

Biblioteka

Link

knjiga 16

Copyright © 2024 Lidija Vasiljević

Copyright © 2024 za srpski jezik, AGORA

Ova publikacija se u celini ili u delovima ne sme umnožavati, preštamovati ili prenositi u bilo kojoj formi ili bilo kojim sredstvom bez dozvole autora ili izdavača, niti može biti na bilo koji drugi način ili bilo kojim drugim sredstvima distribuirana ili umnožavana bez odobrenja izdavača. Sva prava za objavljivanje ove knjige zadržavaju autor i izdavač po odredbama Zakona o autorskim pravima.

LIDIJA VASILJEVIĆ

NEsavršene

**Mitovi o ženskim mentalnim bolestima
i njihovom lečenju**

Ka alternativnoj istoriji normalnosti žena



Zahvaljujem se poznatima i nepoznatima, ženama i muškarcima koji su se borili, ili to još uvek čine, protiv nepravde, patnji i ućutkivanja žena.

Reč autorke

Mentalno zdravlje žena, a naročito pitanje njihove normalnosti, tema je koja ne prestaje da izaziva pažnju. Zbog čega je to tako?

Priroda žene je kroz istoriju posmatrana kao manjkavost i uvek preteća mogućnost odstupanja od *norme* – koju je određivao muškarac jer mu je dodeljena uloga moći. Još u predhrišćansko doba, žena je smatrana krivom i zaslužnom za mnoge stvari, ali Evin pragreh je umnogome legitimizovao ovu krivicu i opravdao isključivanja žena iz svetih tajni s jedne strane, a zatim i procesa donošenja odluka s druge. I ostale monoteističke religije su nastojale da ženu drže po strani od centralnih pozicija u proizvodnji i održavanju kako svetih tako i profanih oblasti.

U momentu nastanka magistarskog rada, koji je umnogome osnova knjige koja je pred vama, u uvodu sam zabeležila da se u Srbiji dešavaju stvari koje ukazuju na visok nivo degradacije zdravlja, mentalnog zdravlja, ali pre svega ljudskih prava velikog dela stanovništva, čiju polovinu čine upravo žene. „Porodilje gube glave zbog administrativnih grešaka, učesnici *queer* festivala bivaju brutalno pretučeni, dok se proslava stogodišnjice 8. marta, baš na taj dan, prvi put u istoriji na našim prostorima zabranjuje – iz bezbednosnih razloga¹. Profašističke organizacije se pozivaju da ravnopravno učestvuju u debatama vezanim za porast rasizma i drugih oblika netrpeljivosti, rame uz rame s onima koji se protiv toga bore, dok žrtve trgovine ljudima dobijaju dijagnoze graničnih stanja ili paranoidnih poremećaja na odeljenjima psihijatrije, iako ih progone stvarni neprijatelji” (Vasiljević 2009).

U međuvremenu se desilo dosta toga i zakoni su na deklarativnom planu doneli izvesne ustupke u Srbiji u pravcu rodne ravnopravnosti. Međutim, trogodišnja kriza izazvana kovidom, praćena ratom u Ukrajini, dodatno je destabilizovala mentalno stanje ove ali i ostalih nacija, što se neminovno odrazilo i na kliničku sliku sveta. Istraživanja su pokazala da je ženama bilo neuoporedivo teže u periodu 2020–2022, jer su, pored obavljanja većine kućnih poslova, brige o deci i starima, sferu neplaćenog emocionalnog rada proširile i na uloge vaspitačica, nastavnica, negovateljica ali i psiholoških savetnica svojim ukućanima. Frekvencija porodičnog nasilja je naglo skočila, razvodi su sve učestaliji, a teškom mukom izvojevana prohodnost ulaska žena u javnu sferu, ponovo je zamagljena i oslablje-

1 Iz istih razloga, tokom obeležavanja 30 godina od prve feminističke konferencije *Drug/ca žena*, policija prekida promociju drugog izdanja knjige *Neko je rekao feminizam?*

na mešanjem uloga u jednu *kašastu masu radno-privatno-socijalnog okruženja*, bez logičnih i zdravih granica².

Ustanove mentalnog zdravlja su u izrazito lošem stanju, a prava pacijenata/kinja se ne poštuju, dok je mogućnost žalbi na loš tretman u praksi praktično nemoguća³. U Srbiji preko 60% depresivnih osoba čine žene, a potrošnja lekova za smirenje je i dalje na vodećem mestu u Evropi. Somatizacija i posledice nagonilanog stresa čine svoje, što govori i podatak da su žene u Srbiji na vrhu liste po broju obolelih od raka reproduktivnih organa.

Pored legitimno školovanih savetnika/ca i psihoterapeuta/kinja koji su krčili svoj put kroz praksu i volontiranje, sve je više onih koji nude brza rešenja kroz onlajn kurseve samopomoći, blogove i generičke savete, dok su mere štednje psihijatrija i institucionalno zaposlenim psiholozima dodatno smanjile predviđeno vreme za pojedinačnog klijenta/kinju na manje od pola sata. U ovim nemogućim uslovima, svako se snalazi kako zna i ume, a neoliberalni sistem se pobrinuo za to da kompletnu odgovornost za zdravlje u velikoj meri prebaci na individuu. Novi konzervativizam, rame uz rame sa ekonomskom krizom i krizom etike i saosećanja, utiče i na povratak (ili nastanak novih) pseudoterapeuta, koji nude promene seksualne orijentacije, dok se pojedini psihoterapeuti opiru radu sa LGBT populacijom. Mentalno zdravlje je, pak, na udaru već više decenija, a nakon pandemije su vidljivi samo izvesni nivoi degradacije. Problemi se kumulativno talože, a pri tom se ne rešavaju.

Od države koja je imala obezbeđeno zdravstveno osiguranje, koje je pokrivalo većinu oblika psihološke podrške, za 30 godina dospeli smo do statusa zemlje sa najvećim procentom depresije po glavi stanovnika i cenama psihoterapijskih usluga koje mesečno čine polovinu minimalne plate.

Trauma je prisutna na svakom koraku, u različitim oblicima, ne rešava se na nivou jedne generacije, već prelazi dalje, živi i traje.

Zbog čega je kumulativna trauma toliko važna?

U poslednja dva veka, ne postoji generacija koja nije pogođena ratom, glađu, političkim i ekonomskim nemirima, prevratima, kao i nasiljem koje se, poput zaveta, prenosi s kolena na koleno. Odnos prema ugroženim grupama, među kojima su često i žene, kao najveća manjinska grupa, ogledalo je odnosa vlade i društva prema stanovnicima. U tom ogledalu vidimo strah, neznanje, nerazumevanje i oholost vlasti.

2 Koliko je važno govoriti o mentalnom zdravlju svedoče i podaci velike nacionalne studije Cov2Soul da se više od 15 posto punoletnih građana suočava s nekim od poremećaja mentalnog zdravlja: identifikuje se povećana učestalost psihičkih tegoba usled pandemije virusa COVID-19; ljudski i finansijski resursi za kreiranje odgovora na postojeće potrebe su ograničeni, a takođe se identifikuje i nejednačenost u dostupnosti usluga na nivou različitih opština i sektora.

<https://psychosocialinnovation.net/wp-content/uploads/2022/05/DOSTUPNOST-USLUGA-PSIHOSOCIJALNE-PODRSKE.pdf>

3 Štrajk za smenu upravnice Klinike za psihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarević” je jedan od boljih pokazatelja ovakvog stanja.

Individualnom i grupnom psihoterapijom bavim se 25 godina. Uz terapijski rad sam se, u početku spontano, a zatim i svesno i namerno, uključila i u aktivizam, pre svega kroz pomoć ženama u različitim oblicima kriza. Ubrzo sam uvidela jaku i neraskidivu vezu između te dve realnosti. Radeći sa ženama koje su pokušavale da promene sebe, shvatila sam da to nije sve i da nikako nije dovoljno, jer bez promena sistema u kojem žena ne može biti vrednovana na adekvatan način, u kojem je potcenjena, nevidljiva i kriva – nema ni pomaka. Kockice su se slagale tokom godina iskustva i usledio je i period posvećen edukaciji, gde su se javljale slične teme, bilo kod edukantkinja s kojima sam radila, bilo kod klijentkinja ili na supervizijama. Shvatila sam da je neophodno načiniti promene u odnosu na teoriju koja sve ove probleme ne uzima u obzir, u pristupu, vrednostima, ciljevima psihoterapije.

Postavlja se pitanje – kako biti vidljiva u sistemu koji ti vidljivost oduzima i kako biti vredna u svetu koji ti vrednost konstantno ruši. Ipak, da se ne bih zauzavala na pukom utopizmu, ova pitanja sam pokušavala da rešavam u polju teorije ali i prakse.

Važno je biti pored klijenata/kinja, uz njih, sa njima, ali – nikako iznad njih. Tokom upoznavanja sopstvenih i tuđih vrednosnih sistema, fokus mog rada se pomerio na pitanje politika mentalnog zdravlja u odnosu na sistem za koji smo svi mi zajedno – klijenti i klijentkinje. Iskustvo sa ženama koje su preživele najteže porodično nasilje, doživele da ih bliski članovi porodice odvedu na ulicu i institucije zanemare, otvorilo je mnoga pitanja, a među njima i ono najvažnije: *zbog čega je ženi tako teško da prihvati da je dovoljno dobra?*

U androcentričnom i heteronormativnom svetu i ostvarena prava na različitost svejedno vode u neki vid izolacije, kreiraju se svetovi koji postoje paralelno jedni uz druge, uz slabu ili nikakvu komunikaciju među njima. Uska i prevaziđena merila normalnosti, tesne rodne uloge, reakcionarni standardi, ipak, i dalje dominiraju. Pomažući drugima da pronađu izvore snage i motivacije za opstanak u tom stresnom i nezahvalnom miljeu, bez prestanka preispitujem sopstvene stavove, emocije, kapacitete za razmenom, svaki put – od samog početka.

