

«Σχολή Κοινωνικών και Ανθρωπιστικών Σπουδών»

«Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα: Σπουδές Φύλου»

### **Διπλωματική Εργασία**

«Ο μύθος του άχρηστου σώματος και η επινόηση της εμμηνόπαυσης  
στη Δύση»

Ευθυμία Βεσυροπούλου

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δήμητρα Τζανάκη

Πάτρα Ιούνιος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/της φοιτητή/φοιτήτριας («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.

«Ο μύθος του άχρηστου σώματος και η επινόηση της εμμηνόπαυσης  
στη Δύση»

Ευθυμία Βεσυροπούλου

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής/Επιβλέπουσα

Καθηγήτρια:

Δήμητρα Τζανάκη

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ: ΦΥΛ52

&

Επικουρη Καθηγήτρια Πανεπιστήμιου

Αιγαίου

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής/Συν-

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Μαίρη Λεοντσίνη

Μέλος ΣΕΠ ΕΑΠ: ΦΥΛ52

&

Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

Πάτρα, Ιούνιος 2026

## Ευχαριστίες

Μερικά άτομα όταν τα συναντάς ξέρεις ότι θες να υπάρχουν στη ζωή σου γιατί είναι σαν ζωντανοί φάροι που σε καθοδηγούν στο δρόμο που έχεις ξεκινήσει να πάρεις και τον κάνουν λιγότερο σκοτεινό, λιγότερο επικίνδυνο, πιο λαμπερό και σε γεμίζουν αισιοδοξία για τον προορισμό, περιέργεια για να εξερευνήσεις τη διαδρομή και ελπίδα ότι θα τα καταφέρεις μέχρι το τέλος. Για μένα αυτή ήταν η καθηγήτριά μου η κ. Δήμητρα Τζανάκη, την οποία ευχαριστώ για την αμέριστη βοήθειά της για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου αλλά και για όσα μου έμαθε. Επίσης ευχαριστώ όλες τις καθηγήτριάς μου σε αυτό το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα, ήταν όλες εξαιρετικές ως εκπαιδευτικοί αλλά και ως μαχόμενες γυναίκες και μου δίδαξαν τόσα πολλά ως καθηγήτριες αλλά και ως θηλυκότητες.

Να ευχαριστήσω και όλες τις θηλυκότητες που δέχθηκαν να μου μιλήσουν και να καταθέσουν τα βιώματά τους αλλά και τις απόψεις τους πάνω στο θέμα της εμμηνόπαυσης. Πολλές από αυτές είναι φίλες μου και τις ευχαριστώ που πάντα με στηρίζουν. Τέλος να ευχαριστήσω την πιο σημαντική γυναίκα στη ζωή μου την μητέρα μου Χριστίνα που ήταν η καλύτερη δασκάλα μου, τον πατέρα μου Θανάση που δεν με ξεχώρισε ποτέ από τον αδερφό μου και φυσικά τον καλύτερο και πιο έμπιστο φίλο, αδερφό και συμπαραστάτη μου τον Γιάννη.

## Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική εργασία εξετάζει κριτικά τον τρόπο με τον οποίο η εμμηνόπαυση συγκροτήθηκε στη Δύση ως ιατρική κατηγορία και, σταδιακά, ως παθολογικοποιημένο συμβάν που σηματοδοτεί την «απώλεια» της αναπαραγωγικότητας και της θηλυκότητας. Με αφετηρία μια μεταδομιστική φεμινιστική οπτική και εργαλεία από την κριτική της ιατρικοποίησης και τη βιοπολιτική, η μελέτη χαρτογραφεί τις ιστορικές, επιστημονικές και πολιτισμικές διαδικασίες μέσω των οποίων η εμμηνόπαυση αναδύεται τον 19ο αιώνα (ιδίως στο γαλλικό πλαίσιο), όπου ο όρος *ménopause* εισάγεται από τον Γάλλο ιατρό Charles de Gardanne και η παύση της αναπαραγωγικής λειτουργίας αρχίζει να εντάσσεται σε καθεστώτα κανονικοποίησης της ηλικίας, μέσω της αναπαραγωγικής λειτουργίας και του έμφυλου σώματος. Παράλληλα, αναδεικνύεται η έμφυλη ασυμμετρία στη διαχείριση της γήρανσης μέσα από τη σύγκριση εμμηνόπαυσης–ανδρόπαυσης, καθώς και οι αποκλεισμοί που παράγει ο κυρίαρχος δυτικός ορισμός της εμμηνόπαυσης όταν ταυτίζεται αποκλειστικά με την έμμηνο ρύση και το cis-γυναικείο σώμα.

Το εμπειρικό μέρος βασίζεται σε ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις και θεματική ανάλυση: πραγματοποιήθηκαν 11 άμεσες συνεντεύξεις με άτομα ηλικίας 43–66 ετών που βιώνουν ή έχουν βιώσει εμμηνόπαυση (συμπεριλαμβανομένων περιπτώσεων «βίαιης» εμμηνόπαυσης λόγω καρκίνου και μιας ίντερσεξ εμπειρίας), καθώς και μία έμμεση αφήγηση τρανς άνδρα σχετικά με ορμονική μετάβαση και εμμηνοπαυσιακά βιώματα. Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι συμμετέχουσες δεν υιοθετούν κατ' ανάγκη το κυρίαρχο βιοϊατρικό σχήμα της εμμηνόπαυσης ως «απώλειας» ή ψυχικής κατάρρευσης: συχνά τη νοηματοδοτούν ως φυσιολογική μετάβαση, και, σε αρκετές περιπτώσεις, ως απελευθέρωση. Η ενσώματη εμπειρία εμφανίζεται διαφοροποιημένη (εξάψεις, μεταβολές βάρους, δέρμα κ.ά.), ενώ αναδεικνύονται πρακτικές αυτοφροντίδας και ενεργές στρατηγικές διαχείρισης. Η σεξουαλικότητα δεν «εξαφανίζεται», αλλά επαναδιαπραγματεύεται μέσα από αλλαγές, προσαρμογές και τεχνικές λύσεις.

Τέλος, καταγράφεται έλλειμμα ενημέρωσης και υποστήριξης από το ιατρικό σύστημα, καθώς και η ανάγκη για συμπεριληπτικότερες προσεγγίσεις που να λαμβάνουν υπόψη τρανς και ίντερσεξ εμπειρίες αλλά και το πώς μια οικουμενική ερμηνεία της εμμηνόπαυσης αναγκαστικά αποκλείει τις εμπειρίες, αναδεικνύοντας παράλληλα τους αποκλεισμούς που παράγει η οικουμενικοποίηση ενός δυτικού, cis και βιοϊατρικού ορισμού της εμμηνόπαυσης και η κανονικοποίηση ενός συγκεκριμένου μοντέλου θηλυκότητας.

**Λέξεις – Κλειδιά:** Εμμηνόπαυση, ιατρικοποίηση, ορμόνες, γήρανση

## «The myth of the useless body and the invention of menopause in the West»

Efthymia Vesiropoulou

**Abstract**

This thesis critically examines the way in which menopause was constituted in the West as a medical category and, gradually, as a pathologized event signifying the “loss” of reproductivity and femininity. Drawing on a post-structuralist feminist perspective and analytical tools from the critique of medicalization and biopolitics, the study maps the historical, scientific, and cultural processes through which menopause emerged in the nineteenth century (particularly in the French context), where the term *ménopause* was introduced by the French physician Charles de Gardanne and the cessation of reproductive function began to be incorporated into regimes of age normalization through reproductive function and the gendered body. At the same time, the study highlights gender asymmetry in the management of aging through the comparison between menopause and andropause, as well as the exclusions produced by the dominant Western definition of menopause when it is identified exclusively with menstruation and the cis female body.

The empirical part is based on qualitative research using semi-structured interviews and thematic analysis: 11 direct interviews were conducted with individuals aged 43–66 who are experiencing or have experienced menopause (including cases of “violent” menopause due to cancer and one intersex experience), as well as one indirect narrative by a trans man regarding hormonal transition and menopausal experiences. The findings show that participants do not necessarily adopt the dominant biomedical framework of menopause as “loss” or psychological breakdown; they often interpret it as a natural transition and, in several cases, as a form of liberation. The embodied experience appears differentiated (hot flashes, weight changes, skin changes, etc.), while practices of self-care and active coping strategies are also highlighted. Sexuality does not “disappear” but is renegotiated through changes, adjustments, and technical solutions.

Finally, the study records a lack of information and support from the medical system, as well as the need for more inclusive approaches that consider trans and intersex experiences and the way in which a universalizing interpretation of menopause necessarily excludes certain experiences. At the same time, it highlights the exclusions produced by the universalization of a Western, cis, and biomedical definition of menopause and by the normalization of a specific model of femininity.

**Keywords:** Menopause, medicalization, hormones, ageing

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

|                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....</b>                                                                     | <b>1</b>  |
| <b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....</b>                                                                        | <b>2</b>  |
| <b>ABSTRACT.....</b>                                                                         | <b>3</b>  |
| <b>ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....</b>                                                             | <b>4</b>  |
| <b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>                                                                        | <b>6</b>  |
| <b>1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ ΩΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ<br/>ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ.....</b>               | <b>11</b> |
| 1.1 Η ΠΡΟΪΣΤΟΡΙΑ ΤΟΥ ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ.....                             | 11        |
| 1.2 ΟΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΩΝ ΠΡΩΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ<br>ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ .....      | 17        |
| <b>2. ΙΑΤΡΙΚΟΠΟΙΗΣΗ, ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ<br/>ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ. ....</b> | <b>18</b> |
| 2.1 ΟΙ ΟΡΜΟΝΕΣ ΣΥΝΑΝΤΗΣΑΝ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ .....                                              | 18        |
| 2.2 ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΤΟ «ΚΕΡΔΟΣ» ΤΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ.....                                             | 19        |
| <b>3. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΙΑΤΡΙΚΟΠΟΙΗΣΗ .....</b>                                                       | <b>22</b> |
| 3.1 Η ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΜΙΑΣ ΔΗΘΕΝ «ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ».....                                            | 24        |
| <b>4. ΒΙΟΠΟΛΙΤΙΚΗ ΧΡΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΘΗΛΥΚΟΤΗΤΑΣ ....</b>                           | <b>27</b> |
| 4.1 Η ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΩΣ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ “ΥΓΙΟΥΣ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ” .....                          | 30        |
| <b>5. ΕΜΦΥΛΗ ΑΣΥΜΜΕΤΡΙΑ, ΚΑΝΟΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΙ.....</b>                               | <b>31</b> |
| 5.1 ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΔΡΟΠΑΥΣΗ;.....                                                     | 31        |
| 5.2 Η ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΔΕΝ ΑΦΟΡΑ ΜΟΝΟ ΤΑ CIS-GENDER ΑΤΟΜΑ .....                                   | 34        |
| <b>6. ΠΟΛΙΤΙΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΕΡΜΗΝΕΙΑΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ ΚΑΙ<br/>ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ. ....</b>    | <b>36</b> |
| 6.1 Η ΘΕΤΙΚΗ ΠΛΕΥΡΑ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ.....                                                    | 38        |
| 6.2 Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΗΜΕΡΑ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ. ....                             | 39        |

|            |                                                                       |           |
|------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>7.</b>  | <b>ΒΙΩΜΕΝΕΣ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.</b>                        | <b>41</b> |
| 7.1        | ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ                                          | 41        |
| 7.2        | ΟΙ ΗΜΙΔΟΜΗΜΕΝΕΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΕΙΣ                                          | 42        |
| 7.3        | ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΣΕΣ ΘΗΛΥΚΟΤΗΤΕΣ                                             | 42        |
| 7.4        | ΕΡΜΗΝΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ  | 44        |
|            | ΑΝΑΔΥΟΜΕΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ                       | 45        |
| 7.5        | Η ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΩΣ ΑΠΩΛΕΙΑ                                              | 46        |
| 7.6        | Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ                                                | 47        |
|            | ΠΩΣ ΑΝΤΙΔΡΑ ΤΟ ΣΩΜΑ ΣΤΗ «ΒΙΑΙΗ» ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ                           | 49        |
|            | ΜΙΑ ΙΝΤΕΡΣΕΞ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗΣ                                | 49        |
| 7.7        | ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ                                        | 51        |
| 7.8        | ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ ΚΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ                                               | 52        |
| 7.9        | Η ΖΩΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΗ                                            | 53        |
| 7.10       | ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ                                                          | 55        |
| <b>8.</b>  | <b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>                                                   | <b>57</b> |
| <b>9.</b>  | <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΩΝ<br/>ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΙΑΖΟΜΕΝΩΝ</b> | <b>64</b> |
| <b>10.</b> | <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β -ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ</b>                             | <b>64</b> |
| <b>11.</b> | <b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ – ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ</b>                                | <b>66</b> |

## Εισαγωγή

Στο Δυτικό πολιτισμικό φαντασιακό, αν η Εύα δεν είχε εκδιωχθεί από τον Παράδεισο και παρέμενε, σίγουρα θα την έδιωχναν όταν θα έμπαινε στην εμμηνόπαυση. Ο Αδάμ θα έψαχνε για ένα άλλο παραγωγικό γυναικείο σώμα για να συνεχίσει τη διαιώνιση του είδους του καθώς ακόμη και η σεξουαλική δραστηριότητα με την Εύα θα ήταν «αμαρτωλή». Η Εύα εντός του κυρίαρχου δυτικού βιοϊατρικού αφηγήματος, θα παρουσιαζόταν ως ένα σώμα γερασμένο, μη παραγωγικό, ένα σώμα άρρωστο, με έλλειψη σεξουαλικής διάθεσης, με αυξημένο κίνδυνο οστεοπόρωσης, με εξάψεις, πονοκεφάλους, με κατάθλιψη, με νεύρα, μέσα στην κακή διάθεση και στην έλλειψη χαράς και διάθεσης για ζωή και με χίλια ακόμη προβλήματα που ακολουθούν τις γυναίκες στην εμμηνόπαυση, πάντα σύμφωνα με τον κυρίαρχο δυτικό βιοϊατρικό λόγο. Ωστόσο, οι παραπάνω αναπαραστάσεις δεν παράγονται μόνο από την ιατρική επιστήμη, αλλά έγιναν κομμάτι διάχυσης από ποικίλα μέσα ενημέρωσης και εκλαΐκευσης της ιατρικής γνώσης. Έτσι, αν πριν από λίγα χρόνια θα μιλούσαμε για γυναικεία περιοδικά, σήμερα αναφερόμαστε στο διαδίκτυο και στα διάφορα διαδικτυακά ενημερωτικά ιστολόγια που ασχολούνται με τις γυναίκες αλλά και με την ιατρική, όπου η διαπαιδαγώγηση γύρω από την εμμηνόπαυση εισέρχεται ολοένα και περισσότερο από τεχνολογικές πλατφόρμες και αλγοριθμικούς μηχανισμούς παραγωγής γνώσης.

Σε όλο το διαδίκτυο, όταν γίνεται έρευνα για τη λέξη «εμμηνόπαυση» δηλαδή, «μόνιμη διακοπή της περιόδου (αμηνόρροια) κατά την πάροδο 12 μηνών, που σηματοδοτεί το τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας, συνήθως μεταξύ 45-55» παντού εμφανίζεται ο ιατρικός της ορισμός, συνοδευόμενος από μια πληθώρα συμπτωμάτων, όπως οι εξάψεις, η συναισθηματική αστάθεια, η οστεοπόρωση ή η «πτώση» της σεξουαλικότητας. Στις βιομηχανικές χώρες, είναι γενικά αποδεκτό ότι η μέση ηλικία των γυναικών στην εμμηνόπαυση είναι περίπου τα 51 έτη, αλλά αυτή η ηλικία είναι χαμηλότερη στις χώρες που κατηγοριοποιούνται ως αναπτυσσόμενες, σε σύγκριση με τις ανεπτυγμένες χώρες σύμφωνα με το δυτικό αναπτυξιακό αφήγημα. Σε προηγούμενες μελέτες, η μέση ηλικία στη «φυσική» εμμηνόπαυση για τις Ελληνίδες που κατοικούν στην Αθήνα διαπιστώθηκε ότι κυμαίνεται μεταξύ 46,6 και 48,6 ετών (Koukouliata,, Koutlaki, Liberis & Costantinidis, 2017). Με δυο λόγια, οι διαφορές στην ηλικία της εμμηνόπαυσης ερμηνεύονται συχνά μέσα από αναπτυξιακά σχήματα που αντιπαραβάλλουν τις λεγόμενες «ανεπτυγμένες» με τις «αναπτυσσόμενες» κοινωνίες.

Η φυσική εμμηνόπαυση, όπως περιγράφεται στη βιοϊατρική, προκύπτει από την σταδιακή μείωση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης έως την οριστική παύση της λειτουργίας των ωοθηκών και είναι ένας ορισμός που εγγράφεται σε λόγους κανονικοποίησης της γήρανσης. Υπάρχουν επίσης μορφές μιας «τεχνητής» εμμηνόπαυσης που προκύπτουν από ιατρικές παρεμβάσεις όπως οι χημειοθεραπείες ή κατασταλτικές ορμονοθεραπείες. Και στις δύο περιπτώσεις αυτό που χαρακτηρίζει κυρίως την εμμηνόπαυση είναι η απώλεια της αναπαραγωγικής δυνατότητας του γυναικείου σώματος (Κρεατσάς, 2009) όπως ορίζεται από το Δυτικό βιοϊατρικό λόγο.

Ο όρος κλιμακτήριος, ωστόσο είναι πιο ευρύς και περιλαμβάνει όλα τα στάδια που προηγούνται και έπονται της τελευταίας εμμηνόρροιας. Ο όρος «περιεμμηνόπαυση» αναφέρεται στην περίοδο που εμφανίζονται οι πρώτες διαταραχές του κύκλου της γυναίκας και τελειώνει με την εγκατάσταση της εμμηνόπαυσης. Ενώ η μετεμμηνόπαυση αρχίζει από την εμμηνόπαυση έως το 65 έτος της ηλικίας της γυναίκας (Κρεατσάς, 2009).

Σύμφωνα με τη Δυτική ιατρική επιστήμη η ηλικία στην εμμηνόπαυση έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αρκετών χρόνιων ασθενειών. Έτσι, αποτελεί ένα αξιοσημείωτο ορόσημο στην αναπαραγωγική ζωή των γυναικών, καθώς υποδεικνύει όχι μόνο τον αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας λόγω του μειωμένου επιπέδου των ορμονών του φύλου, αλλά και έναν βιολογικό δείκτη της συνολικής γήρανσης και της γενικής κατάστασης της υγείας. Η ηλικία στην φυσική εμμηνόπαυση και η κατανομή των γνωστών και ύποπτων παραγόντων κινδύνου διαφέρουν μεταξύ των πληθυσμών και μεταξύ των γυναικών εντός των πληθυσμών. Πολλοί παράγοντες έχουν αναφερθεί ότι επηρεάζουν την ηλικία της εμμηνόπαυσης. Σε αυτούς περιλαμβάνονται μια σειρά από οικογενειακούς και γενετικούς παράγοντες, περιβαλλοντικούς παράγοντες, δημογραφικούς, πρώιμα γεγονότα της ζωής, μεταγενέστερα γεγονότα της ζωής, και ασθένειες (Koukoulia, et al., 2017).

