

Έμφυλες εμμονές στην ψυχιατρική διάγνωση

Don't worry if they say you 're crazy. They said that about me and yet I was saner than all of them. I knew. No matter. You know. Insane or sane, you know. It's a good thing to know –no matter what they call it.
Anne Sexton¹

Σε αντίθεση με την ιατρική, η κλασική ψυχιατρική δεν έχει τις επιτυχίες επιστημονικής μεθοδικότητας που έχουν κατακτήσει άλλοι ιατρικοί κλάδοι. Η απουσία βιολογικών δοκιμασιών αποτελεί τεράστιο μειονέκτημα για την ψυχιατρική. Παρά τα εργαλεία διάγνωσης που διαθέτει, δυσκολεύεται να ορίσει τι είναι *φυσιολογικό* και τι *μη φυσιολογικό*. Επιπλέον, σπάνια επισημαίνει τη διαφορά ανάμεσα σε ασθένεια (illness) και νόσο (disease), δηλαδή ανάμεσα στην υποκειμενική εμπειρία όπως την διηγείται ο πάσχων/η πάσχουσα και την αντίστοιχη στοίχιση και περιγραφή της στα συγγράμματα νοσολογίας. Η ανάγκη ύπαρξης ταξινομικών συστημάτων, όπως το ICD-10 και DSM-5², κοινή γλώσσα επικοινωνίας των κλινικών και ερευνητών ανά τον κόσμο, ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό στη διαμόρφωση αυτής της νοσολογίας. Στην ψυχιατρική η ανάγκη υπερπήδησης του εμποδίου των διαφορετικών θεωριών οδήγησε στη δημιουργία των ταξινομικών συστημάτων, τα οποία υποσχέθηκαν μια προσέγγιση άνευ θεωρίας (Τζαβάρας, 2001).

Στο πλαίσιο αυτό η ψυχιατρική νοσολογία είναι πολύμορφη και χωρίς ηγεμονική θεωρία. Όπως αναφέρει ο Καραβάτος (2012), η ψυχιατρική δεν (μπορεί να) είναι ούτε αν-εγκέφαλη, ούτε ά-ψυχη, ούτε α-κοινωνική. Αντίθετα, οφείλει να βασίζεται στον θησαυρό της σημειολογίας για να τροφοδοτήσει την ψυχοπαθολογία, εκεί όπου αναπτύσσονται οι θεωρητικές απαντήσεις των ψυχιάτρων στα ερωτήματα που θέτει η κλινική τους πράξη.

Μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90, η κυρίαρχη τάση παρέμεινε πάντα η ίδια: στο ίδιο α-θεωρητικό πλαίσιο διαφυλάχτηκε η παγκοσμιότητα της ψυχικής διαταραχής, με αποτέλεσμα να προβάλλεται ενιαίος ο χαρακτήρας των ταξινομικών συστημάτων χωρίς τη συσχέτισή τους με πολιτισμικές, φυλετικές, θρησκευτικές και έμφυλες παραμέτρους.

Οι δυσκολίες στο πρόβλημα της ταξινόμησης της ψυχικής νόσου είναι μεθοδολογικές, κοινωνικές και θεωρητικές αφού συχνά άπτονται της αιτιολογίας της ψυχικής νόσου. Έτσι, σε κάθε

πράξη χαρακτηρισμού μιας συμπεριφοράς ως παθολογικής ή ως επικίνδυνης, εννοείται η διεπίδυση όλης της κυρίαρχης ηθικής και ιδεολογίας που στηρίζει το εκάστοτε πολιτικοκοινωνικό σύστημα. Συχνά όμως η διαγνωστική διαδικασία οδηγεί στην κατηγοριοποίηση και θέτει διαγνωστικές ετικέτες (labeling), γεγονός που στιγματίζει και απαξιώνει τα άτομα κοινωνικά και ηθικά. Τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα δεν αντιμετωπίζονται ως υποκείμενα με ανάγκες και δικαιώματα. Συχνά γίνεται από-προσωποποίηση της ψυχικής διαταραχής, απο-βιογραφικοποιείται το ιστορικό του/της ασθενούς, και δεν λαμβάνονται υπόψη ούτε η ατομική συμπεριφορά, ούτε η προσωπικότητα του ατόμου. Εξίσου προβληματικός είναι ο καθορισμός των ορίων ανάμεσα στην υπαρξιακή δυσφορία και την ψυχική ασθένεια, αφού συχνά συμβαίνει οι πάσχοντες να προσφεύγουν στην ψυχιατρική, αναζητώντας τεχνικές λύσεις, για την επίλυση υπαρξιακών προβλημάτων της καθημερινότητας. Όπως υπογραμμίζει ο Sacks (1985), δεν υπάρχει κανένα υποκείμενο μέσα σε ένα στενό ιστορικό πλαίσιο.

