

ŽENSKE IN DUŠEVNO ZDRAVJE

(Okrogla miza, Cankarjev dom, maj 1992)

Na okrogli mizi Ženske in duševno zdravje so sodelovale povabljene strokovnjakinje: dr. Metoda Dodič, dr. Tanja Renner, Mirjana Čupić, dr. Mirjana Ule in dr. Tanja Lamovec. Okroglo mizo je pripravila in vodila mag. Darja Zaviršek.

Darja Zaviršek:

Ženske so danes pogostejše uporabnice zdravstvenih in psihiatričnih storitev, njihovo število je večje pri uporabi različnih tablet, zlasti trankvilizantov in antidepresivov, in prav ženske v svojem vsakdanjem govoru govorijo o svojem slabem počutju tako, da ga izrazijo s pojmi, ki segajo na področje medicine ali psihiatrije (slabost, živčnost ipd.).

Bolezenska vloga, s pomočjo katere je mogoče izražati vsakdanje stiske, nerešljive probleme in trpljenje na kulturno sprejemljiv način, se v zahodni kulturi pripisuje ženskemu obnašanju. Znotraj predstav o dveh različnih naravah, ženski in moški, ki sta ob koncu 18. stoletja utemeljili ostro delitev vsakdanjega življenja na sfero doma/gospodinjstva in sfero javnosti/produktivnega dela, je postala ženska predstavnica šibkosti, ranljivosti, slabosti, pa tudi najrazličnejših bolezni. Bolezen in neodpornost sta tako postali del ženske identitete, ki so jo nekatere ženske uporabljale kot strategijo za doseganje določenih koristi, kot strategijo za preživetje, ali pa so se s tem spolnim stereotipom tako identificirale, da je postal neločljivi del njihovega vsakdanjega življenja.

Zgodovinska perspektiva dokazuje, če se navežem na zgodovinarja Edwarda Shorterja, da so bile ženske v zgodovini vedno pogostejše bolne kakor moški. Po njegovem mnenju je razlog v tem, ker so pretežno ženske skrbale za bolne ljudi v družinah, to pa je prinašalo večje možnosti okužb. Ženske so rojevale in ob tem tudi pogostejše umirale. Imele so menstruacijo, kar je veljalo za anomalijo, za nekaj nenormalnega, nečistega in tudi za bolezen. In vse to se je palimpsestno nalagalo skozi zgodovino, katerih ostanke danes zelo pogosto najdemo v fenomenu, ki mu pravimo bolne ženske.

Danes govorimo o tipičnih ženskih in tipičnih moških boleznih. Če so moške bolezni bolezni srca in ožilja, so ženske depresija, nespečnost, glavoboli, vegetativna distonija.

V kontekstu realnosti vsakdanjega življenja je mogoče najti številne razloge za

to, da vse več žensk danes prevzema bolezensko vlogo. Bolezen je za mnoge posledica številnih obremenitev v vsakdanjem življenju, protislovnih zahtev in izgub, ki so povezane z načinom življenja, ki je bolj obrnjen k drugim in premalo usmerjen nase. Za mnoge je bolezen totalna identifikacija z zaželeno vlogo šibke in bolne ženske. Za druge je oblika upora in protesta proti spolnim vlogam, ki se od njih zahtevajo.

Duševno zdravje žensk je po eni strani podoba kompleksne družbene realnosti, v kateri živijo različne skupine žensk, in po drugi strani pričakovana reakcija strokovnjakov, ki temelji v stereotipnih predstavah o spolih. Ideal "ženskosti" se tako kot v drugih aparatih države reproducira tudi znotraj psihiatrije in medicinskega osebja.

Ko govorimo o strukturni diskriminaciji v patriarhalni družbi, ugotavljamo, da družbene institucije ne upoštevajo obstoja dveh spolov, katerih izhodiščna situacija ni enaka. Tudi pri reševanju psihičnih stisk žensk je pomoč spolno specifična. To pomeni, da obstaja moška norma, prek katere je ženska vedno znova subsumirana pod moško in prek katere se različne reakcije žensk in njihovi simptomi tudi interpretirajo.

Metoda Dodič:

Po poklicu sem zdravnica, ukvarjam se s t.i. aktivno populacijo, čeprav mi izraz sam ni všeč. V tej aktivni populaciji sodelujejo seveda tudi ženske. Z določenimi parametri skušamo prikazovati trenutno stanje. Parametri običajno odražajo, so odsev, slika družbenih gibanj. Sami veste, da bolezen sama ni pogojena samo z nekim agensom, npr. bakterijami, temveč je pogojena s celo vrsto zunanjih, družbenih dejavnikov. Veste tudi, da je med zdravniki veliko dialoga in prepira, kako na nastanek bolezni vpliva sam psihični, družbeni, ekonomski stres - tu je cel kup teorij. Vendar bi to pustile in šle na bolj konkretne stvari.

Pri nas spremljamo določene parametre, kot so bolniški stalež, nesreče pri delu - to so stvari, ki so v neposredni zvezi z družbenim dogajanjem. Za bolniški stalež je že davno znano, da je ne samo njegov procent pogostosti, temveč tudi diagnoza sama odvisna od družbenega gibanja. Zanimivo: longitudinalno spremljanje stanja bolniškega staleža kaže izrazita nihanja v odvisnosti od družbenih kriz. Osredotočila se bom predvsem na ženske, želim pa vam še povedati, da smo dobili prve podatke o gibanju bolniškega staleža za leto 1990 in da so bili rezultati izredno zanimivi.

Pokazalo se je namreč, da se je v prejšnjih letih (po 60. letih) stalež gibal v naši družbi tako, da je v času hudih gospodarskih kriz padel, in to zelo močno, signifikantno. V letu 1990 pa je bil v zadnjih desetih letih največji porast

bolniškega staleža. Postavlja se nam direktno vprašanje, kaj se je dogajalo in zakaj je do tega porasta prišlo?

Druga stvar, ki je značilna predvsem za ženske, v zvezi s staležem, so nesreče pri delu. Do sedaj sem uspela narediti eno samo analizo večje tovarne, pri kateri smo ugotavljali v zadnjem tromesečju, pa tudi leta 1990, strahoten porast nesreč pri delu. Ko smo šli v analizo (to so samo hipoteze, ki bi jih bilo potrebno potrditi), smo ugotovili, da so v podjetjih na veliko odpravljali malice. Vemo, kako hipoglikemija vpliva na natančnost pri delu (hipoglikemija pomeni zmanjšano koncentracijo sladkorja v krvi) in kako vpliva na samega človeka. Tu je velika možnost za potrditev naše hipoteze, namreč, kaj vse lahko ukrep, ki ga sproži delovna organizacija, potegne za seboj. Če bi pozabili, da smo zdravniki, humani delavci, in bi naredili zelo preprost izračun, kolikšen kos predstavlja benefit, bi verjetno ugotovili tole: če bi malice ohranili, če bi jih primerno razdelili in če bi stroške primerjali s tistimi, ki jih terjajo nesreče pri delu, bi verjetno poslovali drugače.

Kar se tiče žensk, se bom opredelila samo na bolniški stalež.