Παρόλο που πάνω από το 80% των γυναικών δηλώνουν ότι εμφανίζουν συμπτώματα εμμηνόπαυσης, υπάρχει μεγάλη ποικιλία στο πώς βιώνει κάθε γυναίκα τις αλλαγές που φέρνει η εμμηνόπαυση. Τα αγγειοκινητικά συμπτώματα (εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις) είναι σύμφωνα με τις ιατρικές έρευνες τα πιο συχνά συμπτώματα της εμμηνόπαυσης και παρατηρούνται περίπου σε πάνω από το 50% των εμμηνοπαυσιακών γυναικών (Nelson, 2008). Για να κατανοηθεί πώς αυτή η εμπειρία παρουσιάστηκε ως οικουμενική και εγγενώς παθολογική και ίσως να απαντηθούν τα ερωτήματα είναι απαραίτητο να εξεταστεί γενεαλογικά η συγκρότηση της εμμηνόπαυσης ως ιατρικού και βιολογικού φαινομένου στο πλαίσιο της νεότερης δυτικής ιατρικής σκέψης.

Από την άλλη η γήρανση και η εμμηνόπαυση συνδέθηκαν στενά, στη δυτική ιατρική φιλοσοφία με τη βιοπολιτική διαχείριση της ίδιας της θηλυκότητας. Η αντίληψη της εμμηνόπαυσης ως ασθένειας διαθέτει μια ιδιαίτερη ιστορική διαδρομή, καθώς δείχνει τον τρόπο με τον οποίο οι ιατρικές και επιστημονικές «αλήθειες» διαμορφώθηκαν μέσα από δυτικές αντιλήψεις και πολιτικές, με μέτρο την πατριαρχία. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η εφεύρεση του κολποσκοπίου το 1925 από τον Γερμανό γυναικολόγο Hans Hinselmann, μέσω του οποίου οι γιατροί απέκτησαν νέες υποτιθέμενες αντικειμενικές γνώσεις για τη γυναικεία ανατομία σαν να υπάρχει μια εσωτερική, κρυμμένη αλήθεια που μπορεί να εξαχθεί μέσω της επιστημονικής τομής. Το σώμα μετατρέπεται σε αντικείμενο διάσπασης και ανάγνωσης από μια τεχνολογικά αντικειμενική επιστήμη και όχι σε ενσώματη εμπειρία, ενώ οι γιατροί αξιοποίησαν τις νέες βιολογικές διαφορές για να ενισχύσουν αντιλήψεις σχετικά με τις διαφορές των φύλων.

Καθώς η γονιμότητα και η τεκνοποίηση θεωρούνταν ο βασικός προορισμός της γυναίκας στη ζωή, η εμμηνόπαυση ερμηνεύτηκε κυρίως με όρους έλλειψης, κάτι που απαιτούσε την ιατροποίηση της εμμηνόπαυσης. Η ιατροποίηση και εν τέλει η αποικιοποίηση του γυναικείου σώματος μέσω της εμμηνόπαυσης - η βιοϊατρική γνώση και οι θεσμοί διεκδικούν την εξουσία να ορίζουν τι είναι φυσιολογικό, υγιές, παθολογικό ή επιθυμητό για το γυναικείο σώμα- αποτυπώνεται και στην ανάπτυξη μιας εξειδικευμένης ορολογίας, μέσω της οποίας ταξινομούνται τα διαφορετικά στάδια της αναπαραγωγικής γήρανσης.

Το πιο θεμελιώδες επιχείρημα της μελέτης προκύπτει από την υπόθεση ότι ο ιατρικός λόγος σχετικά με την εμπειρία της εμμηνόπαυσης οδηγεί σε διακριτικές πρακτικές ανισότητας των φύλων στη μέση ηλικία, επιβάλλοντας την αναπαραγωγικότητα – όπως και την έμμηνο ρύση- ως εγγενή στη γυναικεία ταυτότητα και ως εκ τούτου, συμβάλλει στον κοινωνικό στιγματισμό και στην διάκριση των θηλυκοτήτων που είχαν έμμηνο ρύση στη διάρκεια της ζωής τους και βρίσκονται πλέον στην εμμηνόπαυση,- ή δεν είχαν - από τους Δυτικούς λευκούς άνδρες/ειδικούς. Επιπλέον, η μελέτη διερευνά τον τρόπο με τον οποίο η εμμηνόπαυση ερμηνεύτηκε ιστορικά μέσα από έναν κατά κύριο λόγο ανδροκεντρικό ιατρικό λόγο, ο οποίος όρισε τη γονιμότητα και την αναπαραγωγική λειτουργία ως το κατεξοχήν φυσικό και επιθυμητό γνώρισμα του γυναικείου σώματος. Στο πλαίσιο αυτό, η παύση της αναπαραγωγικής ικανότητας συχνά νοηματοδοτήθηκε με όρους έλλειψης, παρακμής ή παθολογίας, αντί να αντιμετωπιστεί ως μία από τις φυσιολογικές μεταβάσεις του βίου.

Ακριβώς η ιστορική συγκρότηση αυτών των ερμηνειών καθιστά αναγκαία την κριτική επανεξέτασή τους μέσα από εναλλακτικές θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις. Η έρευνα αναζητά εναλλακτικές αναγνώσεις πέρα από τον κανονιστικό και παθολογικοποιητικό λόγο, φωτίζοντας τους μηχανισμούς μέσω των οποίων η εμμηνόπαυση συγκροτείται ως πρόβλημα, ως έλλειψη και ως απόκλιση από το αναπαραγωγικό πρότυπο. Μέσω της ποιοτικής έρευνας διαφορετικές θηλυκότητες μιλάνε για το πώς βιώνουν την εμμηνόπαυση και πώς πραγματικά βλέπουν οι ίδιες τους εαυτούς τους και τα σώματά τους σήμερα και με ποιο τρόπο ο ιατρικός λόγος και η τεχνολογία τις επηρέασαν, θέτοντας πρώτιστα το ερώτημα μήπως τελικά η εμμηνόπαυση εκτός από ένα «βιολογικό» φαινόμενο, κατασκευάστηκε στη Δύση ως ένα βιοκοινωνικό φαινόμενο (biocultural) όπως αναφέρει η Charlap (2022), ώστε να περιθωριοποιεί τις γυναίκες όταν χάνουν τη δυνατότητα της αναπαραγωγής, να τις κάνει να αισθάνονται άρρωστες, να αισθάνονται ότι χάνουν τον «πραγματικό» τους ρόλο στη ζωή ως αναπαραγωγικά όντα ενώ οι άνδρες συνεχίζουν να είναι πλήρη υποκείμενα σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους, με αποτέλεσμα να αποσιωπώνται ή να υποβαθμίζεται το ίδιο το βίωμά τους; Μήπως τελικά η εμμηνόπαυση εντός του Δυτικού ιατρικού και πολιτικού λόγου μεταμορφώνεται σε ένα ιμπεριαλιστικό τεχνολογικό εργαλείο που βαφτίζει και μεταμορφώνει το γυναικείο σώμα σύμφωνα με τις ανάγκες του κοινωνικού και οικονομικού γίγνεσθαι, της πατριαρχίας;

Με αυτό το πλαίσιο, η μελέτη κινείται σε επτά άξονες.

Άξονας 1: Ιστορική συγκρότηση της εμμηνόπαυσης ως ιατρικής κατηγορίας. Η διπλωματική εξετάζει πώς η εμμηνόπαυση δεν αποτελεί διαχρονικό ή αυτονόητο βιολογικό γεγονός, αλλά επινοείται, ονοματοδοτείται και θεσμοποιείται από τον 19ο αιώνα και μετά. Αντί να αντιμετωπίζει την εμμηνόπαυση ως ένα διαχρονικό και αυτονόητο βιολογικό γεγονός, εξετάζει τις ιστορικές συνθήκες, τις ασυνέχειες και τις ρήξεις μέσω των οποίων αναδύθηκε ως διακριτή ιατρική κατηγορία κατά τον 19ο αιώνα. Αναλύεται η μετάβαση από τις πρώιμες αντιλήψεις περί «κρίσιμης ηλικίας» στη συγκρότηση της εμμηνόπαυσης ως διακριτού ιατρικού φαινομένου κατά τον 19ο αιώνα, ιδιαίτερα στο γαλλικό πλαίσιο μέσα από το έργο του Charles de Gardanne.

Άξονας 2: Φαρμακοποίηση του γυναικείου σώματος. Η εμμηνόπαυση αναλύεται ως η κατάλληλη αφορμή για την ανάπτυξη των τεχνητών ορμονών και το γυναικείο σώμα ως το πιο κατάλληλο πεδίο εφαρμογής τους, και οι θηλυκότητες ως μια μεγάλη αγορά για τη φαρμακευτική βιομηχανία.

Άξονας 3: Ιατρικοποίηση της εμμηνόπαυσης και η συμπτωματολογία μιας δήθεν «ασθένειας». Η εμμηνόπαυση αναλύεται ως πεδίο ιατρικής παρέμβασης και μια νόσος ανεπάρκειας σύμφωνα με τον δυτικό ιατρικό λόγο.

Άξονας 4: Βιοπολιτική χρονικότητα και ρύθμιση της θηλυκότητας. Η διπλωματική αναδεικνύει ότι το φύλο δεν ρυθμίζεται μόνο μέσω σεξουαλικότητας, αλλά και μέσω χρονικότητας και ηλικιακών ορίων.

Άξονας 5: Έμφυλη ασυμμετρία κανονικότητα και αποκλεισμοί. Η σύγκριση εμμηνόπαυσης και ανδρόπαυσης δείχνει ότι η γυναικεία γήρανση παθολογικοποιείται, ενώ η ανδρική γήρανση φυσικοποιείται ή καθυστερείται ως πρόβλημα. Αναλύονται θεσμικές ανισότητες, διαφορετικές ιατρικές αφηγήσεις, πολιτισμικά πρότυπα αρρενωπότητας και θηλυκότητας. Η διπλωματική αμφισβητεί την υποτιθέμενη ουδετερότητα της επιστήμης, αναδεικνύει τον ρόλο του πολιτισμού, λόγου και εξουσίας, ενσωματώνει εμπειρίες cis, trans και non-binary υποκειμένων. Εξετάζεται ο αποκλεισμός τρανς εμπειριών, η πολιτική της κανονικότητας, η ανάγκη επανανοηματοδότησης της εμμηνόπαυσης.

Άξονας 6: Φεμινιστική και διαθεματική κριτική της βιοϊατρικής γνώσης. Το ερώτημα του *ποια σώματα* καθίστανται ορατά ή αόρατα στον βιοϊατρικό λόγο, *ποια υποκείμενα* επωμίζονται το βάρος της ιατρικοποίησης και *πώς* οι εμπειρίες της εμμηνόπαυσης διαφοροποιούνται όχι μόνο μεταξύ πολιτισμών, αλλά και εντός των ίδιων κοινωνιών, ανάλογα με κοινωνικές και υλικές ανισότητες είναι το αντικείμενο μελέτης αυτού του άξονα.

Άξονας 7: Βιωμένες εμπειρίες και ποιοτική έρευνα. Η παρούσα μελέτη βασίζεται στην θεματική ανάλυση των ποιοτικών και εμπειριών δεδομένων που προκύπτουν από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις 12 ατόμων (11 άμεσων συνεντεύξεων και μίας έμμεσης που βιώνουν ή έχουν βιώσει την εμμηνόπαυση. Οι συνεντεύξεις δεν αντιμετωπίζονται ως «αντικειμενικά δεδομένα», αλλά ως αφηγήσεις που φωτίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι κυρίαρχοι ιατρικοί και πολιτισμικοί λόγοι εγγράφονται – ή αμφισβητούνται – στο βιωμένο σώμα. Η επιλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε μέσω σκοπούμενης δειγματοληψίας (purposive sampling), με στόχο όχι την αντιπροσωπευτικότητα αλλά το ερμηνευτικό βάθος και τη δυνατότητα διαθεματικής ανάλυσης. Τα βασικά κριτήρια επιλογής περιλαμβάνουν:

- διαφορετικές ηλικιακές φάσεις (περιεμμηνόπαυση / εμμηνόπαυση),
- διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο,

- διαφορετικές εμπειρίες ιατροποίησης (φαρμακευτική αγωγή, χρήση τεχνολογιών FemTech, απουσία ιατρικής παρέμβασης),
- διαφοροποιήσεις ως προς την ταυτότητα φύλου, όπου αυτό ήταν εφικτό.

Η σύνθεση του δείγματος επιτρέπει τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η εμμηνόπαυση βιώνεται **διαφορετικά** ανάλογα με τη διασταύρωση φύλου, ηλικίας, τάξης και σωματικότητας

## **1. Ιστορική συγκρότηση της εμμηνόπαυσης ως ιατρικής κατηγορίας**

### **1.1 Η προϊστορία του βιολογικού φαινομένου της εμμηνόπαυσης**

Η παθολογική θεώρηση της εμμηνόπαυσης είναι κατά κύριο λόγο μια γαλλική κατασκευή του δέκατου ενάτου αιώνα που συχνά θεωρήθηκε λανθασμένα ότι προέρχεται από αρχαίες και πρώιμες νεότερες παραδόσεις. Οι γιατροί του δέκατου ένατου αιώνα συχνά άφηναν να εννοηθεί ότι η ιπποκρατική ιατρική τους είχε μεταδοθεί αδιάλειπτα από την Αναγέννηση, αγνοώντας τόσο τη μεσαιωνική αραβική μεσολάβηση της αρχαίας ιατρικής όσο και την επιρροή των μεσαιωνικών λατινικών παραδόσεων στη νεότερη ευρωπαϊκή σκέψη (Charlap, 2022).

Αρκετοί μελετητές που γράφουν για τη μακρά ιστορία της εμμηνόπαυσης έχουν αναζητήσει παραδείγματα συμπτωμάτων που σχετίζονται με την οριστική διακοπή της εμμηνόρροιας στο σώμα της αρχαίας ιατρικής, κυρίως στα έργα του Αριστοτέλη, του Ιπποκράτη, του Γαληνού, του Σωρανού του Εφέσιου, του Ρούφου του Εφέσιου και του Πλίνιου του Πρεσβύτερου (Foxcroft 2011, King 1998, Cokayne 2003). Πράγματι, αρκετά Ιπποκρατικά αποφθέγματα αναφέρονταν σε ασθένειες που σχετίζονταν με καταστολή ή απουσία της εμμηνόρροιας. Ωστόσο, κανένα από αυτά δεν αναφερόταν συγκεκριμένα στη διακοπή της έμμηνου ρύσης λόγω γήρανσης. Δεν υπήρχε ουσιαστική έννοια συμπτωματολογίας εμμηνόπαυσης στην αρχαία ιατρική.<sup>1</sup> Η αναζήτηση, επομένως, μιας σύγχρονης βιοϊατρικής κατηγορίας μέσα στα

<sup>1</sup> Οι ιστορικοί της ισλαμικής σεξουαλικής και αναπαραγωγικής ιατρικής όπως η Pernilla Myrne (2019), Avner Giladi (2015), Emily Selove & Rosalind Batten (2014) έχουν επίσης αναφέρει συζητήσεις για την καταστολή της έμμηνο ρύσης σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας στο μεσαιωνικό αραβικό και περσικό σώμα κειμένων, αλλά φαίνεται πως επίσης δεν βρήκαν συγκεκριμένες παθολογικές περιγραφές για το τέλος της έμμηνης ρύσης σε μεγαλύτερες γυναίκες.

αρχαία κείμενα ενέχει τον κίνδυνο του αναχρονισμού, καθώς οι αρχαίοι ιατρικοί λόγοι δεν οργάνωναν την κατανόηση του σώματος με όρους βιολογίας, ορμονών ή αναπαραγωγικής γήρανσης όπως συμβαίνει στη σύγχρονη βιοϊατρική.

Οι γιατροί της πρώιμης νεότερης περιόδου συχνά ανησυχούσαν για την καταστολή της εμμηνόρροιας σε γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (αυτό που αργότερα ονομάστηκε αμηνόρροια στη γυναικολογία), και ένα μεγάλο σώμα έργων ανέλυε διεξοδικά τα σχετικά συμπτώματα, τα οποία θεωρούνταν όλο και πιο επιβλαβή για την υγεία των νεαρών γυναικών — αν και το ζήτημα αυτό παρέμενε αντικείμενο σημαντικής διαμάχης. Οι γιατροί που ασχολούνταν με την υγεία των γυναικών τον δέκατο έκτο και δέκατο έβδομο αιώνα έδιναν ελάχιστη σημασία στη διακοπή της εμμηνόρροιας σε μεγαλύτερες γυναίκες (αυτό που αργότερα ονομάστηκε εμμηνόπαυση). Η φυσιολογική, ηλικιακή διακοπή της εμμηνόρροιας, παρουσιαζόταν ως ένα φυσιολογικό φαινόμενο και αντίθετα, ως εξαίρεση στον κανόνα, η απουσία έμμηνης ρύσης αντιμετωπιζόταν ως παθολογικό σύμπτωμα. Μόνο λίγοι γιατροί της εποχής αναφέρονταν στην οριστική διακοπή της εμμηνόρροιας ως περίοδο πιθανών δυσκολιών στη ζωή της γυναίκας (Moore, 2022).

Ωστόσο, οι πρώτες ουσιαστικές συζητήσεις για την οριστική διακοπή της εμμηνόρροιας σε μεγαλύτερες γυναίκες εμφανίστηκαν μόνο κατά τον δέκατο όγδοο αιώνα, ως υποσημειώσεις σε ευρύτερα ιατρικά θέματα που αφορούσαν την καταστολή της έμμηνης ρύσης σε νεαρές γυναίκες. Ειδικότερα, από την Αρχαιότητα έως σχεδόν το τέλος του 19ου αιώνα, η εμμηνόπαυση εξηγείται βάσει της θεωρίας, που διαδόθηκε από τον Έλληνα γιατρό Ιπποκράτη που περιγράφει τη λειτουργία του σώματος βάσει τεσσάρων βασικών χυμών: αίμα, λέμφος, κίτρινη και μαύρη χολή, καθένας από τους οποίους έχει ιδιότητες (ζεστό, κρύο, ξηρό, υγρό). Οι γυναίκες θεωρούνται μάλλον υγρές και κρύες, οι άνδρες ξηροί και ζεστοί. Η υγεία εξαρτάται από την ισορροπία των χυμών. Στο πλαίσιο αυτό, η ροή της έμμηνου ρύσεως ερμηνεύεται ως ανάγκη απομάκρυνσης αίματος διότι η γυναίκα σαν πιο κρύα από τον άνδρα, δεν μπορεί να μετατρέψει σε τρίχες ή ιδρώτα. Η εμμηνόρροια έχει λοιπόν λειτουργία κάθαρσης, όμως με την πάροδο της ηλικίας οι γυναίκες χάνουν τη δύναμη να αποβάλλουν αυτό το πλεόνασμα αίματος γεγονός που οδηγεί στο φαινόμενο της εμμηνόπαυσης (Charlap, 2022).

