

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Dolores Trol

Socialno-psihološka analiza norosti

Diplomsko delo

Ljubljana, 2014

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Dolores Trol

Mentorica: doc. dr. Marjeta Mencin Čeplak

Socialno-psihološka analiza norosti

Diplomsko delo

Ljubljana, 2014

Mami, hvala za vso potrpežljivost, oporo in spodbude na moji študijski poti.

Hvala vsem, ki ste nadebudno spremljali moje ustvarjanje in vam je bilo mar.

Hvala govorcem za vaš čas in teoretične premisleke, ki so obogatili moje teoretično znanje s pogovori na temo norosti.

Hvala Mateji Javeršek za lekturo in Nini Greiner za angleški prevod.

Iskrena hvala mentorici Metki, ki ste v meni prebudili zanimanje za socialno psihologijo, za vso oporo in napotke tekom pisanja.

Socialno-psihološka analiza norosti

Fenomen »norosti« oz. – v sodobnem politično korektnem žargonu – »duševnih motenj« je izrazito kompleksen pojav, ki zahteva holistično in interdisciplinarno obravnavo. V diplomskem delu želim osvetliti problem kriterijev psihopatološkega in klasifikacij vedenj, ki so označena kot patološka. Duševne motnje oz. bolezni je mogoče analizirati samo v odnosu do tega, kar je obravnavano kot duševno zdravo (oz. obratno), medtem ko je za razumevanje kriterijev razločevanja med enim in drugim ključna analiza družbenih norm in njihovo razmerje do medicinskih kriterijev. Naloga temelji na Canguilhemovi tezi, ki kaže, da je kriterij psihopatološkega družbena disfunkcionalnost, »neuporabnost« človeškega bitja kot posledica njegovih psihičnih značilnosti. Hkrati pa družbeno okolje samo proizvaja pogoje za razvoj psihopatološkega. Da ja paradoks še večji, se z izključevanjem, diskriminiranjem »disfunkcionalnost« na nek način spreminja v produktivno funkcionalnost. S pomočjo analize diagnosticiranja naloga opozarja na ideološke temelje kriterijev psihopatološkega, na njihovo zgodovinsko pogojenost, na specifične obravnave »norosti« in njihove učinke ter na nedoslednost, ki se kaže v različnem obravnavanju in vrednotenju istih vedenj.

Ključne besede: norost, norme, disfunkcionalnost, diagnoze, stigma.

Socialpsychological analyse of insanity

The phenomenon of “insanity” or “mental disorders”, as it is called in modern world of political correctness, is a highly complex phenomenon that requires both, holistic and interdisciplinary treatment. In this thesis I would like to highlight the problem of criteria of psychopathological behaviours and classification of behaviours, which are classified as pathological. Mental disorders or illnesses can only be analysed in the relation with what it is known as mentally healthy (and vice versa). The key to understanding the criteria to distinguish between one and another is the analysis of social norms and their relation towards medical criteria. This thesis is based on Canguilhem’s thesis, where the criteria for psychopathological behavioris social dysfunction, or in other words, the “uselessness” of a human being as a result of his psychological characteristics. At the same time, the social environment only produces the conditions for development of psychopathological behaviors. And to deepen the paradox, with seclusion and discrimination, the dysfunction is being transformed into productive functionality. This thesis, draws the attention, with the help of diagnostic analysis, towards the ideological foundation of psychopathological criteria, towards its historical determinism, its specific treatment of “insanity”, its effects and inconsistency, which is reflected in differences in treatments and evaluations for the same behaviours.

Key words: norms, insanity, dysfunctional, diagnosis, stigma.

KAZALO VSEBINE

1	UVOD	6
2	PREGLED TEORETSKIH IZHODIŠČ	7
3	KONCEPTUALIZACIJE IN OBRAVNAVE »NOROSTI«.....	8
3.1	Norme oziroma kriteriji psihopatološkega	9
3.2	Obravnavne »norosti«.....	11
3.2.1	Norost pred 17. stoletjem	11
3.2.2	Moralna obravnava in izključevanje	13
3.2.3	Medikalizacija	14
3.2.3	Duševne »motnje« kot motnje osebnosti	16
4	KATEGORIZACIJA »DUŠEVNIH MOTENJ«	17
4.1	Diagnoze	18
4.2	Stigmatizacija	19
5	SKLEP	21
6	LITERATURA	24

1 UVOD

Če v modernih družbah ne bi hkrati opažali procesov in struktur, ki na nastanek in širjenje kriz smisla delujejo zaviralno, bi bile te družbe najbogatejše gojišče vsesplošnih kriz smisla. To bi bila kljub vsemu precej visoka cena za vse tiste dobrrote in zagotovila modernih družb, ki temeljijo na enakih vzrokih kot krize. Zaradi jadikovanja nad ceno in hkratnega ignoriranja doseženih prednosti so se nekateri zavzeli za nasilno zdravljenje domnevno hudih bolezni modernih družb. Tam, kjer so režimi totalitarne regresije po takih nasilnih oblikah zdravljenja tudi zares posegli, so se te hitro izkazale za smrtonosnejše od same bolezni (Berger in Luckmann 2004, 271).

Smo v obdobju številnih kriz, ki se kažejo na različnih področjih, v vsakodnevnem diskurzu se postavljajo vprašanja, ali »sem jaz nor ali živim v državi norih, z norci?« To vprašanje zadeva družbene, politične in ekonomske pogoje, ki določajo kriterij "norosti" in hkrati posameznice in posameznike silijo v ravnanja, ki jih označujemo kot "nora".

Danes je zaradi široke medikalizacije skoraj vse simptom, skoraj vse značilnosti človeškega vedenja in mišljenja se lahko znajdejo na seznamih simptomov, na osnovi katerih se določajo diagnoze »duševnih motenj«.

Cilj moje diplomske naloge je analiza »norosti« v dialektiki sodobnega časa, ki ohranja stigmo in binarno razlikovanje med psihično 'zdravim' in psihopatološkim, hkrati pa z množenjem diagnoz briše mejo med obema. Analizirala bom različne teoretskih pristope v konceptualizaciji »normalnega/patološkega« vedenja. Namen naloge je ugotoviti, kakšne so družbene in politične funkcije teh kategorizacij. Moja hipoteza je, da je »norost« družbeni fenomen, ki ga konstruirajo družbene norme kot enega od mehanizmov nadzorovanja, ki je nenehno predstavljen kot družbeno funkcionalen in hkrati koristen za diagnosticiranega posameznika. Naloga bo teoretska in bo temeljila na pregledu in primerjalni analizi ter interpretaciji teoretskih konceptov.

2 PREGLED TEORETSKIH IZHODIŠČ

Moje izhodišče je razlagalni model sodobnih teorij duševnih motenj oziroma duševnih bolezni. S pomočjo analize rabe oznak 'normalno'/'zdravo' in 'patološko' bom poskušala problematizirati povezave med družbenimi normami in kliničnimi kriteriji psihopatološkega. S tem je tesno povezano vprašanje razmerij med 'psihičnim' in 'družbenim', ki se ju pogosto obravnava kot dve plati istega pojava, ki ju je mogoče sešteti, kar je ostro kritiziral že Adorno. Slednji opozarja, da 'notranje' in 'zunanje' ni ločeno, saj lahko s pomočjo notranjih gonskih struktur in poznavanja družbenih determinant pojasnimo ustroje totalitet nasploh (kakršne so fašizem, nacizem in podobni politični sistemi in gibanja). Gre torej za to, da je 'subjektivna' ekonomija ideološka in povzroča ujemanje človeka s sistemom.

