

## Družbenokulturni in psihopatološki aspekti medetničnih zakonov

Raziskava o Slovenkah - Jugoslovankah, ki so se priselile v Italijo po poroki s Slovenci - Italijani

DINORAH CUBI, BRUNO NORCIO  
DANILO SEDMAK, MARIO TROVARELLI

### UVOD

*"... nista pa slišala šumotanja semantične reke, ki se je pretakala skozi njune besede."*  
(M.Kundera)

Odnos med selitvenimi pojavi in psihopatologijo so začeli na široko raziskovati že v prejšnjem stoletju, tako da obstaja danes obširna mednarodna in interdisciplinarna literatura na to temo. Ne da bi se spuščali v posamezne teorije in interpretaciji odnosa med emigracijo in mentalno boleznijo<sup>(1)</sup>, lahko rečemo, da velika večina modernih študij o etnopsihiatriji in kulturni antropologiji v večji ali manjši meri soglaša s tem, da igrajo s psihopatološkega vidika pri izvendržavni emigraciji (čeprav to velja tudi za notranje migracije) glavno vlogo faktorji, kot na primer kulturno izkoreninjenje in jezikovne težave (katerim je treba prišteti negotovost gmotnih razmer v novem okolju).

Ne smemo pa pozabiti na druge izredno pomembne dejavnike, kot na primer na bolj ali manj izrazito politiko "apartheida", ki jo države gostiteljice vodijo v zvezi s priseljenimi manjšinami, ter pojave rasizma med domačim prebivalstvom, s katerimi pa se po navadi etnopsihiatrične in antropološke raziskave bolj malo ukvarjajo.

Druga pomembna smer študija, ki tudi razpolaga z bogato mednarodno literaturo, zadeva vpliv družbenokulturnih dejavnikov na domače skupnosti. Spomnimo se tu na številne raziskave o šibkosti socialne vloge določenih skupin (ženske, starejši, otroci), ki so v večji meri izpostavljene psihopatološkim motnjam. Brown in Harris sta na primer v svoji poglobljeni raziskavi o ženskih depresivnih motnjah (1978) analizirala psihopatološke motnje v odnosu do cele vrste kulturno in družbeno pogojenih faktorjev, kot so na primer ranljivost, slučajnostni činitelji in simptomatični pojavi.

(1) Sartorius (1986) trdi, da so rezultati študij različni od avtorja do avtorja, da so večkrat protislovni in se zdijo bolj vezani na ustavljen politični in gospodarski gledanja (ki jih sprejemamo ali zavračamo), kot pa na dejansko problematiko, predmet raziskave. Nato trdi, da so študije zadnjega desetletja celo podvomile v specifičnost mentalnih motenj pri emigrantih, in zaključuje z ugotovitvijo, da določene probleme vsekakor jasno pogojuje položaj emigranta in da določene načine opisovanja motenj močno zaznamuje kultura okolja.

Naša raziskava zadeva majhno skupino žensk, ki so se priselile na etnično mešano področje, in se sklicuje na obe študijski smeri: etnopsihiatrično, ki preučuje odnos med psihopatologijo in emigracijo, ter sociopsihiatrično, ki se ukvarja z odnosom med psihopatologijo in družbeno vlogo subjekta.

Ti dve smeri imata veliko skupnih točk, še posebej ko upoštevata družbenokulturne komponente in jih vrednotita kot rizične faktorje, oziroma kot dejavnike, ki oblikujejo psihopatološke motnje. V vsaki kulturi določa organizacija okolja (to se pravi sklop pravil, ki urejajo odnose med posamezniki ter njihove odnose s skupnostjo, kateri pripadajo) norme, ki potem pogojujejo družbeno prilagajanje. Neprilagajanje tem normam ustvari nemudoma razliko med posameznikom in družbeno skupino in sproži vrsto reakcij, ki jih lahko shematično takole povzamemo: pojav problema, poskus reševanja, represija ali občasno, kot zadnja možnost, segregacija (Garrone, 1985).

### TERITORIALNI KONTEKST IN CILJI RAZISKAVE

Raziskava je plod opazovanja skupine pacientk Centra za mentalno higieno Nabrežina, ki so prispele na italijansko ozemlje po poroki. Taka vrsta imigracije je vzbudila naše zanimanje zaradi sistematičnega pojavljanja določenih kulturnih, etničnih in psihosocialnih parametrov, ki ji dajejo svojevrsten pečat.

Najprej pa nekaj besed o teritorialnem kontekstu.

Unita' Sanitaria Locale triestina, to je Krajevna zdravstvena enota za Trst (v nadaljevanju KZE) pokriva celotno območje tržaške pokrajine. Dva od sedmih centrov Službe za mentalno higieno KZE, Domio in Nabrežina, skrbita za območje vzdolž meje med Italijo in Jugoslavijo.

Prav v Centru za mentalno higieno iz Nabrežine je beležiti, bolj kot v Centru iz Domia, visoko število pacientov, ki jim je slovenščina materin jezik. To je seveda vezano na prisotnost številčno močne manjšinske skupine na območju vzdolž meje, ki predstavlja pravcata "vrata", preko katerih so v zadnjih dvajsetih letih potekale danes že kar obsežne gospodarske in kulturne, predvsem pa človeške izmenjave.