Σύμφωνα με αυτό το χημικό μοντέλο, στην εμμηνόπαυση, το εμμηνορροϊκό αίμα, φορτωμένο με ακαθαρσίες, παραμένει μέσα στο σώμα της γυναίκας και τη δηλητηριάζει. Αυτή τότε θεωρείται δηλητηριώδης και επικίνδυνη για τους άλλους. Στη Δύση, σύμφωνα με τη Thérèse-Fabre (2015), αυτή η αντίληψη αποτέλεσε τη βάση για τις κατηγορίες μαγείας που

απευθύνονταν στις γυναίκες στην εμμηνόπαυση. Η κατακράτηση του εμμηνορροϊκού αίματος έχει επίσης ως αποτέλεσμα να καθιστά το σώμα της γυναίκας στην εμμηνόπαυση ιδιαίτερα «θερμό», προκαλώντας πολλαπλές διαταραχές όπως οι «ατμοί» (εξάψεις), που συμβαίνουν όταν το μη αποβληθέν εμμηνορροϊκό αίμα ανεβαίνει στο κεφάλι.

Από τον 18ο αιώνα και έπειτα, ο επικίνδυνος και κακόβουλος χαρακτήρας της γυναίκας στην εμμηνόπαυση σταδιακά εγκαταλείπεται στη Δύση, αλλά η άποψη της κατακράτησης των βλαβερών χυμών παραμένει ζωντανή. Έτσι, η εμμηνόπαυση θεωρήθηκε για πολύ καιρό ως μια περίοδος γεμάτη κινδύνους, χαρακτηριζόμενη από πολλαπλές σωματικές εκδηλώσεις, εξ ου και ο χαρακτηρισμός της ως «κρίσιμης ηλικίας» (Delanoë, 1998).

Ένα σημαντικό σημείο καμπής σημειώθηκε μεταξύ 1712 και 1750, όταν όλο και περισσότερα έργα για τις γενικές ασθένειες των γυναικών περιείχαν λίγες γραμμές, ή σπανιότερα ένα ξεχωριστό κεφάλαιο, που αναφέρονταν σε μια «αλλαγή ζωής», «παρακμή της ζωής», μια «κρίσιμη ηλικία» (Moore, 2022: 34). Σε μια περίοδο κατά την οποία η νεωτερική αντίληψη του γραμμικού χρόνου, της ηλικιακής εξέλιξης και της βιολογικής φθοράς αρχίζει να οργανώνει συστηματικότερα την κατανόηση του σώματος, μέσα από την ανάγκη κάθαρσης των κοινωνιών από τα μιαιρά μη-αναπαραγωγικά σώματα, η είσοδος της χρονικότητας, του «βιολογικού ρολογιού» και των ηλικιακών σταδίων στη δυτική ιατρική σκέψη συνέβαλε καθοριστικά στη συγκρότηση της εμμηνόπαυσης ως ιδιαίτερης βιολογικής και κοινωνικής φάσης. Η γυναικεία ζωή άρχισε να ερμηνεύεται μέσα από γραμμικά σχήματα παραγωγικότητας, αναπαραγωγής και παρακμής, εντάσσοντας τη γήρανση σε ένα κανονιστικό βιοπολιτικό πλαίσιο. Με αυτόν τον τρόπο, η νεωτερική δυτική αντίληψη του χρόνου ως γραμμικής και προοδευτικής πορείας λειτούργησε ως ένα ερμηνευτικό καλούπι μέσα από το οποίο νοηματοδοτήθηκε το γυναικείο σώμα, οι λειτουργίες του και οι μεταβάσεις του (Moore, 2022).

Μέχρι τη δεκαετία του 1760 οι γιατροί ακολουθούσαν γενικές διατυπώσεις για να περιγράψουν το βιολογικό φαινόμενο της διακοπής της εμμήνου ρύσεως αν και μερικές φορές τη χρονική περίοδο που συνέβαινε το φαινόμενο χαρακτηριζόταν ως «κρίσιμη» περίοδο. Φράσεις που περιέχουν τη λέξη «κρίσιμη» αρχίζουν να εμφανίζονται συχνότερα τη δεκαετία του 1770, όπως «κρίσιμη ηλικία» θέλοντας να περιγράψουν αυτό το συγκεκριμένο στάδιο στη ζωή μιας γυναίκας. Η αναθεωρημένη έκδοση του 1799 της γαλλικής μετάφρασης της μπροσούρας του John Fothergill, *Of the management proper at the cessation of the menses* (που δημοσιεύτηκε αρχικά το 1776) μιλούσε ξεκάθαρα για αυτό το «στάδιο της (γυναικείας) ζωής», που μέχρι

τότε δεν είχε περιγραφική ονομασία στην πρωτότυπη έκδοση και παρουσιάστηκε ως η «Κρίσιμη φάση που είναι χαρακτηριστική για όλες τις γυναίκες» (Théré, 2015).

Από την άλλη, ένας από τους δρόμους μέσω των οποίων η τελική διακοπή της εμμήνου ρύσεως ιατροκοιμήθηκε στη σύγχρονη βιοϊατρική προήλθε από τον περιθωριακό της συσχετισμό με τρεις κατηγορίες νευρικών νοσημάτων που άνθησαν στη ιατρική βιβλιογραφία από τα τέλη του δέκατου έβδομου αιώνα, διατηρούμενες μέχρι και τον δέκατο ένατο αιώνα: τους ατμούς, την υστερία και την υποχονδρία. Συχνά και οι τρεις αυτοί όροι χρησιμοποιούνταν εναλλακτικά, αν και ορισμένοι μελετητές επέμεναν στη διάκρισή τους τόσο ως προς τα αίτια όσο και ως προς τη θεραπεία. Οι συσχετισμοί ήταν περιθωριακοί με την έννοια ότι καμία από αυτές τις τρεις νευρικές παθήσεις δεν θεωρούνταν ότι επηρεάζουν ιδιαίτερα τις μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες ή τις γυναίκες που είχαν πάψει να έχουν έμμηνο ρύση, οι οποίες προξενούσαν ελάχιστο ενδιαφέρον γενικά στη διαρκώς αυξανόμενη βιβλιογραφία για τις παθήσεις των γυναικών πριν τη δεκαετία του 1780. Παρ' όλα αυτά, επειδή οι νευρικές παθήσεις από εκείνο το διάστημα και μετά συζητούνταν όλο και περισσότερο σε σχέση με την έμμηνο ρύση των νεαρών γυναικών, πολυαιμία, προεμμηνορροϊκές περιόδους, εγκυμοσύνη και καταστολή της έμμηνου ρύσεως, οι γυναίκες μετά την έμμηνο ρύση συμπεριλαμβάνονταν πλέον επίσης μερικές φορές στην κατηγορία των αλλαγών της μήτρας που καθιστούσαν τις γυναίκες πιο ευάλωτες σε αυτές τις παθήσεις (Moore, 2022).

Οι νευρικές ασθένειες, όπως πίστευαν πολλοί γιατροί του δέκατου όγδοου αιώνα, ήταν προϊόν πολυτέλειας και πολιτισμού - της αστικής ζωής, του μπαγιάτικου αέρα, του καθιστικού τρόπου ζωής, της υπερκατανάλωσης φαγητού, των εξωτικών τροφών και ποτών, της ασυδοσίας και της σωματικής ραθυμίας. (Moore, 2022). Έτσι, οι εκφράσεις αυτές φαίνεται να ρίζωσαν πραγματικά στις αρχές του 1800, και ο όρος «κρίσιμη ηλικία» επικράτησε έναντι των άλλων (Théré, 2015).

Η εμφάνιση και η περιγραφή του φαινομένου της εμμηνόπαυσης στις αρχές του 19<sup>ου</sup> αιώνα, από την άλλη, εντάσσεται σε ένα συγκεκριμένο ιστορικό πλαίσιο που σηματοδοτείται η σεξουαλικότητα ως αντικείμενο της ιατρικής και για πρώτη φορά το βιολογικό στοιχείο αντανakλάται στο πολιτικό στοιχείο (Foucault, 2011: 166) που ως αποτέλεσμα θα έχει την τροφοδότηση μιας νέας θεώρησης με όρους της Δυτικής επιστήμης του δυαδικού φύλου, της συζυγικής σεξουαλικότητας και των «διαστροφών» (Foucault, 2011). Με τον ίδιο τρόπο, επικρατεί η ιδέα μιας διαδικασίας γήρανσης κοινής και στα δύο φύλα, γνωστής ως «κλιμακτήριος». Κληρονομημένη από τη φιλοσοφία των Πυθαγορείων που έβλεπε τη ζωή ως διαδοχή κύκλων 7 ετών, η κλιμακτήριος ορίζει μια στιγμή κρίσης, που υποτίθεται ότι

συμβαίνει στα 49 ή 63 έτη, σχετιζόμενη με τη γήρανση του σώματος τόσο των γυναικών όσο και των ανδρών, εντός των ορίων ελέγχου της ανθρώπινης αναπαραγωγής. Το σώμα και τα υγρά γίνονται τα σημεία διαφορετικότητας των φύλων. Σε αυτό το πλαίσιο κατασκευής των κατηγοριών φύλου γεννιέται και η ιατρική κατηγορία «εμμηνόπαυση» ως ιδιότητα του θηλυκού. Και με αυτό, το σώμα αντιμετωπίζεται πρωτίστως ως αντικείμενο αρρενωπής επιστημονικής και ιατρικής γνώσης και λιγότερο ως πεδίο θηλυκής βιωμένης εμπειρίας και κοινωνικής σχέσης. Μαζί με την ιδέα της εμμηνόπαυσης εμφανίζεται εκείνη μιας «φυσιολογικής μεταμόρφωσης» και ενός τύπου γήρανσης αποκλειστικά γυναικείου (Charlap, 2022).

Ο όρος *menespausis* εμφανίζεται αρχικά στην διδακτορική διατριβή του Γάλλου γιατρού Charles de Gardanne το 1812 (Théré, 2015:53) και προτείνεται ως απάντηση σε μια υπερπληθώρα όρων που αναφέρονταν έως τότε για να περιγράψουν την παύση της εμμηνόρροιας όπως: κρίσιμη εποχή, παύση της έμμηνου ρύσεως, εξαφάνιση της έμμηνου ρύσεως, στροφή της ηλικίας, ηλικία παρακμής, ανοιξιάτικο γήρας, η κόλαση της γυναίκας, ο χειμώνας της γυναίκας, ο θάνατος του φύλου, η κρίσιμη στιγμή (Moore, 2018). Ενώ το 1816, στο έργο του με τίτλο «Συμβουλές προς τις γυναίκες που εισέρχονται στην κρίσιμη ηλικία», (*Avis aux femmes qui entrent dans l' âge critique*) καθιερώνεται και αναπτύσσεται συστηματικά ο όρος *menespausis*, που σχηματίστηκε από το ελληνικό «μηνιαία» (έμμηνος ρύση) και «παύση», για να αναφερθεί στη διακοπή της έμμηνου ρύσεως. Η δεύτερη έκδοση του έργου, το 1821, φέρει για πρώτη φορά τη λέξη «εμμηνόπαυση» στον τίτλο: «Για την εμμηνόπαυση ή την κρίσιμη ηλικία των γυναικών» (*De la ménopause ou de l' âge critique des femmes*). (Charlap, 2022).

Η Théré (2015) επισημαίνει ότι, ενώ οι νεολογισμοί *la mènespausie* και *la ménopause* εμφανίστηκαν γρήγορα στα ιατρικά λεξικά από τις πρώτες δεκαετίες του δεκάτου ένατου αιώνα, αμέσως μετά την πρόταση της διατριβής του Gardanne, μέχρι το 1877 οι καταχωρίσεις για τη *menopause* σε αυτά τα λεξικά παρέπεμπαν όλες σε μια εκτενέστερη καταχώριση υπό το *âge critique* (κρίσιμη ηλικία). Στην πραγματικότητα, η έννοια του *l'âge critique* ήταν τόσο χρήσιμη για την εξήγηση της ευρείας ποικιλίας συμπτωμάτων που ομαδοποιούνταν κάτω από αυτήν την κατηγορία, ώστε, ακόμη και με τον νεοεισαχθέντα τεχνικό όρο, τόσο το *l'âge critique* όσο και ο λιγότερο τεχνικός όρος *l'âge de retour* παρέμειναν και σε πολλές περιπτώσεις προτιμήθηκαν από γιατρούς που έγραφαν για το θέμα μέχρι και τον εικοστό αιώνα. Η εμμηνόπαυση συνδέεται πλέον ρητά με την «κρίσιμη» ηλικία και αποκτά παθολογικό και κανονιστικό χαρακτήρα (Τζανάκη & Κουρουτζάς, 2024: 44).

Εν ολίγοις, στις αρχές του 19ου αιώνα, η εμμηνόπαυση παύει να αντιμετωπίζεται αποκλειστικά μέσα από τις παλαιότερες χημικές αντιλήψεις και συγκροτείται σταδιακά ως διακριτή ιατρική κατηγορία στο πλαίσιο της νεότερης κλινικής ιατρικής και στη νεοεμφανιζόμενη συμπτωματική κατηγορία της «εμμηνόπαυσης», στη υγιεινή και ψυχιατρική διαχείρισή της, και τελικά στη χειρουργική και φαρμακευτική θεραπεία της, ιδιαίτερα μετά το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα.

Η εξέλιξη αυτή δεν μπορεί να αποσπαστεί από το ευρύτερο ιστορικό πλαίσιο της ίδιας περιόδου, κατά την οποία συγκροτείται συστηματική η δίωξη της λιβιδινικής ύπαρξης μετά την Παρισινή κομμούνα, παράλληλα με την εκλαΐκευση εγχειριδίων για τη γυναικεία αναπαραγωγή και την εντατικοποίηση του ελέγχου της γυναικείας επιθυμίας, με στόχο την αναπαραγωγή υγιή απογόνων. Δεν είναι τυχαίο ότι Γάλλοι ψυχίατροι της εποχής αναφέρονταν σε περιπτώσεις γυναικών μεγαλύτερης ηλικίας που κατά τη διάρκεια της Παρισινής Κομμούνας εμφάνιζαν υποτιθέμενες μορφές ερωτομανίας και σεξουαλικής παρέκκλισης (Τζανάκη & Κουρουτζάς, 2024: 108).

Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η εμμηνόπαυση φαίνεται να λειτουργεί ως ένας μηχανισμός υπενθύμισης των ορίων της γυναικείας σεξουαλικότητας και της κοινωνικά αποδεκτής θηλυκότητας πέρα από την αναπαραγωγική ηλικία. Ειδικότερα κατά τον δέκατο ένατο αιώνα, παρατηρείται μια κρίσιμη μετατόπιση στον τρόπο με τον οποίο νοσηματοδοτούνται οι νευρικές και σωματικές παθολογίες των γυναικών. Ενώ στον δέκατο όγδοο αιώνα οι νευρικές ασθένειες συνδέονταν κυρίως με την κοινωνική τάξη, την πολυτέλεια, τον αστικό τρόπο ζωής καθώς, και κυρίως, με την ανυπακοή των κατώτερων στρωμάτων, στον δέκατο ένατο αιώνα το επίκεντρο μετατίθεται στη ρύθμιση της επιθυμίας, της σεξουαλικότητας και της αναπαραγωγής στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, εντασσόμενη σε ένα νέο καθεστώς βιοπολιτικής διαχείρισης του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό, το γενικό νοσοκομείο και οι κλινικοί θεσμοί όπως το Montpellier - δηλαδή, η ανάπτυξη της κλινικής ιατρικής, των νοσοκομείων, της στατιστικής, της παθολογικής ανατομίας και των νέων τεχνικών παρατήρησης κατά τον 18ο και 19ο αιώνα - δεν λειτουργούν μόνο ως χώροι περίθαλψης, αλλά ως μηχανισμοί κανονικοποίησης και αναπαραγωγής σωμάτων, συμβάλλοντας στη συγκρότηση μαζικών υποκειμένων υγείας, ασθένειας και απόκλισης αλλά και ενός ανδροκεντρικού και ιμπεριαλιστικού επιστημονικού λόγου, πάνω στα γυναικεία και θηλυκά σώματα (Τζανάκη & Κουρουτζάς, 2024).

## **1.2 Οι απόψεις των πρώτων γυναικών γιατρών και ερευνητριών για την εμμηνόπαυση**

Ο αποκλεισμός των γυναικών από την επίσημη ιατρική πρακτική καθ' όλη τη διάρκεια της χρονικής περιόδου που εμφανίσθηκε ο όρος «εμμηνόπαυση» και αποτυπώθηκε στα ιατρικά εγχειρίδια, είχε σημαντικές συνέπειες για το πως αυτή εγκαθιδρύθηκε στον κοινό νοο ως μια αρνητική έννοια. Τα εγχειρίδια μαιευτικής από το 1600 έως το 1870 δεν ανέφεραν καμία κρίση, κλιμακτήρια έτη, τρέλα, ταχεία γήρανση ή σωματικά συμπτώματα που να σχετίζονται με την οριστική διακοπή της εμμήνου ρύσεως. Όμως τα ιατρικά και τα κείμενα περί γυναικείας υγιεινής στα τέλη του 19ου αιώνα, μετά τη δημόσια κυκλοφορία του επίσημου λόγου περί εμμηνόπαυσης, όντως αναφέρονταν σε πτυχές αυτής της νέας έννοιας.

Στην έρευνα της η Moore (2022) πάνω σε όλα τα έργα ιατρικής και συμβουλευτικής που γράφτηκαν από γυναίκες στη Γαλλία και δημοσιεύθηκαν κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, παρατήρησε ότι στα έργα αυτά υπάρχει μια καθαρή ενασχόληση με τα βιβλία και τις διατριβές ανδρών γιατρών για την εμμηνόπαυση όμως τα έργα αυτά αναπαραγάγουν μόνο ένα μικρό μέρος της εκτεταμένης συμπτωματολογίας ή των κανόνων υγιεινής που αποδίδονται στις γυναίκες στην «κρίσιμη ηλικία». Μόνο ένα έργο αυτό της Virginie Messager (γεν.1805) που δημοσιεύθηκε το 1859, ξεπέρασε και τα πιο ακραία έργα των ανδρών γιατρών για την εμμηνόπαυση, υποστηρίζοντας ότι ήταν μια πολύ πιο επικίνδυνη περίοδος από ότι πίστευαν όλοι οι άλλοι.

Η ιστορικός Annick Tillier έχει επισημάνει ότι κατά την αρχική μορφοποίηση των ιατρικών όρων για την εμμηνόπαυση, οι γυναίκες απουσίαζαν από την συζήτηση καθώς δεν υπήρχαν αναγνωρισμένες γυναίκες γιατροί στην Γαλλία μέχρι το 1875 όπου η Madeleine Bres (1842-1921) μετά από δεκαετίες σπουδές και πρακτική στην ιατρική μπόρεσε να αποκτήσει το τίτλο της ιατρού σε ηλικία 33 ετών (Tiller, 2005: 9).