Opazili smo, da so leta 1990 obolevale pretežno ženske. Moški so glede na prejšnja leta celo manj obiskovali zdravnika ter so manj pogosto in manj težko obolevali. Ženske pa so zelo pogosto obiskovale zdravnika. Najbolj nas je zaskrbelo to, da je teža bolezen danes veliko večja kot prejšnja leta. Medtem ko je prejšnja leta povprečna odsotnost trajala 11 dni (velja za leto 1987), pa je leta 1990 trajala kar 14 dni.

Ko sem namenoma analizirala, v katerih občinah se to dogaja, sem ugotovila, da so to ravno tisti kraji, kjer imajo največje gospodarske težave, pri čemer izstopa seveda Maribor. Po številu odsotnih dni pa so najbolj kritične Ravne na Koroškem (do 23 dni za bolezen), kar je glede na industrijo, ki se tam nahaja, zelo razumljivo.

Izstopajo torej ženske. Zanimivo je, da to ne gre na račun zdravniške nege, leta je bila tudi prejšnja leta enako visoka, pač pa na račun bolezni. Zanimalo me je tudi, v katerih dejavnostih je nasploh največ odsotnih ljudi, tako moških kot žensk, in ugotovila sem, da izstopajo tiste dejavnosti, ki v večini zaposlujejo ženske. Najvišja odsotnost je v tekstilni industriji. Ko smo analizirali tudi ta podatek, smo ugotovili, da je največja odsotnost pri finalnih izdelkih. Za medicino dela je to pomemben podatek, saj finalna opravila pomenijo fragmentirane delovne operacije, kar pomeni, da vsak delavec in vsaka delavka opravlja le del delovnega procesa. Kaj to povleče za seboj? Neprestano ponavljanje gibov, neprestano ista drža telesa. Konkretna študija, ki smo jo delali, kaže, da te ponavljajoče delovne operacije, ki smo jih na žalost pred

veliko leti prevzeli od držav, ki so jih v svoji proizvodnji že zdavnaj opustile, vodijo do težkih sprememb ravno na hrbtenici, na vratnem predelu hrbtenice. To pa je tudi tista diagnoza, zaradi katere se ženske najpogosteje predčasno upokojijo ali zaprosijo za bolniški stalež.

Tekstilni industriji, ki je na prvem mestu, sledi industrija električnih strojev. Tisti, ki to delo vsaj malo poznate, veste, da je zelo podobno tekstilni industriji, in sicer v smislu sestavljanja izdelkov. Če ste kdaj videli navijanje tuljav, potem vam je jasno, da gre vseskozi za isto delovno operacijo. Tu se ne bom spuščala v poneumljanje s tovrstnim delom, želim namreč le poudariti, da vodi tako delo na vsak način do kombinacije težav, ki jih najpogosteje označimo kot psiho-somatske težave, ter da gre skoraj 30% vsega staleža na račun t.i. ženske industrije.

Še nekaj se nam je zdelo zanimivo (to so sicer hipoteze, ki bi jih bilo potrebno potrditi), namreč to, da so imeli v občinah, v katerih je bilo največ stečajev, tudi najvišji delež bolniškega staleža. To ne pomeni, da je bil zdravnik benevolenten in vam je stalež napisal. To pomeni, da so grozljive stiske teh ljudi privedle do bolezni, ki so zahtevale bolniški stalež.

Zadeva je na vsak način zaskrbljujoča in mislim, da bi bile potrebne posebne analize, ki jih bomo tudi naredili.

Na tem mestu želim opozoriti še na en aktualen pojav. Zdravniki so začeli opozarjati (predvsem na medicini dela), da prihaja vse več žensk na t.i. komisijske preglede (to je stalež nad 30 dni) z depresivnim izrazom na obrazu; somatskih simptomov pravzaprav ne moremo najti, dejansko pa ne morejo delati.

V literaturi smo na osnovi teh podatkov našli t.i. sindrom kronične utrujenosti. Do takrat so to bili samo občutki, ki so jih dobivali zdravniki pri svojem rednem delu, nato pa smo zaprosili za možnost, da bi zadevo objektivizirali.

Zakaj gre? Sindrom kronične utrujenosti je bolezen, sicer opisana s celim kupom izrazov, obdelovali pa so jo seveda pri tisti klienteli, ki je ali imela denar ali pa je skrbela sama zase. Imenuje se tudi "sindrom izgorelosti" ("burn out syndrom"), opisana pa je pri socialnih delavcih, zdravnikih, skratka pri ljudeh, ki se razdajajo, če smem tako reči. Popolnoma ista simptomatika se pokaže pri t.i. sindromu "yuppie", ki je značilen zlasti za managersko populacijo (raziskave so bile predvsem v Angliji) in je izredno popularen v ZDA. V Sloveniji smo opozorili na to, da popolnoma upravičeno sumimo, da je sindrom kronične utrujenosti močno prisoten predvsem pri ženski populaciji, in to veliko pogosteje, kot na splošno pri prej omenjenih poklicih.

Domnevamo, da je kombinacija prevelike utrujenosti, ki jo povzroča istočasna

zaposlenost ženske doma in repetativno, enolično, ponavljajoče, iz leta v leto enako delo in preobremenjenost v službi, z družbenimi in gospodarskimi gibanji, privedla do prevelikih pritiskov, tako da je ženska populacija dekompenzirala.

To je zaenkrat domneva, do katere nas je napotil tudi sum o zelo veliki odsotnosti žensk iz dela. Zaposili smo za možnost, da bi to tudi s številkami obdelali, ovrednotili na popolnoma novi populaciji.

Naj vam povem, da smo šli skozi vso mogočo svetovno literaturo, skozi različne informacijske sisteme iskanja in da nismo našli niti enega samega opisa sindroma kronične utrujenosti pri delavcih z repetativnim delom. Prvi so nas na to opozorili psihiatri in to iz zelo preprostega razloga.

Kot veste, je bila v Angliji narejena študija, ki je pokazala, da 67% vseh teh ljudi konča s psihiatrično diagnozo. To so te ženske, o katerih govorimo. Gre za *ciculus vitiosus*, za začaran krog, ki se začne s tem, da ženska utrujena pride k zdravniku, ki ji ničesar ne najde, vendar ji da en teden bolniškega staleža. Ženska gre po enem tednu spet na delo, omaga v dveh dneh in se vrne nazaj. Ta igra traja kar nekaj časa. Konča se pri invalidski komisiji, ki na somatski ravni znova ničesar ne najde. Tu se začne odnos zdravnik-pacient krhati, ker nastopi s strani zdravnika temeljno nezaupanje, začaran krog pa se vrti do onemoglosti.

Ta oblika kronične utrujenosti je medicinsko zelo lahko postavljiva diagnoza, vendar jo mora zdravnik seveda poznati, da mu ne bi zbežala. Zaposili smo, da bi lahko sodelovali v raziskavi kronične preutrujenosti pri tej populaciji v Sloveniji, ne vem pa, ali nam bo to omogočeno.

Tu bi se namenoma ustavila. Imam pa še na razpolago, če bi koga zanimalo, natančne podatke o bolniškem staležu in nesrečah pri delu. Mislim, da je o teh stvareh zelo dobro govoriti v argumentih, v številkah.

Darja Zaviršek:

Postavlja se mi vprašanje, kako bi bile definirane stiske teh žensk, če bi bile institucije, ki se ukvarjajo s temi problemi, bolj senzibilizirane na t.i. probleme, ki zadevajo predvsem ženske, in kakšne možnosti imajo pri tem recimo moški, da nekako odreagirajo fizične in psihične stiske, recimo prek alkoholizma ali prek agresije, ki sta družbeno veliko bolj tolerirani reakciji, kot pa če se teh reakcij poslužijo ženske.