Η χαμηλή αξιοπιστία της ψυχιατρικής διάγνωσης αποδόθηκε στο ότι χρησιμοποιούνται ερμηνευτικά κριτήρια, που όχι μόνον δεν έχουν παρά στην ευρεία τους εφαρμογή επιστημονική κατοχύρωση, αλλά αποκαλύπτουν εμπειρισμό και κοινωνικές προκαταλήψεις. Για παράδειγμα, το DSM, επίσημο όργανο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης, το οποίο ορίζει τα διαγνωστικά κριτήρια των διαφόρων ψυχικών διαταραχών, επισημαίνει στην εισαγωγή του, ότι δεν υπάρχουν σαφώς προδιαγεγραμμένα όρια για τον προσδιορισμό της ψυχικής διαταραχής. Βασικό μειονέκτημά τους προβάλλει η δέσμευσή τους σε μια εμπειρική κατεύθυνση σκέψης, ανάλογη των φυσικών επιστημών, η οποία στερεί από την ψυχιατρική το ιδιαίτερο περιεχόμενό της, δεν επιτρέπει την ανάδειξη της συνέχειας των ψυχικών φαινομένων, ενώ η υποβάθμιση της ψυχοπαθολογικής σκέψης, συμβάλλει στην παραμέληση σημαντικών πλευρών του ψυχικού

κόσμου των πασχόντων.

Σε όλες τις κοινωνίες η τρέλα είναι παρούσα διεκδικώντας παγκοσμιότητα. Έχει ενδιαφέρον να δούμε όμως, πώς η σχέση των γυναικών με την τρέλα, με όλο το σημασιολογικό της εύρος αλλά και τη συγκινησιακή φόρτιση που κατέχει, έχει καταλάβει μια ιδιαίτερη θέση στην ιστορία της ψυχιατρικής, η οποία υπερβαίνει τα όποια στατιστικά δεδομένα της εποχής ή την κοινωνική κατάσταση των γυναικών. Μια σχέση η οποία συνδέεται άμεσα με τον τρόπο που ένα ευρύ φάσμα «ειδικών» της ψυχικής υγείας, όπως, ψυχίατροι, νευρολόγοι, ψυχολόγοι κ.ά. συνεπικουρούμενοι από εγκληματολόγους, δικαστές, στατιστικούς και επιδημιολόγους, έθεσαν τις διαχωριστικές γραμμές ανάμεσα στη λογική και την τρέλα, όχι τόσο με την κλινική έννοια του όρου, αλλά συχνά με την έννοια της παρέκκλισης από τον δρόμο που οι άλλοι μας αναγκάζουν να πορευτούμε. Σε αυτήν την πορεία συνέβαλαν αποφασιστικά και οι ίδιες οι ψυχικά πάσχουσες, αφού οι προσωπικές μαρτυρίες εμπλουτίζουν πάντοτε τις γνώσεις μας, φωτίζουν τις σκοτεινές πτυχές της ψυχής και υποδεικνύουν τις μετατοπίσεις στη δεσπόζουσα νοοτροπία, χωρίς να μας επιτρέπουν απαραίτητα να κάνουμε γενικεύσεις.

