i zloupotreba.

Misliti alternative

Kako, dakle, danas misliti alternative i prestati misliti kroz institucije? Već je Meri Daglas (Mary Douglas) pokazala da u kriznim periodima prepuštamo odluke institucijama i da odluke donosimo kroz njih. To znači da odlučujemo po modelu ritualizovanog mišljenja koji odgovara određenom kulturnom kodu i smanjuje individualnu odgovornost. Institucije umanjuju teskobu onih koji ostaju napolju, budući da su im one potrebne upravo zato da se uspostavi razlika između “nas” i “drugih”. Institucije, štaviše, oblikuju određena znanja, kolektivno i individualno sećanje i stvaraju ljude. Neki definišu institucije i kao “mašine za mišljenje” (Douglas, 1987:111).

Zato pred ženskim grupama i pred feminističkom teorijom u Srednjoj i Istočnoj Evropi stoji veliki zadatak nemilosrdnog otkrivanja naših sopstvenih stereotipa i negativnih predstava o ženama koje imaju duševne teškoće ili su na druge načine hendikepirane. Budući da je naša prošlost prepuna negativnih predstava koje prikazuju lude, histerične, ružne žene, to su i naša svesna i nesvesna osećanja često puna saosećanja, sažaljenja, neprijateljstva ili nelagode. Svesne ili nesvesne predstave koje su upisane u naše misli i naše osećaje neprestano su na delu. Dok produkujemo institucije, omogućujemo uspostavljenje socijalne distance. Politikom izolacije projektujemo naša vlastita strahovanja u osobu koja ima teškoće sa duševnim zdravljem. Projektujemo naš strah od sopstvene ranjivosti i nemoći u drugu ženu. Ujedno, to nam daje i osećaje moći: u politici upoređivanja postajemo nešto više, zdraviji, uspešniji, lepši.

Čak i onda kada mislimo i živimo feminizam, naše osećanje i naše mišljenje nije nikada očišćeno od svih nanosa proteklih misli i osećanja. I dok u svojoj neuspešnosti da podupremo manjinu koja je marginalizovana mislimo da smo neutralni, mi zapravo podupiremo rasističku većinu u najširem i najdubljem značenju te reči. Svest o toj činjenici i samorefleksija jesu prvi korak ka promenama na području položaja žena. To je znala i Ana O., zapravo Berta Papenhajm koja je početkom 20. veka počela politički da živi svoja lična uverenja i iskustva. Dok je ona javno delovala na području feminističke i antisemitističke socijalne akcije, Sigmund Frojd je javno govorio o “svojim histeričnim pacijentkinjama”. O tome Sibil Duda piše ovako: “Godine 1909. Sigmund Frojd i Berta Papenhajm boravili su gotovo istovremeno u Americi. Juna meseca u Njujork, ona je govorila na kongresu jevrejskih ženskih udruženja o problemima maltretiranja žena, dok je on u septembru imao predavanje na univerzitetu Clark u Vočesteru, Masačusets, o počecima i razvoju psihoanalize. U svom prvom predavanju govorio je gotovo isključivo o Ani O.” (Duda 1995: 130). Fantazija o sopstvenom identitetu, kako pokazuje biografija Berte Papenhajm, tokom godina znatno se udaljavala od ovog ženskog identiteta, koji je Berta manifestovala sa “pozorištem u svojoj glavi”, kako je sama nazivala svoj fantazijski svet. Taj pomak nije se dogodio zbog “talking cure”, nego zbog različitih spoljašnjih i unutrašnjih okolnosti, koje su joj omogućile da umesto subjektne pozicije žene koja “pati histeriju”, počne da realizuje identitetnu politiku kao žena i kao Jevrejka u pred-nacističkoj Evropi.

Misliti alternative ne znači misliti nove institucije nego stvarati prostor za nove subjektne pozicije žena.

Darja Zaviršek

Univerzitet u Ljubljani

Novembar 1996.

Prevela sa slovenačkog Marijanca Pakiž

LITERATURA

Anderson, Kathryn, Jack, Dana C. (1991): Learning to Listen: Interview Techniques and Analyses. V: S.B. Gluck, D. Patai (edit.), *Women's Words. The Feminist Practice of Oral History*. New York/London: Routledge, pp. 11–27.

Bock, Gisela (1992): Equality and Difference in National Socialist Racism. V: Bock, Gisela, James, Susan (edit.): *Beyond Equality and Difference: citizenship, feminist politics and female subjectivity*. London: Routledge, pp. 89–110.

Broverman, D. et. al. (1970): Sex-role stereotype and clinical judgements of mental health. V: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. No.34, pp. 1–7.

Brown, Julie, Tooke, Sharon (1992): On the Seclusion of Psychiatric Patients. *Social Science and Medicine* 35:5, pp. 711-721.

Cankar, Ivan (1976): *Hiša Marije Pomočnice*. Cankarjeva založba, Ljubljana.

Cohen, Sherill (1992): *The Evolution of Women's Asylums Since 1500*. Oxford University Press, New York.