»Kakor je tisto, kar um sistema terja od sebi pripadajočih, kolikor totalnost gospodarsko smotrnih dejanj z reprodukcijo celote vred pospešuje polom, imanentno nerazumno, tako je absolutni telos racionalnosti, izpolnjenost, narobe, transcendirala samo racionalnost. Racionalnost je vselej neka mera nekoristne žrtve in je ravno tako iracionalna, kakor bi bilo stanje brez žrtev, ki bi ne potrebovalo nobene racio več« (Adorno 2004, 130). Iz tega izhaja paradoks: to, kar se kaže kot najbolj racionalno, je pravzaprav iracionalno – ta iracionalnost racionalnega sistema se izraža v »psihologiji ujetega subjekta« (prav tam). Gre torej za vprašljivost absurdnih norm civilizacije oz. družbenega reda, ki so kriterij »gospodarsko razumnega vedenja«. To pomeni, da je racionalnost vselej stvar ideologije.

Jaz, ki kontrolira samega sebe, je po Adornu ujetnik realnosti, podrejen ji je, to svojo podrejenost pa razume kot sposobnost samokontrole. Tega prileganja psihološkega družbenemu redu pa – nasprotno – ni pri psihotiku. Tudi Lévi-Straussova družbena teorija »norosti« poudarja, da so motnje tako kot 'normalno' funkcija kolektivne ravni. Poleg tega zagovarja tezo o družbeni funkcionalnosti patološkega, ki jo izpeljuje iz sledeče teze:

da se množici simbolnih sistemov, ki sestavljajo družbo (govorica, ekonomski odnosi, umetnost, znanost, religija, poročna pravila), nikdar ne posreči, da bi določene vidike realnosti in razmerja med sistemi izrazili v popolnosti in enakovredno. 'Zdrave pameti' je potemtakem tisti, ki se sistemu prilagodi in se vključuje v družbeno življenje. Nasprotno pa zavračanje družbenega življenja (ki pa je tudi možno samo v pogojih

družbenega življenja samega) pomeni nastop duševnih motenj (in psihiatrično obravnavo) (Mencin Čeplak 2001, 74).

Iz istih razlogov kot družbeno in psihično je torej tudi »patološko« in »normalno«/»zdravo« potrebno obravnavati skupaj. Drugi razlog za nujnost hkratne obravnave je binarno razmerje – v vsakem binarnem razmerju vsak izmed polov določa drugega, eden ne obstaja brez drugega. Diskurz o normalnemu razvoju hkrati zahteva diskurz psihopatološkega razvoja. Vsekakor velja, da je to, kar je na ravni posameznikove mentalitete označeno kot patološko, mogoče razumeti samo v družbenem oziroma kulturnem kontekstu. Ne moremo ga razumeti brez poznavanja norm, obravnavanja odstopanj in funkcij teh odstopanj. Slednje izražajo vrednote sistema, katerih sankcij smo deležni, če jih ne sprejmemo. Ko jih spoznamo in ponotranjimo, se ob kakršnihkoli odstopanjih pojavi strah oziroma tesnoba pred izobčenostjo in sankcioniranjem (Goffman 2008; Foucault 1998).

Če parafraziramo Adorna, potem lahko sklepamo, da sodobne družbe z nenehnim proizvajanjem tesnobe ustvarjajo pogoje, v katerih zmore posameznik 'normalno' (v smislu produktivno) funkcionirati samo kot 'nor' (npr. kot patološki narcis), kot norost pa so označeni odpori zoper te pogoje. Mehanizem, s katerim se dosega željen cilj, je prilagoditev. Kar pomeni, da so posamezniki, ki si ne prisvajajo značilnosti patološkega narcisa, v sodobni zahodni družbi manj zaželjeni, nekoliko potisnjeni ob rob in se hitreje soočajo z negativnimi frustracijami. Torej, samo označevanje norosti izvira iz družbenih določitev disfunkcionalnih vedenj oziroma iz družbenih kategorizacij, ki se izražajo v razmerju moči.

3 KONCEPTUALIZACIJE IN OBRAVNAVE »NOROSTI«

V tem poglavju se bom lotila različnih konceptualizacij in obravnav »norosti« skozi zgodovino ter njihovih vplivov na življenje ljudi z »duševnimi motnjami«. Ta kontekst je pomemben za analizo družbenih oz. političnih pogojev, v katerih se definirajo in diagnosticirajo patologije.

3.1 Norme oziroma kriteriji psihopatološkega

Družbene norme so bolj ali manj samoumevna pravila, ki vodijo življenje v človeških skupinah in skupnostih. »Norma dobiva svoj smisel, svojo funkcijo in svojo vrednost iz dejstva, da obstaja zunaj nje tisto, kar ne ustreza zahtevi, ki ji norma služi« (Canguilhem 1987, 180). Za to, da se vprašanje razmejitve 'zdravega' in 'patološkega' sploh postavi, je najprej potrebna razlika. Ob tem si zastavljam vprašanje, kako torej v psihopatologiji normalno postane sinonim za 'zdravo' oziroma nenormalno sinonim za 'patološko'.

Barlett razlikuje tri ravni patološkega: fizično patologijo, pri čemer gre za vidna fiziološka in biološka odstopanja; psihopatologijo (mentalno psihopatologijo), kamor uvršča 'mentalne bolezni'; socialno patologijo, ki je rezultat prevladujoče družbeno-politične ideologije, in konceptualno patologijo, ki »izvira iz filozofske obravnave destruktivnih patoloških misli, ki so nevarne vsem živim bitjem« (Barlett 2005, 37–45). Za analizo psihopatologije so relevantne vse tri ravni.

Patologija načeloma opredeljuje bolezen oziroma stanje, ki odstopa od normativnih biostatističnih meril »normalnega« – v medicini pa jo uporabljajo za označevanje »različnih infekcijskih, mikroorganskih, biokemičnih, fizioloških, anatomskih, metaboličnih, genetskih, kognitivnih odstopanj etc.« (Barlett 2005, 14). Canguilhem navaja Lalandovo razlikovanje med normalnim, ki označuje »tisto, kar je tako, kot mora biti«, ter normalno, ki označuje tisto »kar srečamo v večini primerov določene vrste«, torej povprečja ali moduse (Canguilhem 1987, 87). Normalno, kot pravi Lalande, se nanaša na določeno dejstvo in na vrednost, ki je temu dejstvu pripisana, v medicini pa označuje običajno in idealno stanje organov (prav tam) kar seveda ni isto. Medicina naj bi se opirala na biološko normativnost, pravi Canguilhem (prav tam, 91–92). Potemtakem obstajajo biološke in patološke norme zdravja. Vrednost biološki normalnosti podeljuje življenje samo, ne pa medicinska presoja in statistika. Tako velja, da so za medicinsko stroko predmet obravnave vsa stanja z negativnim predznakom in ne toliko sama obravnava »normalnih stanj«, ki dajejo življenje. Zato je »patološko treba razumeti kot neko vrsto normalnega, pri tem pa nenormalno ni tisto, kar ni normalno, temveč je neko drugo normalno« (prav tam, 150), kar pomeni, da v določenih ozirih patološko deluje kot »drugo normalno«. To »drugo normalno« je stanje zdravja, ki ga medicina opredeljuje kot bolezen. V tem kontekstu moramo razločevati ne samo normalno in patološko, temveč tudi

normalno, patološko in zdravo, kajti bolezensko stanje je še vedno določen način življenja (prav tam, 155–159).