V tem smislu je zanimiva tudi misel Phillys Chesler iz knjige *Women and Madness* iz leta 1984, v kateri pravi, da je depresija samo ženski odgovor na razočaranje in izgube.

Mirjana Čupić:

Govorila bom hrvaško in mislim, da se bomo razumele. Delujem v skupini za žensko pribežališče. To je bilo prvo žensko pribežališče v Jugoslaviji, ki ga je organizirala "Ženska pomoč sada" iz Zagreba. V njen sklop spadata tudi "SOS telefon za žene i dijecu žrtve nasilja" ter svetovalnica za ženske. Te tri dejavnosti zajemajo vse, kar spada pod problem pretepenih žensk. Najprej bi podala nekaj informacij o samem pribežališču. Ustanovljeno je bilo konec lanskega leta, in sicer na iniciativo skupine "Ženska pomoč sada". Ženske, ki prihajajo v pribežališče, so iz družin, v katerih doživljajo nasilje. Večinoma ne gre za nasilje, ki bi se zgodilo prvič ali samo enkrat, temveč se nasilje vleče več let. Kaj mi razumemo s pojmom nasilje oz. zlorabljanje?

Zlorabljanje razumemo kot napad na psihično in fizično integriteto človeka, v našem primeru ženske. To je zelo težko razločevati zaradi tega, ker navadno ne naletimo samo na fizično ali samo na psihično nasilje, temveč se zelo pogosto pojavljata skupaj. V tem smislu govorimo o psihičnem terorju, ki vključuje poniževanja, grožnje, zmerjanje itd., pa tudi paletu fizičnega terorja od lomljenja kosti, vbodov z nožem, do davljenja itd. V pribežališču ženske in njihovi otroci najdejo varnost, svetovanje in stanovanje.

Najprej bi hotela razjasniti, da te dejavnosti nimajo nobene karitativne vloge, vse tri so namreč organizirane po principu samopomoči.

Naše pribežališče se nahaja v stanovanju, ki je bilo prej pisarniški prostor, zato ima veliko pomanjkljivosti. Prostora nismo dobile od mesta ali od kakšne družbeno politične organizacije, temveč smo se vanj nasilno vselile. Po tem principu so v glavnem nastale ženske hiše tudi po svetu. Veliko težav smo imele s funkcionalnostjo prostora (prav zaradi tega, ker je bil prej tam pisarniški prostor), npr. treba je bilo zgraditi kuhinjo, stranišče, kar pa nima velikega vpliva na samo delo in na bivanje žensk v pribežališču. Prostor obsega 180 kvadratnih metrov, vanj lahko sprejmemo okoli 10 žensk, nekatere pridejo z otroki, druge brez. Vendar pa nismo nikdar zavrnila niti ene ženske, ki se je oglasila - za to so poskrbele same ženske iz pribežališča. Sso namreč zelo solidarne z ženskami, ki se oglašajo na telefon in potrebujejo prostor v pribežališču, tako da se je v tem smislu ženska solidarnost pokazala na zelo visoki ravni.

Kako je organizirano delo v pribežališču?

Kot sem že povedala, je pribežališče projekt feministične skupine "Ženska pomoč sada" in deluje po principu ženskih hiš, ki so bile organizirane drugje po svetu. Pri nas sta zaposleni dve ženski, ki usklajujeta življenje v pribežališču, vse od sprejema ženske, organiziranja vsakdanjega življenja, do stikov z institucijami, kot so Centri za socialno delo, sodišča, bolnice, šole itd.

Kriterij, po katerem smo zaposlile ti dve ženski, se ni nanašal na strokovno izobrazbo na področju socialnega dela, temveč na interes in delovanje na področju nasilja nad ženskami. Poleg tega v pribežališču deluje tudi skupina prostovoljk, ki pomagajo, da pribežališče kar najbolje funkcionira.

Prebivalke pribežališča si organizirajo življenje na lastno odgovornost, po svojih načelih, in ena osnovnih značilnosti je velika medsebojna pomoč. Pribežališče je dejansko tudi koncipirano kot oblika samopomoči, ki se lahko organizira samo kot teamsko delo. Pomembna konceptijska točka v delovanju pribežališča je pristranski pogled na zlorabo žensk (pogled iz ženske perspektive). Ženskam, ki nam pripovedujejo o preživetem nasilju se neizpodbitno verjame. Vedno se sprejemajo stališča ženske, ne želimo namreč ugotavljati, kdo je kriv, ker v princpu ne delujemo kot socialno delo, ki navadno sooča obe strani. Želimo slišati stališča posamezne ženske, želimo slišati njeno videnje problema in njeno doživljanje teh problemov.

Na kakšen način pridejo ženske v pribežališče?

Obstajata dva načina: prvi je, da si je ženska že prej poiskala pribežališče, bodisi pri materi, sestri, prijateljici, in je šele pozneje dobila informacijo o našem pribežališču. Navadno se dogovorimo za srečanje v mestu, potem pridemo v pribežališče. Bolj uveljavljen je drugi način, ko se ženska zateče v pribežališče neposredno po fizičnem napadu. V glavnem se to dogaja zvečer ali ponoči. Zelo pogosto jih pripelje policija ali vozilo prve pomoči. Tudi v tem primeru se dobimo na dogovorjenem mestu, kajti eno naših osnovnih načel je tajnost pribežališča. Četudi tako policija kot medicinske službe stalno želijo izvedeti za naslov našega pribežališča, vztrajamo pri tajnosti. 90% žensk, ki so v pribežališču, ima doma moža, ki jih išče. Večina teh mož išče svoje žene, da bi jih vrnil nazaj v isto situacijo, iz katere so pribežale, saj mnogi med njimi ničesar ne obljublajo (npr., da se bodo spremenili), enostavno želijo svojo ženo doma. Ženske lahko ostanejo v pribežališču do 3 mesece. To obdobje je določeno zaradi omejenih kapacitet pribežališča, čeprav razmišljamo, da bi ga raztegnile do 6 mesecev, v katerem bi ženske lažje razmislile o sebi in si organizirale poznejše življenje.

Kdo so ženske, ki se nahajajo v pribežališču?

Zelo pogosto javno mnenje je, da so to neke "druge ženske" (saj se nasilje ne more dogoditi nam), ki izhajajo iz nižjih socialnih slojev, iz razbitih družin, iz družin, v katerih je že vladalo nasilje, da je važno socialno poreklo, zakonski status. Obstaja mnenje, da so to ženske, ki se jih lahko kategorizira. Vendar so naše izkušnje pokazale, da ženske, ki se zatečejo v pribežališče, ne pripadajo nobeni homogeni skupini. Izhajajo iz različnih socialnih slojev, skupin, imajo

različne profesionalne statusse, razlikujejo se po starosti (prihajajo zelo mlade in zelo stare ženske) in po zakonskem statusu (ženske, ki so ločene, ki so poročene, ki živijo v izvenzakonskih skupnostih), v glavnem vse mogoče kombinacije.