Στην συνέχεια της ιατρικής ιστορίας πολλές από τις πρώτες γυναίκες γιατρούς έγραψαν και ασχολήθηκαν με την υγεία των γυναικών, φέρνοντας μια πιο φρέσκια οπτική στο θέμα της εμμηνόπαυσης που είχε έως τότε οριστεί και περιγραφεί από τους άνδρες μόνο. Οι πρώτες γυναίκες που αποφοίτησαν από τις Ιατρικές Σχολές ήταν μεγαλύτερες από τους περισσότερους άνδρες αποφοίτους, πράγμα που σημαίνει ότι συχνά είχαν εκτεθεί σε μεγαλύτερης διάρκειας κλινική μαθητεία, και ότι οι ίδιες μερικές φορές βρίσκονταν σε ηλικία που θεωρούνταν (σύμφωνα με την επικρατούσα άποψη) «εμμηνοπαυσιακές» ή ακόμα και «ηλικιωμένες» την εποχή που έγραψαν τα μεγάλα τους έργα για την υγεία των γυναικών. Είναι σίγουρα σημαντικό ότι η τεράστια ιατρικοποίηση της γυναικείας φυσιολογίας τον δέκατο ένατο αιώνα -συμπεριλαμβανομένης της δημιουργίας εντελώς νέων κατηγοριών νοσηρότητας

όπως η εμμηνόπαυση, καθώς και της ουσιαστικής επαναδιατύπωσης προϋπάρχουσων κατηγοριών όπως η υστερία, η υποχονδρία και η νυφομανία- συνέβη στο πλαίσιο του σκόπιμου αποκλεισμού των γυναικών από την άσκηση του επαγγέλματος του γιατρού (Moore,2022).

## **2. Ιατρικοποίηση, παθολογικοποίηση και φαρμακοποίηση του γυναικείου σώματος.**

### **2.1 Οι ορμόνες συνάντησαν την εμμηνόπαυση**

Το ορμονικό μοντέλο αναπτύσσεται από τη δεκαετία του 1920, υπό την ώθηση της ενδοκρινολογίας, επιστήμης που βασίζεται στην υπόθεση της διχοτόμησης των σεξουαλικών ορμονών: οι «γυναικείες» ορμόνες που εκκρίνονται από τις ωοθήκες και οι «ανδρικές» από τους όρχεις. Έτσι η ιατρική αντιλαμβάνεται την εμμηνόπαυση ως βιολογική ανεπάρκεια και την περιγράφει ως ορμονική ανεπάρκεια που οφείλεται στη διακοπή της φυσιολογικής ορμονικής λειτουργίας των ωοθηκών. Η εμμηνόπαυση ερμηνεύεται ως αποτέλεσμα της σταδιακής μείωσης των ορμονών, μια μείωση που δεν περιγράφεται από την ιατρική απλώς ως μια ορμονική μεταβολή, αλλά ως ένα πρόβλημα ανεπάρκειας των ωοθηκών (Fernandez, 2005).

Επιπλέον, η περιγραφή της εμμηνόπαυσης ως ασθένεια ανεπάρκειας εμφανίσθηκε σε επιστημονικά άρθρα στα τέλη της δεκαετίας του 1930 και στις αρχές του 1940, μαζί με συστάσεις για θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα (Bell, 1990). Όμως πριν αρχίσει η «εποχή των ορμονών» υπήρξε η «εποχή των ηρεμιστικών» και ειδικότερα των βαρβιτουρικών. Τα βαρβιτουρικά είναι συνθετικές οργανικές χημικές ενώσεις που παράγονται βιομηχανικά από χημικές πρώτες ύλες της αναπτυσσόμενης χημικής βιομηχανίας του τέλους του 19ου και των αρχών του 20ού αιώνα. Το πρώτο βαρβιτουρικό, το Veronal (barbital), συντέθηκε το 1903 από τη γερμανική φαρμακοβιομηχανία Bayer, ενώ η βιομηχανική οργανική χημεία από την οποία προήλθαν συνδέεται σταδιακά με τη βιομηχανία του άνθρακα και αργότερα με την πετροχημεία (López-Muñoz , Ucha-Udabe , Alamo, 2005).

Η χρήση ηρεμιστικών στην προ-οιστρογονική εποχή άνοιξε το δρόμο για την αλλαγή της κατάστασης της εμμηνόπαυσης από μια φυσιολογική βιολογική διαδικασία σε μια θεραπεύσιμη ασθένεια. Το πρώιμο έργο του Φρόιντ, το οποίο περιέγραφε την εμμηνόπαυση ως μια περίοδο κρίσης κατά την οποία μια γυναίκα θρηνούσε το τέλος της γυναικείας ελκυστικότητάς της και

της αναπαραγωγικής της ικανότητας, έδωσε κάποια αξιοπιστία στην έννοια της εμμηνόπαυσης ως ψυχικής ασθένειας. Παράλληλα, για ορισμένους ψυχιάτρους, η εμμηνόπαυση «σημάδευε την απώλεια νοήματος στη ζωή μιας γυναίκας. Όροι όπως « κρίση μέσης ηλικίας» και «σύνδρομο άδειας φωλιάς» χρησιμοποιήθηκαν για να εξηγήσουν τα συναισθήματα από τα οποία υποτίθεται ότι υπέφεραν οι γυναίκες εκείνη την εποχή. Σύμφωνα με τον τότε Δυτικό Ιατρικό λόγο, τα ηρεμιστικά αμβλύνουν αυτά τα συναισθήματα και καταπνίγουν το άγχος (Singh, Kaur & Walia, 2002).

Η εισαγωγή των συνθετικών οιστρογόνων (Premarin) στις αρχές της δεκαετίας του 1960 άλλαξε το τοπίο όσον αφορά την φαρμακευτική αντιμετώπιση της «ασθένειας» εμμηνόπαυσης. Το 1977, ο όρος «εμμηνόπαυση» καταχωρείται ακόμα και στη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας: αυτή η φυσιολογική διαδικασία δεν θεωρείται, σύμφωνα με τον κατάλογο, «φυσική κατάσταση, αλλά ενδοκρινική ανισορροπία (ανεπάρκεια ορμονών), όπως ο διαβήτης ή τα προβλήματα του θυρεοειδούς (Charlap, 2022).

Η έννοια της ανεπάρκειας χρησιμοποιείται ευρέως στη σύγχρονη ιατρική βιβλιογραφία για την περιγραφή του φαινομένου της εμμηνόπαυσης. Η εμμηνόπαυση ορίζεται ως «περίοδος που χαρακτηρίζεται βιολογικά από ορμονική ανεπάρκεια» (Fernandez, 2005: 142) και συνδέεται με μείωση των ωοθυλακίων. Κατά τη διάρκεια της περιεμμηνόπαυσης, παρατηρείται σταδιακή ανεπάρκεια των οιστρογόνων<sup>2</sup> με τα επίπεδα της οιστραδιόλης να παρουσιάζουν μεγάλες διακυμάνσεις αλλά συνολικά ακολουθούν πτωτική πορεία, καθώς οι ωοθήκες παράγουν σταδιακά όλο και λιγότερα οιστρογόνα. Τελικά, κατά την περιεμμηνόπαυση, παρατηρείται διακοπή της ωορρηξίας λόγω ανεπάρκειας των ωοθηκών, κάτι που συνδέεται με περαιτέρω μείωση των επιπέδων της E2 (Yang, Hodara, Scriprasert, Shoupe, & Stanczyk, 2024).

## **2.2 Εμμηνόπαυση και το «κέρδος» των ορμονών**

Εκ πρώτης όψεως, η σκέψη της εμμηνόπαυσης ως ανεπάρκεια μπορεί να φαίνεται προφανής και χωρίς ιδιαίτερη σημασία. Αυτή η οπτική, όμως, τροφοδοτείται από πολύ συγκεκριμένες κοινωνικές αναπαραστάσεις, που θέτουν το γόνιμο σώμα ως πρότυπο για το γυναικείο σώμα. Η διαδικασία ορισμού της εμμηνόπαυσης ως «νοσήματος ανεπάρκειας» (McCrea, 1983) τον

---

<sup>2</sup> Έχοντας υπόψη ότι: Τα τρία κύρια ενδογενή οιστρογόνα είναι η οιστραδιόλη (E2), η οιστρόνη (E1) και η οιστριόλη (E3)· η οιστραδιόλη (E2) είναι το πιο ισχυρό οιστρογόνο ( Yang, Hodara, Scriprasert, Shoupe, & Stanczyk, 2024).

20ό αιώνα πρέπει να κατανοηθεί υπό το πρίσμα της ανάπτυξης της φαρμακευτικής βιομηχανίας και των οικονομικών της συμφερόντων.

Οι ρίζες του ορισμού της εμμηνόπαυσης ως νόσου μπορούν να εντοπιστούν στην σύνθεση των γεννητικών ορμονών. Το αρχικό ενδιαφέρον για αυτές τις ορμόνες προέκυψε από τις προσπάθειες να βρεθεί θεραπεία για την ανδρική ανεπάρκεια. Το 1889, ο Charles Edouard Brown-Sequard, γάλλος επιστήμονας, ανέφερε στη Société de Biologie στο Παρίσι ότι ένιωσε αναζωογονημένος αφού έκανε ένεση στον εαυτό του με εκχύλισμα από όρχεις ζώων. Τέσσερα χρόνια αργότερα, άλλος επιστήμονας, ο Regis de Bordeaux, χρησιμοποίησε ένεση εκχυλίσματος από ωοθήκες για να θεραπεύσει γυναίκα ασθενή με «παραληρηματική εμμηνόπαυση». Και το 1896, ο γερμανός γιατρός Theodore Landau χρησιμοποίησε ξηρό εκχύλισμα για να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης στην κλινική Landau στο Βερολίνο (McCrea, 1983). Στα τέλη της δεκαετίας του 1920, οι Adolf Butenandt και Edward Doisey απομόνωσαν και κρυστάλλωσαν την θεερίνη (που αργότερα ονομάστηκε οιστρόνη) από έγκυες γυναίκες. Το 1932, οι Samuel Geist και Frank Spielman περιέγραψαν στο American Journal of Obstetrics and Gynecology τις προσπάθειές τους να θεραπεύσουν γυναίκες με εμμηνόπαυση με θεερίνη. Αυτές οι θεραπείες, ωστόσο, ήταν ακριβές και οι ποσότητες του φαρμάκου περιορισμένες, αφού προέρχονταν από ανθρώπινες πηγές. Τα προβλήματα αυτά λύθηκαν το 1936 όταν οι Russell Marker και Thomas ανέπτυξαν μια συνθετική μορφή οιστρογόνου γνωστή ως διαιθυλοστιλβεστρόλη (DES). Αυτή η συνθετική ορμόνη μπορούσε να παραχθεί εύκολα για πολλές γυναίκες, ανοίγοντας τον δρόμο για την ανάπτυξη του αντισυλληπτικού χαπιού. Το τελευταίο βήμα στην εξέλιξη της ορμονικής θεραπείας έγινε το 1943 όταν ο James Goodall δημιούργησε εκχύλισμα οιστρογόνων από τα ούρα εγκύων φοράδων. Ονομάστηκε συζευγμένο ιπποειδές οιστρογόνο και παράχθηκε με την εμπορική ονομασία Premarin, ήταν περίπου κατά το ήμισυ λιγότερο ισχυρό από το συνθετικό οιστρογόνο, με λιγότερες δυσάρεστες παρενέργειες (McCrea, 1983).

Αναπτύσσονται ορμονικές θεραπείες, εύκολες στην παραγωγή και φθηνές, από τη φαρμακευτική βιομηχανία. Ενώ αρχικά συνταγογραφούνται για διαταραχές του εμμηνορροϊκού κύκλου, οι ιατρικές ενδείξεις της ορμονικής θεραπείας διευρύνονται για τη θεραπεία της εμμηνόπαυσης, της υπογονιμότητας και των γεννητικών προβλημάτων. Το 1938, το φαρμακευτικό εργαστήριο Organon, κύριος παραγωγός συνθετικών ορμονών και επιθυμώντας να εξειδικεύσει τις εφαρμογές της θεραπείας για εμπορικούς λόγους, επιλέγει την εμμηνόπαυση ως κύρια ιατρική ένδειξη στην ετήσια διαφημιστική του καμπάνια για τις παρασκευές με βάση τις γυναικείες σεξουαλικές ορμόνες (Charlap, 2022).

Εδώ πρέπει να προσθέσουμε ότι από τον 20ό αιώνα και μετά, πολλά συνθετικά οιστρογόνα και ορμονικά φάρμακα παράγονται μέσω της πετροχημικής βιομηχανίας. Δηλαδή, χρησιμοποιούνται παράγωγα του πετρελαίου ως πρώτη ύλη για τη σύνθεση ορμονών στο εργαστήριο. Η ανάπτυξη της ενδοκρινολογίας και της θεραπείας ορμονικής υποκατάστασης συνδέθηκε στενά με την άνοδο της φαρμακοβιομηχανίας και των βιομηχανιών χημικής επεξεργασίας, καταννοούμε το πώς μιλάμε για έναν εξορυκτικό καπιταλισμό πάνω στα γυναικεία/θηλυκά σώματα μέσω του κοινωνικού φύλου (Τζανάκη & Γεωργοπούλου, 2025).

Όμως αυτός που συνέδεσε τα οιστρογόνα με την «ασθένεια» της εμμηνόπαυσης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960, ήταν ο διακεκριμένος γυναικολόγος του Μπρούκλιν, Robert A. Wilson. Ως ιδρυτής και επικεφαλής του Ιδρύματος Wilson, το οποίο ιδρύθηκε στη Νέα Υόρκη το 1963 για την προώθηση των οιστρογόνων και χρηματοδοτήθηκε με 1,3 εκατομμύρια δολάρια σε επιχορηγήσεις από τη φαρμακευτική βιομηχανία, ο Wilson και τα άρθρα που έγγραψε ήταν καθοριστικά για την αποδοχή της εμμηνόπαυσης ως «νόσου ανεπάρκειας» και τη μαζική συστηματική χορήγηση Θεραπείας Ορμονικής Αντικατάστασης (HRT). Υποστήριξε ότι η εμμηνόπαυση ήταν μια ασθένεια ορμονικής ανεπάρκειας παρόμοια με τον διαβήτη και τη δυσλειτουργία του θυρεοειδούς. Σε άρθρο που δημοσιεύθηκε στο *Journal of the American Medical Association*, ο Wilson (1962) ισχυρίστηκε ότι τα οιστρογόνα προλαμβάνουν τον καρκίνο του μαστού και των γεννητικών οργάνων, καθώς και άλλα προβλήματα της γήρανσης. Παρόλο που η μεθοδολογία του ήταν αδύναμη, αυτό το άρθρο ξεκίνησε μια εκστρατεία για την προώθηση των οιστρογόνων για την πρόληψη της εμμηνόπαυσης και των ασθενειών που σχετίζονται με την ηλικία (McCrea, 1983).

Λίγες δημοσιεύσεις είχαν τόσο μεγάλη επίδραση στη ζωή τόσων πολλών γυναικών όσο τα έργα του Δρ Robert A. Wilson, ο οποίος χαρακτήρισε την εμμηνόπαυση ως ασθένεια ανεπάρκειας οιστρογόνων. Ταυτόχρονα, σε μια επιδραστική δημοφιλή μορφή, στο βιβλίο του *Feminine Forever*, πρότεινε ως θεραπεία την ορμονική θεραπεία αντικατάστασης με οιστρογόνα. Τους πρώτους επτά μήνες μετά την έκδοση του βιβλίου το 1966, πουλήθηκαν εκατό χιλιάδες αντίτυπα και αποσπάσματα δημοσιεύτηκαν στα περιοδικά Vogue και Look. Επηρέασε χιλιάδες γιατρούς ώστε να συνταγογραφήσουν οιστρογόνα σε εκατομμύρια γυναίκες, πολλές από τις οποίες δεν είχαν κανένα κλινικό «σύμπτωμα» πέραν της διακοπής της έμμηνης ρύσεως. Ως ένα από τα διαπιστευτήριά του, ο Wilson αναφέρει ότι ήταν επικεφαλής του Wilson Research Foundation, ενός ιδρύματος που χρηματοδοτείτο από τις εταιρείες Ayerst Labs, Searle και Upjohn, όλες φαρμακευτικές κολοσσοί με έντονο ενδιαφέρον για τη μεγάλη δυνητική αγορά των οιστρογόνων. Μέχρι και το 1976 η Ayerst στήριζε επίσης το Information

Center on the Mature Woman, μια εταιρεία δημοσίων σχέσεων που προωθούσε τη θεραπεία αντικατάστασης οιστρογόνων. Μέχρι το 1975 περίπου έξι εκατομμύρια γυναίκες είχαν ξεκινήσει μακροχρόνια θεραπεία με Premarin (η εμπορική ονομασία των οιστρογόνων της Ayerst Labs), καθιστώντας το τέταρτο ή πέμπτο πιο δημοφιλές φάρμακο στις Ηνωμένες Πολιτείες. Η «νόσος της εμμηνόπαυσης» δεν αποτελεί μόνο κοινωνικό ζήτημα: είναι και μεγάλη επιχείρηση. Οι πωλήσεις του Premarin συνεχίστηκαν και μετά την δημοσίευση άρθρου που συνέδεε τα οιστρογόνα με τον καρκίνο της μήτρας. Αν και αρκετές γυναίκες σταμάτησαν να παίρνουν οιστρογόνα και αρκετοί γιατροί έγιναν πιο σκεπτικοί στην χορήγηση οιστρογόνων, η τακτική της χορήγησης οιστρογόνων σε γυναίκες στην εμμηνόπαυση εξακολουθεί μέχρι σήμερα (Fausto Sterling, 1988).

Ωστόσο, ο ορισμός της εμμηνόπαυσης ως «παθολογία ενδοκρινικής ανεπάρκειας» δεν γίνεται αποδεκτός απόλυτα ούτε στην ιατρική κοινότητα, ούτε στην κοινωνία. Τη δεκαετία του 1970, κάποιοι γιατροί εναντιώνονται σε αυτόν τον ορισμό. Με βάση ιατρικά δεδομένα, αποδεικνύουν ότι η μείωση της παραγωγής οιστρογόνων στην εμμηνόπαυση δεν αποτελεί έλλειψη που πρέπει να καλυφθεί: αφενός, επειδή οι εκκρίσεις των επινεφριδίων αντισταθμίζουν τη μείωση των ωοθηκών στις περισσότερες γυναίκες και, αφετέρου, επειδή οι ανάγκες των ηλικιωμένων γυναικών σε οιστρογόνα είναι μικρότερες από εκείνες των νεότερων (McCrea, 1983).