V takem kontekstu ni težko razumeti, kako lahko pride tako pogosto do medetničnih zakonov, to je zakonov med ljudmi iste narodnosti, ki pa imajo različna državljanstva. Ne razpolagamo s točnimi statističnimi podatki o številu takih zakonov, vemo pa, da je večina teh med Slovenkami, "jugoslovanskimi državljanškami", in Slovenci, "italijanskimi državljanji". Pri iskanju razlogov za ta pojav ne gre podcenjevati težave, ki jih je v preteklosti imel tujec, poročen z italijansko državljanjo, ki je želel imeti italijansko državljanstvo (še pred kratkim je italijanska zakonodaja izenačila pravice obeh spolov in jima zagotovila avtomatično državljanstvo v primeru poroke in preselitve v Italijo). Poleg tega velja opozoriti, da je po prevladujočem družbeno-kulturnem modelu naše civilizacije ženska tista, ki po poroki sledi moškemu, ne pa obratno (2).

Teritorialni kontekst, v katerem se je razvijala naša raziskava, pa terja dodatna pojasnila, kraško območje na meji med Italijo in Jugoslavijo je težaven teren, večinoma neprimeren za obdelavo; prva posledica tega je dokajšnje pomanjkanje naravnih virov.

(2) Nimamo pa nikakršnih izkušenj, kar zadeva nasproten pojav, to je, ko se Slovenke, italijanske državljanke, poročijo z jugoslovanskimi državljanji. Pojav nedvomno obstaja in bi lahko bil koristen primerjalni element za našo študijo.

Temu je treba prišteti tudi odsotnost industrijskih naselij in na ta način zlahka razumemo, zakaj so se prebivalci tega področja tako dolgo ukvarjali z revnim kmetijstvom - na omejenih območjih, kjer je narava to dopuščala - ter obrtništvom in se šele pred nedavnim zaposlili v terciarnem sektorju, s čimer so vsaj delno odpravili gospodarske težave.

In še: naselja, ki so posejana po celotnem Krasu, le poredko sestavljajo samostojne hiše, medtem ko je bodisi na italijanski bodisi na jugoslovanski strani vrsta strnjenih manjših vasi.

Ta teritorij je torej geografsko, kulturno in družbenogospodarsko zelo značilno področje z naravno kontinuiteto med italijanskim in jugoslovanskim elementom.

V to "naravno kontinuiteto" (geografsko ter mnoga stoletja tudi družbenokulturno in gospodarsko) je vpadla državna meja, ki je v končni fazi zaznamovala tudi različni politični in gospodarski stvarnosti. Izvajala je tudi nemajhen vpliv na družbenokulturne referenčne modele in verjetno celo na običajne pomenske (semantične) kodekse, ki so bili od nekdanji skupni ljudem iste narodnosti, ki spadajo v isto geografsko območje.

Glavni cilj te raziskave je bila, poleg ugotavljanja konkretnega neugodja (označenega kot psihopatološka motnja) pri vzorčni skupini žensk, poglobitev družbenokulturnih in gospodarskih faktorjev, ki so značilni za njihovo imigracijo, posledico medetničnega zakona.

Skušali smo torej razumeti, ali so se, poleg in preko klasičnega problema neugodja, ki je značilen za katerikoli migracijski pojav in ki bi moral v tem primeru biti manj izrazit, pojavili še drugi elementi, ki bi jih lahko pripisali zgodovinsko in politično pogojenim spremembam vsebin in vrednosti iste etnične skupnosti.

### *OPIS VZORCA IN METODOLOGIJE*

Vzorec, ki smo ga preučili, je sestavljala skupina 16 žensk slovenske narodnosti z jugoslovanskim državljanstvom, ki so se, kot že rečeno, po poroki s Slovenci z italijanskim državljanstvom izselile na kraško območje znotraj italijanske države in s tem pridobile italijansko državljanstvo.

Te ženske so se obrnile na naš Center zaradi različno težkih psihopatoloških motenj. Tu so jih profesionalni zdravstveni uslužbenci (psihologi, bolničarji, psihiatri), s katerimi so imele prvi pregled, sprejeli v terapijo za različno dolga obdobja.

Ženske smo ob koncu zdravljenja, oziroma nekatere tudi med terapijo, intervjuvali na podalgi vprašalnika in prostih odgovorov. Vse so odgovarjale brez kakršnegakoli oporekanja, bodisi glede globalnega koncepta bodisi glede vprašanj in posameznih delov vprašalnika.

Vprašalnik je sestavljala vrsta vprašanj, ki so zadevala:

- družinsko stanje;
- življenjske izkušnje v Jugoslaviji (šola, delo, prijateljstva, odnos do institucij, ljubezen itd.);
- srečanje z bodočim partnerjem in takratno mnenje o Italiji;
- težave ob prihodu in sedanje težave s prilagajanjem (moževi družini, novi družini in okolju nasploh);
- pacientkina in partnerjeva dejavnost;

- vrsto preoblematike, zaradi katere se je obrnila na Center (oziroma pretekle poizkuse reševanja osebnih težav);
  - subjektivno mnenje o razlogih za težave in uspešnosti delovanja Centra;
  - življenjske perspektive za bližnjo in daljno bodočnost ter morebitna želja po vrnitvi v Jugoslavijo.
- Delno smo odgovore vpisali v tabele, obravnavamo pa jih v celoti v sledeči razpravi.

## RAZPRAVA

Leta 1988 je bila srednja starost naših žensk 46 let, srednja starost ob prihodu v Italijo 24,8 let, srednja starost ob poroki pa 24 let (v bistvu sovпада s prihodom v Italijo) (tabela 1). Prišlo je torej do daljšega premora med poroko in imigracijo v Italijo in prvim stikom s Centrom iz Nabrežine, ki je za vse pomenil tudi prvi stik s kakršnokoli psihiatrično strukturo. V tem obdobju so se pojavile in se razvijale različne težave, ki so imele kot končno posledico psihiatrirazicijo.