Η επιστημονική αντίληψη πως το γυναικείο βιολογικό φύλο αποτελεί το αντίθετο του αντρικού συγκροτήθηκε ήδη από το 18ο αιώνα και επηρέασε σε μεγάλο βαθμό τις ιατρικές αντιλήψεις για το σώμα και το φύλο. Οι ιατρικοί λόγοι για το σώμα και κυρίως την αναπαραγωγική λειτουργία των γυναικών ήταν πάντα στο επίκεντρο των σχετικών συζητήσεων. Μελετήθηκαν και αναλύθηκαν επιστημονικά οι *ιδιαιτερότητες* της γυναικείας φύσης, επιβεβαιώνοντας πως η ανατομία είναι πεπρωμένο και πως η φύση υπερισχύει. Έτσι οι βιολογικές διαφορές χρησιμοποιήθηκαν για να νομιμοποιήσουν προϋπάρχουσες κοινωνικές σχέσεις και πιο συγκεκριμένα σχέσεις εξουσίας. Το σύστημα παρείχε στους ιατρούς ένα ορθολογικό πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούσαν απόλυτα νομιμοποιημένα, ώστε απρόσκοπτα να θεραπεύουν και να καθησυχάζουν τις ασθενείς τους. Οι γυναίκες, αναμφισβήτητα, δεν υπάγονταν στον κανόνα. Ήσαν *διαφορετικές* και οι διαφορές αυτές είχαν συνέπειες στην υγεία τους και την αντιμετώπισή τους. Έτσι, οι επιστημονικές βεβαιότητες που προβάλλονταν άλλοτε ως οικουμενικές, αφορούσαν καταρχάς το αντρικό φύλο και απέκρυπταν τις όποιες σχέσεις εξουσίας ενέχονται στη γνώση. Η εγκυρότητα και η καθολικότητα της επιστημονικής γνώσης οικοδομήθηκε επάνω σε ένα συγκεκριμένο μοντέλο του λευκού άντρα.

Η ασθένεια, όμως, όπως και το φύλο αλλά και η βιολογία δεν ορίζονται από καμία οικουμενικότητα αλλά από την οπτική που βλέπουμε τον κόσμο. Το σώμα είναι ένα σύστημα που βρίσκεται σε μια συνεχή και ασφυκτικά δυναμική αλληλοεπίδραση με το περιβάλλον. Κάθε αλλαγή ή κρίση στη διάρκεια της ζωής απειλεί την ισορροπία του συστήματος και κατά συνέπεια την υγεία του/της ασθενούς. Ταλαιπωρημένα σώματα προκαλούν ταλαιπωρημένες ψυχές και το αντίθετο. Ήταν ευθύνη των ιατρών οι οποίοι διαχειρίζονταν την ψυχική ασθένεια, να αναγνωρίσουν ποιοι παράγοντες ευθύνονταν για την ανισορροπία αυτήν και να επιστρατεύσουν όσα εργαλεία είχαν στη διάθεσή τους για την επαναφορά του ασθενούς στη φυσιολογική κατάσταση.

Μέχρι πριν από μερικές δεκαετίες, οι ανάγκες των γυναικών και η ιδιαιτερότητα των ιατρικών προβλημάτων που αντιμετώπιζαν δεν αναγνωρίζονταν και αυτό το πεδίο έρευνας εκλαμβάνονταν ως μη-πεδίο (non-field) (Kalant, 1980). Με άλλα λόγια, τόσο η θεωρία όσο και τα αναλυτικά εργαλεία αποτελούσαν τμήμα ενός κατά βάση αντρικού οπλοστασίου, όπου οι γυναίκες κινδύνευαν να εγκλωβιστούν μέσα σε άστοχες υποθέσεις και λαθεμένα συμπεράσματα. Η συμβολή φεμινιστριών στο πεδίο της ψυχιατρικής, υπήρξε καίρια και εκφράστηκε με μια έντονη αμφισβήτηση από μέρους τους εκείνων των ιατρικών απόψεων που, πίσω από μια προβαλλόμενη αντικειμενικότητα, αποτέλεσαν πεδίο έκφρασης ανδρικής κυριαρχίας. Πολλές κοινές παραδοχές εύκολα διαφεύστηκαν, επειδή αποτελούσαν απλώς μια αβασάνιστη αποδοχή αυτού, που σύγχρονες ιατρικές ιδεολογίες προσέφεραν ως πίστη.