Την ίδια περίοδο, φεμινιστικά κινήματα της Βόρειας Αμερικής αμφισβητούν επίσης τη νομιμότητα του κυρίαρχου ιατρικού μοντέλου που παρουσιάζει την εμμηνόπαυση ως νόσο ανεπάρκειας. Αντιπροτείνουν ότι η εμμηνόπαυση είναι μια φυσική διαδικασία γήρανσης, την οποία οι περισσότερες γυναίκες βιώνουν χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες. Οι φεμινίστριες υποστηρίζουν ότι, υπό το πρόσχημα της επιστημονικότητας, η ιατρική νομιμοποιεί τον σεξισμό περιγράφοντας τις σωματικές και νοητικές ικανότητες των γυναικών ως εξαρτώμενες από τα αναπαραγωγικά τους όργανα (Charlap, 2022).

### **3. Τι είναι ιατροκοποίηση**

Οι πολύπλοκες ρίζες και οι παράδοξες συνέπειες του να ορίζονται ανθρώπινες εμπειρίες ως ιατρικά προβλήματα και να ανατίθεται στο ιατρικό προσωπικό η ευθύνη της αντιμετώπισής τους έχουν μελετηθεί από πολλούς κοινωνιολόγους (Conrad, 1977,1992,2005 · Williams, 2002·Torres, 2014). Ο όρος medicalization/«ιατροκοποίηση» εισήχθη για πρώτη φορά στο λεξιλόγιο των κοινωνικών επιστημόνων ( Pitts, 1968) για να περιγράψει την «τάση των

ιατρικών θεσμών να αντιμετωπίζουν μη συμμορφωτικές συμπεριφορές» (Broom και Woodward, 1996 , σελ. 358). Η έννοια αυτή αναδεικνύει την επιρροή και τον ρόλο του ιατρικού ελέγχου στην καθημερινή ζωή, ο οποίος αντικατέστησε τους προηγούμενους θεσμούς κοινωνικού ελέγχου, δηλαδή την Εκκλησία και τον νόμο, όσον αφορά τη διαχείριση της απόκλισης, καθώς οι εξηγήσεις για τις ανθρώπινες υγειονομικές καταστάσεις μεταβλήθηκαν σταδιακά από την αμαρτία, στο έγκλημα, και τελικά στην ασθένεια (Correia, 2017).

Οι Schneider και Conrad (1980) υποστηρίζουν ότι η διαδικασία της «ιατρικοποίησης» έχει τόσο «πολιτισμική απήχηση» όσο και μια «οργανωτική μορφή» που συμβαδίζει με τις αξίες και τις δομές της σύγχρονης αμερικανικής κοινωνίας. Έτσι, για να κατανοήσουμε συγκεκριμένες περιπτώσεις επέκτασης της ιατρικής δικαιοδοσίας, αυτό το ευρύτερο πλαίσιο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Κατά τη γνώμη τους, η «σωστή μελέτη» της ιατρικοποίησης απαιτεί ειδική προσοχή σε συγκεκριμένα ιστορικά γεγονότα και στους συμμετέχοντες τους.

Σύμφωνα με τους Conrad και Schneider,(1980) η ιατρικοποίηση συμβαίνει σε τρία επίπεδα: το εννοιολογικό, το θεσμικό και το διαπροσωπικό. Σε εννοιολογικό επίπεδο, η ιατρικοποίηση συμβαίνει όταν χρησιμοποιείται ιατρικό λεξιλόγιο ή μοντέλο για να οριστεί ένα πρόβλημα. Συχνά, οι ιατρικές «ανακαλύψεις» δημοσιεύονται από ένα μικρό τμήμα «ελίτ» μελών του επαγγέλματος σε επιστημονικά περιοδικά. Σε θεσμικό επίπεδο, η ιατρικοποίηση προκύπτει όταν οι επαγγελματίες νομιμοποιούν το έργο ενός οργανισμού, λειτουργώντας ως «φύλακες» ή «επίσημοι επόπτες». Σε επίπεδο αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενούς, η ιατρικοποίηση συμβαίνει όταν μεμονωμένοι γιατροί ορίζουν ή/και αντιμετωπίζουν τα παράπονα ενός ασθενή ως ιατρικά προβλήματα (Conrad & Schneider, 1980).

Σύμφωνα με τους Hvas και Gannick ( 2008) επί του παρόντος, ο βιοϊατρικός λόγος κυριαρχεί στην κατανόησή μας για την εμμηνόπαυση, πράγμα που σημαίνει ότι τη θεωρούμε ασθένεια. Αυτός ο λόγος αντιλαμβάνεται την εμμηνόπαυση ως σύνδρομο ανεπάρκειας που προκαλείται από τη μείωση των ορμονών και δίνει έμφαση στον κίνδυνο μελλοντικών ασθενειών. Σε αυτόν τον λόγο, οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση παρουσιάζονται ως ασθενείς που χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή για να διατηρήσουν τον έλεγχο του σώματός τους (Hvas & Gannick 2008). Η αντίληψη ότι η εμμηνόπαυση αποτελεί ασθένεια φαίνεται να υποστηρίζεται από μεγάλο αριθμό γιατρών ακόμη και σήμερα όπως φαίνεται από μια απλή αναζήτηση στο διαδίκτυο. Υπάρχουν, βέβαια, και εξαιρέσεις, όπως ο Novak (1975), πατέρας και γιος, στο Πανεπιστήμιο Johns Hopkins, οι οποίοι, μαζί με μια μειοψηφία γιατρών, υποστηρίζουν εδώ και πολλά χρόνια, σε γυναικολογικά εγχειρίδια, ότι η εμμηνόπαυση πρέπει να θεωρείται ως ένα φυσιολογικό φαινόμενο που προστατεύει το γηράσκον σώμα. Η ιστορική συγκρότηση της

εμμηνόπαυσης ως κατάστασης ανεπάρκειας ωστόσο παρέμεινε το κυρίαρχο αφήγημα ενώ η ανάπτυξη των ορμονικών θεραπειών και η επέκταση της ιατρικής δικαιοδοσίας πάνω στο γυναικείο σώμα δεν θα μπορούσαν να εδραιωθούν χωρίς την παράλληλη κατασκευή ενός συμπτωματολογικού πλαισίου.

### **3.1 Η συμπτωματολογία μιας δήθεν «ασθένειας»**

Η εμμηνόπαυση και η κλιμακτήριος μερικές φορές αλλά όχι πάντα συνδέονται με συμπτώματα. Με τον όρο «συμπτώματα» αναφερόμαστε εδώ σε διάφορα σωματικά φαινόμενα που παρουσιάζονται ως παράπονα από την ίδια τη γυναίκα κατά την περίοδο της εμμηνόπαυσης και της κλιμακτηρίου. Η παρουσία περιστασιακών συμπτωμάτων δεν δείχνει απαραίτητα τον αντίκτυπό τους στη γυναίκα και μπορεί να μην έχουν κλινική σημασία ή να υποδηλώνουν ανάγκη θεραπείας. Υπό αυτή την έννοια, η συμπτωματολογία δεν αποτελεί μόνο περιγραφή σωματικών μεταβολών, αλλά και έναν από τους βασικούς μηχανισμούς μέσω των οποίων η εμπειρία της εμμηνόπαυσης ιατροκοποιείται.

Σύμφωνα με το δυτικό βιοϊατρικό λόγο, οι ασταθείς διακυμάνσεις των ορμονών είναι υπεύθυνες για την εμφάνιση συμπτωμάτων όπως οι αλλαγές στη διάθεση, οι πονοκέφαλοι και οι διαταραχές ύπνου, τα οποία ενδέχεται να συνδέονται με την εμφάνιση συνδρόμων όπως η κατάθλιψη, η αϋπνία ή ημικρανίες. Ωστόσο, η αναγνώριση αυτών των συμπτωμάτων συνδεδεμένων με τις αναπαραγωγικές ορμόνες κατά την μετάβαση στην εμμηνόπαυση παραμένει αμφιλεγόμενη. Αυτή η αμφιλεγόμενη θέση οφείλεται μεταξύ άλλων εν μέρει, στην έλλειψη μελετών που εστιάζουν σε άτομα «μέσης» ηλικίας με μη αγγειοκινητικά συμπτώματα καθώς και στις αντικρουόμενες μεθοδολογίες για τον χαρακτηρισμό των σταδίων της αναπαραγωγικής ζωής (Allshouse, Pavlovic, Santoro: 2018).

Τα πιο συχνά συμπτώματα που αναφέρουν οι γυναίκες κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση είναι οι εξάψεις και οι νυχτερινές εφιδρώσεις (HF/NS), οι οποίες επηρεάζουν περίπου το 70% των γυναικών στην Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική· ωστόσο η συχνότητα εμφάνισης των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων και η εμπειρία της εμμηνόπαυσης διαφέρει σημαντικά μεταξύ των πολιτισμών και των χωρών (Freeman & Sherif 200, Hunter 1993). Για παράδειγμα, αγγειοκινητικά συμπτώματα δεν αναφέρονται τόσο συχνά σε χώρες όπως η Ινδία, η Ιαπωνία και η Κίνα (Tang 1994, Melby, Lock & Kaufert 2005, Lock 1986).

Σύμφωνα με το NHLBI<sup>3</sup> υπάρχει μια σχετική συμφωνία για τη σαφή χρονική συσχέτιση των αγγειοκινητικών συμπτωμάτων (εξάψεις) με την κλιμακτήριο. Αυτά αρχίζουν να αυξάνονται κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση, κορυφώνονται 1 έως 2 χρόνια μετά την τελευταία έμμηνο ρύση και μπορεί να παραμείνουν αυξημένα για αρκετά χρόνια. Ο μηχανισμός των εξάψεων παραμένει ασαφής. Αύξηση στη θερμοκρασία του πυρήνα του σώματος προηγείται της εξάψεως και αποτελεί έναν από τους παράγοντες που προκαλούν το φαινόμενο απώλειας θερμότητας, όμως το τι ευθύνεται για την αύξηση της θερμοκρασίας του πυρήνα δεν είναι ακόμη γνωστό. Ατροφικές αλλοιώσεις του αιδοίου, του κόλπου και του κατώτερου ουροποιητικού συστήματος αποτελούν συχνές αιτίες παραπόνων στις γυναίκες κατά την εμμηνόπαυση. Μόνο οι ατροφικές αλλοιώσεις του αιδοίου και του κόλπου μπορούν να συσχετιστούν με σαφήνεια με την εμμηνόπαυση ενώ αντίθετα τα ευρήματα σχετικά με το αν οι διαταραχές ατροφίας του ουροποιητικού συστήματος σχετίζονται με την εμμηνόπαυση ή με την ηλικία είναι αντικρουόμενα. Με την απώλεια των οιστρογόνων, ο κόλπος κονταίνει και στενεύει, ενώ τα τοιχώματά του γίνονται λεπτότερα. Η μειωμένη παραγωγή γαλακτικού και οξικού οξέος μεταβάλλει το φυσιολογικά χαμηλό κοιλιακό pH, δημιουργώντας ένα περιβάλλον που δεν ευνοεί τη διατήρηση της φυσιολογικής χλωρίδας. Η μείωση της λίπανσης που υποστηρίζεται από τα οιστρογόνα προκαλεί κοιλιακή ξηρότητα. Ωστόσο, οι μεταβολές αυτές δεν είναι αυτονόητο ότι πρέπει να ερμηνεύονται ως ενδείξεις παθολογικής έλλειψης ή ως απόκλιση από ένα υποτιθέμενο κανονικό και διαχρονικά σταθερό πρότυπο θηλυκής ανατομίας και λειτουργίας.

Η Woods & Mitchell (2005) υποστηρίζουν ότι αν και τα διαθέσιμα δεδομένα σχετικά με τη σχέση των συμπτωμάτων με τα ενδοκρινικά επίπεδα αυξάνονται, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες πέραν των ενδοκρινικών αλλαγών κατά τη διαγνωστική διερεύνηση και τη διαχείριση των συμπτωμάτων. Η αξιολόγηση των επιπτώσεων των συμπτωμάτων (π.χ. αγγειοκινητικών και διαταραχών ύπνου, δυσφορία) στην ευεξία, στην απόδοση ρόλων και στην προσαρμογή στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής είναι απαραίτητη για την πλήρη κατανόηση της επίδρασης των συμπτωμάτων της περιεμμηνόπαυσης στη ζωή των γυναικών. Οι επιδράσεις αυτές θα πρέπει να συνεκτιμώνται σε σχέση με τις επιδράσεις άλλων γεγονότων της μέσης ηλικίας.

Δεν είναι ακόμη δυνατό να αποτυπωθεί η ακολουθία εμφάνισης αυτών των συμπτωμάτων, αλλά οι προσπάθειες προς αυτήν την κατεύθυνση ίσως βοηθήσουν να διακριθεί η χρονική ε-

---

<sup>3</sup> National Heart, Lung, and Blood Institute/Office of Research on Women's Health (U.S.A.)

ξέλιξη των συμπτωμάτων (π.χ. αν οι εξάψεις προηγούνται των διαταραχών ύπνου ή το αντίστροφο). Παρότι, ακόμη και μια τέτοια βιολογία της «πολλαπλότητας» παραμένει ελλιπής αν δεν συνομιλήσει με τις αποαποικιακές θεωρήσεις που δείχνουν ότι το σώμα υπήρξε εργαλείο διακυβέρνησης. Δεν μπορούν όλα όσα βιώνουν οι γυναίκες κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση να αποδοθούν αποκλειστικά στην εμμηνόπαυση, μέσα από το οποίο οργανώνεται η κατανόηση του βιώματος και νομιμοποιούνται συγκεκριμένες μορφές ιατρικής παρέμβασης. Επιπλέον, υπάρχει έλλειψη διαχρονικών μελετών που να περιλαμβάνουν τόσο δεδομένα για τις ορμόνες, τα συμπτώματα, όσο και τη συστηματική αξιολόγηση συμπτωμάτων. Πολλές μελέτες που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ ορμονών και μεταβολών στα συμπτώματα κατά τη μετάβαση στην εμμηνόπαυση χρησιμοποιούν μόνο μία χρονική στιγμή αξιολόγησης ορμονών και συμπτωμάτων, που πραγματοποιείται το πολύ μία φορά το χρόνο – γεγονός που δυσκολεύει την εξαγωγή ασφαλών αποτελεσμάτων για τις διακυμάνσεις. Η επικρατούσα υπόθεση υποστηρίζει ότι οι ασταθείς διακυμάνσεις των ορμονών (ιδιαίτερα των οιστρογόνων) οδηγούν σε ευαισθησία στην εμφάνιση συμπτωμάτων (αλλαγές διάθεσης, διαταραχές ύπνου, πονοκεφάλους) και τελικά στην εμφάνιση συνδρόμων (κατάθλιψη, αϋπνία, ημικρανίες). Ωστόσο, η γνώση για τις ακριβείς ορμονικές αλλαγές και τους βιολογικούς μηχανισμούς που προκύπτουν από αυτές παραμένει περιορισμένη (Allshouse, Pavlovic, Santoro: 2018).

Είναι πολύ δύσκολο να βρεθούν αξιόπιστα δεδομένα για τη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων στην εμμηνόπαυση στις κλινικές μελέτες καθώς η εκτίμηση της συχνότητάς τους παρουσιάζει πολλά προβλήματα. Καταρχάς, σε ό,τι αφορά το δείγμα των συμμετεχουσών στον γενικό πληθυσμό αφορά κυρίως γυναίκες που προσέρχονται στις κλινικές έχοντας ήδη προβλήματα υγείας που πιθανόν οφείλονται στην εμμηνόπαυση ή επιβαρύνονται από αυτή και συνεπαγόμενα δεν είναι αντιπροσωπευτικό δείγμα του γενικού πληθυσμού. Πολλές κλινικές μελέτες επίσης βασίζουν τα αποτελέσματά τους σε γυναίκες που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα εμμηνόπαυσης λόγω διπλής ωοθηκεκτομής (Charlap, 2019). Χωρίς φυσικά να σημειώνεται σε αυτές τις μελέτες το πώς, το πότε και με ποια λογική η δυτική επιστημονική κοινότητα στράφηκε στην εμμηνόπαυση ως αντικείμενο μελέτης, ούτε να αναγνωρίζεται ότι το ίδιο το ενδιαφέρον για αυτή τη θεματική συγκροτήθηκε ιστορικά μέσα σε συγκεκριμένα καθεστώτα γνώσης, εξουσίας και ιατροποίησης του γυναικείου σώματος, με βάση την ηλικία/δυνατότητα αναπαραγωγής υγιών απογόνων.

#### 4. Βιοπολιτική χρονικότητα και ρύθμιση της θηλυκότητας

Η παράμετρος της ηλικίας καθορίζει ταυτότητες, περιθωριοποιεί ή στοχοποιεί ομάδες ανθρώπων ανεξαρτήτως φύλου και δεν έχει πολιτικοποιηθεί όπως το φύλο, η φυλή ή η σεξουαλικότητα. Όπως υποστηρίζει η Kathleen Woodward στο «Against Wisdom», (2002, 209) παρότι ο όρος ageism κατονομάζει την ηλικιακή προκατάληψη, δεν διαθέτουμε έναν αντίστοιχο πολιτικό ή ταυτοτικό όρο- ανάλογο με τον όρο «φεμινίστρια» -που να συγκροτεί συλλογικά υποκείμενα αντίστασης απέναντι σε αυτήν.

Πριν από τον 19ο αιώνα, η δυτική ιατρική αντιλαμβανόταν την ηλικία με όρους «σκαλοπατιών της ζωής» και η μέση ηλικία θεωρούνταν η ακμή της ζωής. Οι έρευνες της ιατρικής αφορούσαν κυρίως την μακροβιότητα και την επίτευξη του γήρατος. Αυτό όμως κατά το 19ο αιώνα άλλαξε και η μέση ηλικία έγινε από ηλικία της ακμής η ηλικία της παρακμής. Έτσι και η εμμηνόπαυση γίνεται ορόσημο της παρακμής του γυναικείου σώματος, γίνεται η ασθένεια που σηματοδοτεί σύμφωνα με την Fausto-Sterling (1985) την απώλεια της θηλυκότητας και ότι αυτή σηματοδοτεί στον πατριαρχικό λόγο, σε μια περίοδο (νέο)-ευγονικού αφηγήματος.

Το 1976, υπό την αιγίδα της Αμερικανικής Γηριατρικής Εταιρείας και της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Μονπελιέ, πραγματοποιήθηκε στη νότια Γαλλία το Πρώτο Διεθνές Συνέδριο για την Εμμηνόπαυση.<sup>4</sup> Στα συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτό το συνέδριο, επιστήμονες και κλινικοί γιατροί από όλο τον κόσμο συμφώνησαν σε έναν κοινό ορισμό για τους όρους «εμμηνόπαυση» και «κλιμακτήριος». «Η εμμηνόπαυση», έγραψαν, «είναι η τελευταία έμμηνος ρύση και συμβαίνει κατά την « κλιμακτήριο». Η κλιμακτήριος είναι η φάση κατά τη διαδικασία γήρανσης των γυναικών που σηματοδοτεί τη μετάβαση από το αναπαραγωγικό στάδιο της ζωής στο μη-αναπαραγωγικό στάδιο.» Βάσει αυτής της συναίνεσης, ο όρος «εμμηνόπαυση» πλέον αναφέρεται σε ένα συγκεκριμένο γεγονός, δηλαδή την τελευταία έμμηνο ρύση, ενώ ο όρος «κλιμακτήριος» περιγράφει μια διαδικασία που εκτείνεται σε αρκετά χρόνια (Fausto-Sterling, 1999).