Na pisanje ove knjige podstakla me je želja da pronađem odgovore na mnoga pitanja i objasnim nepravde nanete mnogim ženama, pod krinkom objektivnosti i ustanovljenih normi. Neke od tih nepravdi, u ovom i prošlom veku, videla sam u radu s klijentkinjama, grupama, kolegama i koleginicama, a neke sam i doživela na sopstvenoj koži.

SADRŽAJ

Uvod	13
1. Pitanje normalnosti i načina određenja normalnosti žena	15
Žene i ludilo – profesija pacijentkinja	18
Politika psihijatrije i pobuna	21
Rodne uloge i mentalno zdravlje	23
Povezanost problema roda i mentalnog zdravlja: rod i značenje u terapiji	26
2. Viđenja žene i njene prirode	29
Žena je slaba i bespomoćna	30
Žena je moćna i opasna	32
Žena je kriva za nasilje koje trpi – koncept ženskog mazohizma	37
Žena je biće prirode vs muškarac je biće logosa	38
Modeli ugledanja – od boginje do starlete	41
3. Kritika teza o prirodi žene – nastanak feminističke psihologije	43
Feministička psihologija	46
Problem opresije	51
Pitanje moći	52
4. Mitologija o ženskim mentalnim bolestima	56
Histerija	56
Depresija	62
Bolest ženstvenosti ili bolest koja nema ime	70
Problemi sa ishranom	75
Anksiozni poremećaji žena	83
Politizacija tela i problemi ženske seksualnosti	88
Praktična žena: opsesivno-kompulzivni poremećaji žena	99
Trauma ili dijagnoza: granični poremećaj ličnosti i šizofrenija	105
5. Višestruko marginalizovane grupe u okvirima mentalnog zdravlja	108
Lezbejke – „žene koje čekaju da se pojavi pravi muškarac”	108
Invalitkinje – „žene koje treba da budu srećne ako ih bilo ko poželi”	110
Socijalne determinante zdravlja – višestruka ranjivost siromašnih	111
Rasne i etničke manjine i rad sa drugačijim kulturama	113

6. Stereotipi u procenama pacijentkinja i dijagnostici	119
Feministička interpretacija tradicionalnog testiranja ličnosti	116
Posledice porodičnog nasilja na psihičko zdravlje žena	117
7. Institucionalna marginalizacija žena	122
Istorija hospitalizacije	122
Diskriminacija pacijentkinja	124
8. Feministički pristup psihoterapiji – reakcija na postojeće stanje	127
Profesionalna marginalizacija pomagačica	127
Terapijski pravci koji su nastali iz feminističke teorije	128
Feministička terapija i savetovanje	129
Terapijski efekti aktivizma	133
Zaključak	136
Spisak korišćene literature	141
O autorki	153

UVOD

Možemo li imati autentičan, ljudski, intiman odnos s nekim ako se u odnosu na njega/nju osećamo inferiorno?

Franc Fanon

U knjizi koja je pred vama biće predstavljena analiza teorija i koncepata koji su dominirali u politikama određenja normalnosti u XX i XXI veku, čiji odjeci preovlađuju i danas.

Upravo da bismo shvatili kako je do toga došlo i zbog čega su određene kako laičke, tako i naučne teze nastale i utrle put viđenju *normalnosti žene*, moramo se osvrnuti i na ranije istorijske periode, pre svega na srednji vek i renesansu. Primeri koji su poslužili za kritičku analizu odnosa društva prema ženama, osim iz naučne literature, u nešto manjem obimu preuzeti su i iz oblasti kulture, umetnosti i prava, kao i iz lične kliničke prakse.

Takođe, moći ćete da upoznate i *feminističke kritike psiholoških modela, psihoterapijskih metoda*, kao i *praksi rada* sa kliničkom i nekliničkom populacijom žena. Magistarska teza je predstavljala početak mog teorijskog ulaska u oblast rodno inkluzivne psihoterapije, koji je nastavljen kroz pisanje različitih tekstova i članaka na ovu temu, uključujući i doktorsku tezu, čiji se jedan deo odnosi i na problem roda u politikama mentalnog zdravlja i psihoterapiji. Radi lakšeg praćenja iznetog materijala, on je strukturisan tako da obuhvata *oblasti tretiranja normalnosti žena* po *hronologiji* svog etabliranja, kao i po *oblastima* delovanja.

Ovaj alternativni vodič kroz mentalno zdravlje žena podeljen je na 11 celina, od kojih je prva *istorijski uvod u načine normiranja bolesti žena* kao i deo o *prirodi žene* iz tradicionalističke perspektive. Narednih devet poglavlja predstavljaju pregled područja bolesti ili slabosti psihofizičkog funkcionisanja koje su društveno definisane kao – ženske, praćene pojašnjavanjem koncepata i uz kritičku analizu polazišta. Zatim, tu je 10. poglavlje koje objašnjava *inkluzivni pristup u psihoterapiji* kroz dijagnostičke modele, kao i primere iz individualne i grupne psihoterapije. Poslednje, 11. poglavlje, obrađuje važnu temu terapijskih efekata aktivizma, a u pogovoru će moći da se pročitaju neke od ilustracija *rodno inkluzivnog pristupa*, kao i *primeri savetodavnog i terapijskog rada* koji donosi drugačija rešenja.

Cilj ove knjige, svakako, nije arbitriranje pravih i krivih pristupa, već ukazivanje na manjkavosti, greške, kao i na predominaciju jednoobraznih modela koji daleko češće isključuju, nego što uključuju kako žene tako i druge marginalne

kategorije učesnika/ca u proceni normalnosti i njihovog direktnog uticaja na politike mentalnog zdravlja. Prema tome, osnovna ideja bila bi suočavanje različitih pristupa i otvaranje pitanja koja su još uvek važna i aktuelna, ili to tek sada zbilja postaju.

1. PITANJE NORMALNOSTI I ODREĐENJA NORMALNOSTI ŽENA

Normalnost kao pojam i standard mentalnog zdravlja dobija naučni legitimitet pojavom psihijatrije u XIX veku, kada medicina preuzima brigu nad duševno obolelim osobama (za i u ime države). Pojavom psihijatrije mentalne bolesti bivaju strukturisane kao kopija fizioloških oboljenja, a sama psihijatrija, po ugledu na opštu medicinu, zauzima isti pristup „obolelima”. Da bi se normalnost definisala, uvedena su izvesna pravila i norme, a procena se vršila na osnovu prisustva i odsustva simptoma. Odgovornost za brigu i lečenje preuzimaju psihijatri, a tokom XX veka, etabliranjem psihoterapije u njenom institucionalizovanom obliku, i psihoterapeuti. Vremenom dolazi do izdvajanja različitih viđenja normalnosti, zavisno od škole, pravca ili filozofske struje kojoj su renomirani autoriteti u oblasti mentalnog zdravlja pripadali.

O normalnosti kao *pretpostavci* najpre govori Frojd (Sigmund Freud) tvrdeći da zadatak terapije (psihoanalize) nije da pruži odgovor na pitanje šta je normalno a šta patološko, jer se to zasniva na vrednovanju, već da razume čoveka. Od nastanka psihoanalize normalnost počinje da se doživljava kao kontinuum, a pojava duševnih bolesti se na osnovu njene etimologije određuje kao izlečiva ili ireverzibilna pojava. Po mišljenju tvorca razvojne teorije ličnosti Erika Eriksona (Eric Ericson), nema univerzalne normalnosti, već uzrast individue određuje njen sadržaj i obim⁴. Za razliku od Eriksona, Saliven (Harry S. Sullivan)⁵ pome-
ra problem normalnosti i patologije s individualnog na interpersonalno, ističući značaj kvaliteta komunikacije s drugima, kao njeno merilo. Humanistički filozofi i psiholozi, poput Froma (Erich Fromm)⁶, smatraju da je stepen normalnosti ekvivalentan sposobnosti individue da se vrati izvornim vrednostima, to jest svojoj autentičnoj, pravoj prirodi. Načini vraćanja sebi, smatra From, mogu biti „nepatološki i produktivni” (rad, ljubav, rekreacija) ili „patološki” (bolest). Antipsihijatri poput Lenga (Friedrich Leng) i Sasa (Thomas Szasz), smatraju da tek u ludilu

4 Erik Erikson, nemački psihijatar i psihoanalitičar. Njegov najveći doprinos psihoterapijskoj teoriji je razrada Frojdove teorije stadijuma u osam razvojnih faza i uvođenje pojma krize identiteta. Najpoznatiji radovi su: *Uvid i odgovornost* (1964) i *Dimenzije novog identiteta* (1974).

5 Hari Stak Salivan daje veliki doprinos psihoterapiji neuroza. Tvorac je teorije ličnosti koja ističe socijalno poreklo i socijalnu ekspresiju. Najpoznatije delo *The Interpersonal Theory of Psychiatry* (1953).

6 Erih From spaja individualnu psihologiju i društvenu kritiku, polazeći kako od Frojdovih tako i od Marksovih uvida. Kao centralni pojam svoje filozofske teorije postavlja problem slobode izbora. Najvažnija dela: *Umeće ljubavi* (Bigz, 1990), *Bekstvo od slobode* (Nolit, 1978), *Anatomija ljudske destruktivnosti* (Nolit, 1986).