Ko govorimo o stanjih organizma oz. v organizmu, ne smemo enačiti »patološkega« z nenormalnim in »normalnega« z zdravim. V določenih primerih je celo »zdravo« lahko patološko – Canguilhem kot primer navaja navzočnost protiteles v krvni plazmi, »ki opredeljuje razmerje med anafilaksijo in imunostjo. Toda medtem ko je organizem zaradi imunosti neobčutljiv za vdore mikrobov ali toksinov v notranje okolje, gre pri anafilaksiji za preobčutljivost, ki je pridobljena z vdiranjem specifičnih substanc in še posebej proteinskih snovi v notranje okolje. Navzočnost protiteles je vedno normalna – le da v prvem primeru gre za fiziološko normalnost, v drugem pa patološko« (prav tam, 153). Nadalje navaja tudi druga »zdrava« patološka stanja, ki delovanje telesa le otežujejo, a ga ne spreminjajo: »znano je na primer, kako je zgrajeno srce ali ledvica, kako se skozi pretakata kri ali urin; če si predstavljamo vegetacije pri ulceroznem endokarditisu na mitralni zaklopki ali kamen v izvodilnem kanalu ledvic, lahko razumemo tudi patogenezo takih simptomov, kot sta šum na srcu ali bolečina, ki žarči pri ledvični koliki« (prav tam, 154). Na ta način se pojmuje bolezen, saj ima tudi slednja svoja normativna stanja.

Medicina torej vzpostavlja biološko normativnost, ki se nanaša na vzpostavljanje lastnega okolja »vrednot« v organizmu, abnormalnost opredeljuje kot anomalije znotraj telesa. (Ne)pravilnosti na družbeni ravni pa regulira družbena normativnost – to velja tudi za »anomalije« na področju duševnosti. Minkowski (1987) poudarja, da »duševnih motenj ni mogoče enoznačno zvesti na bolezensko dejstvo, ki ga opredeljuje odnos do kakšne podobe ali natančno določene ideje povprečnega ali normalnega bitja« (Canguilhem 1987, 81). Po njegovem mnenju ima duševna motnja lastnosti, ki jih bolezensko (patološko) stanje v fiziologiji nima. Negativne konotacije patoloških duševnih stanj so povezane z "drugačnostjo", ki zaznamuje tiste, ki se oddaljujejo od polja "normalnih". Polje "normalnih" pa je dosegljivo tistim, ki se družbi prilagodijo. Vsaka neprilagojenost je označena za nenormalnost, ki krha družbena pravila. Neprilagojenost vzpostavlja grožnjo družbenemu okolju, le-ta pa jo z ideološkimi mehanizmi poskuša prilagoditi svojemu sistemu vrednot.

Koncepta »patološkega« na področju psihičnega (in družbenega) potemtakem ne moremo enačiti s konceptom patološkega v medicini organizma, kajti družbene opredelitve, čigar predmet so tudi »duševne motnje«, imajo drugačna merila – to, kar je disfunkcionalno za družbeni red, velja za neprilagojeno, to, kar odstopa od družbenih norm, velja za *nenormalno*, s tem pa za patološko. V primeru »duševnih motenj« gre torej za vrednostne

sodbe, ki ovrednotijo ali klasificirajo dejstva glede na dane norme, sodbe pa so stvar tistega, ki norme vzpostavlja. »Definirati nenormalnost kot družbeno neprilagojenost pomeni bolj ali manj sprejeti idejo, da se mora posameznik strinjati z dejanskim stanjem take družbe, da se ji prilagodi kot neki stvarnosti, ki je ob enem tudi neko dobro« (Canguilhem 1987, 220).

Na tem mestu je potrebno opozoriti, da vse to velja tudi za poskuse medikalizacije psihičnega – ti problemov kriterijev psihičnega zdravja niso razrešili, nasprotno, še poglobljajo jih, o čemer več v nadaljevanju.

3.2 Obravnave »norosti«

Tako kot po kriterijih psihične (ne)normalnosti se človeške družbe in kulture razlikujejo tudi v vrednostnih sodbah o »norosti«, »norcih« in mestu, ki jim ga določajo. V nadaljevanju se bom omejila predvsem na »zgodovino norosti« v evropskih državah (Foucault 1998; Flaker 1998).

3.2.1 Norost pred 17. stoletjem

Norost je bila pred velikim zapiranjem vpeta v različne segmente vsakdanjega življenja. Prostor, kamor so zapirali norce, so bili dvori, samostani, gobavišča in kasneje špitali. Ustanove so se med seboj razlikovale po obravnavi varovancev. V enih ustanovah so se varovanci morali prilagoditi delovnim in vedenjskim vzorcem; spet v drugih pa so bila dodatno obravnavana še posameznikova čustva (Flaker 1998). Samostan je na tej točki predstavljal dinamično produkcijsko enoto, kjer naj bi bila obsedenost (predvsem v času pred velikim zapiranjem do 17. stoletja) pojav, ki so ga povezovali z mitologijo tistega časa. Delo in kontemplacija sta bila kasneje tudi produkt protestantske etike, kjer je delo osvobajalo neočiščen duh in s katerim si je posameznik lahko prislužil odvezo. Dvor je bil simbol varnega prebivališča, kjer je potekalo domače in vsakdanje življenje in kjer se je vzpostavljala ostra ločnica med »zunaj« in »znotraj« dvornega prostora. V tem času sta nastala še dva izključujoča prostora: gobavišče (leprozoriji) in špital. »Špital je oblika, ki je v Evropi obstajala v vsakem večjem kraju, ne samo v mestih. Ta ustanova je imela predvsem socialno funkcijo, zdravstvena nega je pač sodila k oskrbi revne in nemočne skupine ljudi in je bila obrobnega pomena. Bil je namenjen tistim ljudem, ki niso bili povezani z neko skupnostjo. To si bili: romarji, potujoči kleriki, krošnjarji, potniki in potepuhi ter dolgotrajnejši stalni reveži –

kronično bolni, ostareli, zapuščeni ali osiroteli otroci« (prav tam, 61–62). Tej obliki skupnosti so pripadali tudi »neokuženi«, ki naj bi se izogibali kaznim in maščevanju. Razdeljen prostor je služil funkcionalni in ideološki razmestitvi ljudi.

Tudi v Sloveniji smo v srednjem veku imeli prostore, ki so služili ločnicam med ljudmi, in sicer tri leprozorije oziroma gobavišča: v Šempetru, v Gradišču in na Rožniku. Slovenski dvori oziroma gradovi, ki so se spremenili v totalne ustanove, pa so bili Hrastovec, Dornava, Begunje, Pohorski dvor, Logatec, Smlednik (prav tam, 70–71).