Φεμινίστριες του δεύτερου κύματος φεμινισμού όπως η Millett (2000), η Greer, η Chesler, η Showalter κ.ά. ενοχοποίησαν τους «ειδικούς», οι οποίοι εμφορούμενοι από πατριαρχικά ιδεώδη, *παγίδευσαν* τις γυναίκες σε μια *ιδιαιτέρη* ψυχολογία, η οποία όταν υπερέβαινε τους συμβατικούς ρόλους, οδηγούσε στα άσυλα, στην οικιακή απομόνωση, στη χρήση και κατάχρηση οπιούχων και μεταγενέστερα στη διαχείριση με ψυχοφάρμακα. Επεσήμαναν πως ο τρόπος στερεοτυπικής προσέγγισης της ψυχικής νόσου των γυναικών, διαχρονικά, μέσα από μια ανδρική μυθολογία για τη θηλυκότητα, υπήρξε εμπόδιο στην παραγωγή μιας επιστημονικής αντικειμενικότητας. Πολλοί από τους επίσημους όρους στην ψυχιατρική, όπως ο όρος «νεύρωση» ή «υστερία» δεν παρέμειναν σταθεροί στον χρόνο, αλλά συνέβαλαν, από το τέλος του 18ου αιώνα

και μέχρι τις μέρες μας, σε αφηγήματα τα οποία υποτίμησαν τις γυναίκες και συντέλεσαν στην παγίωση της απαξίωσής τους. Οι διαγνωστικές κατηγορίες, επινοημένες μέσα από ένα σύστημα κοινωνικής καταπίεσης των γυναικών, συχνά αυθαίρετες, συσκοτίσαν και ακύρωσαν τις ζωές των γυναικών, τις εγκλώβισαν στις φοβίες τους και τις απομόνωσαν κοινωνικά. Από την άλλη, η υπονόμηση της ελευθερίας των γυναικών πυροδότησε συχνά από την πλευρά τους, βίαιες, ακατανόητες συμπεριφορές. Με δεδομένη δε τη σχέση της ψυχιατρικής με την ευρύτερη πολιτική πρακτική και άσκηση εξουσίας, ο θυμός τους παρανοήθηκε ως ψυχική ασθένεια, η αντίστασή τους στην ιατρική διαχείριση των διαφορετικών εκφάνσεων της συμπεριφοράς τους τιμωρήθηκε παραδειγματικά, ενίοτε μέσα από τον χρόνιο εγκλεισμό τους, την πλήρη στέρηση των συναισθηματικών αναγκών τους και την απομόνωσή τους από τον κοινωνικό τους περίγυρο. Για πολλά χρόνια, άλλωστε, η σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα, πρακτική εγκλεισμού στα ψυχιατρικά ιδρύματα, έδειξε την αδυναμία της ψυχιατρικής να αντιληφθεί, να ορίσει και να διαχειριστεί με επιτυχία την ψυχική οδύνη.

Στην πραγματικότητα, αν και η γυναικεία εμπειρία συγκροτείται ιστορικά, κοινωνικά και πολιτισμικά, είναι δύσκολο να δοθεί μια γενικευμένη ερμηνεία σε φαινόμενα που εντάσσονται στη σφαίρα της ψυχικής υγείας των γυναικών, χωρίς να εκτεθεί κανείς σε κατηγορίες για υπεραπλουστεύσεις. Δημιουργείται η ανάγκη να φωτιστούν πολλαπλές διαφορές και ιδιομορφίες οι οποίες συμβάλλουν στη συγκρότηση της ψυχικής σφαίρας των γυναικών. Επιπλέον, ελλοχεύει πάντα ο κίνδυνος εξαγωγής ποσοτικών διαπιστώσεων μέσα από τη χρήση είτε μεμονωμένων παραδειγμάτων γυναικών, οι οποίες έγιναν διάσημες στην ιστορία της ψυχιατρικής, όπως για παράδειγμα η Ογκιστίν του Charcot, η Άννα Ο. του Breuer ή η Ντόρα του Freud ή μέσα από γενικευμένα φαινόμενα, όπως η υστερία, τα οποία αποδόθηκαν, όχι τυχαία, σχεδόν αποκλειστικά στις γυναίκες ως φύλο.