Prisotnost težav v obdobju pred prvim obiskom v Centru so potrdile skoro vse pacientke, ki imajo za sabo dolgo "kariero" zdravljenja in iskanja odgovorov na čedalje večje nelagodje. To se je odražalo v celi vrsti somatizacij različnih stopenj (srčna obolenja, črevesne in želodčne motnje, glavoboli, itd.).

Splošno simptomatološko stanje večine pacientk (glej tabelo 2) ob prvem stiku s Centrom je kazalo, poleg vztrajne prisotnosti splošne somatizacije in difuznega neugodja, tudi depresivne reakcije, bolj strukturirane depresivne nevroze, alkoholizem sekundarnega tipa ter v enem samem primeru paranoidno psihozo (pri kateri je remisijske faze označeval močan depresijski ton počutja).

Prevladovali so torej psihopatološki pojavi, vezani na pojem bodisi simbolične (predstava o sebi, ontološko prepričanje, afektivna identiteta, itd.), kot konkretne "izgube" (delo, socialna vloga, pogodbeni moč itd.), ki jo je zaslediti v mednarodni literaturi o sindromu izkoreninjenja pri emigrantih (Bernier, 1967). Na podlagi odgovorov iz vprašalnikov smo raziskali načine strukturiranja "izgube" in glavne soudeležene dejavnike.

### 1) Položaj ženske v domovini

Odgovori glede družinskih razmer in življenja v Jugoslaviji pred poroko in izselitvijo niso pokazali posebnih težav.

V družinah - skoraj v celoti delavskega in kmečkega izvora - ni bilo zaslediti pozitivne psihiatrične anamneze pri ascendentih in stranskih sorodnikih, niti posebnih "patoloških" ali "patogenskih" konfliktnih razmer, ki bi lahko vplivale na naše pacientke.

Isto velja za izvendružinsko socializacijo v otroški in pubertetni dobi (ki so jo same intervjuvane pacientke opisale kot "normalno") in prve afektivne odnose (skoraj vse so imele pred poroko enega ali več pomembnejših afektivnih odnosov). Obstaja seveda možnost, da je oceno o "normalnosti" osebnega doživljanja in v nekaterih primerih celo o "izredno dobrem počutju" izkrivila nostalgija po preteklosti ob soočanju s težko sedanostjo in jo je zato treba jemati z rezervo. Trdimo pa lahko (tudi na podlagi informacij, ki so jih posredovali partnerji), da ni ob poroki nobena od pacientk imela dokazane psihiatrične patologije, oziroma ni trpela zaradi posebnih eksistencialnih stisk.

Prvi za nas zanimivi podatki o obdobju pred izselitvijo v Italijo zadevajo stopnjo izobrazbe in delo (tabela 3). Večina žensk (81 %) je obiskovala obvezne šole in tri (19 %) so opravile veliko maturo. Vse imajo torej dobro stopnjo osnovne izobrazbe, ki je - v nekaterih primerih - celo višja od moške.

Kar zadeva delo, pa so bile vse razen ene v domovini zaposlene kot delavke v tovarnah ali obratih ali kot kmetice v kmečkih zadrugah ali podjetjih (opravljale so tudi težka dela). Tri pacientke so opravljale tudi visoko kvalificirano poklicno delo. Vse so se s ponosom spominjale svojih preteklih produktivnih zmogljivosti.

Glede na zemljepisno področje Slovenije, na katerem so se rodile in živele, izhaja 48 % žensk iz krajev v bližini italijanske meje, ki imajo torej višjo stopnjo homogenosti s soslednjim tržaškim Krasom, 52 % pa iz bolj oddaljenih krajev na kmečkem podeželju. Samo ena pacientka iz vzorca je preživela daljše obdobje v mestu.

Preden so se izselile v Italijo, so pacientke imele dokaj različna mnenja o naši državi: zdi se nam vredno podčrtati predvsem to, da so vse, razen enega primera, kot je ženska izjavila, da je sovražila Italijo in jo je zato na začetku sprejemala negativno, izkazale na začetku precej nevtralen odnos ali celo pričakovanje izboljšanja.

Na koncu pa še kraj srečanja z bodočim možem: 81 % jih je srečalo in spoznalo bodoče partnerje v Jugoslaviji, kar pomeni, da je možki šel nekako iskat partnerja na območje, ki ga je kulturno občutil za svojega, ne pa obratno.

## 2.) Problemi po prihodu v Italijo

88% pacientk je ne glede na bližino ali oddaljenost domačega kraja od meje izjavilo, da so imele v trenutku soočanja z novim ambientom največ težav s totalno spremembo delovnega okolja in načina življenja (tabela 4).

Kar zadeva delo, pa je jasno razvidno, da jih je velika večina (88 %) opustila izvendružinsko poklicno dejavnost v domovini in se posvetila domačemu delu v vlogi "gospodinje".

Taka nenadna sprememba dejavnosti, vezana na poroko in imigracijo, zasluži dodatne pripombe.

V začetni fazi je veliko pacientk pozitivno sprejelo opustitev izvendružinske dejavnosti, ker so jim zakonci to predstavili kot izboljšanje socialnega statusa in odpravo gmotnih stisk. Tu gre za znan pojav: možki dela izven doma, ženska pa je "kraljica" ognjišča, ostane doma, skrbi za moža in otroke ter za socialno reprodukcijo.