Ženske, ki so pri nas, so bile v glavnem psihično zdrave. Zakaj poudarjam psihično zdravje? Zelo pogosto se misli (sama sem večkrat kontaktirala s psihiatri, s psihologi, s psihoterapevti), da gre za ženske, ki so na določen način mazohistke, ki svoj izhod vidijo prav v trpljenju in nimajo dovolj moči, da bi prišle iz tega. Strokovnjaki zaradi tega smatrajo, da gre za določene obrambne mehanizme. Vendar se naše izkušnje, četudi niso velike (v 6 mesecih je v pribežališču prebivalo okrog 30 žensk), pokrivajo z izkušnjami ženskih hiš v svetu.

Samo ena ženska, ki je trenutno še v pribežališču, bo odšla na psihiatrično zdravljenje zaradi alkoholizma. Imeli smo še tri ženske, ki so občasno iskale psihiatrično pomoč: ena zaradi nasilja očeta in incestuoznega odnosa z njim, druga je dobila živčni zlom, ker je bila pretepena in je zaradi tega izgubila otroka v 5 mesecu nosečnosti, tretja pa uporablja psihiatrijo, da bi se vsakih nekaj mesecev odpočila od nasilja.

Mnenja smo, da so to zdrave osebe, ki so se znašle v bolnem okolju.

Vse ženske, s katerimi smo se srečale, so problem nasilja v glavnem interiorizirale. Ko pa je postal očiten, so ga doživele kot osebni problem, zato so ga želele še naprej prikrivati. Mnoge ženske so šele v pribežališču spregovorile o nasilju, ki so ga doživljale v svojem najbližjem okolju. Govoriti o nasilju je pomenilo priznati lasten neuspeh, biti manjvredna, osamljena, brez prijateljev. V vsakdanjem življenju neprestano govorimo o prijatelju ali prijateljici, ženske v pribežališču pa v glavnem nimajo prijateljic in so se v stiski največkrat obračale na mater ali sestro.

To je primarna viktimizacija, ki se pojavlja v najožjem okolju. Ko pa se odločijo, da bodo iz tega okolja odšle, pride še do sekundarne viktimizacije. To je viktimizacija, ki jo doživljajo s strani družbenih institucij, policije, socialnega dela in vseh, ki spadajo sem.

Ko pridejo npr. na socialno delo in začnejo govoriti o zlorabljanju, maltretiranju, se njihove pripovedi ne sprejme samoumevno. Četudi posamezna ženska pride tja z modricami, potrebuje cel kup potrdil, da bi lahko potrdila resničnost svojih besed. Že ko smo delale na telefonu, smo verjele, da se to res dogaja, odkar pa lahko v pribežališču slišimo o razgovorih žensk s socialnimi delavci, se je naše mnenje samo še utrdilo.

Socialnim delavcem je že v navadi, da postavljajo pod vprašaj mentalno zdravje ženske, vedno se pojavlja težnja, da imajo večje zaupanje v moža, ki je nasilen. Npr., če se ženska umakne iz družine in želi, da se otrok začasno dodeli njej, bodo socialni delavci izpeljali na njej cel kup preiskav, hoteli bodo izvedeti o njej čimveč podatkov, medtem ko od moža ne bodo zahtevali ničesar. Pred kratkim smo imele primer, ko otroka, ki je bil začasno nameščen v neko ustanovo, niso dali materi, ker se po treh dnevih videvanja z njo, niso mogli odločiti za to. V zadnjem trenutku so sklenili, da bi lahko otroka dodelili moževi materi, ki je niso nikdar videli in ki ne živi v Zagrebu. To je nezaupanje v ženske, nezaupanje v njihovo sposobnost, da se lahko znajdejo, da so sposobne skrbeti same zase - to je nekaj, s čimer se ženske srečujemo vsak dan.

Kot sem že rekla, pride 90% vseh žensk v pribežališče neposredno po napadu. So v šoku, težko govorijo, pogosto jočejo, roke se jim tresejo, bojijo se, da jih bo mož kljub vsemu našel, da bo prišel ponoči ali podnevi (prav zaradi tega zelo težko spijo, dogaja se, da celo po nekaj noči ne spijo). Prav zaradi tega strahu zahevajo ženske, ki so s hudimi poškodbami v bolnišnici, naj jih premestijo v pribežališče. Naslov pribežališča je namreč tajen, mož pa lahko pride v bolnico kdajkoli.

Poleg težjega komuniciranja se pojavlja tudi prenos agresivnosti, ki so jo same doživele, na otroke, in to brez vzroka. Strah pred možem se kaže tudi v začasni agorafobiji, to pomeni, da si ne upajo same odhajati ven. Navadno šele čez nekaj dni odidejo in še to v našem spremstvu, tako da nas trdno držijo za roko. Da je ta strah utemeljen, potrjuje tudi dejstvo, da so celo na socialnem delu, ko prihajajo na pravni postopek, ženske doživele nasilje partnerjev. Zaradi tega smo angažirale privatno agencijo osebnih stražarjev (navadno v primerih največjih nasilnežev).

V prvih dveh, treh dneh, ko so ženske v šoku, navadno poslušajo pripovedi drugih žensk in v principu spoznajo, da niso edine, ki so doživele nasilje. Osveščajo svoj problem in ga skušajo rešiti. Vedno znova pa se pri tem srečajo z institucijami, za katere je pretepena ženska ekscesni, posamezni problem, ki ga smatrajo za pretiravanje, kjer morajo vse podkrepiti s določenimi potrdili.

To naj bi bile osnovni pojmi o tem, kdo so pretepane ženske, s kakšnimi problemi se srečujejo.

Še nekaj bi povedala o tem, kakšna je situacija žensk, ko odhajajo iz pribežališča. Od teh 30 žensk jih je 20 šlo v novo, samostojno življenje. Našle so si novo stanovanje, otrokom so zamenjale šolo, življenje si skušajo organizirati zunaj dosega nasilneža. Po navadi se jih 50% vrne k možu, ker se jim zdi, da je lažje trpeti nasilje doma kot pa trpeti nasilje institucij, kjer konec koncev zelo težko

kaj rešijo. 30% se jih vrne k možu zaradi njegovih obljub, da se nasilje ne bo več ponovilo, ker v bistvu ni sposoben živeti sam.

Poskušala bom povzeti naše izkušnje. Lahko rečemo, da ženske, ki so žrtve nasilja, gredo skozi dvojno viktimizacijo: primarno od partnerja in od svoje družine, sekundarno pa od družbenih institucij. To, s čimer se ukvarjamo in kar spada pod oznako "skupina samopomoči", je, da nasilje označimo kot družbeni problem.

Trebna je pokazati, da nasilje nad ženskami ni marginalni problem, da se ne more reševati individualno, da to niso posamezni primeri, ker reduciranje na posamezne primere pomeni institucionalizacijo nasilja.

Mirjana Ule:

Obe izvajanci sta pokazali drugo plat položaja žensk danes in tukaj. Dejstva, ki jih je navedla dr. Dodičeva, so me pretresla. Slutila sem že, da se pravzaprav mora nekje poznati in "udariti ven" ta specifični položaj žensk na delovnem mestu in doma. Sama se ukvarjam s problemi bolj teoretsko in raziskovalno, ne pa praktično, zato bodo tudi moje teze šle v to smer.

Kar bom tukaj govorila, verjetno ni nič novega, vendar pa nekako sintetizira tisto, kar vsi vemo in čutimo.