Με την απόδοση όμως κάθε αντισυμβατικής ιδέας ή ενέργειας στην τρέλα, οι άνδρες «ειδικοί» αναγορεύτηκαν σε προστάτες ενός ηθικού κώδικα ο οποίος λειτούργησε ως στυλοβάτης του κοινωνικού συστήματος. Επιπλέον, ο έλεγχος του ιδεολογικού οπλοστασίου τους επέτρεψε να ενσωματώσουν, ως γνώση, ένα σύνολο από σύμβολα και αναπαραστάσεις γυναικών, τα οποία αντιπροσωπεύουν, και σε ένα βαθμό δημιουργούν, τον τρόπο που οι γυναίκες γίνονται ορατές από τους άνδρες, αλλά και τον εαυτό

τους (Micale και Lerner, 2001). Οι αναπαραστάσεις αυτές εκλαμβάνονται ως οικουμενικό μέρος ενός συλλογικού συνειδητού ή ασυνειδήτου και γίνονται αντιπροσωπευτικές μιας οικουμενικής αλήθειας για τη φύση όλων των γυναικών διαχρονικά, με κίνδυνο την αναπαραγωγή ενός άκαμπτου, έμφυλου στερεότυπου θηλυκότητας. Όπως επισημαίνει η Doyal (1981), «η απαξίωση των γυναικών συμπυκνώθηκε στην πολύ διαδεδομένη παραδοχή πως οι περισσότερες γυναίκες είναι νευρωτικές». Η Astbury (1996) μάλιστα, ψυχολόγος και φεμινίστρια, επισημαίνει, πως αντί να αναφερόμαστε στις γυναίκες ως νευρωτικές, καλό θα ήταν να διερευνήσουμε αυτήν την *νευρωτική* επιστήμη, η οποία εκφράζει περισσότερο την ψυχολογία του παρατηρητή παρά του παρατηρούμενου, και κυρίως τις κακόβουλες φαντασιώσεις του παρατηρητή για τον άλλο.

Εύλογα μπορεί κάποιος να αναρωτηθεί: και η σχέση των ανδρών με την τρέλα; Μια πρώτη πρόχειρη απάντηση είναι πως η τρέλα των αντρών νοηματοδοτείται διαφορετικά. Οι άνδρες μπορεί μεν να είναι τρελοί αλλά συχνά ονοματίζονται παραβατικοί. Τείνουν να επιδεικνύουν την δυσαρέσκειά τους με διαφορετικό τρόπο από τις γυναίκες και συχνά εμπλέκονται με το ποινικό σύστημα και την αστυνομία. Αυτό μαρτυρούν στατιστικές που συγκρίνουν από τη μια τις εισαγωγές γυναικών σε ψυχιατρικά ιδρύματα λόγω ψυχικής νόσου, από την άλλη τις εισαγωγές αντρών στις φυλακές λόγω αυξημένης παραβατικότητας. Η πλήρης ιστορία της ψυχοπαθολογίας των ανδρών, πάντως, έτσι όπως εκτυλίσσεται ιστορικά, απομένει να γραφτεί, και οι λόγοι των ηθελημένων παραλείψεων ή αποσιωπήσεων είναι εξαιρετικά διδακτικοί. Οι λόγοι είναι επιστημολογικοί, πολιτικοί και ψυχολογικοί. Το θέμα της ανδρικής υστερίας και η προφανής αποσιωπήσή του, ήδη από την εποχή του Charcot, σκιαγραφεί πολύ καθαρά την έμφυλη διάσταση στο κλασικό δίλημμα του πώς προσεγγίζεται ένα θέμα, όταν το υποκείμενο και το αντικείμενο της μελέτης είναι το ίδιο φύλο. Αποτελεί ένα παράδειγμα μιας εκτεταμένης αλλά ευρύτερα αποτυχημένης προσπάθειας επίτευξης προσωπικής και συλλογικής αυτογνωσίας του ανδρικού εαυτού, στο πλαίσιο της δυτικής ιατρικής. Άλλωστε, ο σχολιασμός της ανδρικής και γυναικείας υστερίας από τους ιατρικούς κύκλους της Ευρώπης, μέσα από τους αιώνες, συνέβαλε σημαντικά στην κατασκευή των κυρίαρχων ταυτοτήτων αρρενωπότητας, οι οποίες στήριζαν και ενίσχυσαν την πατριαρχία. Η ανδρική αυθεντία στον χώρο της

επιστήμης, απέτυχε να επιβάλλει έναν πειστικό, τεκμηριωμένο και σωφρονιστικό λόγο γύρω από την ψυχική ασθένεια των ανδρών, αντίθετα με ό,τι έκανε για τις γυναίκες. Και αυτό παρά την ύπαρξη άφθονου υλικού από τις κλινικές και τα πεδία των μαχών. Οι ψυχολογικοί λόγοι αυτής της αντίστασης είναι ίσως οι πιο σύνθετοι. Η ιατρική ιστορία της υστερίας είναι ενδεικτική του πώς οι άνδρες βλέπουν τις γυναίκες: η εικόνα που έχουν για τα φύλα σπανίως είναι μόνο περιγραφική, αλλά μάλλον κανονιστική και καταδικαστική, η ιστορία ενός ελεγκτικού βλέμματος του ενός φύλου πάνω στο άλλο.