čovjek može da ispolji svoje stvarno ja, dok je normalnost pokušaj prilagođavanja načinu savremenog života u društveno prihvatljivom obliku, i mit je po sebi⁷.

S obzirom na razlike u poimanju normalnosti, traganje za drugačijim, sveobuhvatnijim i interdisciplinarnim pristupom obeležava XX vek. Zajedničkim naporima svih nauka dobijeni su različiti modeli zdravlja i bolesti iz kojih proističu dve stvari: različito se shvata uzročnik mentalnih bolesti kao i samo lečenje. Među različitim modelima normalnosti, po uticaju koji su izvršili na nauku, naročito na psihijatriju, izdvajaju se statistički i normativni modeli koji normalnost posmatraju kao standard, mereći odstupanja stepenom patologije, izraženim u simptomima.

Dok je klasifikacija psihičkih poremećaja 1929. godine brojala samo dvanaest kategorija, već 1938. godine ih ima oko četrdeset (Gergen, Hoffman, Anderson 1996). Prvi *Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje*, poznatiji kao DSM I⁸ objavljuje Američko društvo za psihijatriju 1952. godine, gde se navodi 198 mentalnih poremećaja, dok se u revidiranom i dopunjenom drugom izdanju (DSMII, 1968) broj mentalnih bolesti penje na 221. U verziji iz 1994. godine (DSMIV) već imamo 340 poremećaja s tendencijom daljeg rasta (Stojnov 2002: 34), dok peta verzija iz 2013. godine donosi razdvajanje anksioznih i depresivnih poremećaja u nove dijagnostičke kategorije poremećaja poput poremećaja disruptivne disregulacije raspoloženja, trihotilomanije, ekskorijacijskog i predmenstrualnog disforičnog poremećaja. Uvođenje PMS-a kao klinički značajne kategorije, na primer, mač je sa dve oštrice jer omogućava ženama koje imaju izuzetno jake menstrualne tegobe da mogu i zvanično tražiti bolovanje, dok s druge strane, dodatno patologizira jednu prirodnu pojavu, a time pocrtava već kompleksan odnos prema labilnosti žene u tom periodu.

Stavovi o uzrocima pojave naglog porasta broja bolesti se razlikuju, te se ovaj trend može posmatrati kroz proces patologizacije društva, zamagljivanja granica između normalnog i patološkog, i kao porast broja „društveno disfunkcionalnih osoba”. Pitanje normalnosti više ne predstavlja samo predmet izučavanja medicinskih nauka, već se sve više razmatra u kontekstu društvenih odnosa, i kritike pritisaka na muškarce i žene da budu ukotvljeni u neoliberalne uzuse funkcionisanja u društvu. Govoreći o fenomenu porasta broja bolesti, Fuko je još sedamdesetih godina prošlog veka ukazivao na proširivanje kriterijuma u klasifikaciji bolesti, sa očitih (vidljivih) simptoma na osnovanu sumnju da će određena ponašanja, svojim odstupanjem od uobičajenog i očekivanog, voditi ka manje ili više ozbiljnom poremećaju. Kao primer daje agorafobiju – strah od otvorenog prostora, koja sama po sebi i nije bolest, ali ukazuje na psihološke poteškoće jer nije uobičajeno da se ljudi plaše spoljašnjeg sveta. Samim tim, neko ko se toga boji, odstupa od normale i treba ga definisati na taj način – kao odstupanje, i stepenovati ozbiljnost problema.

7 Više o antipsihijatriji u poglavlju 1. 3.

8 DSM – The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders je skraćenica za *Dijagnostičko-statistički priručnik za mentalne poremećaje* Američkog psihijatrijskog udruženja; reč je o jednoj je od najšire primenjivanih klasifikacija u psihijatriji i dijagnostici.

Od početka razvoja psihijatrije i dijagnostike, normalnost se procenjuje na- ućnim i egzaktnim kriterijumima. To, međutim, ne znači da različiti modeli i kriterijumi kojima se definiše normalnost žena i normalnost muškaraca nisu našli svoj put. Mentalno zdravlje žena već je odavno značajno područje, kako u feminističkoj psihologiji, tako i u oblasti društvenog delovanja. Ono, naime, problematizuje pitanje *društvene strukture* i njenih *odnosa nejednakosti*, kao i procese njihove interiorizacije kod samih žena. Žene se kroz istoriju posmatraju kao „slabiji pol”, što implicira da su njihovi kapaciteti za nošenje sa životnim bitkama takođe slabi.

Pre nego što se uključila u tokove mentalnog zdravlja kao lekarka i terapeutki- nja, žena je morala da dokaže da je dovoljno normalna i sposobna da te funkcije obavlja jednako dobro kao muškarac. Tome je prethodila veoma duga predistorija pacijentkinje.

Problem normi mentalnog zdravlja koje se kroz istoriju primenjuju na žene prepoznajemo u njihovoj maskulinocentričnosti (pravljene su prema modelu muškarca), subjektivnosti (donosio ih je muškarac), kao i mizoginiji⁹. S obzirom na to da je žena posmatrana kao *druga* u odnosu na muškarca (koji je sam po sebi autoritet i standard poređenja), morala je biti na gubitku, dok su porodica, deca i institucije društva bile samo posredna merila njene normalnosti.¹⁰

U srednjem veku žene su smatrane bićima bližim prirodi i daljim od Boga, usled čega se svako ponašanje koje odstupa od uobičajenog posmatralo kao re- zultat zaposednutosti demonima. Adekvatne metode terapije bili su rituali poput egzorcizma koji se, u najradikalnijem vidu, završavao spaljivanjem na lomači. Stav javnosti, ljudi od autoriteta duhovne i svetovne provenijencije, oblikovan je agre- sivnim, mizoginim držanjem koje se očitovalo u crkvenoj dogmi, književnosti, usmenim narodnim predanjima i mitovima. Posledica toga bilo je veoma oštro i strukturisano odbacivanje vrednosti žene. Dobra ilustracija za to je čuveni opis žene iz pera Bernarda de Morlasa *De contemptu feminal* (Delimo 1987: 235):

*Žena je rđava stvar putena stvar, sva od mesa
ona je najviše sumanutost, bliski neprijatelj, prisna nevolja.*

Razlozi za sveprisutnu mizoginiju mogu se tražiti na različitim nivoima druš- tveno-istorijske realnosti. Nepobitno je da je strah od žena i njihove moći veoma rano ukorenjen, kao i potreba da se guši potencijalna konkurencija i obezbedi po- slušnost, praćena nespremnošću da se odbaci besplatna radna snaga. Nepobitno je i traženje utočišta u sigurnosti reprodukovanja porodične loze. Ne bi trebalo

9 Mizoginija – mržnja prema ženama, može biti individualna i institucionalizovana (putem druš- tvenih praksi, kodeksa, zakona). Srodna je pojmu „ginofobije” kojim se označava strah od žen- skog tela.

10 Ideja o ženi kao „drugoj” pojavljuje se u knjizi *Drugi pol* Simon de Bovoar (1982), a zatim je prihvataju i razvijaju nove generacije feminističkih teoretičarki.

zanemariti ni mehanizam potiskivanja, na koji je prvi ukazao Frojd, kojim se nesvesno kod muškaraca uklanjaju neprihvatljivi feminini – ranjivi delovi ličnosti, da bi se priklonili nametnutom modelu muževnosti. Po Jungu (Karl Gustav Jung) upravo je odbacivanje sopstvene anime, ženskog dela ličnosti, koju svaki muškarac poseduje (baš kao što i svaka žena poseduje animus – muški deo) jedan od uzroka odbacivanja, neprijateljstva ili strahova od žena. Uzroke straha autori različito obrazlažu: strahom od nepoznatog (Frojd), misterioznošću žene i njenom upućenošću u tajnu rađanja (Simon de Bovar [Simone de Beauvoir]), strahom od njene seksualne nadmoći (Lis Irigaraj [Luce Irigaray]), kastracionim strahom muškaraca koji se projektuje u ženin kompleks (Žermejn Grir [Germaine Greer]) itd.

Različite su i teorije o tome kako su žene izgubile svoju prvobitnu moć, i kreću se od hrišćanske teze o Evinom pragrehu do Engelsove (Friedrich Engels) i Bahofenove (Johann Jakob Bachofen) o prvobitnom matrijarhatu, koja počiva na ideji da su muškarci preuzeli dominaciju od žena uz ekonomsku moć i vlasništvo (Engels 1924).

Većina teorija o prirodi žene, direktno ili indirektno upućuje pitanje – da li su žene jednako moćne, inteligentne, važne ili normalne koliko i muškarci? Čak su i optužbe muževa da im žene ne obavljaju kućne obaveze ili bračne dužnosti na adekvatan način, njihovu normalnost – odnosno uspešnost i funkcionalnost upravljanja ulogama u braku – dovodile u pitanje. Zapravo, kada je u pitanju kriterijum funkcionalnosti žene u obavljanju uobičajenih (kućnih) poslova, i danas je taj kriterijum relevantan. Na jednom od predavanja koje sam održala na temu zloupotrebe žena i ženskog neplaćenog kućnog rada, pomenula sam i ovaj kriterijum kao neadekvatan, i dobila odgovor od psihijatra iz publike: „A, na osnovu čega znamo da je žena funkcionalna, ukoliko taj kriterijum ne uzmemo u obzir?” Upitala sam ga šta je sa smislom za humor, ili sa željom da se odgleda dobar film ili porazgovara sa ukućanima, a odgovor na to je glasio: „Nije dovoljno ozbiljno, to može i neko sa teškom dijagnozom da radi.”