Dejstvo je, da je ženska objektivno bolj prizadeta oz. da obstaja neka, lahko bi rekli fundamentalna zveza med žensko in duševnim zdravjem/duševno boleznijo, ki je pravzaprav samo delno pojasnjena oz. ostaja celo nepojasnjena.

Dejstvo je in tudi raziskave kažejo na to, da se zdijo simptomi ženskih pacientk bolj psihosomatski, oz., bolj psihični kot somatski, in da je med psihiatričnimi bolniki več žensk kot moških, kar kaže tudi statistika. Zakaj tako?

Preden bi to komentirala, še nekaj besed o statistiki, ki sem jo dobila v neki britanski študiji, statistiki o hospitaliziranih pacientih in pacientkah v letu 1982 v Veliki Britaniji.

Iz te statistike je razvidno, kako različno so diagnosticirane bolezni ženskih in moških. Navajam: za shizofrenijo je bilo diagnosticiranih 15266 moških in 16755 žensk (torej ni bistvene razlike po spolu). Za depresivno psihozo je bilo diagnosticiranih v tem letu 7200 moških in 16206 žensk (torej več kot še enkrat toliko žensk kot moških). Za senilnimi psihozami je bilo diagnosticiranih 3000 moških in 6600 žensk (torej še enkrat več žensk). Za drugimi psihozami je bilo diagnosticiranih 4900 moških in 7500 žensk (skoraj še enkrat več žensk). Za osebnostnimi in vedenjskimi motnjami je bilo diagnosticiranih 8400 moških in 8500 žensk (ni bistvenih razlik po spolu). Za psihonevrozami je bilo

diagnosticiranih 7900 moških in 16080 žensk (skoraj še enkrat več žensk).

Bistveno vprašanje, ki se tudi nam zastavlja, je, zakaj je to tako? Zakaj ženske pogostejše manifestirajo simptome, ki jih diagnosticiramo kot duševne bolezni, in zakaj ženske pogostejše manifestirajo simptome, ki so psihotične in nevrotične narave, oz. simptome, ki se izražajo kot občutki. Zakaj raje obračajo simptome v same sebe, kakor da bi jih izrazile navzven tako kot moški?

Razne teorije različno pojasnjujejo razloge in nekako bi jih lahko združila v dve vrsti pojasnjevanj.

Na eni strani se pojavljajo teze, da so to naravne motnje, determinirane z biološkimi razlikami, npr. z vlogo žensk v biosocialni reprodukciji, itd. To se dopolnjuje s tem, da so ženske bolj ogrožene predvsem v določenih življenjskih obdobjih, da se simptomi v puberteti manifestirajo kot menstrualne težave, v času nosečnosti, ob porodu kot porodne težave (npr. poporodne psihoze), v menopavzi pa kot težave, povezane s spremembami hormonskih in bioloških funkcij žensk. Vse te težave so vezane na reproduktivno in seksualno vlogo ženske in ko se ta vloga spreminja, pride do motenj.

Na drugi strani pa obstajajo različni pokazatelji, ki povezujejo te simptome z življenjem žensk in povezujejo ženske bolezni preprosto z ekonomskim in socialnim statusom žensk v posamičnih družbah in posamičnih fazah zgodovine. Študije kažejo, da se na različen socialni in ekonomski položaj vežejo tudi različni simptomi in bolezni. Zgodovinske študije tako pokažejo, da so ženske nižjih slojev, npr. gospodinje, delavke, prostitutke, označene kot potencialno ogrožene z določenimi oblikami bolezni, recimo tuberkulozo, spolnimi boleznimi itn., medtem ko se na ženske iz višjih socialnih slojev vežejo druge oblike motenj, kot so histerija, depresija itd.

Simptomi, ki jih ženske pravzaprav kažejo, so osamljenost, osamitev, materialna deprivacija, in po mojem mnenju so to jasni znaki, da gre prej za socialno-ekonomske in psihološke vzroke kot pa za neke naravne, biološke vzroke, vezane na "žensko naravno funkcijo". Vendar se večkrat išče razloge za duševne motnje v ženski moralni inferiornosti, v fiziološki strukturi, v ženski duševni ali emocionalni inferiornosti.

Zanimivo je, da se na žensko naravo vežejo določene lastnosti, oz., da v percepciji ljudi obstaja shema zdravih žensk, od katerih se pričakuje neke lastnosti, ki so v bistvu simptomi motenj, oziroma, ki se običajno tako pri ženskah kot pri moških percipirajo kot motnje (čustvena labilnost, odvisnost, potreba po varnosti). Simptom je za ženske torej ideal. Ženske bolezni so zelo podobne stereotipu duševne bolezni, duševnih motenj. Rekla sem že, da se določene duševne motnje pri ženskah tolerirajo, recimo, depresija je tipična

motnja, ki se veže na žensko, prav tako se določene motnje tolerirajo pri moških, npr. alkoholizem.

Dejstvo je, da so ženske definirane v večji meri kot odnosna bitja in da so odvisna od tega, s kom so v odnosu. Zato so bolj občutljive na osamljenost, na osamitev in na emocionalne in čustvene probleme. Tu se nam ponovno zastavi vprašanje, zakaj tako? Ženskam je bila v moderni družbi dodeljena vloga čuvaja doma, družine, zasebnosti, predvsem pa naj bi ženske s svojimi emocionalnimi in interakcijskimi potenciali ustvarile v družini neke vrste terapevtsko klimo, torej takšne odnose in socialno klimo, ki podpira kompenzacijo identitetnih izgub vseh družinskih članov, predvsem zaposlenih, torej predvsem moža.

Zasidranje žensk v družinski zasebnosti ni bila le podreditev žensk, ampak tudi njihova osvojitev doma. Vzporedno s tem ločevanjem posla v družini od javnih opravil zunaj družine je dejavnost žensk postala privatna v smislu nečesa marginalnega in partikularnega. Skozi zgodovino 19. in 20. stoletja se je ta marginalizacija družine, gospodinjstva, vzgoje in seveda položaja žensk še bolj utrjevala, toliko bolj, kolikor več tradicionalnih družinskih in hišnih opravil je prešlo v okvire zunaj družinskih ustanov.

Sodobna, jedrna družina je pravzaprav enota, ki kljub vsem notranjim in zunanjim pritiskom na družino omogoča njenim članom, da v omejeni obliki kompenzirajo učinke obremenitev in odpovedi, vendar ob predpostavki neplačanega in sploh družbeno neovrednotenega dela v družinski skupnosti. To delo je po zgodovinski in kulturni tradiciji vseh modernih družb pripadlo ženskam. Zato se socialna vloga žensk v družini kot varuhinj doma, družinske klime, zasebnosti, v ideološki perspektivi vedno znova kaže kot nekaj samo po sebi nujnega in naravnega, kar vodi v legitimiranje temeljno različnih socialnih pozicij, vlog in identitet moških in žensk.

Tanja Renner:

Pripravila sem dve kulturološki pripombi. Prva nosi naslov "Ženske težave z identiteto".

V sodobni teoriji, kot veste, kroži nekaj na prvi pogled prav mizoginih izjav, kakor npr., da ženska ne obstaja, da je ženska človek z mankom, poleg tega žensko definirajo predmoderne, pripisane kategorije, kot so rojstvo, spol ipd. V vsakem primeru gre za izjave, ki napeljujejo na težave z identiteto in so na tej ravni čisto gotovo prepričljive. Natančneje bi rekla: ženska ima težave z identiteto, brž ko se kaj zalomi na poti sprejemanja, zgodovinsko gledano, heteronomne ženske socialne identitete.