D. Broverman, F. Clarkson, I. Rosenkrantz, S. Vogel, I. Broverhan (1970): Sex-role stereotype and clinical judgements of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, no. 34, str. 1–7.

Douglas, Mary (1966): *Purity and Danger*. Routledge, London.

Douglas, Mary (1987): *How Institutions Think*. London: Routledge & Kegan Paul.

Duda, Sibylle (1995): Bertha Pappenheim 1859–1936. Dognanja o zgodovini histerije ali "Primer Anna O.". V.: Duda, Sibylle, Pusch Luise F. (1995): *Nore ženske*. KRT, Ljubljana, str. 113–130.

Eagleton, Terry (1994): *Ideology*. Verso, London/New York.

Fine, Michelle, Asch, Adrienne (1988): *Women with Disabilities*. Temple Univ. Press, Philadelphia.

Flaker, Vito (1992): Opis stanovanjskih skupin v Sloveniji. Raziskovalno poročilo. Institut za kriminologijo in Visoka šola za socialno delo, Ljubljana.

Foucault, Michel (1984): *Nadzorovanje in kaznovanje*. Delavska enotnost, Ljubljana.

Foulks, Edward F. (1985): The Transformation of Artic Hysteria. V: Simons, Ronald C., Huges, Charles C. : *The Culture-bound syndromes. Folk Illnesses of Psychiatric and Anthropological Interest*. D. Reidel Publ. Comp., Holland.

Frankenberg, Ronald (1992): *Time, Health and Medicine*. London: Newbury Park.

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

Hastrup, Kirsten (1992). Writing ethnography: State of the art. V.: Okely, J., Callaway Helen (ur.), *Anthropology and Autobiography*. Routledge, London, pp. 116–134.

Henrieta Moore (1994): The problem of explaining violence in the social sciences. U: Penelope Harvey, Peter Grow: *Sex and Violence. Issues in Representations and Experiences*. Routledge, London, N.Y.

- Jordanova, Ljudmilla (1989): *Sexual Visions. Images of Gender in Science and Medicine between the Eighteenth and Twentieth Centuries*. Harvester Wheatsheaf, New York.
- Klee, Ernst (1989): "Euthanasie" im NS-Staat. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Fischer, Frankfurt a. M.
- Link-Heer, Ursula (1988): *Meanliche Hysterie. Eine Diskursanalyse*. V: Becher, Ursula A.J., Ruesen, Joern (Hrs.): *Weiblichkeit in geschichtlicher Perspektive*. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Menzies Lyth, Isabel (1988): *Containing anxiety in institutions*. Free Assoc. Books, London.
- Novak, Tončka (1996): *Življenjske razmere starejših občanov v mestni občini Novo Mesto*. VŠSD, Ljubljana (diplomska naloga).
- Oakley, Ann (1992): *Social Support and Mothering*. Basil Blackwell.
- Paris, Reine-Marie (1989): *Camille Claudel 1964–1943*. S. Fischer, Frankfurt a. M.
- Perring, Christine (1993): *The Experience of Psychiatric Hospital Closure*. Avebury, Aldershot.
- Proctor, Robert N. (1992): *Nazi Doctors, Racial medicine, and Human Experimentation*. V: Annas, George J./Grodin, Michael A. edit.: *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*. Oxford Univ. Press, Oxford/New York, str. 17–32.
- Ramon, Shulamit (1993): *The development of community mental health in Great Britain and North America*. *Socialno delo* 32:1–2, Ljubljana.
- Schaps, Regina (1992): *Hysterie und Weiblichkeit*. Campus, Frankfurt/New York.
- Sinason, Valeri (1992): *Mental Handicap and the Human Condition: New approaches from the Tavistock*. London: Free Assoc. Books.
- Weinberg, Joanna K. (1988): *Autonomy as a Different Voice: Women, Disabilities, and Decisions*. V: Fine, Michelle, Asch, Adrienne (edit.)...pp. 269–297.
- Zaviršek, Darja (1994a): *Ženske in duševno zdravje. O novih kulturah skrbi*. VŠSD, Ljubljana.
- Zaviršek, Darja (1994b): *Psihiatrični oddelek med boleznijo in njeno kulturno manifestacijo. Študija primera (II)*. *Socialno delo* 33, 2: 99-107.
- Zaviršek, Darja, ured. (1996): *Spolno nasilje. Feministične raziskave za socialno delo*. VŠSD, Ljubljana.

IZVORI:

- Lačen, Marjan (1995): *Čas božjih odločitev. Ali lahko imajo duševno prizadeti otroke?* Intervju, *Delo*, Sobotna priloga 11. 3. 1995, Ljubljana.
- Šavnik, Edvard (1877): *O nervoznosti*. Ljubljana, Slovenski narod št. 196, 197, 198, 199, 201.
- Škerlj, Božo (1933): *Socialno-antropološka študija k vprašanju manjvrednega otroka*. Pedagoški zbornik Slovenske šolske matice, Ljubljana, pp. 34–79.