Omenjeni prostori, še zlasti samostan in dvor, zajemajo vse oblike bivanja takratnega časa: »zaprtost, gregarno življenje, totalno zajetje vseh vidikov življenja, odsotnost intimnosti, hierarhično moč upravljanja z ljudmi, binarnost dveh razredov prebivalcev, dialektiko med »zunaj in znotraj«, kodeks notranjega vedenja, ceremonije, delitev prostora, iniciacijsko procesiranje ljudi, odvisnost od avtoritete, zatiranje neodvisnih gospodinjestev, status dela, sekundarne podreditve in podtalno življenje« (prav tam, 64). Samostan je postavljala pravila in disciplino v svojih prostorih, dvor je razmejeval gospostvo, špital je zarisal ločnico obrobja v družbi, gobavišče pa je vzpodbujalo izobčenost. Na tej točki velja poudariti, da je osrednje vodilo v vseh prostorih ideologija, ki služi kot opravičevanje in razlaganje dogodkov.

Pozneje, v meščanski družbi, so imele določene skupine izrazite probleme pri vključevanju v »pogodbeni okvir« država – podložnik. Med njimi so bili tudi »norci«, ki so jih obravnavali kot grožnjo civilizaciji, hkrati pa so bili deležni usmiljenja zaradi izgube razuma. Meščanska etika izključevanja je po Flakerju (1998) izvajala kozmopolitizacijo plemstva ter ustvarjala ločnico med mestom in podeželjem s pravili plačil dajatev, ki so služila (ne)svobodi teritorija. Nadzor nad reveži je omogočal prerazporejanje davkov in z njim povezano rast birokratske uprave, ki je na eni strani skrbela za uboge ter vzpostavljala družbeni mir. Ravno ta skrb za uboge je rodila še eno ločnico, in sicer na vredne in nevredne ljudi (v smislu karitativnosti oziroma zahtevkov moralnih popravkov). »Med zaprtimi se namreč niso znašli le postopači, norci in zločinci, ampak homoseksualci, spolno bolni, ljudje z ohlapno seksualno moralno, svobodomiselni« (Flaker 1998, 74). Predvsem v mestih se je uveljavljala etika moralnega in javnega vedenja, zato so oblasti poskrbele za primerne mehanizme izključevanja.

3.2.2 Moralna obravnava in izključevanje

V Franciji, v 17. stoletju, so pričeli z »velikim zapiranjem« (Foucault 1998), s prakso »čiščenja«, katere glavna funkcija sta bila nadzor in zagotavljanje javnega reda in miru v prenaseljenih mestih. Blaznežem so pripisovali živalskost, njihovo bestialnost¹ pa »odpravljali« z metodami za »osvobajanje divje narave norosti«. Te metode so se odpravljale z »dresuro in pozverinjanjem«, kar je služilo kot disciplinska tehnika krotjenja divjega duha in kot moralno opozorilo vsem, ki se niso obnašali v skladu z želenimi družbenimi vzorci. Tehnika moralnega opozorila je bil sram, ki je na odrih razkazoval svojo živalskost, prikazan v brezumu (Foucault 1998). Sramotenje "norosti" je bilo opravičilo za zapiranje.

Konec 18. stoletja, po francoski revoluciji, je nastopilo obdobje diferenciacije. Takrat so se ustanovljale različne ustanove za različne problematične skupine: poplajševalnice za mladoletne prestopnike, zavetišča za revne, bolnišnice za vse bolezni, zapori in domovi za norce in internacije za moške, ženske in otroke (Foucault 2004, 335). »Moč norme seveda brez težav deluje v sistemu formalne enakosti, saj v homogenost, ki je pravilo, kot koristno nujnost in hkrati kot rezultat merila uvaja vse, kar je degradiranega v individualnih razlikah« (Flaker 1998, 140). Takrat sta se »rodila« psihiatrija, posebna veja medicine, in psihiatrični azil. Norost je vzbujala usmiljenje zaradi izgube razuma, hkrati pa je predstavljala grožnjo vsem pravilom civilizacije, saj se »norci« niso vedli v skladu s pravili. Psihiatrični azil (Pinel, Tuke) se je vsaj načeloma odpovedal nasilnemu ravnanju z »norci« in namesto tega uvedel moralno obravnavo, prevzgojo, katere cilj je bila samoregulacija »norca«, bistvena za prilagojeno delovanje zunaj azila (Foucault 1998; Flaker 1998). Moralna obravnava norosti je širila prepričanje, da se blaznežem povrne razum s spoštovanjem. Tuke in Pinel sta s svojimi pravili moralne nadvlade z nenehnim nadzorovanjem in prevzganjem odklonskih vedenj uvedla individualistično obliko tretmana, ki temelji na samonadzorovanju. Ta tehnika omogoča, da norci prevzamejo vlogo sodnika in načela moralnega prostora. Gre predvsem za načelo izogibanja bolečini in stremljenju po ugodju. Poslušnost postane nagrajevalna tehnika, kaznovanje za prestopke pa postane pedagoška praksa za preusmerjanje k moralnim pravilom. Azil tako uveljavlja nenehen nadzor nad norcem, nad izpolnjevanjem norm, saj se norec v normalnost povrne takrat, ko norme ponotranji in nadzoruje samega sebe. Na tem mestu velja opozoriti na paradoks, o katerem piše Flaker (1998, 140) – paradoks, ki je imanenten logiki binarnih razmerij: psihiatrični azil lahko svojo vlogo normalizacije »nenormalnih« opravi le,

¹Bestialen kot živalsko okrut, zverinski.

če se nenehno vzdržuje »razrede kronično nenormalnih« - njihov obstoj opozarja »tiste, ki omahujejo pri vključevanju v tok normalizacije«.

Tuke in Pinel sta odprla pot medicinski obravnavi norosti, vendar »nista vpeljala znanosti, temveč osebnosti; moč te osebnosti si je od vednosti izposodila zgolj krinko ali kvečjemu opravičilo ... Zdravnikova osebnost je določala norost zato, da bi jo takrat obvladala in ne spoznavala« (Foucault 1998, 231).

Totalne ustanove, namenjene 'norcem', so še naprej ohranjale značilnosti kaznilnic in drugih prevzgojnih ustanov ter bolnišnic, s tem pa tudi negativen odnos do norosti, kar je pripomoglo k temu, da sta nestrpnost in rasizem v 19. stoletju postala prevladujoč odnos do 'norcev'. Vendar pa je ključno vlogo pri tem imela nova medicinska (»znanstvena«) obravnava norosti kot posledice izrojenosti.

3.2.3 Medikalizacija

Sigerist opozarja, da je »medicina najožje povezana s celotno kulturo ... Vsako spremembo v medicinskem poimenovanju določa sprememba v predstavah določene dobe« (Canguillhem 1987, 71). To velja tudi za 'duševne motnje'.

V 18. stoletju so strokovnjaki, v primeru, da je šlo za norost, vedenje (ne glede na stopnjo deviacij) povezovali s telesnimi kanali in njihovimi vsebinami: živčna vlakna, kri, hormoni, črevesje (Foucault 1998). Vendar se je fizično zdravljenje izkazalo za neučinkovito – moralna obravnava, ki je uvedla psihološko »zdravljenje«, je deloma tudi odgovor na to neučinkovitost.