Znano je, da se moderna ženska identiteta v Evropi konstituira od 17. stoletja

dalje, in to na dveh fundamentalnih točkah, ki jih je omenila že Mirjana, to je na materinstvu in na terapijstvu. Obe točki temeljita na odpovedi obema temeljnima predpostavkama, ki ravno konstituirata moderno novoveško subjektiviteto, se pravi, na odpovedi racionalizmu in individualnosti.

Ženska identiteta je, po moje, ne toliko iracionalna kot predracionalna. Zavezana je predmodernim, predracionalnim elementom, kakor so skupnost, rod, kri ipd., in ne vstopa v moderni ris racionalnosti, ki ga definira ravno možnost razumske, racionalne izbire med različnimi opcijami.

Prav tako je ženska moderna identiteta pred-individualna, v kolikor se nenehno odpoveduje individualnosti, oz., v kolikor jo nenehno investira v pomembne druge.

Zanimivo je, da je nova socialna zgodovina, ki je v marsičem preinterpretirala družinsko preteklost, namenila veliko pozornosti socialnemu konstruiranju moderne družine, zlasti preko socialne konstrukcije otroštva in preko socialne konstrukcije materinstva, skoraj nič pozornosti pa praviloma ne namenja drugemu polu ženske identitetne osi, ki sem ga poimenovala terapijska funkcija oz. vloga. In vendar se zdi, da je ta terapijska funkcija ženske še kako pomembna za preživetje prebivalcev evropske in ameriške modernizacije.

Tega niso prezrli veliki duhovi 18. in 19. stol., kot so Kant, Hegel, Comte in Mill. Med temi sta zlasti slednja dva povsem eksplicitno pridala primat ženski terapijski funkciji, in sicer pred njeno funkcijo matere. Zelo nazorno podobo je najti v literaturi tega časa. Dickens je, kot je znano, najpomembnejši in pri bralcih izredno priljubljen pisec viktorijanske Anglije. Pri njemu sta ti dve zadevi zelo nazorni. V njegovem osrednjem delu *David Copperfield* sta dve dominantni ženski. Najprej je podoba Dore kot podoba romantične ljubezni, ki je sicer zelo navdušujoča in umetniško inspirativna, vendar na popolnoma abstraktni, predmoderni ravni. Dora je nebeško lepa, naivna, popolnoma nepraktična, intelektualno na ravni imbecila in seveda značilno neplodna.

To, kar šteje pri Dickensu, ko gre zares, je seveda vse kaj drugega. Je podoba Agnes, ki je praktična, emotivna, tiha, vztrajna, zelo izobražena pomočnica, tolažnica, svetovalka, ki nikoli ne zataji. Gre torej za pojme, ki nedvomno sodijo v register sodobnih terapijskih praks. Torej z Agnes in ne z Doro (ta namreč tragično umre, kot se za romantično junakinjo spodobi) se romantični junak naposled zveže v srečen in seveda tudi zelo ploden zakon. Otroci so omenjeni na zadnjih straneh romana izredno bežno, poglavitno je bilo opravljeno že poprej.

Skozi vse tri knjige *David Copperfielda* Agnes predvsem zelo intenzivno terapija. Njena terapijska funkcija je odločilna na dveh točkah: prvič, ko mora

romantični junak premagati razočaranje nad revščino in bedo starega sveta, ki se sesuva pod vplivom modernizacije. In drugič, ko se mora taisti romantični junak soočiti s svetovljansko hladnostjo, tujostjo modernega sveta, v katerem pa ravno postaja uspešen.

Ženska torej tu nastopa kot terapevtska figura par excellence, ko je treba predelati travmatično preteklost in ko se je treba opremiti, oborožiti za spoprijem s prihodnostjo.

Ženska je potemtakem čudna, nenavadna, nevarna in če hočete nora, ko zaradi tega ali onega razloga pade ven iz te identitetne sheme. Ven pa pade takrat, ko se odreče identifikaciji s spolom, ko noče biti mati, ali pa ko ni dobra mati ipd., pri čemer je prva varianta veliko hujša. Če ni dobra mati, se že najde kakšno opravičilo, in navadno je to opravičilo socialne narave, npr., saj bi bila boljša mati, pa ne more, ker se je zlomila, ker ima težave ipd. Veliko huje je, če noče biti mati, najhuje pa je, če se ima pri tem še zelo v redu. Namreč, ni mati in se ima dobro!

S tem v zvezi je seveda težko prezreti težave v domačiji. Aktualne diskusije o deliberalizaciji, če že ne delegalizaciji abortusa, imajo seveda raznotere pomene. Ko sem že pri kulturoloških opombah, se mi zdi, da je treba dodati, da ženska, ki abortira, ruši še eno identitetno žensko shemo. Očitno ima ženska v teh kulturnih shemah nenehno opravka s shizofrenimi pozicijami. Ena med njimi je ta, da tista, ki abortira, ruši pozicijo Devica-Mati. Jasno je, da tista, ki abortira, ni več devica in hkrati tudi noče biti mati. Zakaj je to tako zelo hudo? Ker zadeva v zvezi z abortusom napeljuje na misel, ki je v tej kulturi neznosna - namreč, neznosno je to, da je mogoče, da ženska seksualno uživa ter se pri tem ne počuti krivo.

Drugič, ko pravim, da je ženska nenavadna, čudna, nora, je to takrat, ko noče ali ne zmore preprečevati norosti drugih, takrat ko odpove v svoji terapevtski funkciji.

Druga kulturološka opomba nosi naslov "O nemoči t.i. dobrega fuka".

Reprezentativni model moderne ženske norosti je bila histerija in reprezentativni model sodobne ženske norosti so depresivna in vse bolj množično tudi anoreksična stanja.

Najpogostejša ponudba terapije, ki jo dobi nora ženska, so seksualne terapije.

Histeričarka svojo norost uprizarja, in vsaj na ravni vsakdanjega diskurza je ponudba terapije histeričarki t.i. dober fuk, kar je v skladu s starogrško definicijo, ki histerijo definira kot vnetje maternice zaradi pomanjkanja hladilne sperme.

Ženske so torej kričale in v odgovor dobile terapijo "dobrega fuka". Ta odgovor so dobivale vse 20. stoletje... To sicer lahko definiramo tudi kot seksualno revolucijo (ali kaj podobnega), vendar se mi zdi, da je posledica te terapije naslednja: danes ženske ne vpijejo več, histerije psihiatrična praksa skorajda ne diagnosticira več, je pa toliko več depresivnih in anoreksičnih žensk, ki praviloma ne delajo spektakla. Nasprotno, odrekle so se glasu, vpitju, zato pa imajo v tej nemi osamljenosti toliko več opravka z avtodestruktivnostjo.