Tako pojmovanje, ki je ob postopni emancipaciji žensk skoraj zastarelo tudi v Italiji, je še močno prisotno med domačim prebivalstvom na tržaškem Krasu.

Pacientke pa prihajajo iz države, kjer je ženska že od nekdaj vključena v delovni svet; ženske so tu številčno mnogo bolj prisotne na delovnih mestih: v Jugoslaviji ženska običajno prispeva k družinskemu dohodku s tem, da se zaposli zunaj, možki pa sodeluje pri domačih opravilih. Od tod tudi zavest o enakopravnosti in povprečno višja stopnja emancipacije v odnosu s partnerjem od žensk, ki so se rodile in živijo na Krasu tostran meje.

Potemtakem zlahka razumemo, zakaj so priseljenke, po začetni fazi navidezne osvoboditve "nujne" po delu, postopoma začutile svojo vlogo polno zaposlene "gospodinje" kot ponižujočo in omejevalno.

Posvetitev izključno domačemu delu je zanje pomenila izgubo moči in pogodbenega potenciala, končno pa je postal tak položaj subjektivno nevzdržen in je občasno celo destruktivno deloval na odnose.

K temu gre še dodati problem iskanja zaposlitve, ki je zaradi stagnacije na tržišču dela težavno že za same Italijane. Za priseljenke pa je vse še bolj zapleteno zaradi dodatnih težav z jezikom, s priznanjem diplom ipd.

Izguba zunanje zaposlitve torej močno vpliva na spremembo načina življenja pacientk, obstajajo pa še drugi faktorji, kot na primer odnos z moževo družino (v širšem smislu), težave z jezikom izven same slovenske skupnosti ter problemi v zvezi s socializacijo. Oglejmo si jih posamezno.

Težave v odnosih z moževo družino naj nas, po tem kar je bilo povedanega o vlogi, ki jo pripisuje ženski kmečka kultura na tržaškem Krasu, ne čudijo. Struktura družine je kljub sedanjim spremembam zelo blizu "patriarhalnemu modelu". Tak model nujno predpostavlja takojšnjo in obvezujočo angažiranost mladih nevest do celotnega privzetega sorodstva, kar pomeni zelo pogosto tudi čezmerno vmešavanje družine v življenje novega para. Pričakovanja naših pacientk pa zdaleč niso vključevala takih interferenc, saj so v intervjujih jasno izjavile, da so bile prepričane, da bodo po poroki pridobile večjo samostojnost bodisi osebno ali v družinskem krogu.

V intervjuvani skupini so vse ženske izjavile, da imajo težave z jezikom, in v resnici je njihovo znanje italijanskega jezika površno kljub desetletnemu bivanju v naši državi.

Probleme v zvezi z učenjem novega jezika - v tem primeru italijanščine - je pripisati raznim razlogom, med katerimi je najočitnejši relativna "nemotiviranost", ker imajo ženske možnost, da uporabljajo materin jezik v občevaranju z novo družino in z večino prebivalcev kraja, kjer živijo od poroke dalje. Vendar ta razlog, kolikor je prepričljiv, ne uspe pojasniti občasno zelo ostrega zavračanja "uradnega" jezika države, v katero so se ženske priselile; med drugim, kot smo že rekli, je logična posledica takega zavračanja omejena možnost občevaranja. Ne smemo namreč pozabiti, da pripadajo njihovi partnerji narodni in jezikovni manjšini in da so jim le-ti po vsej verjetnosti objektivno odsvetovali dvojezičnost, to pa iz strahu pred asimilacijskimi pritiski, katerim je podvržena celotna slovenska manjšina v Italiji. V praksi so zakonci, v okviru splošne zaščite svoje narodne in kulturne identitete, skušali tudi v javnosti do kraja zaščititi svoj materin jezik.

Ženske, ki jim manjka motivacija za učenje italijanščine, ostanejo zaprte v nekakšni etnično-kulturni "enklavi", v kateri se razvijajo in tudi izčrpajo vse možnosti socializacije - nova znanstva, nova prijateljstva. Za komuniciranje z italijansko večinsko skupnostjo se morajo torej posluževati partnerjev (kasneje otrok), in tudi to predstavlja kratenje avtonomije oziroma potrebo po zaščiti, ki je jasen znak neprilaganja.

Treba pa je tudi upoštevati, katere so stvarne možnosti razumevanja pacientk s strani tistih, ki govore isti materin jezik: od partnerja do sorodnikov pa do znancev ali prijateljev, ki pripadajo isti narodnostni skupini.

Tu gre za problem "semantičnega razumevanja", ki se izraža in se prenaša z jezikom. Vsakdanji jezik je, ne glede na druge možne definicije, tudi rezultanta različnih ideologij in družbeno-zgodovinskih faktorjev: dovolj je, da pomislimo na različen pomen besede "demokracija" na Vzhodu ali na Zahodu.

Naše pacientke iz Slovenije uporabljajo v občevaranju s svojimi partnerji oziroma s pripadniki slovenske narodnostne skupnosti, v kateri sedaj živijo, isti jezik, ne pa iste govornice. Jezikovna diferenciacija ne odraža samo različnih osebnih, temveč tudi institucionalne, socialne in politične izkušnje, ki pripisujejo istim besedam različne odtenke, afektivnost in vrednote.