Žene i ludilo – profesija pacijentkinja

Žene su, kroz istoriju, na različite načine povezivane s ludilom. U mitologiji stare Grčke i Rima možemo pronaći mnoga ženska božanstva kao što su *Lyssa* (*Λυσσα*), boginja furioznosti i ludila, i boginja Irakoja simboliše neobuzdani bes i ljutnju. Narodni folklor, legende, priče za zastrašivanje dece, pune su primera opasnih bića ženskog pola – veštica, karakondžula, vračara koje decu otimaju, zarobljavaju, kažnjavaju ili ih, čak, i skuvaju za ručak. Za više klase poslužile su priče o plemkinjama koje su izgubile razum i svoj vek provele sakrivene na tavanu (Nelson 1994).

Preosetljivost i promenljivost žene koja se bazirala na dejstvu hormona, pre svega na ciklusu, zloupotrebljavana je u svrhu podržavanja teze o emocionalnoj i

psihološkoj nestabilnosti.¹¹ Razvoj nauke omogućio je tumačenje te „defektnosti” u kontekstu ženine „biološke tragedije” (Frojd) ili insistiranju na postavci da je žena biće prirode, dok je muškarac biće društva (na šta je ukazala De Bovoar), a u savremenim teorijama (poput konstrukcionizma), pak, ona postaje žrtva društvenih konstrukata.

Dakle, bilo da je žrtva prirode, biologije ili društva, žena je neprikosnovena „gubitnica”.

Asociranje ludila sa ženom predstavlja proizvod čitavog niza diskurzivnih praksi koje De Lauretis naziva tehnologijama (Babić-Avdispahić 2008). Feministička teoretičarka Marta Kaminer-Santjago (Marta Caminero-Santiago), po ugledu na Fukoa (Michael Foucault) govori o procesu gubljenja razuma kao o *ženskoj tišini*, momentu kada ona prestaje da se prilagođava bežeći u stanje besmisla (Caminero-Santiago 1998).

Bazalja smatra da su polazne tačke za omeđivanje konteksta kojim se određuje ludilo kod žene: 1. *žena kao priroda* – žena se identifikuje sa prirodom i sve što izlazi iz okvira tog ponašanja postaje „neprirodno” i, shodno tome, kažnjivo; 2. *žena telo* (i hrana) za druge, kao telo i vlasništvo muškarca; 3. *majka bez pribežišta* – osoba koja je uvek прибежиште drugih. Zajednička tačka ovih simboličkih stanja je nedostatak alternativa za život, koje vode u hroničnu depresiju ili manično-depresivne epizode. Baveći se pomenutim problemima, žene su postavile neke principe koji podrazumevaju osvajanje svog tela i borbu protiv lekarske ideologije koja proglašava bolesnim i ono što nije. Po mišljenju Bazalje, ženama je veoma teško da se bore za svoja prava, a da se istovremeno ne bore za ukidanje ovakvih represivnih institucija (Bazalja 1983).

Samo utvrđivanje mentalne nestabilnosti poslužilo je kroz istoriju u više navrata kao argument za kažnjavanje onih koje su se usudili da prkose pravilima. Time se i svrha samog lečenja širi na proces vraćanja odbeglih nazad – u njihove predviđene uloge. Sredinom sedamdesetih godina, u SAD je veliki odjek imalo istraživanje u kojem su ispitivani stavovi terapeuta oba pola prema karakterističnim crtama normalnosti i nenormalnosti pacijenata (Broverman, 1970 prema Hirsh 1974). Odgovori su pokazali snagu i dubinu ukorenjenosti polnih stereotipa i polno specifičnih očekivanja među samim psihoterapeutima/kinjama. Karakteristike zdrave odrasle žene bile su, naime, iste kao one koje su intervjuisani pripisivali odraslom bolesnom muškarcu (slabost, neuravnoteženost, preterana osećajnost, zavisnost, labilnost). Rezultati ovog istraživanja pokazali su da zapadnoevropska predstava odrasle osobe, zapravo, jeste idealna predstava osobe sa muškim karakteristikama¹².

11 Potiskivanje osećanja i spontanosti dovelo je do razvijanja realnih simptoma koji su u ovom začaranom krugu samo potvrđivali polazne pretpostavke o ženinoj slabosti i defektnosti. Jedan „blaži nervni slom” u životnom veku žene smatran je normalnom borbom njene psihe za očuvanje tako krhke stabilnosti (Ussher 1991).

12 Polna uloga žene je tradicionalno povezana s funkcijom davanja i nege, što podrazumeva stavljanje svojih potreba na drugo mesto. Submisivna i zavisna ponašanja se na ovaj način društveno neguju i učvršćuju, te se izričito odstupanje od te „normalne” vrlo lako patologizira.

Upravo ova socijalno konstruisana očekivanja – šta je žena, a šta muškarac – strukturno se reprodukuju u institucijama za mentalno zdravlje. Za iste simptome, žene češće nego muškarci dobijaju psihijatrijsku dijagnozu jer je rodno specifično ponašanje muškaraca (racionalnost, verbalna uzdržljivost, prikrivanje osećanja) kriterijum normalnosti. Istraživanja pokazuju da žene u proseku ostaju u psihijatrijskoj instituciji zbog uverenja da im je neophodno više zaštite.¹³ Na sličan način se tretiraju i pripadnici manjinskih grupa kojima se, pored osporavanja jednakih prava koje ima većina, dodatno učitava i preosetljivost, čime se patologiziraju.

Granice normalnosti i patologije kroz celu istoriju su konstituisane na način koji nije rodno neutralan, već pre – rodno obeležen. Rod je upisan u čitavu konstrukciju zvanične medicinske kategorizacije mentalnih poremećaja. Na putu društvenog pripitomljavanja žena u mašine za zadovoljavanje potreba drugih, mnoge žene pružaju otpor ulaskom u psihičku krizu ili bolest.

Veza između pravila ponašanja i psihičkih poremećaja kod žena je mnogo očiglednija nego kod muškaraca, pošto se najčešće radi o pravilima koja su uspostavljena na osnovu predrasuda i stereotipnih zahteva čija je funkcija održavanje rodnog jaza. Pravila ponašanja žena vekovima su oscilirala oko sfere telesnosti i majčinstva, s izričitom moralnom konotacijom koja se tiče ženine sposobnosti ili nesposobnosti da se uklopi u idealnu sliku dobre ćerke, majke, seksualnog objekta. Problem ove nejednakosti, u dijagnostici i njenoj težini, uslovio je povećanu stigmatizaciju pacijentkinja (Ussher 1991).

Po Fukoovom mišljenju, ludak nije prva i najnevinija žrtva zatvaranja, ali je najmračniji, najvidljiviji i najuporniji simbol sile koja zatvara. Razmatrajući istoriju ludila, on navodi pojavu srednjovekovnog grupisanja svih kategorija „nerazumnih” poput ludaka, beskućnika, gubavaca i politički nepodobnih. Svi oni su bivali smeštani na brodove kojima su plovili bez cilja, spašavajući državu i njene građane svog prisustva. Smatrajući „ludake” nekim formama života koje nalikuju životinjskim, građani prema njima nisu osećali samilost (Fuko 1980). Iz renesansne literature vidimo da se u delima Šekspira (Shakespeare) i Servantesa (Cervantes) ludilo, uz izvesnu dozu fatalizma, povezuje sa smrću i ubistvom, ali i sa ljubavlju i patnjom. Iako bez razuma, Don Kihot je ličnost s kojom su čitaoci mogli da se poistovete, radujući se s njim i sažaljevajući ga kao čovečnog i opipljivog junaka.

Mit o „grešnosti” i „belegu” koji oboleli nose pojavljuje se u vreme klasicizma, kada se ludaci opet sklanjaju od očiju običnog naroda, zatvaranjem u organizovane institucije. Prvi azili ili *ludnice*, koje se u Evropi formiraju u XVII, veku ne duguju svoj motiv brizi za mentalno zdravlje stanovništva, već više ekonomskoj isplativosti njihovog zatočavanja.¹⁴ Ta izuzetno isplativa ideja koja državi obez-

13 Za simptome koje imaju i muškarci, žene češće dobijaju „težu” psihijatrijsku dijagnozu i češće odlaze od lekara sa receptom za psihofarmatike (Ehrenreich 1989).

14 Početkom XVI veka u Parizu, pod vlašću Anrija IV (Henry IV) ima 100.000 stanovnika od kojih su čak 30.000 prosjaci. Država je pronašla način da iskoristi radnu snagu prosjaka njihovim zatvaranjem u azile, gde su bili prinuđeni da rade (Fuko 1980:61).

beđuje besplatan rad i istovremeno sprečava prosjačenje i besposličarenje pod geslom lečenja, javljaće se kroz istoriju sve češće, kulminirajući pojavom politike Trećeg rajha.