Με δύο λόγια, κατασκευάζεται μια υποτιθέμενη οικουμενική ερμηνεία της γήρανσης της γυναίκας, από έναν υποτιθέμενο αντικειμενικό και άφυλο βιοϊατρικό λόγο και τους ειδικούς του. Έναν λόγο που, παρότι αρθρώνεται στην πλειοψηφία του από άνδρες, διεκδικεί τη

---

<sup>4</sup> Στο βιβλίο που εκδόθηκε ως πρακτικά του Συνεδρίου: “Consensus on Menopause Research : A Summary of International Opinion : The Proceedings of the First International Congress on the Menopause, Held at La Grande Motte, France, in June 1976” ως συμμετέχοντες αναφέρονται 147 άνδρες και μόνο 22 γυναίκες.

δυνατότητα να μιλά για το βίωμα των θηλυκοτήτων από θέση επιστημονικής ανωτερότητας, αντλώντας κύρος από τη δυτική, λευκή επιστήμη.

Η γήρανση αναφέρεται ως εξασθένηση, με έμφαση στη βιολογική φθορά και την αυξημένη νοσηρότητα, την οστεοπόρωση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Συνδέοντας την αυξημένη αδυναμία του ηλικιωμένου σώματος με τη διακοπή της εμμήνου ρύσεως, η εμμηνόπαυση αποκτά αρνητικό νόημα, ανεξάρτητα από το τι βιώνουν στην πραγματικότητα οι γυναίκες.

Τα συμπτώματα και οι ασθένειες περιγράφονται στον βιοϊατρικό λόγο ως «τεχνική βλάβη», δηλαδή κάτι που συμβαίνει μέσα στο σώμα και τα όργανά του ανεξάρτητα από τις σκέψεις ή τα συναισθήματα του ατόμου: το επίπεδο των οιστρογόνων μειώνεται, ο κολπικός βλεννογόνος γίνεται πιο λεπτός και τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα. Ο ρόλος της γυναίκας είναι παθητικός. Το σώμα της υπόκειται στο γεγονός ότι οι ωοθήκες της δεν παράγουν καθόλου οιστρογόνα και γίνεται θύμα της αναπόφευκτης φθοράς. Είναι επίσης παθητική σε σχέση με τους γιατρούς των οποίων ο ρόλος είναι να τη φροντίζουν και να ελέγχουν το σώμα της (Hvas & Gannik, 2008).

Έτσι λοιπόν στον κυρίαρχο δυτικό λόγο, η εμμηνόπαυση γίνεται αντιληπτή ως ένα καθαρά οικουμενικό φαινόμενο κύκλων αναπαραγωγής, ένα βιολογικό φαινόμενο μιας μέσης ηλικίας που ακολουθεί τους κανόνες της φύσης και εμφανίζεται σε κάθε γυναίκα μετά από ένα ηλικιακό όριο. Η προσέγγιση αυτή αποσυνδέει την εμμηνόπαυση από τα ιστορικά, πολιτισμικά και πολιτικά συμφραζόμενα μέσα στα οποία νοσηματοδοτείται και βιώνεται. Με τον τρόπο αυτό, η γήρανση του γυναικείου σώματος ερμηνεύεται πρωτίστως μέσα από το πρίσμα της απώλειας της αναπαραγωγικής ικανότητας, μετατρέποντας τη βιολογική μετάβαση σε κοινωνικό και κανονιστικό έλλειμμα, σε μια περίοδο κατά την οποία το κοινωνικό φύλο έρχεται με όρους Δύσης να διατυπωθεί με όρους μιας συγκεκριμένης θηλυκότητας-αρρενωπότητας. Εντός αυτού του πλαισίου, οι διάφορες σωματικές διαδικασίες που σχετίζονται με τις αναπαραγωγικές ικανότητες που αποδίδονται στην ορθή βιολογικά γυναίκα, όπως η εμμηνόρροια, ο τοκετός, ο θηλασμός, η λοχεία και η εμμηνόπαυση είναι διαδικασίες που έχουν πάρει πολιτικό χαρακτήρα και έχουν ερευνηθεί από τις φεμινίστριες ερευνήτριες (Fausto-Sterling 1985, Elson 2003, Lock 1993, Oakley 1986 κ.ά.). Ερευνήθηκαν ως πολιτισμικά νοήματα που «ντύνουν» το γυναικείο σώμα και του αποδίδουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Νοήματα που νομιμοποιούν τον βιολογικό διαχωρισμό των φύλων, του τι συνιστά βιολογική γυναίκα, του τι συνιστά γήρανση και λειτουργούν πολλαπλασιαστικά ως προς την κατασκευή του δυαδικού πλαισίου βιολογικό-κοινωνικό δυαδικό φύλο.

Η εμμηνόπαυση μπορεί να θεωρηθεί ως η τελευταία από αυτές τις αναπαραγωγικές διαδικασίες που ο Δυτικός βιοϊατρικός- νομικός λόγος χρησιμοποιεί για να χτίσει την «γυναικεία ταυτότητα» και να την ορίσει σε ένα συγκεκριμένο χρονικό στάδιο και να της αποδώσει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και ενέργειες, προσδιορίζοντας εν τέλει την ίδια τη γυναικεία φύση μέσα από αυτό, αλλά και την έμφυλη διάκριση με όρους ηλικίας. Όπως υποστηρίζει το Butler (2009,171) « για τον Φουκώ όπως και για τον Νίτσε, οι πολιτισμικές αξίες αναδύονται ως αποτέλεσμα μιας εγγραφής στο σώμα, εννοούμενου ως μέσου, ή και ως λευκής σελίδας ακόμη».

Αυτή η πολιτισμική και πολιτική χροιά μιας μέσης ηλικίας και η κριτική ενάντια ακριβώς αυτού του μέσου, ξεκίνησε να αποδίδεται στη μελέτη της εμμηνόπαυσης μόλις πρόσφατα στα μέσα περίπου του 1970 και κυρίως μετά το α' διεθνές συνέδριο, όπως αναφέραμε παραπάνω. Μέχρι τότε η εμμηνόπαυση σαν βιολογικό φαινόμενο δεν τραβούσε ούτε την προσοχή μεγάλων ιατρικών περιοδικών όπως το *Journal of the American Medical Association* ή το *New England Journal of Medicine*. Ακόμη και οι φεμινιστικές έρευνες πάνω στο θέμα ήταν πολύ λίγες και συνήθως η εμμηνόπαυση αναφερόταν στις μελέτες που αφορούσαν την έμμηνο ρύση. Στην πραγματικότητα τα θέματα της γυναικείας υγείας δεν ήταν καν παρόντα στην δημόσια ατζέντα υγείας. Σύμφωνα με το General Accounting Office των ΗΠΑ, ακόμη και στη δεκαετία του 1990 ένα ποσοστό μικρότερο του 14% των χρημάτων του National Institutes of Health δινόντουσαν για έρευνες που αφορούσαν θέματα της γυναικείας υγείας (Gonyea, 1996).

Στα μέσα της δεκαετίας του 1970 και στις αρχές της δεκαετίας του 1980 μερικές γυναίκες επιστημόνισσες των κοινωνικών επιστήμων όπως ο Patricia Kaufert, Sonja McKinlay, Judith Posner και η Frances McCrea, παράλληλα με την άνοδο της φεμινιστικής κοινωνιολογίας του φύλου, ξεκίνησαν να ερευνούν την κοινωνική κατασκευή και τους μύθους που περιβάλλουν το φαινόμενο της εμμηνόπαυσης. Οι έρευνες επικεντρώθηκαν σε δυο συναγωνιζόμενους όρους της εμμηνόπαυσης, αυτόν της ιατρικής κοινότητας που αντιμετωπίζει την εμμηνόπαυση με την οπτική της ασθένειας ενάντια σε αυτόν που διατυπώνει το κίνημα για την υγεία των γυναικών και ορίζει την εμμηνόπαυση ως ένα φυσιολογικό στάδιο στη ζωή των γυναικών και κυρίως με την διαπίστωση ότι δεν υπάρχει μια οικουμενική «μέση ηλικία» ούτε μια ενιαία αναπαραγωγική εμπειρία, αλλά ένα συνεχές, το οποίο δεν πρέπει να από-ανθρωποποιείται μέσα από κανονιστικές διαστάσεις όπως η αναπαραγωγή.

#### **4.1 Η εμμηνόπαυση ως το τέλος του “υγιούς γυναικείου σώματος”**

Το μοντέλο υγείας και αρρώστιας που επικράτησε στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα ορίζει την άρρηκτη σύνδεση των κοινωνικών ρόλων των φύλων με συγκεκριμένο τρόπο ζωής. Αυτό το μοντέλο αν και αφορά όλες τις εκφορές φύλου και σεξουαλικότητας σύμφωνα με την Αθανασίου (2011) δεν έχει τις ίδιες επιπτώσεις πάνω σε αυτές. Όπως η αναπαραγωγική λειτουργία που αναδεικνύεται ως ο πιο κρίσιμος παράγοντας της κοινωνικής και φυσιολογικής ζωής των γυναικών. Ο «φυσικός προορισμός» των γυναικών είναι να γεννήσουν παιδιά και να τα αναθρέψουν. Αυτός ο ρόλος προσδιορίζει τις γυναίκες και τις καθορίζει συναισθηματικά και διανοητικά και ορίζει το πεδίο δράσης τους μόνο στον ιδιωτικό χώρο του σπιτιού και της οικογένειας (Αθανασίου, 2011).

Η αμφισβήτηση των ιατρικών προτύπων, η εξέταση των ιατρικών λόγων και πρακτικών ως γνώση που τρέφεται από κοινωνικές αναπαραστάσεις (Martin, 1987· Kaufert, 1988), προσφέρει ενδιαφέρουσα οπτική για τον ορισμό της εμμηνόπαυσης ως ανεπάρκεια. Αν εξετάσουμε τη λογική που τη χαρακτηρίζει ως ανεπάρκεια, είναι θεμιτό να διερωτηθούμε για τα πρότυπα που διαμορφώνουν το μέτρο σύγκρισης. Ποιες είναι αυτές οι ενδοκρινικές μετρήσεις, που ορίζονται ως πρότυπο και βάσει αυτών χαρακτηρίζεται η εμμηνόπαυση ως ανεπάρκεια; Και η απάντηση φυσικά είναι: οι ενδοκρινικές μετρήσεις του γόνιμου σώματος. Το σώμα σε αναπαραγωγική ηλικία τίθεται ως πρότυπο (Charlap, 2022).

Σύμφωνα με τον Δυτικό βιοϊατρικό λόγο, οι ενδοκρινικές μετρήσεις μετά την εμμηνόπαυση δεν αποτελούν νέα ορμονική νόρμα, αλλά δείκτες απόκλισης. Ενδείξεις που δεν εντάσσονται μέσα σε αυτή την κλίμακα τιμών που ορίζει το παραγωγικό σώμα χαρακτηρίζονται ως ενδείξεις ασθένειας. Μια ασθένεια που περιγράφει το γυναικείο σώμα ως στείρο, γερασμένο και ως προβληματικό καθώς το αναπαραγωγικό σώμα είναι αυτό που θεωρείται υγιές και αποδεκτό. Ορίζοντας το αναπαραγωγικό σώμα ως πρότυπο, προωθούνται αντιλήψεις που ταυτίζουν τη θηλυκότητα με τη γονιμότητα. Ο ορισμός του αναπαραγωγικού σώματος ως πρότυπου της γυναικείας υγείας δεν είναι ουδέτερος, αλλά παράγει και αναπαράγει έμφυλες αναπαραστάσεις και βασίζεται στην ιδέα μιας βιολογικής επιταγής που ορίζει τις γυναίκες με βάση το αναπαραγωγικό τους σύστημα. Αυτός ο ορισμός συμβάλλει στη διαμόρφωση μιας «διπλής νόρμας» για τη γήρανση, που παρουσιάζεται ως «ηθικό πρόβλημα: πρώτον, μιας κοινωνική παθολογία που συνδέεται με το γεγονός ότι αφορά περισσότερο τις γυναίκες παρά τους άνδρες και δεύτερον κάνει την εμμηνόπαυση ορόσημο για μια πρόωγη και ελλειμματική

γήρανση για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες που δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο φαινόμενο που να ορίζει την αρχή του γήρατος τους. Αντί της «ανεπάρκειας», φαίνεται συνεπώς πιο ακριβές να περιγράφεται η εμμηνόπαυση ως «μετασχηματισμός» ή «εξέλιξη» [και εδώ το χρησιμοποιούμε όχι μέσω ενός Δαρβινικού πλαισίου] των ορμονών. Αυτοί οι όροι είναι ουδέτεροι και επιτρέπουν να περιγραφεί η φυσιολογική αλλαγή χωρίς να της αποδοθεί αρνητική σημασιοδότηση, διατηρώντας ένα ελάχιστο επίπεδο επιστημονικής αντικειμενικότητας (Charlap, 2022).

Η ιστορική σύνδεση της γήρανσης με την αναπαραγωγική λειτουργία του γυναικείου σώματος, που εδραιώνεται ήδη από τα μέσα του 19ου αιώνα, συνιστά κεντρικό βιοπολιτικό μηχανισμό. Η εμμηνόπαυση αναδεικνύεται σε ορόσημο όχι απλώς βιολογικής μετάβασης, αλλά κοινωνικής ανακατάταξης του σώματος: από σώμα αναπαραγωγικά χρήσιμο σε σώμα που ορίζεται μέσα από την απώλεια, την παύση και την εκτροπή από την κανονικότητα, ως το κρίσιμο και ανάξιο σώμα – ανάξιο να βιωθεί - που καλείται να περάσει στα χέρια της φαρμακοβιομηχανίας και του συνεχούς ελέγχου από τον ειδικό και τη Δυτική φαρμακοβιομηχανία.

## **5. Έμφυλη ασυμμετρία, κανονικότητα και αποκλεισμοί**

### **5.1 Τι συμβαίνει με την ανδρόπαυση;**

Όπως είδαμε παραπάνω οι αποκαλούμενες «γυναικείες» σεξουαλικές ορμόνες αποτέλεσαν το κύριο αντικείμενο της ενδοκρινολογικής έρευνας, γνωρίζοντας ιδιαίτερη επιτυχία και ευρεία διάδοση. Η Nelly Oudshorn (1997) υποστηρίζει ότι αυτό το ενδιαφέρον για τις γυναικείες ορμόνες οφείλεται αφενός στη μεγαλύτερη διαθεσιμότητα γυναικείων υλικών (ωοθηκών, ούρων) που είχαν και έχουν στην διάθεσή τους οι επιστήμονες και αφετέρου στη σπανιότητα της πιθανής αγοράς για τις ανδρικές ορμόνες. Η ανδρολογία εμφανίστηκε μόλις στη δεκαετία του 1960 (ό.π.), και έτσι δεν υπήρχε θεσμικό ιατρικό δίκτυο για τις ανδρικές παθήσεις.

Εκτός από τις πολιτισμικές νόρμες περί αρρενωπότητας που επικρατούσαν στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα στη Δύση, ανασταλτικός παράγοντας στη μελέτη των ανδρικών ορμονών υπήρξε η ασυμμετρία στις οργανωτικές δομές που έκανε το γυναικείο σώμα, συμπεριλαμβανομένης της εμμηνόπαυσης, το κεντρικό σημείο του ορμονικού εγχειρήματος. Οι ενδοκρινολόγοι φύλου εξαρτώνταν από αυτές τις οργανωτικές δομές (γυναικολόγοι είχαν εύκολη πρόσβαση σε

γυναικεία ούρα και ωοθήκες) για να τους παρέχουν τα απαραίτητα εργαλεία και υλικά. Οι άνθρωποι όρχεις ήταν πολύ δύσκολο να βρεθούν, επειδή δεν υπήρχε ιατρική πρακτική κατά την οποία αφαιρούνταν όρχεις. Οι επιστήμονες έφταναν ακόμη και σε φυλακές για να περιμένουν εκτελέσεις για να συλλέξουν φρέσκο υλικό. Η πρόσβαση σε ανδρικά ούρα ήταν επίσης προβληματική, επειδή δεν υπήρχε θεσμικό πλαίσιο για τη συλλογή ανδρικών ούρων όπως υπήρχε για τα γυναικεία ούρα. Η θεσμοθέτηση πρακτικών που αφορούν το γυναικείο σώμα σε μια ιατρική ειδικότητα μετατρέπει το γυναικείο σώμα σε εύκολα προσβάσιμο προμηθευτή ερευνητικού υλικού, σε βολικό «πειραματόζωο» και σε ένα οργανωμένο ακροατήριο για τα προϊόντα της επιστήμης (Oudshorn, 1997).

Στη δυτική κοινωνία, μια αντίθεση δομεί την εικόνα των σωμάτων: η αναπαραγωγή σχετίζεται με το θηλυκό και η παραγωγή με το αρσενικό. Αυτή η αντίθεση των σωμάτων συνοδεύεται από ιεράρχηση: αστάθεια, ανισορροπία και αποτυχία του γυναικείου σώματος από τη μια πλευρά· σταθερότητα, αντοχή και απόδοση του ανδρικού σώματος από την άλλη. Έτσι, οι κοινωνικές αναπαραστάσεις μας συνδέουν τη γήρανση της αναπαραγωγικής ικανότητας και τη στειρότητα με το θηλυκό, ενώ τα σώματα των ανδρών υποτίθεται ότι δεν μπορούν να αποτύχουν, αφού η ανδρική τους δύναμη δεν δύναται να εξασθενήσει (Charlap, 2022).

Έτσι ενώ η εμμηνόπαυση είναι βασική στα ιατρικά εγχειρίδια όπως θα δούμε παρακάτω δεν ισχύει το ίδιο για την ανδρόπαυση. Η ανδρική αναπαραγωγική γήρανση υφίσταται ως ακόμη μια φυσιολογική διαδικασία του ανθρώπινου σώματος. Στους άνδρες η γήρανση συνοδεύεται από μείωση των σεξουαλικών ορμονών, ιδιαίτερα της τεστοστερόνης που ακολουθείται από αυξημένη κόπωση, απώλεια μυϊκής μάζας, προοδευτικής μείωσης της γονιμότητας και της παραγωγής σπέρματος, μείωση της τριχοφυΐας, μείωση μυϊκής μάζας και δύναμης, ελάττωση φυσικής αντοχής, της λίμπιντο και της σεξουαλικής δραστηριότητας. Επίσης οι άνδρες εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης ανικανότητας, αυξημένου εκνευρισμού και ευερεθιστότητας, αϋπνίας και έντονης εφίδρωσης, ακόμη και εξάψεων, συμπτώματα που θυμίζουν το σύνδρομο του κλιμακτηρίου στις γυναίκες». Ορισμένοι κλινικοί γιατροί προτιμούν για αυτό τον λόγο έναν ευρύτερο ορισμό του όρου ανδρόπαυση και ονομάζουν αυτή τη φάση «ανδρική κλιμακτήριο» (Oudshorn, 1997).