V 19. stoletju se je vzpostavila ločitev norcev od prestopnikov. 19. stoletje je obdobje, ko se je profesionalna medicina razvijala na podlagi sklicevanja na tehnične in znanstvene sposobnosti, in s tem razvijala prevladujoč pogled na svet. Nadomestila je cerkev kot družbeno institucijo in jo razlagala s teorijo dednosti. Z njo je namreč pojasnjevala disfunkcionalnost in obstoj mentalnih motenj, kar se je nato odražalo v družbenem statusu. Šlo je za opravičevanje družbenih kategorizacij na osnovi bioloških dejavnikov. Bolezen je postala problem patologije določenega organa. Kot primer navajam razlage ženskih bolezni, in sicer so le-te dovtetnejše za melanholije in histerije, ki izvirajo iz njihovega ženskega spola. Ta težava se je v takratnem času načeloma pojavljala pri interpretaciji vseh žensk (Foucault 2004).

Proti koncu 19. stoletja se je pojavil nov odnos do norosti, in sicer s potrebo po preventivnih obravnavah oziroma intervencijah zunaj totalne institucije – odprla so se nova ekspertna področja, ki so pripomogla k vključenosti v družbo in nudila pomoč ne samo obravnavanim, temveč tudi sorodnikom.

Z razvojem medicine, še zlasti po drugi svetovni vojni, je psihiatrija obdržala oblastno funkcijo na področju duševnega zdravja, ki jo je legitimirala (in jo še vedno) z medikamentoznimi terapijami – psihofarmakov ne more predpisovati vsak terapevt, ampak zgolj tisti z medicinsko izobrazbo. Zdravila so imela »čudežne« učinke – izginotje simptomov. Spremenila so status bolezni in hkrati vplivala na pomembne kulturne spremembe – uvedla so »pil-kulturo« (Flaker 1998, 172), rabo pilul za vse vrste tegob, bolečin, stisk, premagovanje vsakodnevnih frustracij. Medikamenti so prehajali tako kot tehnike tudi v oblike samomedikalizacije, ki je ustvarjala nove odvisnosti in zasvojenosti. »Vse bolezni so družbeno sproducirane ... "Motnje pri učenju", "hiperaktivnost" ali "manjša možganska disfunkcija" razlaga staršem, zakaj se otroci ne učijo, služi kot dokaz za šolsko nedoseganje rezultatov; visok krvni pritisk podaja razlago za preobremenitev ...« (Illich 1976, 172–4). Farmaceutvska industrija je pomemben družbeni akter, ki nenehno proizvaja hitre rešitve, predvsem pa nove probleme, za katere ponuja nove rešitve. Szasz opozarja, da je duševno zdravje postalo poligon za merjenje moči: »Koncepti duševnega zdravja in duševnih bolezni so mitološki koncepti, ki so uporabljeni strateško za uveljavljanje moči, družbenih interesov in za zaustavljanje drugih« (Szasz 1973, 97). Medicina (s farmacijo) si torej ne more lastiti oblasti nad vprašanji zdravja in bolezni – družbeno-politični dejavniki so ključni za razumevanje kategorizacij »normalnega in patološkega« v medicini in v družbi.

Danes lahko govorimo o specifični medicinski obravnavi norosti oz. duševnih motenj, ki vključuje zlasti medikamentozno zdravljenje, vedno bolj pa priznava tudi pomen psiho- in socioterapije.

V kontekst medikalizacije sodi tudi nozologija, medicinska veja, ki klasificira bolezni in fiziološke anomalije, pa tudi duševne motnje – ker te klasifikacije dejansko producirajo specifične patološke identitete in jih reducirajo na eno samo značilnost, torej duševno motnjo, jih bom analizirala v posebnem poglavju. Le-ta naj bi bila tudi prvo izkustveno polje taksonomije.

3.2.3 Duševne »motnje« kot motnje osebnosti

Odklonska vedenja se z rojstvom moderne psihologije samoumevno pripisujejo »motnjam osebnosti«. James Cowles Prichard je leta 1835 odklonska vedenja označil za »*moralno bebavost*«, kmalu za njim je Julius Ludwig August Koch vedenjske odklone poimenoval »*psihopatična manjvrednost*«, leta 1933 pa je Kurt Schneider v svojem delu uporabil izraz »*psihopatična osebnost*« (Kobal 2009, 132). Od takrat ima izraz psihopat izrazito negativno konotacijo – danes se z njim označuje »osebo, ki s svojim vedenjem tako ali drugače ogroža druge in povzroča različne nevšečnosti« (prav tam). Nevšečnost je prazen označevalec in kot tak uporabno in učinkovito orodje v izvajanju oblasti in v bojih zanjo.

Ker je ena od značilnosti »motene osebnosti« to, da občasno povzroča »nevšečnosti«, je tudi »motena osebnost« prazen označevalec: »Za moteno osebnost je značilno, da se v precejšnjem delu vede v skladu s splošnimi pravili in da je njena inteligibilnost primerna izkušnjam in izobrazbi ... Preprosteje si lahko predstavljamo, da je motenost večji ali manjši vložek v bolj ali manj normalno osebnost, ki občasno povzroča resne nevšečnosti. Ljudje so do takšnega vedenja odklonilni, zaničujejo njegove nosilce in jih izrivajo na družbeni rob« (prav tam, 133). Ali je potemtakem merilo osebnostne »motenosti« določene osebe tudi odklonilnost drugih? Kot opozarja Benedik (1997), ni jasno, kaj naj bi bilo bistvo t.i. motenj osebnosti.

Benedik (prav tam, 77–80) govori še o enem kriteriju psihopatologije – to so trajne osebnostne spremembe, ki »so običajno posledica resnih ali dolgotrajnih stresov, ekstremne deprivacije, resnih psihičnih motenj ali možganskih motenj oz. poškodb«. Opozarja, da klinične slike ne dokazujejo izvora motenj, temveč le dejavnike, ki vplivajo na motnje. Zasluge za to, da veljajo »trajne osebnostne spremembe« za psihopatološki simptom, imajo tudi psihološke definicije osebnosti, ki osebnost definirajo kot »relativno trajno in edinstveno celoto duševnih, vedenjskih in telesnih značilnosti posameznika. Je relativno stabilna, trajna in dosledna ter ima svojo identiteto. Je prepoznavna ne glede na čas in razmere« (Musek 1997, 2). Po drugi strani pa teorije identitete in razvoja sebstva prav izpostavljajo ravno spremembe, in sicer kot eno ključnih značilnosti subjektivitete. Za Eriksona identiteta ni »statična struktura, je proces, saj vsebuje ves čas aktivne elemente in se nenehno spreminja v času in razmerju do socialnega konteksta« (Ule 2008, 58). Ko govorimo o moteni identiteti, gre za to, da bistvo "motenosti" ni sprememba, ampak nekonsistentnost in nestabilnost identitete. Tudi Mead (1997) poudarja nenehno spreminjanje sebstva, še več, govori celo o

razcepljenosti sebstva, ki ga obravnava kot običajno, »normalno« posledico številnih socialnih vlog, ki jih človek živi istočasno.

Psihiatrija v definiciji duševnih motenj vselej operira z vladajočimi normami in pričakovanji – moteno je to, kar od teh norm in pričakovanj odstopa; zdravo je to, kar je skladno z normami in s pričakovanji:

Psihopatologija obsega znanja o motnjah duševnega (psihičnega) delovanja možganov. Kot psihično opredeljujemo tisti del možganske dejavnosti, ki vzpostavlja in vzdržuje človekov stik s svetom in s samim seboj... Pri spoznavanju duševnih motenj mora upoštevati tudi sociološko pomembna gibanja v družbi ter socialne, ekonomske, kulturne in druge vplive na bolnika in njegovo motnjo (Kobal 2009, 15).