Η ιστορία όμως της ανδρικής νεύρωσης διαφέρει: δεν είναι η κατασκευή του συλλογικού Άλλου της νεότερης Ευρώπης (γυναίκες, Εβραίοι, ομοφυλόφιλοι, εγκληματίες), αλλά ένας λόγος για τον εαυτό. Η διάκριση είναι σημαντική, αφού η διαδικασία αυτή θα απαιτούσε μια διαρκή πράξη αναλυτικής αυτογνωσίας, στροφή του ανδρικού βλέμματος προς τα μέσα, ένα εγχείρημα που δεν είναι μόνο πολιτικά επικίνδυνο αλλά και ψυχολογικά φορτισμένο. Οι ίδιοι επαγγελματίες που περιγράφουν με τόση λεπτομέρεια τη νευρική κατάρπτωση των γυναικών φάνηκαν αδύναμοι και ανίκανοι να εκλάβουν τους εαυτούς τους ως ιατρικά περιστατικά. Αναδείχθηκαν, έτσι, ο μισογυνισμός και οι στρεβλώσεις της ιατρικής σκέψης και πρακτικής υποκινούμενα από έναν υπόρρητο φόβο, ματαιοδοξία και δίψα για εξουσία (Micalé, 2008). Στις μέρες μας, αρκετοί άνδρες επιστήμονες διερευνούν νέα πεδία που μπορούν να φωτίσουν την παλαιά και σύγχρονη εμπειρία της ανδρικότητας, ωστόσο, θα ήταν παράτολμο να θεωρήσουμε ότι η διαδικασία αυτή έχει ολοκληρωθεί. Εξετάζουν, για παράδειγμα, τη σχέση ανάμεσα στον πόλεμο και την κοινωνική κατασκευή του ανδρισμού αλλά και την ανδρική υστερία σε όλες τις μορφές. Επισημαίνουν πως τα έμφυλα πρότυπα δεν ταυτίζονται υποχρεωτικά με τις τρέχουσες κοινωνικές αντιλήψεις και υπόκεινται σε αλλαγές. Με αυτήν την έννοια, ο ανδρισμός δεν σήμαινε μόνο εξουσία αλλά και θλίψη και βάσανα.

Δίχως αμφιβολία, η ενασχόληση με το θέμα της τρέλας των γυναικών πυροδοτεί ενστάσεις και διαφωνίες με αποδέκτες όλα τα εμπλεκόμενα μέρη: τους ειδικούς οι οποίοι χρόνια τώρα επιβάλλουν το λόγο τους, τις φεμινίστριες και τους εκπροσώπους του κινήματος της αντιψυχιατρικής, οι οποίοι υπονομεύουν τον κυρίαρχο λόγο και τις ίδιες τις γυναίκες που βρίσκονται στο κέντρο της συζήτησης: εκείνες δηλαδή που βαφτίζονται τρελές.