Ne smemo namreč pozabiti, da je od leta 1945 dalje jugoslovanski socialistični režim vnesel vrsto korenitih sprememb v prejšnje socialno in etnično tkivo. Ni šlo samo

za politično in gospodarsko spreminjanje države in njenih institucij, temveč za splošno spreminjanje kulture. Družbenokulturne razlike v isti narodnostni skupini na obmejnem področju so postale, ne da bi pri tem izrekli katerokoli sodbo (v pozitivnem ali negativnem smislu), "objektivno" pomembne.

Oglejmo si nekaj primerov: jugoslovanski mladoletnik je politično bolj osveščen od italijanskega, na italijanskega pa nedvomno v večji meri vliva krščanstvo; različna je tudi interpretacija zgodovinskih dejstev in vsakodnevnih političnih in kulturnih dogodkov. Tudi vzgoja otrok je v marsičem različna: Jugoslovanka je zaposlena izven družine, zato je prisiljena otroke vzgajati k večji samostojnosti in se z njimi ukvarjati globalno; že same praznike (na primer 8. marec) doživljajo in vrednotijo na različen način. Jugoslovanka ima čisto drugačen odnos do privatne lastnine (na primer večje zadoščenje ob posedovanju hiše) in bolj odprto pojmovanje socializacije. Lahko bi še in še naštevali, omejili pa se bomo na ugotovitev, da vse to poudarja diferenciranost dveh načinov osebnega projiciranja v svet in pogojuje globoke semantične razlike v okviru iste narodnostne skupnosti in v zakonskem življenju.

Pacientke naše skupine niso premostile teh semantičnih razlik; po dolgih letih skupnega življenja zakonca nista uspela poenotiti svoje govornice in se sporazumevati direktno brez verbalnih sporočil. Ni prišlo torej do "sub-komunikacije", ki je značilna za uspešen zakon.

Jezikovno izražanje je človeška ustvarjalna dejavnost, jezik kot instrument te dejavnosti pa v stiku z drugim, s predmetom, z univerzumom spreminja predmet in samega sebe. Njun odnos je dialektičnega značaja (Ponzio, 1982). V našem primeru pa se je odnos prekinil, ali ga celo ni nikoli bilo; kakorkoli že, zaradi neuskajenosti odnosa se ženska ni mogla odcepiti od svojega izvirnega sveta in vključiti v novo, partnerjevo stvarnost.

### 3.) Sedanja problematika in odnos do Centra za mentalno higieno

Iz odgovorov na vprašanja lahko sklepamo, da se dvajset let po poroki in preselitvi v Italijo problemi pacientk niso samo kristalizirali ampak celo, kot smo že prej omenili, spremenili v psihopatološke motnje (glej tabeli 3 in 4).

Prihod v center je predstavljal torej zadnjo priložnost, h kateri se je večina pacientk zatekla po dolgem, često neuspešnem zdravljenju v bolnišnicah, potem ko so prestale najrazličnejše instrumentalne in laboratorijske preglede, ki naj bi ugotovili somatske bolezni, ter, v nekaterih primerih, po neuspešnih sestankih s psihiatri in psihologi v družinskih posvetovalnicah.

Posrednik ob prvem stiku s centrom je bil v vseh primerih zakonec, kar je povsem razumljivo glede na ugotovljeno funkcijo "mediatorja" ženinih odnosov. Samo po prvem stiku so naše pacientke, podobno kot ostale, začele osebno skrbeti za odnos s centrom. Pri tem jim je bila verjetno v spodbudo prisotnost uslužbencev slovenske pripadnosti (v centru iz Nabrežine je teh približno 50 %) in dostopnost službe, ki terja minimalne birokratske formalnosti.

Opazovanje, dialog in postopno spoznavanje problemov pacientk v neformalnem okolju, ki ne poudarja izključno simptomov, so do določene stopnje omogočili dekodifikacijo in jasnejšo predstavo relacije med potrebami in boleznijo. S tem je bila odprta, čeprav nelahko, pot k terapiji, ki ni usmerjena samo v uporabo zdravil ali psihoterapevtično zdravljenje obolele osebnosti, temveč v stalno iskanje konkretnih in

specifičnih rešitev posameznih problemov občevarja, ki segajo v življenje para in v širši kontekst.

V nekaterih primerih je bilo nasprotovanje spremembam zelo močno pri partnerjih in paradoksalno tudi pri pacientkah samih. Pomoč centra je namreč 37,5 % žensk (6 od vseh 16) označilo kot manj uspešno (tabela 2). Skušali smo torej podrobneje raziskati vzroke takega odpora.

Najprej nekaj besed o pojmu "somatska bolezen", ki so ga podkrepila izvajanja drugih zdravnikov ali zdravstvenih ustanov: problem simptomov, vezanih na psihološko neugodje oziroma na faktorje družbenega neprilagajanja, ni pred tem evidencialnih nihče, raje so se usmerjali k somatskemu vrednotenju in terapiji.

Pri tem se nam vsiljuje model "nostalgije in boleznih", ki so ga izdelali proti koncu 17. stoletja (3), ter biološka interpretacija modela, ki so jo zdravniki dajali še v naslednjih stoletjih pa do današnjega dne (Frigessi Castelnovo, 1986). Po njihovem naj bi somatske motnje povzročali "konstitucionalni" in "organski" faktorji, ki jih je treba raziskovati in zdraviti kot obolenja organov. Še danes nekatere etnopsihiatrične teorije (čeprav deležne majhnega priznanja) trdijo, da so izseljenci v večji meri podvrženi boleznem zaradi psihološke labilnosti njihovih vezi z domačim okoljem. Ta naj bi bila tudi glavni razlog za emigracijo.