Η έννοια της ανδρόπαυσης εμφανίζεται, λοιπόν, πάνω από έναν αιώνα μετά από εκείνη της εμμηνόπαυσης. Το 1952, ο Antoine Porot την ορίζει στο Εγχειρίδιό του Ψυχιατρικής και μόλις στις δεκαετίες του 1980 περνά στο γαλλικό κοινό λεξιλόγιο (Le Grand Robert). Η έννοια αυτή καθιερώνεται αργά σε μια κοινωνία όπου οι σεξουαλικές δυσκολίες των ανδρών παραμένουν ταμπού. Έτσι, η επιστημονική παραγωγή σύμφωνα με έρευνα της Vinel (2007) πάνω στο θέμα

παραμένει περιορισμένη: ενώ η εμμηνόπαυση αποτέλεσε αντικείμενο 308 γαλλικών διδακτορικών, κυρίως ιατρικών, μεταξύ 1983 και 2004, μόνο τέσσερις διατριβές αφιερώθηκαν στην ανδρόπαυση. Η βιβλιογραφία εκλαΐκευσης παραμένει επίσης δυσανάλογη: 6 έργα για τους άνδρες γύρω στα 50 από το 1980 ως το 2004 στη Γαλλία, έναντι περίπου 100 για την εμμηνόπαυση, περίπου δέκα γαλλόφωνες ιστοσελίδες (καμία γαλλική – μία βελγική, οι υπόλοιπες καναδικές) για την ανδρόπαυση έναντι εκατό για την εμμηνόπαυση (Vinel, 2007).

Στα ιατρικά εγχειρίδια, η ανδρόπαυση παρουσιάζεται ως μια διαδικασία που δεν επηρεάζει όλους τους άνδρες, αλλά κυρίως έναν πιο ευάλωτο πληθυσμό. Περιγράφεται λιγότερο λεπτομερώς και δραματικά από την εμμηνόπαυση και συνδέεται λιγότερο με αισθητικές παραμέτρους. Η βασική διαφορά σχετίζεται με τη θέση της σεξουαλικότητας: οι σεξουαλικές δυσκολίες αποτελούν κεντρικό θέμα στην ανδρόπαυση. Η διαφορετική αντιμετώπιση εμμηνόπαυσης και ανδρόπαυσης από την άλλη αναδεικνύει το βάρος των αναπαραστάσεων στις ιατρικές θεωρίες: η συμπεριφορά των γυναικών συνδέεται με τη βιολογία πολύ περισσότερο απ' ό,τι των ανδρών (Charlap, 2022).

Ο τρόπος που περιγράφονται οι ανδρικές μεταβολές παραμένει λιγότερο απότομος από εκείνον για την εμμηνόπαυση, που παρουσιάζεται ως «ανεπάρκεια», «ορμονική καταιγίδα», «έλλειψη παρόμοια με αυτή του τοξικομανούς». Η ανδρόπαυση, αντίθετα, αφορά μόνο μέρος των ανδρών, εμφανίζεται προοδευτικά και μπορεί να είναι όψιμη (Vinel, 2007).

Η αορατότητα της ανδρικής κλιμακτηρίου σύμφωνα με την Oudshorn (1997) μπορεί έτσι να κατανοηθεί ως μια διαδικασία αλληλεπίδρασης μεταξύ των στάσεων των ανδρών απέναντι στα προβλήματα υγείας και των οργανωτικών δομών των ιατρικών ιδρυμάτων. Συνεπώς, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι η ανισορροπία στην ιατρική αντιμετώπιση των κλιμακτηρικών προβλημάτων στις γυναίκες και στους άνδρες δεν βασίζεται απλώς σε βιολογικές διαφορές φύλου, αλλά αντανακλά βαθύτερες κοινωνικές και πολιτισμικές διαστάσεις της ταξινόμησης των προβλημάτων υγείας ως ασθένειες. Από φουκωική σκοπιά, σύμφωνα με τη Vinel (2007) θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο «μηχανισμός της σεξουαλικότητας», του οποίου η εξομολόγηση ως παραγωγή αλήθειας για τον εαυτό είναι κεντρική, επεκτείνεται αργά στο ανδρικό σώμα. Τα προβλήματα υγείας μπορούν να χαρακτηριστούν ως ασθένεια και να ιατροκοινοποιηθούν μόνο αν υπάρχει ένα πολιτισμικό κλίμα και μια ιατρική υποδομή που να μετατρέπει ενεργά τα παράπονα για την υγεία σε ασθένειες. Η ιατροκοποίηση των προβλημάτων υγείας εξαρτάται τελικά από τις στάσεις και τα συμφέροντα των ιατρικών επαγγελματιών, των ασθενών και, τέλος, της φαρμακευτικής βιομηχανίας (Oudshorn, 1997). Η διαφορετική πορεία της ανδρόπαυσης αποκαλύπτει επομένως ότι οι βιολογικές μεταβολές αποκτούν κοινωνική

σημασία μόνο όταν εντάσσονται σε συγκεκριμένα καθεστώτα γνώσης, εξουσίας και ιατρικής διαχείρισης.

## **5.2 Η εμμηνόπαυση δεν αφορά μόνο τα cis-gender άτομα**

Η εμπειρία κάθε ατόμου που βιώνει την εμμηνόπαυση είναι μοναδική καθώς αποτελεί συνδυασμό βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που διαφέρουν ανάλογα με τον πολιτισμό, τη γενιά και την κοινωνική θέση του ατόμου. Η δυτική βιοιατρική επιστήμη ασχολείται και αναφέρει μια λίστα συμπτωμάτων (εξάψεις, νυχτερινές εφιδρώσεις, μεταβλητότητα στην διάθεση και στην ενέργεια, στην λίμπιντο του ατόμου κ.ά) που αφορούν μόνο cisgender γυναίκες, εκ των οποίων πολλά από αυτά δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στην εμμηνόπαυση ούτε καν σε άτομα με εμμηνόρροια. Επιπλέον, τα μεταβαλλόμενα επίπεδα ορμονών και η ακανόνιστη έμμηνος ρύση θεωρούνται φυσιολογικά στην εφηβεία αλλά παρουσιάζονται ως «συμπτώματα» στη μέση ηλικία (Felice et. al. 2021).

Η «φυσική» εμμηνόπαυση προσδιορίζεται αναδρομικά ως η απουσία εμμηνόρροιας για 12 συνεχόμενους μήνες. Αυτός όμως ο ορισμός δεν καλύπτει όλες τις περιπτώσεις όπως την προκληθείσα εμμηνόπαυση λόγω αφαίρεσης ωοθηκών, λόγω χημειοθεραπείας ή ορμονικής θεραπείας. Παράλληλα η σύνδεση του ορισμού της εμμηνόπαυσης με τον εμμηνορρυσιακό κύκλο είναι και προβληματική.

Προβληματική διότι αρχικά η απουσία έμμηνος ρύσεως για ένα χρόνο δεν αποτελεί μοναδικό χαρακτηριστικό ούτε της φυσικής ούτε της προκληθείσας εμμηνόπαυσης. Η παύση της εμμήνου ρύσεως μπορεί να προκληθεί προσωρινά λόγω εγκυμοσύνης, θηλασμού, υποσιτισμού, άγχους ή λόγω ιατρικών θεραπειών για παθήσεις όπως η ενδομητρίωση. Κατά δεύτερο λόγο η σύνδεση της εμμηνόρροιας με τη θηλυκότητα περιθωριοποιεί άτομα που έχουν έμμηνο ρύση αλλά δεν είναι γυναίκες, όπως τρανς άνδρες και μερικά ίντερσεξ άτομα. Επίσης περιθωριοποιεί γυναίκες που δεν έχουν έμμηνο ρύση, όπως κάποιες ίντερσεξ γυναίκες ή οι τρανς γυναίκες που βιώνουν όμως διακρίσεις λόγω φύλου και ηλικίας καθώς και τις συνέπειες της μείωσης ή διακοπής θεραπειών ορμονικής υποκατάστασης (HRT) (Felice, Søndergaard & Balaam, 2021).

Οι εμπειρίες των τρανς ατόμων και των non binary ατόμων κατά την εμμηνόπαυση και τη μέση ηλικία έχουν συστηματικά αποκλειστεί από την ιατρική έρευνα και μόλις τα τελευταία χρόνια έχουν αρχίσει να αποτυπώνονται οι εμπειρίες τους σε εξειδικευμένη βιβλιογραφία (Cook-Daniels & Munson 2010, Mohamed & Hunter 2019, Siverskog 2015).

Πολλά τρανς άτομα ξεκινούν ορμονοθεραπεία ως επιβεβαίωση/αλλαγή φύλου ως μέρος μιας κοινωνικής και ιατρικής μετάβασης, η οποία συνήθως περιλαμβάνει τη μείωση των ενδογενών ορμονών και την και εισαγωγή εξωγενών ορμονών. Αυτή η διαδικασία μείωσης και αύξησης των ορμονών μπορεί να οδηγήσει αυτά τα άτομα να βιώσουν μια διαφορετική μορφή της εμμηνόπαυσης. Για παράδειγμα, ένας τρανς άνδρας που ξεκινά τεστοστερόνη και δεν έχει προηγουμένως βιώσει εμμηνόπαυση ή ωοθηκεκτομή, γενικά θα σταματήσει να έχει περίοδο, μπορεί να εμφανίσει ξηρότητα του κόλπου και η γονιμότητά του μπορεί να μειωθεί—αλλά είναι επίσης πιθανό να βιώσει αυξημένη λίμπιντο, ακμή, βάθεμα της φωνής και ανάπτυξη τριχών στο πρόσωπο και το σώμα. Μπορεί να προτιμά να ερμηνεύει αυτές τις εμπειρίες ως μέρος μιας επιθυμητής μετάβασης προς την αρρενωπότητα και επομένως να τις αντιλαμβάνεται κυρίως ως ανδρική εφηβεία παρά ως εμμηνόπαυση (Toze, Westwood, 2025). Είτε τα τρανς ή τα non binary άτομα λαμβάνουν ορμονικές παρεμβάσεις είτε όχι, είναι επίσης πιθανό οι ψυχοκοινωνικές εμπειρίες της εμμηνόπαυσης να διαφέρουν για τα φύλο-αποκλίνοντα άτομα σε σχέση με τα cis άτομα. Οι αντιλήψεις για την εμμηνόπαυση ως αποκλειστικά γυναικεία εμπειρία, και ως κάτι στενά συνδεδεμένο με την αναπαραγωγική ικανότητα, μπορεί να έχουν διαφορετική προσωπική και κοινωνική σημασία για αυτά τα άτομα, ανάλογα με τις εμπειρίες και τις ταυτότητές τους γύρω από τέτοια ζητήματα. Ωστόσο, προς το παρόν υπάρχει ελάχιστη επίσημη τεκμηρίωση αυτών των ζητημάτων (Toze, Westwood, 2025).

Αντίστοιχα, στις ίντερσεξ ζωές, η εμμηνόπαυση αναδεικνύει την τεχνητότητα των διπόλων φύλου και αναπαραγωγής, καθώς πολλά ίντερσεξ σώματα έχουν ήδη υποστεί από την παιδική ηλικία ιατρικές παρεμβάσεις με στόχο την ευθυγράμμιση με τα δυαδικά πρότυπα φύλου. Η παύση ή η απουσία της εμμηνόρροιας, καθώς και οι ορμονικές μεταβολές, συχνά ερμηνεύονται όχι ως φυσιολογικές παραλλαγές, αλλά ως παθολογίες που απαιτούν διαρκή ιατρική διαχείριση.

Εν ολίγοις και με την όποια διαφοροποίηση, η εμμηνόπαυση λειτουργεί ως βιοπολιτικό εργαλείο ταξινόμησης που δεν ρυθμίζει μόνο τη γήρανση των σωμάτων, αλλά και το ποια σώματα αναγνωρίζονται ως «γυναικεία», ποια ως αναπαραγωγικά έγκυρα και ποια ως παρεκκλίνοντα, αποδίδοντας ένα τεχνητό σώμα. Οι τρανς και ίντερσεξ εμπειρίες καθιστούν ορατό ότι η εμμηνόπαυση δεν είναι ένα οικουμενικό βιολογικό γεγονός, αλλά μια κατηγορία γνώσης που παράγεται μέσα από κανονιστικά, σισ-ετεροπατριαρχικά και δυτικά επιστημονικά πλαίσια.

## 6. Πολιτισμικές διαφορές ερμηνείας εμμηνόπαυσης και στάσεις των γυναικών.

Η εννοιολόγηση της υγείας και της αρρώστιας έτσι όπως τις θέτει ο βιοϊατρικός δυτικός λόγος δεν γίνονται αντιληπτές με τον ίδιο τρόπο σε όλους τους πολιτισμούς ούτε σηματοδοτούν τέτοιους διαχωρισμούς φύλου. Όπως η φιλοσοφική και ιατρική παράδοση της Ανατολικής Ασίας που αντιλαμβάνεται την υγεία ως μια συνέχεια της ασθένειας και όχι σαν κάτι διαμετρικά αντίθετό της. Σύμφωνα με την ανατολική φιλοσοφία σε αντίθεση με την βιοϊατρική της Δύσης, η υγεία του ατόμου εξαρτάται από παράγοντες όπως η εποχή του χρόνου, το επάγγελμα του, η ηλικία του, η κοινωνική του θέση. Γενικά η υγεία του ατόμου εξαρτάται από το πλαίσιο μέσα στο οποίο βρίσκεται και επικεντρώνεται στην απομάκρυνση των συμπτωμάτων χωρίς να ερευνά και να χαρακτηρίζει την αιτία (Lock & Kaufert, 2001).

Σαν παράδειγμα αναφέρεται πως αντιμετωπίζεται η εμμηνόπαυση από τα άτομα που την βιώνουν στην Ιαπωνία. Η ιαπωνική λέξη *kōnenki*, που συνήθως μεταφράζεται στα αγγλικά ως εμμηνόπαυση, δεν έχει την ίδια στενή σημασία. Κατανοείται ως μια μακρά, σταδιακή διαδικασία στην οποία το τέλος της εμμηνόρροιας είναι απλώς ένας από τους παράγοντες που συμβάλλουν. Ο όρος *kōnenki* είναι πιο κοντά στην παλαιότερη ευρωπαϊκή αντίληψη της «κλιμακτηρίου». Παρόμοια στην Κίνα ο όρος *gengnianqi* μεταφράζεται ως ‘ένα στάδιο που το άτομο μεγαλώνει’ ή ‘ως μια περίοδος που κάποιο άτομο αλλάζει’ και είναι μια έννοια παρόμοια με τη *kōnenki* και αυτή της ‘κλιμακτηρίου’ στη Δύση (Lock & Kaufert, 2001).

Γίνεται φανερό ότι η εμμηνόπαυση στην Ιαπωνία ή την Κίνα δεν έχει το χαρακτήρα της ασθένειας αλλά θεωρείται ένα φυσιολογικό μεταβατικό στάδιο στη ζωή των γυναικών. Τα άτομα στην Ιαπωνία που βρίσκονται σε *kōnenki* βιώνουν εντυπωσιακά λιγότερα συμπτώματα ακόμη και τα πιο κοινά της εμμηνόπαυσης όπως αυτά των εξάψεων και των νυχτερινών εφιδρώσεων. Το *kōnenki* δεν θεωρήθηκε από την ιαπωνική ιατρική κοινότητα μια κατάσταση παραπλήσια με αυτή της ασθένειας και ούτε συνδέθηκε στενά με το τέλος της εμμηνόρροιας. Τα συμπτώματα που συνδέθηκαν στην Ιαπωνία με το *kōnenki* είναι η δυσκαμψία στους ώμους ή το βάρος στο κεφάλι. Η μελέτη αντιλήψεων και πρακτικών σχετικά με την εμμηνόπαυση άλλων κοινωνιών πέρα του Δυτικού κόσμου οδηγεί στην αντίληψη ότι η εμμηνόπαυση δεν είναι ένα οικουμενικό γεγονός αλλά μια πολιτισμικά κατασκευασμένη έννοια (Lock, 2011).

Οι πολιτισμικές διαφορές έχουν ερμηνευτεί ως αποτελέσματα διαφορών στις αντιλήψεις και στο νόημα της εμμηνόπαυσης, όπως το αν η εμμηνόπαυση θεωρείται ιατρική κατάσταση ή φυσικό φαινόμενο, ή αν η μέση ηλικία αντιπροσωπεύει θετικές ή αρνητικές κοινωνικές αλλαγές και/ή αξίες μέσα σε μια κοινωνία. Υπάρχουν ενδείξεις από ανθρωπολογικές και ποιοτικές μελέτες (Freeman & Sherif 2007, Hunter & O'Dea 1997) ότι τα κοινωνικά και πολιτισμικά νοήματα διαφέρουν σημαντικά, αλλά ο αιτιατός ρόλος αυτών των νοημάτων παραμένει ασαφής.

Η «ιατρικοποίηση» της εμμηνόπαυσης στις δυτικές κοινωνίες θεωρείται ότι συμβάλλει στη σχετικά υψηλή συχνότητα εμφάνισης των εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων που αναφέρουν οι γυναίκες στη Βόρεια Αμερική και στην Ευρώπη (Beyene, 1986). Παρόμοια αποτελέσματα υπάρχουν και στην έρευνα των Ayers, Forshaw & Hunter (2009) πάνω σε 13 δημοσιευμένες μελέτες που αφορούσαν τις επικρατούσες κοινωνικές πεποιθήσεις σε διαφορετικές κοινωνίες και πως αυτές επηρεάζονται από μια σειρά πολιτισμικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων, οι οποίοι με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν την εμπειρία της εμμηνόπαυσης και την αναφορά των συμπτωμάτων.

Τα υψηλότερα ποσοστά αναφοράς εμμηνοπαυσιακών συμπτωμάτων σε κοινωνίες όπου η εμμηνόπαυση θεωρείται ως ιατρική πάθηση παρατηρήθηκαν σύμφωνα με τους Avis, Crawford & McKinley (1997) σε γυναίκες που έχουν αρνητική στάση απέναντι στην εμμηνόπαυση και είναι πιο πιθανό να αναφέρουν συμπτώματα εμμηνόπαυσης από εκείνες που δεν το κάνουν. Η θετική ή η αρνητική στάση των γυναικών απέναντι στην εμμηνόπαυση επηρεάζει -σύμφωνα με τις έρευνες (Sievert, Espinosa- Hernandez 2003 - Berg & Taylor 1999- Ayers, Forshaw & Hunter 2009) – το πώς βιώνουν οι γυναίκες τα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης, σε ποια ένταση και κατά πόσο επηρεάζουν την εικόνα για τον εαυτό τους ανεξάρτητα βιοτικού, εργασιακού και κοινωνικού επιπέδου.