Za razliku od dominantnog viđenja mentalne bolesti u periodu srednjeg veka i renesanse, kroz prizmu zabave za narod, zatvaranje mentalno obolelih u ustanove u doba klasicizma pokreće emocije stida i straha od sopstvenog ludila. Poput korpe za prljav veš čitavog ljudskog roda, ludilo postaje sramota i balast čovečanstva, te se stoga sakriva.¹⁵

Politika psihijatrije i pobuna

Ugrađivanje osećaja krivice u mentalno obolele, od momenta kada počinju da se doživljavaju kao deo ljudskog roda, opstaje i danas. Od pojave psihoanalize, uzrok poremećaja se traži u samoj ličnosti iako se inicijalni greh svaljuje na društvo ili na porodicu, te se uz pomoć psihoanalitičara krivica prorađuje kroz transfer ili guši medikamentima. Psihijatrijska klinika tako postaje okosnica procesa „normalizacije”, dok se lekovima stvara nova ili prepravlja stara neadekvatna biografija. Prema Fukou, čin uspostavljanja dijagnoze takođe nije nipošto naivan jer se bolesnik mora uklopiti u predviđene dijagnostičke uzuse i ući u „kulturni prostor umne poremećenosti” da bi uopšte mogao da bude izlečen. Izlazak iz bolesti uz pomoć predviđenih koraka predstavlja ulaznicu u društvo i njegove priznate vrednosti, a svako odstupanje se posmatra kao anomalija koja se danas već može izraziti i kroz statistiku.

Po mišljenju feminističke teoretičarke Klimenkove, razumevanje poremećenosti uma je bitno ne samo da bismo analizirali etape razvoja medicinske nauke, već da bismo shvatili koje su to ideje i istorijski uslovi koji učestvuju u kreiranju odnosa prema svetu epohe. U dominantnom stavu prema mentalnom zdravlju tokom određenog istorijskog perioda možemo videti manifestovanje intermedijalnih oblasti koje odražavaju stil i strukture organizacije celokupnog iskustva tog perioda (Klimentkova 2003). Dakle, broj dijagnostikovanih od određene bolesti dosta govori o svetu u kojem živimo i pravilima koja u njemu vladaju. Institucije društvene kontrole, dakle, od kad je sveta i veka, učestvuju u promovisanju sistema mentalnog zdravlja koje odgovara državi i vlasti. Shodno tome, nije neobično da je XXI vek obeležen porastom depresije i anksioznosti, kao i porastom problema u sferi seksualnosti. Ovaj vek, moglo bi se zaključiti, odlikuje kriza odnosa, razmene i smisla postojanja.

15 „U poređenju sa neprekidnim dijalogom razuma i ludila, u vreme renesanse, klasicističko zatvaranje je bilo ućutkivanje. Ali ono nije bilo potpuno: jezik je u njemu više bio uključen u stvari no istinski ukinut. Zatvoreni domovi, tamnice, ćelije pa i sama mučenja zapodevaju između razuma i bezumlja jedan nemi dijalog-borbu. Sada je taj dijalog prekinut: ćutanje je potpuno; između ludila i razuma više ne postoji zajednički jezik” (Fuko 1980: 233–234).

Važnu osnovu za posmatranje društvenog i političkog konteksta psihijatrije, šezdesetih godina XX veka, omogućava pojava tzv. antipsihijatrije koja dovodi u pitanje ispravnost institucionalizovane represije društva prema pojedincu. Političke pobune (1968) širom sveta inspirišu drugačija viđenja psihijatrije, a samim tim i politika mentalnog zdravlja. Iako pokret koji se oblikuje 1968. nije odlikovala koherentnost, jedan od njegovih zajedničkih imenitelja bila je inicijativa za decentralizaciju moći i borbu protiv institucija, kao i davanje prostora vaninstitucionalnim inicijativama i grupama podrške¹⁶. Jedan od najuspešnijih sistema koji je ponudio alternativu klasičnoj politici azila, nastao je u severnoj Italiji šezdesetih godina, a u ograničenom obimu funkcioniše i danas, i poznat je kao Tršćanski model. Po rečima antipsihijatra Lučana Karina (Luciano Karino), „svi znaju da su zdravlje, normalnost i javne službe područja u kojima se interes ideologije i društvenih grupa na vlasti može jasno videti, a dejstvo ludnice je terapeutsko u istoj meri u kojoj logor predstavlja vaspitnu instituciju” (Isto: 53). Leng, Sas, Gofman (Goffman) i Fuko iznose ozbiljne kritike medicinskog modela u svojim radovima još pre 1968. godine, a zajedničke tačke njihovih kritika odnose se na opresiju, degradaciju i stigmatizaciju pacijenata koji se tretiraju na ovaj način. Politika mentalnog zdravlja, koja podrazumeva brigu zajednice, inkluzivnost i eliminisanje svih oblika nasilja i represije u institucijama mentalnog zdravlja, veoma je bliska ideji za koju se zalažu feminističke aktivistkinje i teoretičarke.

Nastanak i evolucija psihijatrije kao medicinske discipline bila je pod uticajem stava o „pravoj” prirodi čoveka, dominantnim formama društvene organizacije i stepena tehnologije koji se mogao iskoristiti da bi se modifikovalo ljudsko ponašanje. Prema tome, normalnost u dominantnom diskursu i dalje predstavlja konstrukt koji se, pre svega, zasniva na slici belog, uspešnog heteroseksualnog muškarca. Rasne, polne, rodne i klasne kategorije su sekundarne, a institucionalizacija kriterijuma mentalnog zdravlja skida odgovornost s jedinca, ugrađujući ga u institucije sistema. Razmatrajući mogućnosti mišljenja van institucija, Meri Daglas (Mary Douglas) primećuje da mi upravo njima prepuštamo donošenje odluka u kriznim periodima (Douglas 1986). 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 da bi se uspostavila razlika između „nas” i „drugih”. Institucije oblikuju određena znanja, kolektivno i individualno sećanje, i mogu se definisati i kao „mašine za mišljenje”. Od kraja XX veka u političkoj istoriji psihijatrije dominiraju dve suprotstavljene

16 Veliki uticaj na dalji tok dešavanja u antipsihijatrijskom pokretu imaju mreže nastale u SAD poput Alternative psihijatriji osnovane 1975. godine na inicijativu Dejvida Kupera (David Cooper), Feliksa Gatarija (Felix Guattari) i Franka Bazalje (Franco Bazaglia), Mreže protiv psihijatrijskog ugnjetavanja (SAD), Psihijatrijske solidarnosti (Australija), Kuće za pobege iz ludnice (Holandija) i druge (iz *Alternative psihijatriji* 1986).

struje: psihijatrija kao socijalna kontrola devijacije i psihijatrija kao lobiranje za pravo na „različitost“. Pojava treće struje, inspirisana ovom poslednjom, manje je radikalna ali je realnija. Osobenost treće struje tiče se njenog uticaja na sistem mentalnog zdravlja kroz dobrobit pacijenata, ali i same politike (Jablensky 1992).

U klimi antiratnih akcija i hipi pokreta šezdesetih godina XX veka, feminističke teoretičarke poput Elen Šouvalter (Elaine Showalter) kritikuju odnos psihijatrije prema kulturi i društvu govoreći o mentalnoj bolesti kao rodno određivoj kategoriji. Autorke Mart Santjago (Martha Santiago), Sandre Gilbert (Sandra Gilbert) i Suzan Gubar (Susan Gubar) istražuju ludilo kao metaforu, dok se Filis Česler (Phyllis Chesler) pridružuje Lengu i Fukou, baveći se dekonstrukcijom pojma mentalne bolesti i represivnom prirodom psihijatrije (Hubert 2002). Česler smatra da posebnost institucije psihijatrije leži u njenoj moći „dijagnostikovanja“, političkom činu koji diskvalifikuje i delegitimizuje građansku odgovornost jedne osobe (Chesler 1997). Baveći se problemima koji ih se neposredno tiču, feminističke terapeutkinje postavljaju principe koji se nalaze u osnovi psihijatrijskih reformi: ponovno osvajanje tela, borba protiv lekarske ideologije koja proglašava bolesnim i ono što nije bolesno, i uspostavljanje građanske kontrole nad delovanjem institucija mentalnog zdravlja (Burstow 1996).

Oblici otpora koje možemo negovati u okviru sistema mentalne zaštite bi na mikroplanu predstavljali pacijentov kritički otklon prema metodi koja se koristi, dok bi na makroplanu podrazumevali odmak terapeuta prema globalnim neprihvatljivim politikama mentalnog zdravlja. Obznaniti prikrivenu politizaciju terapije značilo bi razmišljati o načinima na koje se tretiraju klijenti, o orijentaciji samih terapeuta i o formama kojima se diskurs otpora može inkorporirati u terapijsku kulturu.

Rodne uloge i mentalno zdravlje

U politici odnosa među polovima, vlast se može očuvati na osnovu socijalizacije oba pola u skladu s načelima patrijarhata i njegovim što sigurnijim opstankom, smatra Hana Arent (Hannah Arendt) (Arendt 1969). Predrasude o mentalnoj superiornosti muškaraca, potpomognute biološki datom korpulentnošću tela, prenose se kao gotove vrednosti, isticanjem kvaliteta muške snage, dominacije i uspešnosti. Polna uloga žene je podrazumevala potpuno suprotno stanje duha i tela: fizičku slabost, pasivnost, zavisnost, a samim tim i poslove usklađene sa ovim predispozicijama – intelektualno manje zahtevne i vezane za negu drugih.

Za razumevanje odnosa mentalnog zdravlja i polnih uloga najznačajnije je napraviti distinkciju između pola kao biološke kategorije i roda kao socijalne (Kor-

nel 2003). Danas je već prihvaćena činjenica da nije dovoljno da se neko rodi kao muškarac ili žena da bi posedovao psihološke osobine karakteristične za određeni pol. U tom je smislu potrebno praviti razliku između odgovarajućih fizioloških karakteristika i polne identifikacije. Najbolji primer za to su brojne transseksualne osobe koje sebe doživljavaju u raskoraku sa svojom telesnom građom i polnim identitetom.