Darja Zaviršek:

To mi pomaga asociirati na druge socialnokulturoloških zgodbe. Platon je recimo histeričarkam svetoval nosečnost, trdil je, da je histerija motnja maternice, ki hlepi po otroku. Zelo znano je tudi viktorijansko zdravljenje t.i. "rest cure", ki je ženske podvrglo najprej fizičnemu tretmaju, morale so negibno ležati, piti izjemno velike količine mleka in izjemno veliko jesti. Ko je bil fizični del tretmaja končan, so jih začeli zdraviti psihično, t.j. z apeliranjem na njihovo disciplino. Ženske so morale natančno slediti urnikom, ki so jih dobile in kar je bilo najpomembnejše, svoje okolice niso smele obremenjevati s svojimi psihičnimi težavami.

Tanja Lamovec:

V naši ustavi piše: "Ženske so enakopravne". Upreti se identiteti, ki jo ženskam vsiljujejo, je druga stvar. To mora storiti vsaka sama. Seveda to ni lahko. Svobodo si vsakdo vzame sam. Rekla sem vzame, ne izbori. Vzemite si, kar vam gre, ženske. Pomembno pa je, da je človek legalno zaščiten. Ve ženske ste zaščitene. Pri nas so ženske legalno zaščitene, t.i. duševni bolniki pa to niso. Tisti, ki so nekoč dobili to nalepko, so lahko vedno hospitalizirani proti njihovi volji. Kadarkoli in brez razloga. So torej popolnoma brezpravni, kot kasta nedotakljivih v Indiji.

Naj mi feministke oprostijo, moški niso nič krivi, moški niso nič bolj krivi, moški in ženske so enako krivi. Fatalno je spodbujati sovraštvo med spoloma. To sem pred leti povedala slovenskim feministkam, ki so prišle k meni. Ponudila se jim "assertivness training", ki sem se ga naučila v ZDA. Brezplačno. In glej, ni jih bilo več. Jaz pa se tudi ne bom silila.

Torej, povem še enkrat: moški niso nič krivi! To je zgodovinsko pogojeno, da jih je več na oblasti. Se pa spreminja. Ženske na oblasti niso nič manj zatiralske kot moški. Posebno v psihiatriji. Zatiralska je oblast, ki nima spola. Pri nas je na oblasti birokracija, mediokriteta, ki tlači ustvarjalnost, preganja ustvarjalce in jih zapira v norišnice.

Nekaj pa je res, pri nas je ženska delovna žival. To je njena identiteta. Ni dosegla še niti stopnje spolnega objekta, kot v zahodnem svetu. Tudi to je zgodovinsko pogojeno.

Darja Zaviršek:

Pomembno se mi zdi, kar si opozorila na začetku, da redukcionizmu, stigmatiziranju in temu definatoričnemu nasilju v psihiatriji niso podvržene samo ženske, temveč tudi moški.

Rekla bi še to, da smisel govora o ženskah in duševnem zdravju ni v tem, da ženski damo še eno stigmo, temveč v tem, da specifične probleme definiramo in da zahtevamo specifičen pogled, ki je drugačen od tistega, ki nam ga vsiljuje moški način reševanja problemov.

Tanja Lamovec:

Psihiatri iščejo simptome. Če iščeš simptome, jih najdeš. Če iščeš človeka, ga vidiš. Človek je predvsem človek, ali pa to ni. Ne glede na spol.

Vladimir Gajšek:

Zelo dobro sodelujem z zdravnikom dr. Janezom Rugljem. To, kar je gospa povedala o stigmatizaciji klasične psihiatrije, bi čisto na kratko pojasnilo tudi njegovo sporočilo, ki seveda velja človeku, tako moškemu kot ženski, na enakovredni ravni.

Namreč, v ambulantu "Za bolezni odvisnosti in preprečevanja alkoholizma" k zdravniku Ruglju prihajajo ne samo alkoholiki in alkoholičarke, temveč tudi drugi, dejal bom označenci.

Med njimi je mnogo tistih, ki so prišli z diagnozami, kot je shizofrenija itd., in ki so večinoma vsi na moditenu. Kaj se dogaja? V zdravljenju bolezni odvisnosti, kajti tudi odvisnost je stigmatizacija, kot ste jo vi pojasnili, se pri dr. Ruglju dogaja, da ni potrebna nobena psiho-farmakološka obravnava in nobeni elektrošoki, temveč samo zdrav način življenja, sprejetje programa, kot je npr. biblioterapija. V teh skupinah se redno prebere vsak teden, mesec nova knjiga. Potem je tu tek, maraton. Vzemimo, v Radencih so ženske pretekle 42 km, ena izmed njih je bila tretja v Slovenji. Tudi drugi, ne glede na starost.

Tretja psihoterapevtska vloga zdravljenja je, da ljudje niso označeni, da niso znotraj štirih sten. Čeprav mislim, da me človek, ki se ne ukvarja redno s tekom, knjigami, ne razume. Skratka, gre za to, da se človek otrese temeljne označenosti, zaležanosti, debelosti (sedaj obstaja tudi terapija postenja, človek lahko vzdrži

tudi do 100 dni brez hrane), da se odvaja od kajenja, skratka od vseh teh bolezenskih odvisnosti, ki jih družba v Sloveniji na eni strani še vedno tolerira, na drugi strani pa obsoja.

Kar zadeva žensko vlogo, moram reči, da so, vzemimo, žene alkoholikov, kajti alkoholizem je ena izmed psihosocialnih, zelo razširjenih bolezni v Sloveniji, tiste, ki dejansko postavijo, kot je to razvidno iz vseh današnjih referatov, odločitev. Ali - ali. Ali boš živel in se uredil, ali pa pojdi. In to je tudi dobro.

Glede na bolniški stalež pa samo tole. Dal bom primer podatkov iz Amerike, kjer v primarni produkciji deluje 5% ljudi - seveda imajo vsi dovolj žita, mesa, skratka hrane. V sekundarni dejavnosti deluje okoli 20 do 27%, vse ostalo pa zajemajo terciarne dejavnosti, se pravi zdravniki, odvetniki, pisatelji, umetniki. Dokler bo pri nas vloga primarnih in sekundarnih dejavnosti takšna, bodo ženske dejansko pojmovane kot manjvredna človeška bitja. Kajti edino neizobražen človek, neizobražena ženska opravlja takšne posle. Zdravnik ne opravlja repetativnih poslov. Tudi obrtnik ne. Dokler se tu ne bo spremenilo razmerje med temi dejavnostmi, industrijo, poljedelstvom in seveda terciarnim sektorjem, tako dolgo bomo mi lahko samo diskutirali o bolniškem staležu, govorili o transferu ali o hostilnosti med pacientom in zdravnikom. Skratka, ta družbeni problem se pri nas kaže tako, da je treba kult fizičnega dela ovreči in povedati, da lahko sposobni ljudje uspevajo. Tisti, ki niso sposobni, gredo običajno delat v primarne in sekundarne dejavnosti. Takšna je pač stvarnost.

Tanja Lamovec:

Zelo se strinjam z vami, da je treba ovreči kult dela in dati poudarek na sposobnost, se pravi, da naj jih tisti, ki sposobnosti ima, tudi izrazi.

Pripomnila bi, da niste z ničemer omenili pravic, "legal rights" - vseh ljudi, tudi označencev. To bi rada poudarila, ker se je treba boriti za pravice označencev vseh vrst.

Jana Rošker:

Navezala bi se na prejšnjo repliko. Ob vsem spoštovanju svobode govora se mi ne zdi posebno primerno, da se ravno na tej okrogli mizi govori o nekem izhodišču enakovrednega vrednotenja moških in žensk v psihiatriji, ker se mi zdi, da so ravno današnji prispevki, vsak s svojega zornega kota, pokazali, da je ta način vrednotenja iluzija.