V našem primeru je samo po sebi umevno, da so partnerji in okolica pozitivno sprejeli somatsko interpretacijo boleznih, saj izključuje katerokoli povezavo med boleznijo in okoljem. Prepričanje, ki ga potrjujejo sposobni strokovnjaki, da so ženske motnje vezane na "dedne" ali "konstitucionalne hibe", izbriše katerokoli možnost osebnega prispevka ter soudeležbe partnerja pri morebitnih poskusih spreminjanja odnosa z ženo.

Tudi za pacientke delno velja isti princip (introjekcija zdravstvenega modela boleznih), vendar je treba k temu dodati še nekaj ugotovitev.

Faktorji neprilagajanja, ki smo jih preučili, so posledica samostojnih odločitev žensk samih, ki jih je pogojeval močan čustveni naboj.

Emigracija in opustitev prejšnjega življenjskega in občevalnega sistema ni posledica potrebe po delu (stereotip emigranta "gastarbeiterja"), niti bede, vojne ali političnih razmer (stereotip emigranta "izgnanca"). Šlo je za odločitev, ki je predvidevala spremembe v načinu življenja ter izselitev v državo, ki so si jo pacientke (verjetno tudi tiste, ki tega niso odkrito izjavile) predstavljale bogatejšo, z večjimi perspektivami za osebno emancipacijo in blagostanje (stereotip emigranta "settlerja" ali "kolonizatorja"). Pri migraciji "settlerja" ne gre za preselitev iz podeželja v mesto (kot pri "gastarbeiterju"), marveč "iz starega v novi svet" (Rack, 1986).

Ni dvoma o tem, da so, vsaj na začetku, od teh treh stereotipov emigranta - gastarbeiter, izgnanec, settler - vse pacientke bile najbližje tretjemu tipu Rackove klasifikacije. Vendar, kot smo videli, so negativne izkušnje in trajno nelagodje v "novem svetu" postopoma izbrisali pozitivni predznak začetne odločitve ter izostrili občutek izkoreninjenja in nostalgije po domačem kraju in prejšnjem življenju. Toda ženske prav

(3) Izraz "nostalgija" je skoval Johannes Hofer leta 1688 in z njim označil skupino simptomov (pomanjkanje apetita, iritabilnost, obupnost, tesnoba, febrilnost ter postopna fizična degradacija, ki lahko privede do smrti). Te simptome je sam zasledil pri tujih vojakih plačancih in pri melanholičnih mladeničih, ki živijo v tujini. V naslednjih stoletjih so zdravniki to potrdili, čeprav ni več šlo za oddaljenost od domače zemlje, temveč za fiziološko šibkost nekaterih etničnih skupnosti (npr. švicarski zdravnik Scheuchzer je menil, da je to tipično za Švicarje, ki so bili vajeni redkega gorskega zraka in ki so začeli bolehati, čim so se preselili v nižino) (Frigessi Castelnovo, glej bibliografijo).



dobro vedo, da ni poti nazaj: poleg tega, da so zelo navezane na otroke in moža, tudi okolje v domači deželi ni več isto: težko bi se ponovno zaposlile, nekdanje vezi so se zrahljale in vrh vsega bi se še sramovale svojega "poraza".

Zaradi tega ni naključje, da jih je na vprašanje, ali bi se želele vrniti v Jugoslavijo, 75 % odgovorilo "ne" ali "ne vem" in samo 25 % "da", čeprav od teh ni nobena storila konkretnih korakov v to smer (tabela 4).

Nostalgija torej, ki jo ženske doživljajo kot nepopravljivo izgubo in krivdo in ki je nevdružna, ker ni možnosti povratka: iz prejšnjega položaja "settlerja" so prišle v položaj "izgnanca". S tega vidika je povsem razumljivo, da se je psihopatološka oznaka "depresije" pojavila v izrazitejši obliki, ko so pacientke postale ženske srednjih let in se je njihova funkcija omejila na "varstvo" (vloga vzgojiteljice otrok in žene ljubimke).

V tej fazi se njihov psihosocialni status istoveti s statusom ostalih gospodinj domačink, s tem da je pacientkam življenjsko okolje tuje, a se istočasno ne morejo ločiti od njega, niti materialno, niti psihološko.

Za ženske, ki nočejo stopiti v nov proces emancipacije, se pričinja obdobje, za katero je značilno nekakšno "žalovanje za nemogočim": občutile so izgubo preteklosti in domovine kot vse ostale priseljenke, vendar je ne uspejo spremeniti v žalovanje, ker je predmet izgube še vedno močno čustveno obarvan (sanje o povratku, beg iz stvarnosti, mitično precenjevanje domačega kraja), obenem pa se jim zdi, da sedanje stvarnosti nikakor ni mogoče spremeniti. Tako je razumeti nasprotovanje spremembam, ki so zanje vsekakor nepotrebne. V takih primerih center res težko nudi učinkovito pomoč.

## ZAKLJUČKI

Iz naše študije sledi, da lahko postaneta imigracija in neemancipiran položaj ženske krizna faktorja za pojav psihopatoloških in še posebej depresijskih motenj.

Z razliko od tistih, ki obravnavajo psihopatologijo imigranta glede na konstitucionalna nagnjenja ali na prejšnje patologije, menimo, da se za naš vzorec družbeno-kulturne in gospodarske razmere pacientk konkretno vplivale na začetno neprilagajanje, ki je postopoma odprlo pot psihopatologiji.