V DSM² – 5 so motnje osebnosti definirane kot trajen vzorec notranjega izkustva in vedenja, ki pomembno odstopa od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja. Odražajo se v kogniciji, čustvovanju, medosebnih odnosih in ali kontroli impulzov. Niso rezultat psihofizičnih učinkov ali substanc oziroma splošnega somatskega stanja ali drugih mentalnih motenj. Klasifikacija motenj osebnosti v DSM–5 razdeli posamezne motnje v tri skupine: »ekscentrične« (paranoidna, shizoidna in shizotipska motnja osebnosti), »dramatične« (mejna, antisocialna, histrionična in narcistična motnja osebnosti) ter anksiozne (izmikajoča, odvisnostna, obsesivno kompulzivna in nespecifična motnja) (Benedik 2013, 212).

V sodobni Benediktovi izpeljavi in opredelitvi motenj osebnosti je merilo zdravega razvoja na žalost še vedno pričakovanje kulturnega okolja.

4 KATEGORIZACIJA »DUŠEVNIH MOTENJ«

Nujni pogoj socialnega življenja je priznavanje skupnega sistema normativnih pričakovanj z vzdrževanjem vključenosti teh norm. Goffman daje slikovite primere vzdrževanja družbenih norm z ideali ameriških moških. Če nisi bel, pripadnik srednjega razreda, heteroseksualen, poročen, z visoko izobrazbo, zaposlen, s primerno težo in višino,

² DSM – pomeni kratico za ameriški diagnostični in statistični priručnik, ki se uporablja za diagnoze mentalnih stanj. V nadaljevanju uporabljam le kratice, število ob kratici pomeni številko izdaje.

potem ne dosegaš vrednotnih norm – norme zahtevajo prilagajanja in podreditve, posledica »neuspele« prilagoditve ali upora sta odtujitev in izključevanje iz skupnosti (Goffman 2008).

Klasifikacija vedenj, tistih, ki odstopajo od pričakovanih, ki »drugim povzročajo nevšečnosti«, če se navežem na Kobalovo definicijo osebnostnih motenj, je rezultat vrednostnih sodb o primernosti, »spodobnosti«, koristnosti – prav te sodbe, ki služijo hitrejšemu prepoznavanju patologije in ki naj bi bistveno pripomogle k učinkovitim obravnavam psihičnih stisk, pravzaprav same povzročajo odnose, ki so označeni ali jih doživljamo kot (dis)funkcionalne. Klinične diagnoze, ki jih legitimno ustvarjajo psi-znanosti, kot jih imenuje Foucault (2004), in stigmatizacija, tvorijo začaran krog, ki ga ne morejo razkleniti niti terapevtske obravnave.

Skozi zgodovino je v domeno strokovnjakov za duševno zdravje postopoma prišlo vse, kar ljudje delajo, mislijo, čutijo. Pod drobnogledom so ne le posameznice in posamezniki, ki drugim »povzročajo večje ali manjše nevšečnosti«, ampak tudi njihove družine. Eden izmed vzrokov in posledic tega lova na patološko je nenehno podaljševanje seznama duševnih motenj. Zadnja izdaja psihiatričnega priročnika, ki služi kot poglavitni pripomoček za diagnosticiranje duševnih motenj, vpeljuje 10 novih kategorij (Mencin Čeplak 2001). Če primerjamo razliko iz leta 1994 (četrti izdaja), opazimo povečano število duševnih motenj, kamor se vse bolj posega z medikalizacijo.

4.1 Diagnoze

Psihiatrične diagnoze se postavljajo na osnovi introspekcije in opazovanja vedenja – gre za klinične slike, ki se popolnoma razlikujejo od ostalih medicinskih slik. Osrednji element diagnoze je standardizirano ime za klientovo stanje (stanja), o katerem introspektivno poroča klient sam ali o njem sklepajo na osnovi opazovanja (Hare-Mustin in Marecek v Mencin Čeplak 2001, 83).

Diagnoze praviloma veljajo za sodbe, ki so rezultat zanesljivih in veljavnih strokovnih presoj. Že prej omenjen podatek o podaljševanju seznamov duševnih motenj je dovolj za upravičen dvom o zanesljivosti in veljavnosti teh sodb.

Dodatno ga krepijo podatki iz raziskav, ki dokazujejo, da kliniki iste skupine simptomov klasificirajo različno (primer shizofrenije in bipolarni motnje), prav tako pa tudi dejstvo, da so diagnoze in tretmani odvisni od socialnega statusa pacientov (spol, »rasa«, razred ...) (Hare-Mustin in Marecek v Mencin Čeplak 2001). Pri diagnosticiranju pa je

največja težava norma sama. Je družbena, kulturna, ki velja za samoumevno vse dotlej, dokler se ne izsilijo preizpraševanja, pogosto seveda na politični ravni. Najbolj znana sta primera GLBT in feministična gibanja. Zgodovina psihiatrične obravnave homoseksualnosti in žensk (v obeh primerih gre za obravnavo kršenja seksualnih in spolnih norm) sta samo dva izmed primerov, ki podpirata že omenjeno Sigeristovo tezo, da »vsako spremembo v medicinskem poimenovanju določa sprememba v predstavah določene dobe« (Canguilhem 1987, 71). Priročnik za klasifikacijo duševnih motenj DSM–1 iz leta 1952 je homoseksualnost opredelil kot sociopatično motnjo osebnosti, ki naj bi bila posledica travmatičnega odnosa starš – otrok. Leta 1974, torej pet let po Stonewallu, je homoseksualnost črtal s seznama duševnih motenj in jo obravnaval zgolj kot spolno orientiranost. (American Psychiatric Association 1986). Prav tako je bila črtana tudi histerija, ki je bila obravnavana v obdobju, ko so se ženske srednjega sloja začele upirati normi. Družbeni problem so postale tiste ženske, ki so v vsakdanjem življenju kazale kakršnekoli znake odpora.

Diagnoze kategorizirajo sistem interpretacij in njihove pomene, ki vzdržujejo družbene (ne)enakosti, tako da patologizirajo »moteča« in nezaželena vedenja. Nedavni spori glede nove izdaje psihiatričnega priročnika DSM–5 dokazujejo, da strokovna in znanstvena javnost s področja psihiatrije in klinične psihologije nikakor ni enotna. V procesu nastajanja DSM–5 so bili kritik iz strokovnih krogov deležni patologizacija in medikalizacija vsakdanjih izkušenj, spodbujanje rabe medikamentov in z njim povezano bogatenje farmacevtskih družb, ki zlorablajo skrb za duševno zdravje – Britansko psihološko združenje (v nadaljevanju DCP) je eksplicitno opozorilo na nevarno povezavo med psihiatričnimi diagnozami in farmacevtsko industrijo ter na preveliko odvisnost ljudi od ekspertov.