Kriterijum psihijatrijskog određenja mentalnog zdravlja uključuje i opis adekvatnog rodnog ponašanja. Nastanku ovog kriterijuma umnogome je doprinela popularnost psihoanalize i prihvatanje Frojdovog određenja zdrave ličnosti koja podrazumeva pravilnu identifikaciju s vlastitim polom. Kostrič (Costrich 1975), Česler (Chesler 1972), Rouz (Rose 1975) ustanovili su da će žene i muškarce koji se ne ponašaju u skladu sa socijalno uspostavljenim femininim i maskulinim polnim ulogama psihijatri pre proglasiti šizofrenima nego one osobe koje su striktno usvojile tradicionalne patrijarhalne polne uloge, bez obzira na to što ispoljavaju druge značajne simptome. Studija *Zeldow* (1976) potvrđuje prethodnu tezu, pronasavši da se muškarcima i ženama koji ispoljavaju veću naklonost prema opozitnim polnim ulogama obično pripisuju mnogo ozbiljniji psihopatološki simptomi (Gackenbach 2006).

Istraživanja su pokazala da se određene psihičke smetnje češće javljaju kod žena, druge kod muškaraca, dok su pojedine podjednako raspoređene po učestalosti kod oba pola. Moguće objašnjenje leži u pretpostavci o postojanju frustracija koje sa sobom donosi socijalizacija i prihvatanje rodnih uloga. Rodna segregacija vaspitnih modela proizvodi usmeravanje devojčica na privatnu sferu, dok kod dečaka podstiče ponašanja koja ih pripremaju za osvajanje javne sfere, prostora uglavnom predviđenog za muškarce. Češća pojava agorafobije kod žena i klastrofobije kod muškaraca upravo se može objasniti različitom socijalizacijom i očekivanim ponašanjima u okviru pomenutih uloga.

Podaci istraživanja nastalih u okviru dečje psihopatologije govore u prilog pojave većeg broja slučajeva različitih oblika poremećaja ličnosti i ponašanja (uključujući i delinkventno ponašanje) kod muške nego kod ženske dece. Dečje psihoze i neuroze su tri do četiri puta češće kod dečaka nego kod devojčica u Evropi, SAD, Japanu (Lippa 2001). Kod odraslih je, pak, situacija sledeća: muškarci se četiri do pet puta češće razboljevaju od toksikomanije i sociopatije nego žene i, prema mnogim istraživanjima, češće pokazuju razne oblike delinkventnog i asocijalnog ponašanja. Ovakvo ponašanje rezultuje izazivanjem većeg broja saobraćajnih nesreća i upuštanjem u veći broj zločina (Lemkau 1974; v. Langlois i Downs 1980). Brojna istraživanja, takođe, potvrđuju da se muškarci i žene bitno razlikuju u ispoljavanju destruktivnosti. Muškarci se u tom smislu mnogo više uključuju u tuče i druge antisocijalne aktivnosti, ispoljavajući više nasilja i agresivnosti od žena (Oetzel 1966; Rohner 1976; Whiting i Edwards 1973; Maccoby i Jacklin 1974), što je posledica razlika u rodno prihvatljivim

načinima kanalisanja negativne energije (Kandido–Jakšić 1995). Restriktivnost polnih uloga s uzrastom raste i utiče na veću učestalost pojave depresije kod žena i njeno opadanje kod muškaraca (Terman i Tyler 1954, nav. prema Herman 1983).

Na osnovu brojnih istraživanja koja pokazuju da se oženjeni muškarci znatno manje psihički razboljevaju od udatih žena, moglo bi se zaključiti da u većini kultura, uključujući i našu, udaja predstavlja potencijalni mentalni rizik za ženu¹⁷, dok istovremeno brak predstavlja stabilizujući faktor i oslonac za mentalno zdravlje muškaraca.

Frojd je smatrao da u jedinkama oba pola postoje kako muški tako i ženski nagoni i porivi, koji usled potiskivanja mogu postati nesvesni. Poznate su njegove tvrdnje da mnoge psihološke teškoće muškarca nastaju zbog potiskivanja ženskih težnji u samom sebi, a da mnoga svojstva kod žene dolaze usled njene suštinske želje da bude muškarac. Po mišljenju Frojda, muški deo ne bi smeo da za ženu predstavlja svojstvo pozitivnog činioca, jer u njoj izaziva sukobe, pa stoga treba da bude razložen i odstranjen, a nikako prihvaćen. Načelo po kojem je Jung određivao svoju terapiju zasnivalo se na sasvim drugačijoj postavci: suprotno ne treba odstranjivati nego integrisati, a integrisanje počinje diferencijacijom. Pošto se izdvoji i prepozna, težnja suprotnog pola biva uključena u individualizacioni proces, a svesnim prihvatanjem dolazi do integracije muškog i ženskog aspekta, to jest do oslobađanja animusa i anime. Na taj način, muškarac i žena dobijaju više šansi da budu integrisane ličnosti. Svojim radovima Jung daje teorijske osnove za nastavak teze o androgenosti.

U cilju postizanja rodne neutralnosti u istraživanjima ranih sedamdesetih godina XX veka biva uključen androgini model. On je podrazumevao kombinaciju tradicionalno shvaćenih femininih i maskulinih atributa, i odbacivanje linearne veze bioloških i psiholoških rodnih odlika. Androgenost je takođe uvedena u skale koje su do tada merile samo maskulinitet i femininitet kao dihotomije, čime se donekle unapređuju njihova svojstva¹⁸.

17 Ispitivanje Konstantinović-Vilić (1986) na ženama sa sela koje su ubile svoje muževe pokazuje da je motiv bio oslobađanje bračne tiranije muževa i da se čak i zatvor percipirao kao mesto adekvatnije od kuće.

18 Statističke i psihometrijske implikacije uvođenja androgenosti proizvele su nedoumice u shvatanju načina na koji se svojstva metrički sabiraju ili množe (to jest, postavlja se pitanje da li je androgenost prosti zbir svojstava feminiteta i maskuliniteta, ili je reč o nekom novom, trećem svojstvu). Problem je predstavljala i činjenica da je pokušaj prikazivanja „rodno oslobođene” ličnosti pokazivao veliku sličnost s maskulinim karakteristikama. Model je takođe nedovoljno uzimao u razmatranje kontekst i razvojne razlike u svojoj primeni, ignorišući dinamiku i proces razvoja i promena rodnih uloga kroz vreme (Hare-Mustin i Marecek 1990). Bez obzira na ove nedostatke, androgini model je bio veoma dobra polazna tačka za osnovane kritike na račun androcentričnosti istraživanja i, zahvaljujući svom korektivnom pristupu, uspeo je na unapredi dotadašnje modele.

Pojedine savremene pristupe karakteriše prihvatanje androgynosti kao modela koji je zasnovan na oslobođenju polova od represivnog delovanja tradicionalnih uloga. Androgine ličnosti, ukoliko uspešno integrišu kako maskuline tako i feminine karakteristike, pokazuju veću socijalnost, originalnost u mišljenju, kao i antikonformističko ponašanje (Bem 1974, 1981, 1985; Gall 1969; Spence i Helmreich, 1978; Gray 1963). Mnogi autori, takođe, tvrde da one osobe koje se uspešno suprotstavljaju polnoj stereotipizaciji imaju više šansi da razviju svoje urođene ljudske potencijale (Consentino i Heilbrun 1964; Web 1963; Sears 1970, nav. prema Lipa 2001).

Povezanost problema roda i mentalnog zdravlja: rod i značenje u terapiji

U okviru savremene psihologije rod možemo definisati kao kulturno i socijalno konstruisana verovanja i stavove o odlikama i ponašanju muškaraca i žena (Hare–Mustin, Marecek 1990). Socijalna konstrukcija roda koja se prepliće s drugim društveno-statusnim identitetima, u nama kreira predstavu onog što jesmo kao muškarci i žene i kako bi, u skladu s tim, trebalo da se ponašamo. Utoliko su rodni stereotipi koje smo prihvatili i usvojili deskriptivni, ali i preskriptivni – dakle, uče nas kako da živimo (Fiske i Stevens 1998 nav. prema Einwohner, Hollander, Olson 2000). Svest o tome da je neka osoba „žena” aktivira celokupno iskustvo o tome šta znači biti žena u društvu i funkcioniše kao generalna šema kognitivnog obrasca koja oblikuje trenutne i buduće aktivnosti ove osobe (Frieze, Bailey, Mammula, Noss 1989, nav. prema Worrel i Remmer 2002). Odluke i očekivanja od žena u Latinskoj Americi, Aziji i Evropi mogu se veoma razlikovati, te je stoga njihovo značenje relativno usko vezano za dominantne vrednosti kulture (Unger 1995). Kognitivni stav „ja sam Afroamerikanka” (Srpkinja, Azijatkinja) kreira sliku koju svaka individua konstruiše na osnovu kompleksne matrice ličnih i socijalnih identiteta. Rod, takođe, strukturise očekivanja i ponašanja onih s kojima smo u interakciji, rezultirajući samoostvarujućim proročanstvima i potvrđama u ponašanju koje zauzvrat oblikuju naše ponašanje koje ide u susret očekivanjima važnih drugih (Rosenthal 1994; Snyder i Dyamot 2001; Towsen, Zanna, MacDonald, 1989, Ibid). Jedan od primera je iznenadno razvijanje psihosomatskih simptoma u periodu kada je za žene normalno da se udaju i rađaju decu, a žele da nastave školovanje. Ova raširena pojava, na koju se može naići u terapijskom radu, omogućava klijentkinjama da „kupe vreme” ili da odlože odluku šta žele od svog života, i da pokušaju da pomire ulogu buduće majke s profesionalnom ulogom. Iako na racionalnom nivou znaju da je to moguće, jer su neke od žena u njihovoj

okolini uspele da se realizuju na više polja, poruke koje su pounutrile iz svoje porodice ili okoline (koje govore suprotno) predominiraju iako su iracionalne i ne pripadaju njima. Zbog toga je rad na osvešćivanju tih poruka (zabrana i dozvola) veoma važan.