Τα παραπάνω ερωτήματα ακούγονται δύσκολα,

ωστόσο είναι ενδιαφέρον να παρατηρήσει κανείς πώς, σε διαφορετικά γεωγραφικά πλάτη και διαφορετικές χρονικές περιόδους, διαμορφώνονται οι ίδιες διαδικασίες σκέψης και τα ίδια συμπεράσματα για τις γυναίκες σε βαθμό που να μην έχουν χάσει ίχνος από την επικαιρότητά τους. Ένα από τα ενδιαφέροντα ερωτήματα που έχει τεθεί, τα τελευταία χρόνια, είναι το κατά πόσο ο ολοένα αυξανόμενος αριθμός γυναικών σε όλο το πεδίο των επαγγελματιών υγείας, αλλά και πιο συγκεκριμένα, η αύξηση του αριθμού των γυναικών ψυχιάτρων, ψυχολόγων και ψυχοθεραπευτών έχει συμβάλει, στις μέρες μας, στην αλλαγή του τρόπου που αντιμετωπίζονται οι γυναίκες πάσχουσες. Δυστυχώς τα ευρήματα δεν είναι πάντα αντίστοιχα των προσδοκιών μας. Η αντίληψη των ερευνητών και ερευνητριών, όσο και των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι στην πλειονότητά τους προέρχονται από τη δυτική Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες, διαποτίζεται από τις τρέχουσες αντιλήψεις για την κοινωνική θέση και τη χειραφέτηση των γυναικών. Υπάρχει δηλαδή μια διάχυση λόγων με ισχυρές κρίσεις οι οποίες αυξάνουν τις δυνατότητες κοινωνικού ελέγχου, μέσα από την ιδεολογική χρήση επιστημονικών απόψεων που συχνά είναι σε βάρος των γυναικών. Η ανάγκη, επομένως, να θέτουμε ερωτήματα και να επαναπροσδιορίζουμε καταστάσεις παραμένει επιτακτική, ακόμη και εάν οι εμπλεκόμενοι φορείς αλλάζουν φύλο.

Όλα όσα θίγουμε πιο πάνω είναι ανοικτά σε διάλογο και αναστοχασμό, ώστε να διευκρινιστούν οι συνθήκες και οι δυνατότητες μιας πολιτικής υγείας ευαίσθητης στα ζητήματα φύλου. Γιατί, παρά τις συμβολές των φεμινιστριών ανά τον κόσμο, η κατεστημένη βιολογίζουσα ψυχιατρική, αποδεικνύεται πολύ ανθεκτική για να διαρρήξει το συνεχές της ιστορίας της, αφού στο πλαίσιο της πατριαρχίας, έχει παίξει το ρόλο της στην καταπίεση των γυναικών.

Υποσημειώσεις

- 1 Αν Σέξτον (1928-1974). Από τις σημαντικότερες Αμερικανίδες ποιήτριες του 20ου αιώνα. Από μια επιστολή της στον Philip Legler, 1966.
- 2 5η αναθεωρημένη έκδοση του *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.

Βιβλιογραφία

Καράβατος, Θ. (2012) *Για μια μη α-θεωρητική ψυχιατρική*. Αθήνα: Κοινός Τόπος Ψυχιατρικής, Νευροεπιστημών & Επιστημών του Ανθρώπου.

Τζαβάρας, Θ. (2001) Κατατάξεις, διατάξεις και όρια. Όρια και ταξινομήσεις στην ψυχοπαθολογία, *Εκ των Υστέρων*, 6, σελ 12-19.

Astbury, J. (1996) *Crazy for you: The making of women's madness*. Μελβούρνη: Oxford University Press.

Doyal, L. (1981) *The political economy of health*. Λονδίνο: Pluto Press.

Kalant, O. (1980) Sex differences in alcohol and drug problems: Some highlights. Στο O. Kalant (επιμ.), *Alcohol and drug problems in women*. Λονδίνο: Plenum Press.

Micale, M., & Lerner, P. (επιμ.) (2001) *Traumatic pasts: History, psychiatry and trauma in the modern age, 1870-1930*. Κέμπριτζ: Cambridge University Press.

Micale, M. (2008) *Hysterical men: The hidden history of male nervous illness*. Κέμπριτζ: Harvard University Press.

Sacks, O. (1985) *The man who mistook his wife for a hat and other clinical tales*. Νέα Υόρκη: Summit Books.

Βιογραφικό

Η Χρυσούλα Στέκα έχει εργαστεί ως φαρμακοποιός στην Αθήνα. Στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού της στο Ψυχιατρικό Τμήμα του Πανεπιστημίου του Λονδίνου εργάστηκε εθελοντικά στο Kaleidoscope Project. Επιστρέφοντας στην Αθήνα υποστήριξε τη διδακτορική της διατριβή στην Ιατρική Σχολή του ΕΚΠΑ. Σπούδασε Ψυχοθεραπεία και Συμβουλευτική στο Regent's University του Λονδίνου και ολοκλήρωσε τον επιμορφωτικό κύκλο σπουδών στο ΑΚΜΑ (Αθηναϊκό Κέντρο Μελέτης του Ανθρώπου). Στα ιδιαίτερα ενδιαφέροντά της εντάσσονται θέματα φύλου, ψυχιατρικής και ψυχοθεραπείας. Email: chrsteka@yahoo.com