Predmet polemik v strokovnih 'kliničnih' krogih pa je tudi ključni element strokovne obravnave psihičnih motenj: diagnosticiranje. DCP npr. problematizira funkcijo diagnosticiranja kot prakse socialne regulacije in zagovarja prehod obravnave od diagnoz k opisu duševnih težav, ki upošteva kompleksnost človeških izkušenj, vzajemno delovanje socialnih, psiholoških in telesnih dejavnikov, ki so lahko del razvoja duševnih stisk (The British Psychological Society 2013).

4.2 Stigmatizacija

Družbene norme in pričakovanja producirajo žrtve stigmatizacij in diskriminacij. Merila o idealni osebnosti, s tem pa tudi odkloni in njihovo vrednotenje, so spremenljiva in relativna,

odvisna od vladajoče ideologije, ekonomskega in političnega reda, vsaj nekaj pa je stalno: stigmatizacija, ki je vir dodatnih frustracij.

»V kulturah, ki slavijo razum, zmožnost samonadzorovanja – in ki temeljijo na učinkovitem izkoriščanju tistih človeških potencialov, ki so skladni z vsakokratnimi ideali in načeli umnega urejanja družbenih zadev« (Mencin Čeplak 2001, 71), so vedenja in značilnosti mišljenja, ki veljajo za iracionalna, nenadzorovana, označena kot patološka, »duševna motnja«, »duševna bolezen«. Mnogokrat celo usodna – ko diagnoza postane usoda, kot bi rekel Goffman (2008) in zaznamuje vse vidike človeka z diagnozo. Ena izmed posledic je tudi »pretirano zavedanje« sebe in zavedanja drugega, ki se izražata v patologiji interakcije – nelagodnosti« (prav tam, 25). »S tem se slabša njihova življenjska situacija in onemogoča normalno življenje. Zrela družba mora obravnavati vsakega posameznika kot osebnost z vsemi individualnimi in družbenimi pravicami ter dostojanstvom, ne pa zgolj pripadnika določene skupine« (Musek 1997, 340).

Psihiatrične diagnoze praviloma sodijo med tiste, katere Goffman uvršča v znamenje prikrivanja stigme. Goffman pravi, da si osebe z nevidnimi stigmami s pomočjo prilagoditvene tehnike in strahu prizadevajo, da bi diagnoza postala vidna. Da bi se izognil svojemu diskreditiranemu položaju, se nauči upravljati s situacijo, pri čemer jo izkazuje vidnost oziroma vpadljivost stigme (Goffman 2008). Tisti, ki vedo za diagnozo, pogosto postanejo pretirano pozorni, vse, kar vsaj malo odstopa od vedenja, mišljenja, čustvovanja, ki velja za normalno, interpretirajo kot posledico diagnosticirane motnje (Lamovec 1998).

Če se svet »norih« v svoji resnici in percepciji razlikuje od resnice in percepcije »normalnih«, potem v dani socialni situaciji hitreje pride do izključevanja in frustracijskih pritiskov, ki ustvarjajo nelagodja in zahtevajo prilagoditev situaciji.

Seveda ne trdim, da ljudje ne doživljajo resnih duševnih stisk in da ne potrebujejo pomoči. Trdim le, da je obravnavanje duševnih stisk, pa naj bodo to razprave o vzrokih in povodih za stiske, o tretmanih in njihovih učinkih, pa tudi o kriterijih patološkega oz. zdravega, zaznamovano z antagonističnimi družbenimi razmerji, z razmerji moči – ta se legitimirajo tudi (predvsem) z razlikovanjem med normalnim in patološkim.

Ena od strategij, kako zmanjšati stigmo, je tudi dezinstucionalizacija skrbi na področju duševnega zdravja. Njeni začetki segajo že v konec 20. stoletja. Eden najbolj znanih primerov v Evropi je izkušnja iz Italije, ki je sovpadla z antipsihiatričnim gibanjem. Proces, ki so ga sprožili leta 1960, se je nadaljeval z radikalno spremembo v organizaciji psihosocialne pomoči v Italiji. Uvedli so model terapevtske skupnosti, pri čemer je predmet obravnave postala kolektivizacija odgovornosti vseh zaposlenih strokovnjakov. Prav tako pa so bila uvedena plačana dela vsem varovancem, ki so jih opravljali v psihiatrični ustanovi (Flaker 1998). Deinstucionalizacija je povečala dostopnost pomoči in spodbudila nastajanje številnih ekspertnih področij, ki nudijo podporo ne le posameznicam in posameznikom v stiski, temveč tudi njihovim družinam. Seveda ne gre zgolj za reorganizacijo – ta je posledica sprememb v obravnavi duševnih stisk, ki upoštevajo tudi socialne in predvsem kontekstualne vidike duševnih stisk (prav tam). Vsi ti procesi pa vplivajo tudi na zmanjšanje stigme, s čimer se zmanjša tudi breme strahu pred simptomi duševne krize. Vendar stigmatizacije vseeno ne odpravi. Kljub vsem novostim, inovacijam, slogih dela, ki krepijo moč varovancev in postavljajo eksperte v drug položaj, ni močnega kolektivnega telesa uporabnikov, saj je italijansko gibanje ostalo neopazno, kajti te spremembe niso vstopile v pedagoške smernice univerzitetne ravni, ki bi zahtevale regeneracije medicinske ideologije.

5 SKLEP

Normativni diskurz psihične (ne)normalnosti ustvarja in klasificira določena vedenja kot družbeno funkcionalna ali družbeno disfunkcionalna, na osnovi katerih se posameznice in posameznike kategorizira, stigmatizira in diskriminira.

V nalogi sem poskušala problematizirati razmerja med 'patološkim' in 'nenormalnim'. Želela sem nakazati, da norme psihičnega zdravja in psihične motenosti niso enake biološkim normam, čeprav si prizadevajo za ta status. Dejansko so *družbene norme*, kar dokazujejo že same definicije duševnih motenj oziroma določila psihopatoloških vzorcev vedenja, ki se definirajo kot družbena nevšečnost (in odklonilnost drugih). Tudi v ameriškem priročniku (DSM–5) zasledimo definicijo motenosti osebnosti, ki pravi, da gre za izražanje vedenj, ki odstopajo od pričakovanj posameznikovega kulturnega okolja (Benedik 2013, 212). Na tej točki ugotavljam, da gre za družbeno spreminjanje statusa določenih vedenj, zaradi česar se seznam duševnih motenj nenehno spreminja, kot sem to dokazovala na primeru homoseksualnosti, ko je v prvi izdaji diagnostičnega in statističnega priročnika (DSM

– I) bila opredeljena kot sociopatična motnja, v drugi izdaji pa že kot spolna orientiranost. Menim, da se v klasifikacijah in kategorizacijah odražajo neenakosti v družbeni moči, da s tem vzdržujejo neenakosti in omogočajo stalen nadzor nad osebami z diagnozo duševne motnje, pa tudi nad 'zdravimi'. Z medikalizacijo se kapitalizira in legitimizira moč medicine in farmacije, ki v nekaterih primerih niso nujni in potrebni.

Na seznamu duševnih motenj, ki ga objavlja ameriški diagnostični in statistični priročnik (DSM) je vse več običajnih duševnih stanj, s čimer se vedno bolj patologizira vsakdanje življenje. Diagnoze, ki nastanejo na podlagi prepoznavanja patološkega, naj bi prispevale k učinkovitim obravnavam psihičnih stisk, a hkrati ustvarjajo te stiske. Diagnoza je vedno vrednotna sodba o tem, kaj je v družbi sprejemljivo oziroma želeno in kaj ne. Tako se z družbenimi normami vzpostavlja razmerje neenakosti oziroma razmerje moči, ki producira razlikovanje, diskriminacijo in žrtve.