Feminističko uključivanje u empirijsku psihologiju stvorilo je mogućnosti za kritiku predubeđenja u istraživanjima¹⁹. Navodeći načine na koji je feminizam uticao na naučna pitanja, teoretičarka feminističke metodologije Sandra Harding ukazuje na pojavu feminističkog empirizma, koji u okvirima psihologije predstavlja najuticajnijiu struju jer je omogućio prepoznavanje seksizma na svim nivoima istraživanja (Harding 1986). Drugi talas feminizma otpočinje temeljnu analizu roda, na koju se konsekventno nadovezuje kritika ideje po kojoj je anatomija sudbina žene. U samom feminističkom pokretu se, već sredinom osamdesetih godina XX veka, javljaju prvi raskoli po ovom pitanju, pošto se kategorija roda tretira kao sinonim za društveni identitet *svih* žena. Džudit Batler (Judith Butler), najistaknutija predstavnica ove kritičke struje, odbacuje mogućnost roda kao samokonzistentne kategorije i ukazuje na njegove autosubverzivne i autoparodirajuće efekte, zadajući nove izazove feminizmu. Svojom tezom da žena ne denotira neki zajednički identitet (Butler 2000), Batler se suprotstavlja feminizmu drugog talasa i otvara nova polja razmišljanja i delovanja u feminizmu i *queer* pokretu, koji se u velikoj meri naslanja na njenu tezu u određenju prirode identiteta.

Upućivanje na uticaj pola, roda i kulturoloških razlika na učestalost, poreklo, dijagnostiku i tretman psiholoških (psihijatrijskih) problema, u oblasti mentalnog zdravlja do skoro je u potpunosti izostajalo. Poslednjih godina postoji veliki raskorak u stepenu pridavanja pažnje pitanju roda u psihoterapiji. Dok je za jedne rod pokazatelj pravca, definicije, dijagnoze i ekspresije simptoma, za druge je on i dalje nebitan faktor (Greene i Sanchez-Hucles, nav. prema Hill i Ballow 2005: 183). Rastuće uverenje o postojanju asimetričnih rodni očekivanja, prepoznavanje diskriminacije i nepravde prema ženama, rezultiralo je i za ključkom „lično je političko”.²⁰ Ženino lično iskustvo, povezujući se s iskustvom drugih žena, time dobija širi politički kontekst. Povezivanje ličnog iskustva sa širom politikom predstavlja polazno stanovište srodnih pokreta koji su zahtevali socijalne promene (pokret za ostvarivanje građanskih prava, prava seksualnih manjina).

19 Dva osnovna pristupa pitanju rodni razlika predstavljaju *alfa i beta predubeđenje* (Hare-Mustin i Marecek 1990). Dok *alfa predubeđenje* pretpostavlja esencijalističku poziciju i zastupa stav o postojanju stvarne i suštinske razlike među muškarcima i ženama u orijentaciji, sposobnostima i vrednostima, *beta predubeđenje* negira postojanje tih razlika.

20 Time se dovodi u pitanje nametnuta dihotomija između privatne i javne sfere, u kojoj ženi pripada privatna sfera, gde spada i lično mišljenje, dok muškarcima pripada javna sfera.

Rane feminističke terapeutkinje, poput Rejčel Her-Mastin (Rachel Hare-Mustin), Merijen Volters (Marianne Walters), Beti Karter (Betty Carter), počinju da se bave analizom roda i u svom terapijskom radu s porodicama, otvarajući nove načine razumevanja porodičnog života i kreirajući nove mogućnosti za rad sa patologijom porodičnih odnosa²¹.

21 *Alfa predubedenje* preuveličava značaj polnih razlika, insistirajući na prirodno uslovljenoj dihotomiji koja muškarce i žene suštinski razdvaja. Primeri ovakvog predubedenja se mogu naći u sociobiološkim teorijama, evolucionističkim i reproduktivnim strategijama razvoja žena (Buss 1996; Kendrick i Trost 1993), kao i u stereotipima koji žene predstavljaju kao primarno negujuća, brižna bića. Na ovaj način se, takođe, diskredituju i osobe drugih etniciteta, boje kože (npr. crnkinje su majčinski tipovi, treba da se brinu o drugima). Suprotno tome, *beta predubedenje* minimizira ili ignoriše razlike između muškaraca i žena. Primeri ovakvih stanovišta mogu se naći u tradicionalnim psihološkim istraživanjima koja generalizuju muški model i koriste ga za oba pola, ili u stavu da žene imaju jednaka prava i mogućnosti u društvu te im stoga nisu potrebne mere pozitivne diskriminacije. *Beta predubedenje* se, takođe, može videti i u edukativnim i terapijskim programima koji ignorišu socijalni kontekst učenja, čime se ženama otežava ostvarivanje pozicija jer su kriterijumi standardizovani na tipično muški način (dominiraju asertivnost ili stilovi menadžmenta kojima su skloniji muškarci) (Hare-Mustin i Marecek 1988). Ukoliko govorimo o terapijskom radu, oba pristupa mogu biti ugrožavajuća i škodljiva za klijente. Rodno inkluzivno ili ujednačeno savetovanje bi trebalo da razvija potencijale i da reaguje na individualne potrebe, bez obzira na pol i rod (Worell 2002). Interpretacije i intervencije u terapiji bi, samim tim, trebalo da uključe širok spektar afektivnih i bihejvioralnih varijabla koje muškarci i žene mogu da proizvedu, umesto fiksiranja za stereotipe tradicionalnih rodnih uloga. Morou i Didan (Morrow i Deidan) navode nekoliko preventivnih koraka koji bi pomogli terapeutima da se izbegnu rodna predubedenja, među kojima su uključivanje alternativne hipoteze koja bi se proverila sa klijentima, otvaranje mogućnosti za istraživanje informacija koje se u njih uklapaju kao i prihvatanje mogućnosti da početna hipoteza u terapiji možda nije tačna (Morrow i Deidan 1992).

2. VIĐENJA ŽENE I NJENE PRIRODE

Da bismo bolje razumeli podlogu nastanka metoda kojima se određivala normalnost žena, potrebno je upoznati koncepte viđenja žene kroz istoriju. Psihologija žene se razvija kao sekundarna ili „izvedena” iz postojećih teorija koje su se prevalentno bavile psihologijom i ličnošću muškarca. Dok je razvoj oblasti psihologije uslovio grananje pravaca i škola koje su među sobom vodile borbu za primat u polju edukacije i psihoterapijske prakse, dotle su pokušaji bavljenja ovom temom ostajali u okvirima tradicionalizma. Razmatrajući psihologiju žene (ili ženskog, kako se formuliše u pojedinim teorijama), psihologija je ponudila tri različita pristupa: *biološki*, *kulturološki* i *simbolički*.

Biološki pristup nalazimo u shvatanjima Frojda i njegovih nastavljača, po kojima je priroda žene određena njenim biološkim ograničenjima (pre svega nedostatkom penisa), kao i osnovnim odlikama: narcizmom i ljubomorom. Pasivnost i inferiornost žene dobijaju rođenjem, iz čega se može izvesti zaključak da je anatomija – sudbina.

Kulturološki pristup se bazira na radovima Karen Hornaj (Karen Horney) i Margaret Mid (Margaret Mead), a karakteriše ga naglašavanje društvenih i kulturnih činilaca u razvoju psihologije žene. Dovodeći u pitanje ključne postavke psihoanalize, shvatanje o *ženskom mazohizmu* i *zavisti na penisu* odbacuje kao neosnovane. Ženska pasivnost se objašnjava kao posledica društvenog degradiranja i isključivanja (Sklevicky i Papić 2003).

Tvorac *simboličkog* pristupa Karl Jung uvodi postavku o polnom identitetu kojom se baca novo svetlo na psihoseksualnu identifikaciju. Jung, naime, tvrdi da oba pola u sebi poseduju mušku i žensku stranu, a da je psiha sazdana od parova suprotnosti i dihotomija čiji sklad predstavlja uslov individuacije. Za razliku od muške strane ličnosti (animusa) koji se iskazuje kroz *logos*, ženska strana (anima) koristi jezik nesvesnog i simbola.

Savremene teorije tokom XX veka nude nešto drugačija određenja koja su češće vezana za postmodernu filozofiju i *queer* teorije nego za samu oblast psihologije.

Svaki od pomenutih koncepata uslovio je razvoj različitih formi terapijskog rada, savetovanja i naučnih analiza. Modeli posmatranja normalnosti, dijagnostifikovanja, a naročito lečenja, nastajali su ukrštanjem i kombinovanjem psiholoških teorija, filozofskih koncepata, kao i društvenih konvencija.