Strinjamo se tudi z Brownom in Harrisom, ko pravita, da je depresija "v osnovi vezana na družbene vrednote, ker se pojavlja, ko je položaj brezupen, in sledi izgubi pomembnih virov zadoščenja in pozitivnih vrednot. Za žensko predstavljata lastno družbeno okolje in širša družbena struktura kritični točki: ker vplivata na njeno razmišljanje o svetu in na stopnjo obupanosti; ker določata, kaj je vrednega oziroma kaj je bilo izgubljenega, kako pogosto pride do izgube in kako ji biti kos".

V naši študiji je, poleg drugih obravnavanih faktorjev, ki smo jih imenovali "makroskopske", prišel posebej do izraza problem "semantičnega diferenciala" med ženskami in njihovimi partnerji; čeprav smo se ga le bežno dotaknili, je ta odigral odločilno vlogo pri pojavu neprilagajanja in ga bo potrebno v bodočih raziskavah podrobneje preučiti.

Na koncu pa še zadnja ugotovitev o psihiatrični službi: menimo namreč, da je bilo delo s skupino priseljenc, kljub temu, da je predstavljalo objektivni odgovor na zahtevo po psihiatrizaciji (s strani zakoncev in okolja), dejanska priložnost za razumevanje problemov in protislovij, s čimer smo vsaj delno uspeli spraviti bolezen in njeno stigmo v korektnejše socialno-antropološke dimenzije.

V tem smislu lahko trdimo, da je bila za te ženske funkcija depsihiatrizacije centra učinkovitejša od katerekoli druge nepsihiatrične institucije.

## TABELE

TABELA ŠT. 1

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Primer št.	Starost	Starost ob poroki	Starost ob prihodu v Italijo	Rojstni kraj blizu-daleč od meje		Kraj 1. srečanja s partnerjem IT	YU	Partnerjev poklic
1	67	26	34	B			YU	kmet
2	41	21	21	B		IT		obrtnik
3	52	31	31	B			YU	kmet
4	46	24	24		D	IT		kmet
5	55	25	25	B			YU	kmet
6	35	19	19		D	IT		trgovec
7	44	27	27		D		YU	uslužbenec
8	45	25	25		D		YU	uslužbenec
9	41	19	21	B			YU	železničar
10	47	24	24	B			YU	železničar
11	58	31	31	B			YU	delavec
12	44	22	22		D		YU	delavec
13	38	16	16		D		YU	trgovec
14	42	17	17		D		YU	delavec
15	40	30	30		D		YU	delavec
16	37	27	27		D		YU	uslužbenec

TABELA ŠT. 2

1	2	3	4	5
Primer št	Razlog za prihod v center	Diagnoza	Posrednik	Mnenje o zdravljenju
1	tesnoba, namišljeno preganjanje, zaznavne motnje	psihoza (paranoidna depresija)	mož	precej uspešno
2	abulija, nespečnost, običajno prekomerno uživanje alkohola	šindrom zasvojenosti od alkohola (+ reaktivna depresija)	mož	precej uspešno
3	psihosomatske motnje, brezvoljnost	depresija (prikrita)	mož	precej uspešno
4	družinska konfliktnost občasno prekomerno uživanje alkohola	depresija (izsiljevalna)	mož	manj uspešno
5	zakonske težave, nezaupanje vase	depresija (reaktivna)	mož	manj uspešno
6	zakonske težave ter problemi z moževo družino, anksioznost in nespečnost	depresija (+ anksioznost)	mož	zelo uspešno
7	nervoza, pogosta depresivna stanja	depresija (+ anksioznost)	mož	manj uspešno
8	psihosomatske motnje, nespečnost, abulija	depresija (prikrita)	mož	zelo uspešno
9	stalna anksioznost, pogosta depresivna stanja	depresija (+ anksioznost)	mož	precej uspešno
10	glavobol, depresija, počuti se razdvojeno	depresija (+ depersonalizacija)	mož	manj uspešno
11	nespečnost, anksioznost	depresija (+ anksioznost)	mož	precej uspešno
12	pogosta depresivna stanja, običajno prekomerno uživanje alkohola	šindrom odvisnosti od alkohola (+ reaktivna depresija)	mož	manj uspešno
13	zakonske težave, pogost jok in nespečnost	depresija (+ anksioznost)	mož	precej uspešno
14	anksioznost, družinska konfliktnost	depresija (+ anksioznost)	mož	precej uspešno
15	strah, obsesivne ideje, abulija	depresija (+ prisilno-obsesivni simptomi)	mož	manj uspešno
16	agorafobia in abulija	depresija (+ fobično obsesivni simptomi)	mož	precej uspešno

! Diagnoze po ICD - 9 (diagnoze na osnovi Arietijeve klasifikacije so v oklepajih, glej bibliografijo)

TABELA ŠT. 3

1	2	3	4
Primer št.	Šolanje	Poklic v YU	Poklic v IT
1	obvezno	delavka	gospodinja
2	obvezno	delavka	gospodinja
3	obvezno	delavka	gospodinja
4	viš.sr.šola	učiteljica	kmetica
5	obvezno	kmetica	kmetica
6	obvezno	delavka	gospodinja
7	strokovna šola	vrtnarica	vrtnarica
8	viš.sr.šola	teh.risar	gospodinja
9	obvezno	delavka	gospodinja
10	obvezno	kmetica	gospodinja
11	obvezno	kmetica	gospodinja
12	obvezno	trg.pomočnica	gospodinja
13	obvezno	/	gospodinja
14	obvezno	delavka	gospodinja
15	obvezno	delavka	gospodinja
16	obvezno	delavka	gospodinja