Po drugi strani se seveda strinjam, da je večina psihičnih problemov vseh ljudi v naši družbi povezana s sistemom, s sistemom represivne oblasti, kot je omenila poprej gospa.

Ne strinjam se z njeno tezo, da je oblast brezspolna. Kot vsi vemo, seveda obstajajo tudi ženske, ki pridejo na oblastveni položaj in se obnašajo še bolj represivno kot moški. Vendar je po mojem mnenju to samo ena izmed oblik prevzemanja patriarhalnih vlog, ki smo jih velikokrat prisiljeni sprejemati, če hočemo preživeti in funkcionirati v tej družbi.

Zanima me tudi vprašanje deinstitucionalizacije psihiatrije. Zelo pomembno se mi zdi dejstvo, da so ženske, zlasti na zahodu, glavni uporabniki psihofarmakov, kar se mi zdi ena izmed oblik prenašanja zidov represivne institucije psihiatrije navznoter, v sfero osebne integritete človeka.

Torej, zanima me, koliko se gibanje dezinstitutionalizacije psihiatrije ukvarja s vprašanjem povezave med tem dejstvom in dejstvom, da so ženske nosilke psihične družbene reprodukcije v družbi in družini, o čemer sta govorili Mirjana in Tanja.

Zanima me predvsem zato, ker se mi zdi, da so psihične težave žensk dosegle že tako velik kvantitativni obseg, da si država enostavno ne more več privoščiti, da bi jih izolirala kot moteč faktor, ampak mora najti pot, kjer bi po eni strani ostale kolikor toliko pri sebi, po drugi strani pa bi še funkcionirale in opravljale svojo psihično reprodukcijo, ki predstavlja enega izmed temeljev celotnega socioekonomskega sistema.

Darja Zaviršek:

Ravno psihofarmaki opravljajo to funkcijo, saj si, po mojem mnenju, ženske ne morejo privoščiti niti tega, da bi se hospitalizirale. Da bi lahko še naprej opravljale svoje družbene in družinske funkcije, uporabljajo različne antidepressive, tablete proti bolečinam ipd.

Sonja Lokar:

Opravičujem se, ker ne bom mogla cel dan prisostvovati. Rada bi samo povedala, da je bila ta diskusija danes zelo zanimiva in da je bolj razgrnila probleme in pojave, kot pa se ukvarjala s tem, kako se lotiti teh problemov, kako si pomagati, da se ne bi še bolj razširjali in da ne bi prišlo do še hujšega, tako družbenega kot ekonomskega kolapsa.

Družbe imajo, tako kot je napisala ena izmed naših sociologinj, mesto centra ali periferije, se pravi, svoje razvojne iniciative bodisi sproščajo same iz sebe bodisi jih morajo prevzemati od drugod. Mislim, da je ta trenutek pri nas največji problem ta, da se mehanizmi, ki so omogočali civiliziran spopad med potrebo ljudi po svobodi, individualnosti, človeški identiteti in med oblastjo, rušijo. Mislim na mehanizme socialne države, države blagostanja, mislim na varnost

zaposlitve, na varnost delavcev v procesih dela, na njihovo možnost, da vplivajo na svoje življenje tudi s tem, da soodločajo o tem, kaj bo z njihovim podjetjem, kako bo z njimi v teh podjetjih, itn.

Bojim se, da bo velik del psihičnih težav, ki se danes množijo v družbi, tudi posledica tega zloma, zloma zaupanja v to, da ljudje lahko z neko samoaktivnostjo, na organiziran način preprečujejo, da bi se jih polaščali mehanizmi oblasti.

Vem, da je bilo v zvezi s tem zelo veliko iluzij, vendar sedaj niti teh ni več. Nastal je prostor, kjer se človek počuti še veliko bolj brezpravnega in nemočnega, kot se je prej. Pa ne zato, ker bi se mu to samo dozdevalo, ampak ker ga vsakdanja življenska dejstva prepričujejo, da je res tako.

Izgubiti delo je zelo preprosto, biti popolnoma brezpraven na delovnem mestu je vsakdanja izkušnja, izgubiti mehanizme, ki so te varovali pri delu, ni več nobena izjema, in popolnoma normalno je, da lepega dne ne pride več babica, ki naj bi pregledala novorojenčka in tebe, ki si rodila, ampak pride namesto nje patronažana sestra, ki sploh ni usposobljena za to, ker je medtem modra oblast ukinila babiško službo.

To se zgodi čez noč.

To so drobna dejstva, ki po mojem mnenju povzročajo še dodatne občutke nemoči, frustriranosti. Temu se je treba upreti. Gospa, ki je prej govorila, je rekla: "Ženske, pravice imate!" Jaz mislim, da ta trenutek postaja pomembnejše te pravice zavarovati, ker smo te pravice imele, jutri pa jih morda ne bomo več imele. Ne bomo jih imele več v zdravstvenem zavarovanju, socialnem zavarovanju, varstvu pri delu. Mislim, da je treba odreagirati na tej ravni in ne več na ravni teoretičnega razglabljanja, kaj vse je bilo v zgodovini ali je ta trenutek aktualno, ampak kako se bomo uprle temu preprostemu dejstvu, da na tem mestu nastaja neka zelo liberalna, mladokapitalistična država, ki na zastavi svoje oblasti nima več ideje o socialni državi, o družbi blaginje. To je tisto, za kar mislim, da je važno in zato sem se oglasila.

Vladimir Gajšek:

Rad bi opozoril, da je bilo pred 10, 15 leti, ko je bilo nadvse moderno odhajati iz institucij, to tudi nadvse modro in potrebno. Vendar bi bil že čas, da se pričnemo ukvarjati s vprašanjem, kaj danes pri nas deinstitutionalizacija pomeni. Priznati si moramo, da je to izraz nemoči, da zato rinemo v deinstitutionalne postopke, ker nimamo možnosti ukrepati, nastopati, delati v institucijah.

Navsezadnje je ravno iz izkušnje, denimo, levičarskih gibanj na zahodu tudi

razvidno, da je bilo pravzaprav lažje imeti obrobni položaj zunaj institucije kot pa spreminjati institucijo navznoter.

Ravno zaradi dejstev, ki jih je navedla Sonja, menim, da se je treba prebiti nazaj v institucije. Mnogi zahodni, najbolj razsvetljeni sociologi, filozofi, itd, se opravičujejo za svoje nekdanje polemike zoper institucije in začenjajo čedalje bolj govoriti v okviru institucij ter se na ta način bojevati za legalnost v družbi.

Če se še navežem na Sonjo, je to zelo pomembno v tem trenutku, ko so se pričeli t.i. demokratični procesi v družbah in se je razglasila pravica do drugačnosti, ki ni vkalkulirala dejstva, da bodo pravice do drugačnosti zahtevali tudi najbolj drugačni. Tudi označenci. Niso računali, da se bo pravica do drugačnosti blazno razširjala, da je čedalje več tistih, ki jim bo pritikala oznaka označenci, glede na njihov prejšnji socialni, ekonomski, statusni položaj.

To pa pomeni, da se prostor drugačnosti izjemno širi in ne more biti več zadovoljen samo z deinstitutionalnimi in zunajinstitutionalnimi delovanji.