Žena je slaba i bespomoćna

Nastanak psiholoških teorija ličnosti prati polnu i rodnu dihotomiju, te su muškarcima i ženama predviđene različite uloge na osnovu procenjenih razlika njihovih mentalnih sklopova. Femininost se i u laičkim i u naučnim teorijama najčešće dovodi u vezu s pasivnošću, nedostatnošću, prirodnim mazohizmom, bespomoćnošću pred sopstvenom biologijom i snagom racionalnog muškog ega. Zbog tih slabosti koje su joj svojstvene, žena se na neki način mora vaspitavati celog života, da se ne bi „otrgla kontroli”. Navodeći Rusoa, Meri Vulstonkraft (Mary Wollstonecraft) je, u *Odbrani prava žena*, ukazala na neadekvatnost i destruktivnost dvostrukih merila vaspitanja muške i ženske dece u XIX veku:

Žene treba priviknuti da se savlađuju. Moramo ih na vreme prisiliti da savlađuju svoje kaprice, da bi ih mogle podvrgnuti volji drugih. Rasejanost, lakoumnost i nepostojanost su mane koje lako nastaju iz toga što puštaju svojim omiljenim sklonostima da udare krivim putem. (Ruso prema Vulstonkraft 1994: 117)

Osim društvene ustrojenosti ponašanja koja je ispitivače navodila na takve zaključke, ove teorije su u svojoj srži imale i vrlo pragmatične razloge političke i ekonomske prirode. Ličnost i telo žene su vekovima bili vlasništvo muškaraca, što je, svakako, bilo u vezi sa njihovom ekonomskom potčinjenošću.

U zamenu za oduzeto telo i imovinu, muškarac je ženi ponudio „zaštitu” od njene prirodne slabosti. Izvorna različitost je promovisana u inferiornost koja je postajala sve „prirodnija” pošto je na taj način ideološki konstruisana i definisana. Sve što žena jeste, ona je *po prirodi*: slaba, lepa, popustljiva ali i perfidna na „ženski način”. Ova istorijski determinisana „slabost” biva proglašena *prirodnom* činjenicom, te ona postaje osnova za svaku zloupotrebu jer je služila kao alibi za potvrdu neophodnosti kontrole muškarca nad krhkim ženinim postojanjem.

Na koji se način žena socijalizuje da postane slaba i po svojoj prirodi „invalidna” u odnosu na muškarca? Osnovni oblik socijalizacije u patrijarhalnim kulturama je porodica u kojoj dominira muškarac, što proizlazi iz ekonomski determinisane strukture porodice: muž je taj koji zarađuje, dok ženin rad nema tržišnu vrednost. Na taj način, ekonomska moć, koja je u rukama muškarca, postaje osnovni instrument reprodukcije patrijarhalnog poretka. Takvo stanje stvari, najzad, podržava sistem obrazovanja koji produbljuje razlike među polovima, usmeravajući devojke na takozvana ženska zanimanja, otežavajući im pristup onim profesijama koje čine strukturu vlasti: „obučene” da prihvate „ženstvenost” kao svoju glavnu vrlinu, žene ne mogu ni da prevladaju svoj inferiorni društveni položaj, tvrdi Kejt Milet (Kate Millet) (Milet 1981). Međutim, iako je, tokom poslednjih nekoliko decenija, stanje stvari drugačije, u mnogo većem procentu su žene ekonomski ravnopravne, konkurentne na tržištu rada i, samim tim, samostalnije, očekivala bi se velika promena u ovom kontekstu. Promene, svakako, postoje, ali ne prate



Lečenje pacientkinje apliciranjem visokovoltazne struje na njene jajnike, 1910.

Aids That Every Woman Appreciates



Portable Vibrator.
No. 57P6301 Neat, compact vibrator with three applicators, as shown. Very useful and satisfactory for home service. Shipping wt., about 3½ pounds.

Price.....\$5.95





Vibrator Attachments for Home Motor.
Include the special connection, three applicators and handle. Not necessary to buy a complete vibrator if you have the Home Motor. Shipping weight, about 6 ounces.
No. 57F6302 Price.....\$1.35

Reklama za mobilne vibratore, 1930.



Zvanični plakat WOW organizacije radnica za vreme II svetskog rata

Gold Dust – reklama za sapun za podno pranje koji omogućava ženama da dočekaju muševce koji dolaze s posla na adekvatan način
(N. K. Fairbank & Co | Soap Manufacturer, 1889–1830)

Fourteen-Hour Wives
of Eight-Hour Men, need
GOLD DUST
Washing Powder

To enable them to get through work as early as their husbands.
GOLD DUST saves time, strength, patience and money.

Made only by
N. K. Fairbank & Co.,
CHICAGO,

St. Louis,
New York,
Philadelphia,
Boston,
Montreal.



Konverzivna terapija (za preobraćenje homoseksualnih osoba u heteroseksualne)
40-ih godina XX veka (Curve magazine archive)




Ilustracije idealne domaćice
iz časopisa 50-ih
(clickamericana.com)



A genuinely brighter outlook for the depressed patient

'METHEDRINE'
brand
Methamphetamine Hydrochloride



Reklama iz 50-ih za metamfetamine, koji su masovno prepisivani domaćicama u SAD



You can't set her free. But you can help her feel less anxious.

You know this woman. She's anxious, tense, irritable. She's felt this way for months. Bored by the seemingly insurmountable problems of raising a young family, and confined to the home most of the time, her symptoms reflect a sense of inadequacy and isolation. Your reassurance and guidance may have helped some, but not enough. Serax (oxazepam) cannot change her environment, of course. But it can help relieve anxiety, tension, agitation and irritability, thus strengthening her ability to cope with day-to-day problems. Eventually—*as she regains confidence and composure—your counsel may be all the support she needs.*

Indicated in anxiety, tension, agitation, irritability, and anxiety associated with depression.

May be used in a broad range of patients, generally with considerable dosage flexibility.

Contraindications: History of previous hypersensitivity to oxazepam. Oxazepam is not indicated in children.

Precautions: Hypotensive reactions are rare, but use with caution where complications could ensue from a fall in blood pressure, especially in the elderly. One patient exhibiting drug dependency by taking a chronic overdose developed upon cessation quantifiable withdrawal symptoms. Carefully supervise dose and promptly prescribes, especially for patients prone to overdose; excessive prolonged use in susceptible patients (alcoholics, ex-addicts, etc.) may result in dependence or habituation. Reduce dosage gradually after prolonged excessive dosage to avoid possible withdrawal seizures. Caution patients against driving or operating machinery and absence of drowsiness or dizziness is not a guarantee. With prolonged use, reaction to alcohol is altered. Safety for use in pregnancy has not been established. Not indicated in children under 6 years; absolute dosage for 6 to 12 years-olds not established.

Side Effects: Therapy-interfering side effects are rare. Transient mild drowsiness is common initially; if persistent, reduce dosage. Dizziness, vertigo and headache have also occurred infrequently; syncope, rarely. Mild paradoxical reactions (excitement, stimulation of affect) are reported in psychiatric patients. Minor diffuse rashes (maculopapular and maculopapular) are rare. Nausea, lethargy, edema, slurred speech, tremor and altered libido are rare and generally controlled by dosage reduction. Although rare, leukopenia and neutropenia function including jaundice have been reported during therapy. Periodic liver counts and liver function tests are advised. Ataxia, reported rarely, does not appear related to dose or age. These side reactions, noted with related compounds, are not yet reported: paraneoplastic reaction with associated leukopenia, leukopenia, neutropenia, menstrual irregularities, change in EEG pattern, blood dyscrasias (including thrombocytopenia), blurred vision, diplopia, incontinence, stupor, disorientation, fever, euphoria and dysmetria.

Availability: Capsules of 10, 15 and 30 mg. oxazepam.

To help you relieve anxiety and tension

Serax®
(oxazepam)



Wyeth Laboratories
Philadelphia, Pa.

Reklama za antidepresiv 50-ih, naglašava kao cilj vraćanje zadovoljstva obavljanja kućnih poslova



Devojka koja boluje od anoreksije (*Anorexia nervosa*)
(reddit.com)



Horderka (opsesivna sakupljačica)
Izvor: Hello Care, organizacija za podršku i pomoć horderima
(foto: Jim Newton)



Nala Feminist Collective, 1975 – grupa koja je funkcionisala po feminističkim principima i gde su žene slobodno delile priče o svom svakodnevnom životu i problemima i promišljale ženska prava (awid.org)



Prva psihodramska edukativna grupa u Sarajevu (RAIP 2008–2013)
(foto: privatna arhiva)

Lidija Vasiljević
NEsavršENE

Mitovi o ženskim mentalnim bolestima i njihovom lečenju
Prvo izdanje
2024.

Urednik
Nenad Šaponja

Recenzenti
Nenad Šaponja
Snežana Savkić

Lektura i korektura
Isidora Injac

Priprema za štampu
Amalija Vitezović

Ilustracija na koricama
Anna Ehrlemarken

Plasman
Knjžara AGORA
tel. 064-648-22-88

Izdavač
A G O R A
Zrenjanin, Koče Kolarova 12a
Agora – izdavaštvo, Novi Sad, Ilirska 16a
e-mail: ns.agora@gmail.com; www.agoraknjige.rs

Za izdavača
Dragoslava Živkov Šaponja

Štampa i povez
Skripta internacional
Mike Alasa 54, Beograd

CIP - Каталогизација у публикацији
Библиотека Матице српске, Нови Сад

305-055.2:616.89

ВАСИЉЕВИЋ, Лидија, 1971-

NEsavršENE : mitovi o ženskim mentalnim bolestima i njihovom lečenju : ka alternativnoj istoriji normalnosti žena / Lidija Vasiljević. - 1. izd. - Zrenjanin ; Novi Sad : Agora, 2024 (Beograd: Skripta Internacional). - 164 str. : fotogr. ; 21 cm. - (Biblioteka "Link" ; knj. 16)

Tiraž 300. - Napomene i bibliografske reference uz tekst. - Bibliografija.

ISBN 978-86-6053-404-2

а) Жене - Ментална обољења - Митови

COBISS.SR-ID 138339081