TABELA ŠT. 4

1	2	3	4	5
Primer št	Ideje o IT	Problemi ob prihodu	Sedanji problemi	Želja po vrnitvi v YU
1	V IT je imela sorodnike	nobenh	slabo psihofizično stanje	NE
2	Nobene razlike z YU	slabo počutje	splošno slabo počutje	NE
3	Nobene razlike z YU	spremembe glede dela in življenja nasploh	težave z možem, prijatelji in delom	DA
4	Sovražstvo do države IT, sprejemanje Italijanov	spremembe glede dela in življenja nasploh	težave z možem, izkoreninjenje	DA
5	Mislila je da je IT boljša od YU	domotožje, druž. probl., težave s prilagajanjem	osamljenost-težave z možem	NE
6	nobenh posebnih	težave z moževimi sorodniki in ljudmi	zakonske, družinske in težave z okoljem	NE
7	IT je pomenila novo družino in večje blagostanje	težave z delom, možem, sorodniki in sosedi	isti	NE
8	nobenh posebnih	spremembe glede dela, okolja, prijateljev in kolegov	težave z možem in okoljem	NE VE
9	nobenh posebnih	težave z jezikom, taščo in ljudmi	nobenh	NE VE
10	strah, ker ni znala jezika in ni poznala nikogar razen moža	težave z jezikom, brez prijateljev	izolirana, ni vključena	DA VELIKA
11	nobene razlike	nobenh	negotova prihodnost	NE VE
12	Mislila je, da je IT bogata država s številnimi perspektivami	težave z jezikom in kulturnim prilagajanjem	težave z vključevanjem v okolje in v odnosih z možem	NE
13	nobenh posebnih	težave z jezikom in možem	isti	DA
14	nobenh posebnih	težave s prilagajanjem moževim sorodnikom	isti	NE
15	nobenh posebnih	jezikovne težave	splošno neprilagajanje, strah	NE
16	nobenh posebnih	jezikovne težave	splošno neprilagajanje	NE

## BIBLIOGRAFIJA

- Sk. av. (1982), *Malattia mentale e ruolo della donna, Dall'esperienza pratica ad una nuova teoria del disagio femminile*, Il Pensiero scientifico Editore, Roma.
- Sk. av. (1979), *Donne e follia*, Fogli di informazione, 54/55.
- Anwar, M. (1978), *The myth of return*, Heinemann, London.
- Arieti, S., BEMPORAD, J. (1978), *Severe and Mild Depression, The psychotherapeutic approach*, Basic Books, inc., New York.
- Berner, P. (1967), *Psychopatologie des migrations*, Enciclopedia Medico Chirurgica, Paris.
- Boileau, A. M., Sussi, E. (1981), *Dominanza e Minoranze, Immagini e rapporti interetnici al confine nord-orientale*, Editrice Gullo, Udine.
- Braga, G. (1977), *Per una teoria della comunicazione sociale*, F. Angeli Editore, Milano.
- Brown, W. G. and Harris T. (1987), *Social origins of depression: a study of psychiatric disorders in women*. Free Press, New York.
- Chesler, P. (1977), *Le donne e la pazzia*, Einaudi, Torino.
- Chomsky, N. (1972), *Problems of knowledge and freedom*, Wintage Books, New York.
- De Martis in drugi (1974), *Aspetti psicopatologici della immigrazione*, Riv. Sper. Fren., 98, 5-52.
- De Mauro, I. (pripravil) (1981), *Atti della conferenza internazionale sulle minoranze, 10-14 luglio 1974*, Trieste.
- Frigessi Castelnuovo, D. (1988), *Il modello della nostalgia - malattia*, Atti del convegno "Migrazione e Salute mentale in Europa", Ginevra 22-23/5/1986, Antropologia Medica, 4, 53-56.
- Garrone, G. (1988), *Migration et Santé mentale in Europe*. Atti del convegno "Migrazione e Salute mentale in Europa", Ginevra 22/23/5/1986, Antropologia Medica, 4, 5-8.
- Murphy, H. B. M. (1977), *Migration, Culture and Mental Health*, Psychological Medicine, 7, 677.
- Murphy, H. B. M. (1973) *Migration and the major mental disorders: a Reappraisal*, in Zwingemann C. A. and Pfister-Ammende M., *Uprooting and after*, Springer, New York.
- Ponzio, A. (1982), *Linguaggio e relazioni sociali*, Editrice Adriatica, Bari.
- Pupovac, M. (1982), *Ideologija in jezik*, Naše teme, št. 3. str. 390-403.
- Rack, H. P. (1988), *Different types of migrants have different problems: a British perspective*. Atti del convegno "Migrazione e Salute mentale in Europa", Ginevra 22/23/5/1986. Antropologia Medica, 4, 11-17.
- Rack, H. P. (1982), *Race, Culture and Mental disorder*, Tavistock, London.
- Sartorius, N. (1988), *Santé mentale et approximation culturelle: le cas du migrant*, Atti del convegno "Migrazione e Salute mentale in Europa", Ginevra 22/23/5/1986, Antropologia Medica, 4, 8-11.
- Schaff, A. (1975), *Filosofia del linguaggio*, Editori Riuniti, Roma.
- Sedmak, D. e SUSSI, E. (1984), *L'assimilazione silenziosa*, Editoriale Stampa Triestina, Trieste.
- Škiljan, D. (1987), *Govor realnosti i realnost jezika*, Školjska knjiga, Zagreb