Na tej točki velja omeniti kritiko sodobne izdaje DSM–5 priročnika s strani britanskega psihološkega društva oziroma njegove sekcije za klinično psihologijo (DCP), ki zagovarja ukinitvev diagnoz. Namreč prav zaradi prevelike medikalizacije in novih kategorij v omenjenem priročniku, ki patologizira vedno več vidikov vsakdanjega življenja, duševne stiske pa biologizira, DCP predlaga nov pristop, ki bi upošteval kompleksnost človekovih izkušenj in medsebojno delovanje socialnih, psiholoških in telesnih dejavnikov ter njihov vpliv na razvoj duševnih stisk. Tudi sama menim, da bi kriterij strokovnih intervencij morala biti holistična in interdisciplinarna obravnava, ki zajema telesne, psihološke in socialne dejavnike brez kategorizacij duševnih motenj. Tako bi predmet obravnave strokovnih intervencij bila posameznikova izkušnja s t.i. nevidno stigmo. S tem bi pripomogli k zmanjšanju negativnih označb posameznikov in posameznic, ki se znajdejo v duševni stiski, in jim omogočili ustreznejšo pomoč.

Normalnost, kakršno predpostavljajo kriteriji psihopatološkega, zahteva prilagajanje vladajočim normam, kar potrjuje Adornovo tezo, da je subjektivna ekonomija ideološka. Za normalno velja prilagoditev, v skrajni obliki popoln konformizem. Za vse tiste, ki se ne strinjajo z imperativi družbe, bodo vselej v kršenju družbenih pravil, dokler te kršitve ne bodo normalizirane in družbeno sprejemljive. Naj tu omenim pomembno protislovje: protislovnost družbenih norm samih, saj je to, kar je na eni strani označeno kot patološko, hkrati imperativ sodobnih družb. Primer takega izrazitega protislovja je patološki narcisizem. Za patološke

narcise je namreč značilno hlepenje po javno priznanem uspehu, kar je hkrati ena od temeljnih vrednot sodobnega kapitalizma. In prav to hlepenje po uspehu pogloblja stiske patološkega narcisa, zaradi česar je pogosto objekt psihiatričnih obravnav. Nekaj podobnega lahko rečemo za izkoriščanje – patološki narcisi izkoriščajo ljudi na svoji poti uspeha, saj jih takrat, ko druge ne potrebujejo več, odrinejo iz svojega življenja. Hkrati pa se izkoriščanje dobesedno spodbuja in nagrajuje. Paradoksalen odnos nakazuje na izrabljanje posameznikove potrebe, ki brez potrditve drugih ne morejo znosno živeti. Kulturni konstrukti, ki kažejo ideale, vplivajo na naš razum, način mišljenja in komuniciranje ter nas privedejo do številnih zmot.

6 LITERATURA

1. Adorno, Theodor W. 2004. K razmerju med psihologijo in sociologijo. V *Kompendij socioloških teorij*, ur. Adam Frane in Matevž Tomšič, 127–152. Ljubljana: Študentska založba.
2. American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Dostopno prek: https://archive.org/stream/mohamed_DSM5/DSM-5#page/n3/mode/2up (15. avgust 2013).
3. American Psychiatric Association. 1986. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. Dostopno prek: <https://archive.org/stream/DiagnosticAndStatisticalManualOfMentalDisordersDsm2#page/n7/mode/2up> (15. avgust 2013).
4. Balažic, Milan. 2007. *Psihoanaliza politike*. Ljubljana: Založba Sophia.
5. Barlett, Steven, James. 2005. *The Pathology of man: A Study of Human Evil*. Springfield: Charles C Thomas Publisher, LTD.
6. Beauvois, Jean – Léon. 2000. *Razprava o liberalni sužnosti: analiza podrejanja*. Ljubljana: Krtina.
7. Benedik, Emil. 1997. Problem pojmovanja in klasificiranja motenj osebnosti. Ljubljana: *Psihološka obzorja* 6 (3): 77–85.
8. Canguilhem, Georges. 1987. *Normalno in patološko*. Ljubljana: Škuc: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.
9. Duda, Sibylle in Pusch Luise F. 1995. *Nore ženske*. Ljubljana: Krtina.

10. Flaker, Vito. 1998. *Odpiranje norosti: vzpon in padec totalnih ustanov*. Ljubljana: Založba/*cf.
11. Foucault, Michel. 1998. *Zgodovina norosti – v času klasicizma*. Ljubljana: Založba/*cf.
12. --- 2004. *Nadzorovanje in kaznovanje. Nastanek zapora*. Ljubljana: Krtina.
13. --- 2008. *Vednost – oblast – subjekt*. Ljubljana: Krtina.
14. --- 2009. *Rojstvo klinike*. Ljubljana: Študentska založba.
15. --- 2011. *Madness – the invention of an idea*. New York: Haper Perennial.
16. --- in Jacques Derrida. 1990. *Dvom in norost*. Ljubljana: Društvo za teoretsko psihoanalizo.
17. Giddens Anthony. 2010. *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press
18. Goffman Erving. 2004. Analiza okvirjev. V *Kompendij socioloških teorij*, ur. Adam Frane in Matevž Tomšič, 367–378. Ljubljana: Študentska založba.
19. --- 2008. *Stigma – Zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej.
20. Illich, Ivan. 1976. *Medical Nemesis*. Harmondsworth, England: Penguin.
21. Kobal, Frančišek Miloš. 2009. *Psihopatologija za varnostno in pravno področje*. Maribor: Fakulteta za varnostne vede.
22. Lamovec, Tanja. 1998. *Psihosocialna pomoč v duševni stiski*. Ljubljana: Fakulteta za socialno delo.
23. Mead, George Herbert. 1997. *Um, sebstvo, družba*. Ljubljana: Krtina.

24. Musek, Janek. 1997. *Znanstvena podoba osebnosti*. Ljubljana: Educy.
25. --- 2005. *Psihološke in kognitivne študije osebnosti*. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete – (Razprave Filozofske fakultete).
26. Rus, Velko S. 2011. *Socialna, societalna in socio-psiho-logija//psiho-sociologija* (1. del). Ljubljana: Znanstvena založba Filozofske fakultete.
27. Salecl, Renata. 2002. Realno zločina. *Problemi: revija za kulturo in družbena vprašanja* 40 (3–4): 25–49.
28. Szasz, Thomas. 1973. *The Second Sin*. London: Routledge & Kegan Paul.
29. Šterk, Karmen. 2007. *Serijski morilec: normalen psihopat patološke matere*. Ljubljana: Študentska založba.
30. Tomc, Gregor. 2005. *Mentalna mašina: možgani kot organski motor na duševni pogon*. Ljubljana: Sophia.
31. --- 2011. *Geni, nevroni & jeziki: duševnost kot flogiston sodobne kognitivne znanosti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
32. Ule, Mirjana. 2008. *Za vedno mladi?: socialna psihologija odraščanja*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
33. Vovelle, Michel. 2004. *Ideologije in mentalitete*. Ljubljana: Studia Humanitatis.