Η κατάθλιψη ένα σύμπτωμα που αποδίδεται στην εμμηνόπαυση από το δυτικό ιατρικό λόγο, συσχετίστηκε τόσο με αρνητικές στάσεις όσο και με εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα, γεγονός που δημιουργεί μεθοδολογικά προβλήματα διότι είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η κατεύθυνση της αιτιότητας (Ayers, Forshaw & Hunter, 2009). Γεννιέται το ερώτημα εάν τα αυξημένα συμπτώματα της εμμηνόπαυσης οδηγούν σε πιο αρνητικές στάσεις ή οι πιο αρνητικές στάσεις οδηγούν σε μεγαλύτερη ένταση συμπτωμάτων, ή ίσως η καταθλιπτική διάθεση επηρεάζει τόσο τις στάσεις όσο και την αναφορά συμπτωμάτων; Οι Hunter και Liao (1995) διαπίστωσαν ότι οι γυναίκες με καταθλιπτική διάθεση ήταν πιο πιθανό να θεωρούν τις εξάψεις/νυχτερινές εφιδρώσεις ως προβληματικές. Τα ευρήματα της προοπτικής μελέτης

υποδηλώνουν ότι οι πιο αρνητικές στάσεις οδηγούν σε περισσότερα εμμηνοπαυσιακά συμπτώματα· ωστόσο απαιτούνται περισσότερες μελέτες που να εξετάζουν ρητά αυτή τη σχέση ώστε να προσδιοριστεί η αληθινή αιτιότητα.

Παρόμοια περίπτωση αρνητικής στάσης φαίνεται και στη μελέτη των Delanoë, Hajri, Bachelot, Draoui, Hassoun, Marsicano και Ringa (2012) σε γυναίκες εργατικής τάξης από την Τυνησία, όπου η εμμηνόπαυση βιώνεται ως ασθένεια. Η διαφορετική κουλτούρα αυτών των γυναικών λόγω θρησκευτικών πεποιθήσεων δημιουργεί μια διαφορετική αντιμετώπιση του φαινομένου της εμμηνόπαυσης. Η συζυγική σεξουαλική επαφή βιώνεται ως συζυγικό καθήκον, συνοδευόμενο συχνά από αίσθημα ντροπής ή αποφεύγεται με την επίκληση της υποχρεωτικής αποχής από τη στιγμή που τα παιδιά αποκτούν τη δική τους σεξουαλική ζωή, καθώς και με την απαίτηση εξαγνισμού του σώματος μετά από κάθε σεξουαλική επαφή. Η εμμηνόπαυση φέρνει αλλαγή της κοινωνικής θέσης αυτών των γυναικών η οποία συνοδεύεται από ένα αίσθημα ‘αχρηστίας’ και εισόδου στην ομάδα των υπερήλικων.

Γίνεται φανερό ότι η μελέτη της εμμηνόπαυσης είναι ένα πολυσύνθετο έργο καθώς αφορά γυναίκες διαφορετικών εθνικοτήτων, τάξεων, θρησκευτικών πεποιθήσεων, διαφορετικών σωματικών παραμέτρων, διαφορετικού, εκπαιδευτικού, εργασιακού, οικογενειακού, οικονομικού, επιπέδου, με διαφορετικές διατροφικές συνήθειες, διαφορετικών πολιτιστικών πεποιθήσεων, που ζουν σε διαφορετικό κλίμα, σε διαφορετικά μέρη της γης. Όλες τους είναι γυναίκες, θηλυκότητες, άτομα και βιώνουν την εμμηνόπαυση διαφορετικά.

## **6.1 Η θετική πλευρά της εμμηνόπαυσης**

Είδαμε ότι για πολλές γυναίκες που βιώνουν την εμμηνόπαυση, η έλλειψη γνώσης και τα πολιτισμικά ταμπού καθιστούν την εμπειρία αυτή αρνητική. Η εμμηνόπαυση όμως μπορεί να είναι ένα θετικό φαινόμενο για τα σώματα που την βιώνουν. Μεταξύ των θετικών προσδοκιών που έχουν οι γυναίκες για την εμμηνόπαυση, η πιο προφανής είναι η συνειδητοποίηση ότι δεν θα υπάρχει πλέον εμμηνόρροια (Berterö, 2003· Ballard, Kuh, & Wadsworth, 2001). Επιπλέον, η απουσία της εμμηνόρροιας σημαίνει ότι οι γυναίκες δεν βιώνουν πλέον σε τακτά χρονικά διαστήματα πόνο και ανησυχία λόγω των ορμονικών αλλαγών (Berterö, 2003).

Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση έχουν θετική στάση απέναντι στο τέλος της εμμηνόρροιας καθώς εκτιμούν πλέον το να προγραμματίζουν τη ζωή τους ελεύθερα. Μια γυναίκα στην εμμηνόπαυση ορίζει τον εαυτό της ως πιο ελεύθερη. Έχει αναφερθεί ότι ένας από τους λόγους για τους οποίους ορισμένες γυναίκες βλέπουν θετικά την εμμηνόπαυση

είναι επειδή αισθάνονται πιο ελεύθερες στη σεξουαλική τους ζωή και ότι η σεξουαλική τους ζωή είναι καλύτερη (Hvas & Gannick 2008). Μέσα στην ιδέα της σεξουαλικής ελευθερίας, οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν τον εαυτό τους ως ελεύθερο σε ό,τι αφορά τη σεξουαλική επαφή, αφού δεν υπήρχε πλέον ο κίνδυνος εγκυμοσύνης και ελεύθερες να προγραμματίσουν τις κινήσεις τους χωρίς τον παράγοντα της εμμηνόρροιας (Berterö, 2003).

Σε έρευνα της Hvas (2006) σε δείγμα 24 γυναικών στη Δανία σχετικά με την εμμηνόπαυση και πως την βιώνουν, οι γυναίκες εξέφρασαν όλες εκτός από μία θετικές πτυχές της εμμηνόπαυσης ως αποτέλεσμα της γήρανσης. Οι γυναίκες δήλωσαν ότι είχαν γίνει πιο έμπειρες και ικανές, είχαν αποκτήσει μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων και προγραμματισμού της ζωής τους και αντιλήφθηκαν ότι πλέον είχαν χρόνο και εμπειρία για την προσωπική τους ανάπτυξη και την έκφραση των προσωπικών τους απόψεων, αναγκών και ανάπτυξη των ικανοτήτων τους. Τα περιγραφόμενα θετικά αποτελέσματα ήταν συνεπαγόμενα της μακροζωίας και όχι της εμμηνόπαυσης.

Σύμφωνα με τη Felice et al. (2021) οι γυναίκες όταν αντιστέκονται στον ιατροκοιμημένο λόγο περί εμμηνόπαυσης, τότε την αντιμετωπίζουν ως περίοδο μεταμόρφωσης, προσωπικής ανάπτυξης και αναστοχασμού της ζωής που έχουν μπροστά τους και πως πρέπει να την ζήσουν και βάσει ποιων προτεραιοτήτων. Οι συμμετέχουσες στην έρευνα της Felice et al. (2021) εξέφρασαν την αντίστασή τους απέναντι στη δομική καταπίεση αφιερώνοντας χρόνο και ενέργεια παρατηρώντας τις αλλαγές που βίωναν ώστε να γίνουν ειδικές στο δικό τους βιωμένο σώμα, μια αυτογνωσία που αγνοήθηκε στο πλαίσιο της ιατροκοποίησης.

## **6.2 Η τεχνολογία του σήμερα στην υπηρεσία της εμμηνόπαυσης.**

Τα τελευταία χρόνια, η άνθηση της βιομηχανίας FemTech (Female Technology), η οποία αναπτύσσει τεχνολογικά προϊόντα και υπηρεσίες για την υγεία των γυναικών, ασχολείται και με τις γυναίκες που βρίσκονται στο στάδιο της περιεμμηνόπαυσης. Η άνθηση αυτής της τεχνολογίας στοχεύει στα εκατομμύρια των γυναικών που εισέρχονται στην εμμηνόπαυση και θεωρείται ως μια εν δυνάμει ιδιαίτερα κερδοφόρα βιομηχανία. Η FemTech προτείνει προϊόντα υποστηρίζοντας ότι μπορούν να «λύσουν» τα πιο συχνά και ορατά γεγονότα της κλιμακτηρίου,

όπως οι εξάψεις. Για παράδειγμα, το βραχιόλι Grace<sup>5</sup> σχεδιάστηκε ώστε να ανιχνεύει τις εξάψεις και να δροσίζει τη γυναίκα που το φοράει. Το διαφημιστικό υλικό του παρουσιάζει τις εξάψεις ως «ντροπιαστικές» και προσφέρει μια «λύση» για να αντιστρέψει το αποτέλεσμα τους. Τα Pebal<sup>6</sup> και Menopod<sup>7</sup> είναι φορητές συσκευές που έχουν σχεδιαστεί ώστε με το πάτημα ενός κουμπιού να γίνουν κρύες και στη συνέχεια να εφαρμοστούν στο σώμα. Άλλες εταιρείες όπως οι Lusomé<sup>8</sup> και Cool-Jams,<sup>9</sup> Oya<sup>10</sup> παράγουν πολυτελή ενδύματα και ρούχα για γυναίκες με νυχτερινές εφιδρώσεις, με στόχο να διατηρούν τη γυναίκα στεγνή και δροσερή.

Υπάρχει και το σύστημα ‘‘Labella’’<sup>11</sup> που σχεδιάστηκε από το Πανεπιστήμιο του Νιουκάστλ για να βοηθήσει τις γυναίκες να αποκτήσουν καλύτερη γνώση του σημείου του σώματός τους που θεωρείται μεγαλύτερο ταμπού : του αϊδίου. Το ‘‘Labella’’ είναι ένα σύστημα επαυξημένης πραγματικότητας (συνδυασμός ενός έξυπνου εσώρουχου και ενός app) που προωθεί την προσωπική αυτογνωσία στη συγκεκριμένη περιοχή και βοηθά τις γυναίκες να αντιληφθούν τις αλλαγές που μπορεί να συμβαίνουν και να αντιμετωπίζουν καλύτερα ζητήματα όπως η ακράτεια και τον έλεγχο για καρκίνο της μήτρας ή του τραχήλου.

Έχουν επίσης σχεδιαστεί εφαρμογές κινητών για αυτοπαρακολούθηση των αλλαγών που βιώνονται. Για παράδειγμα, με βάση μια προκαθορισμένη λίστα «συμπτωμάτων», οι εφαρμογές Hot Flash Sisters και Menopause View προτείνουν στη χρήστρια να καταγράψει τα μοτίβα για να τα δείξει στον γιατρό της. Οι MySysters και my-Pause συσχετίζουν τα καταγεγραμμένα «συμπτώματα» με δεδομένα για τον τρόπο ζωής της χρήστριας, ώστε να παρέχουν συμβουλές «διαχείρισης συμπτωμάτων». Αυτή η προσέγγιση στην αυτοπαρακολούθηση, ενώ προτρέπει τις γυναίκες να «πάρουν τον έλεγχο» του σώματός τους ενέχει τον κίνδυνο να μειώσει την εμπειρία της εμμηνόπαυσης δημιουργώντας την πεποίθηση ότι υπάρχει μια έμφυτη, καθολική εμπειρία εμμηνόπαυσης που μοιράζονται όλες οι γυναίκες – ενώ ταυτόχρονα συνεχίζει να αποκλείει άτομα που περνούν εμμηνόπαυση χωρίς να είναι γυναίκες και δεν αποτελούν καν στόχο ως χρήστες. Τέτοιες κινήσεις όχι μόνο ιατροκοποούν την εμμηνόπαυση –καθώς αντικαθιστά τον πλούτο της βιωμένης εμπειρίας με τυποποιημένες λίστες που πρέπει να εγκριθούν

<sup>5</sup> <https://www.gracecooling.com/>

<sup>6</sup> <https://www.cambridgeconsultants.com/helping-women-to-take-control-of-menopausal-hot-flashes/>

<sup>7</sup> <https://menopod.ca/?srltid=AfmBOorbdsmdyWakoBf4NVh5OgN5Bui7CrmlwYvS8F1-ylGFPjERK7s8>

<sup>8</sup> <https://lusome.com/>

<sup>9</sup> <https://www.cool-jams.com/?srltid=AfmBOoojFFy550kfp3PneeBTvYxdLgBa8nrFbKybEw6jCcwVLuqcj8e>

<sup>10</sup> <https://wearoya.com/>

<sup>11</sup>

<https://www.ncl.ac.uk/press/articles/archive/2016/05/labella/#:~:text=The%20vagina%20persists%20as%20an,S>  
hare:

από ιατρικούς επαγγελματίες— αλλά μπορούν επίσης να εντείνουν περαιτέρω το στίγμα, ιδιαίτερα για όσα άτομα δεν βρίσκουν τις εμπειρίες τους να αντικατοπτρίζονται στις προκαθορισμένες λίστες (Felice et. al. 2021), ενώ πλέον περνάμε σε έναν έλεγχο τεχνολογίας.

Ο όρος HCI (Human-Computer Interaction) δηλαδή Αλληλεπίδραση Ανθρώπου Υπολογιστή ιδίως μετά και την επικράτηση της AI (Artificial Intelligence) παρουσιάζεται όλο και πιο τακτικά στις εργασίες γύρω από την υγεία των γυναικών και των βιοϊατρικών προσεγγίσεων αυτής. Σύμφωνα με την Lazar, MakotoSu, Bardzell & Bardzell, S, (2019) η υγεία των γυναικών αποκτά όλο και μεγαλύτερη δυναμική ως πεδίο έρευνας στην HCI. Ο σχεδιασμός εφαρμογών που θα καθοδηγούν τα άτομα στην εμμηνόπαυση και πως θα χρησιμοποιηθούν οι εμπειρίες των γυναικών για την δημιουργία τέτοιων εφαρμογών καθώς και αν οι νέες εφαρμογές και τα προϊόντα για την έμμηνο ρύση παραβλέπουν σημαντικές πολιτικές και πολιτισμικές διαστάσεις είναι παράμετροι που εξετάζονται από την HCI όταν ασχολείται με την έρευνα στην υγεία των γυναικών. Οι ερευνητές/τριες του σήμερα μέσω της τεχνητής νοημοσύνης και γενικά μέσω των υπολογιστών προσπαθούν να επεκταθούν πέρα από το αμιγώς ιατρικό μοντέλο υγείας και να προτείνουν και άλλες προσεγγίσεις όπως ο σχεδιασμός για αυτοφροντίδα, ευεξία και ακτιβισμό για την υγεία και να ξεφύγουν από το παραδοσιακό ιατρικό λόγο της Δύσης (Lazar, et al., 2019).

Η μετατόπιση αυτή επαναφέρει ένα ευρύτερο πολιτικό και επιστημολογικό ερώτημα: κατά πόσο τα ίδια τα υποκείμενα που βιώνουν την εμμηνόπαυση μπορούν να παράγουν έγκυρη γνώση για το σώμα και τις εμπειρίες τους ή αν η ερμηνεία τους εξακολουθεί να διαμεσολαβείται από ειδικούς, τεχνολογικά συστήματα και θεσμούς. Με άλλα λόγια, χρειάζεται μια πιο συμπεριληπτική ιατρική ή να τεθεί το βίωμα στο επίκεντρο, θυμίζοντας το ερώτημα που έθεσε η Chakravorty Spivak (2024) σχετικά με το αν οι υποτελείς μπορούν να μιλήσουν και κυρίως να ακουστούν μέσα στα κυρίαρχα καθεστώτα γνώσης.

## **7. Βιωμένες εμπειρίες και ποιοτική έρευνα.**

### **7.1 Μεθοδολογικό πλαίσιο έρευνας**

Με αυτό το πλαίσιο η παρούσα έρευνα επιδιώκει να αποτυπώσει το πώς βιώνουν σωματικά και ψυχολογικά αλλά και κοινωνικά οι σημερινές θηλυκότητες την εμμηνόπαυση. Κάθε θηλυκότητα αντιμετωπίζει το σώμα της διαφορετικά όπως και τις ηλικιακές αλλαγές και την οπτική της για τη ζωή μετά την εμμηνόπαυση.

Επίσης η έρευνα προσπαθεί να διακρίνει σε ποιο βαθμό ο ιατρικός λόγος επηρεάζει αυτές τις θηλυκότητες και με ποιο τρόπο και πως το κοινωνικό περιβάλλον και γενικότερα το κοινωνικό σύνολο δρα υποστηρικτικά ή απέχει λόγω αμάθειας ή στερεοτύπων. Επίσης αν οι ίδιες νιώθουν ότι αλλάζει η θέση τους μέσα στη σημερινή κοινωνία ή την οικογένειά τους ή πως επηρεάζεται η σεξουαλικότητά τους. Εκτός από τη «φυσιολογική» εμμηνόπαυση σε ποιο ειδικές γραμμές αποτυπώνεται και πως ο ιατρικός λόγος είναι ανεπαρκής μεθοδολογικά και υποστηρικτικά όσον αφορά τις περιπτώσεις της «βίαιης» εμμηνόπαυσης που επιβάλλει σε άτομα είτε λόγω ασθένειας είτε λόγω θεμάτων φύλου.

## **7.2 Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις.**

Οι ημιδομημένες συνεντεύξεις βασίζονται σε ένα σύνολο ερωτήσεων που έχουν ήδη προετοιμαστεί αλλά αυτές λειτουργούν ως οδηγός για περισσότερες διευκρινιστικές ερωτήσεις από την ερευνήτρια. Έτσι γίνεται εφικτό να διερευνηθεί σε βάθος ένα θέμα ενώ παράλληλα να καθοδηγείται η συνεντευξιαζόμενη να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη δομή δίνοντάς της όμως και την ελευθερία να παρεκκλίνει όπου νομίζει ότι θέλει να προσθέσει κάτι διαφορετικό στη συζήτηση (Ζαφειρόπουλος, 2024), ένα βίωμα, μια εμπειρία που δεν καλύπτει η ερώτηση που της έχει τεθεί.

Οι ερωτήσεις που τίθενται προέρχονται μετά την εντατική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και στόχος τους είναι η συλλογή πληροφοριών αλλά κυρίως η αποτύπωση των βιωμάτων και των αντιλήψεων των συμμετεχουσών μέσω της ελεύθερης αφήγησης. Αυτή η μορφή συλλογής πληροφοριών δεν είναι εφικτή με την απλή ποσοτική έρευνα (Ζαφειρόπουλος, 2024), καθώς η συμμετέχουσα έχει την ελευθερία και τη δυνατότητα να μιλήσει σε ένα περιβάλλον ασφάλειας και εμπιστοσύνης.

Αυτό επιτεύχθηκε μέσω της προσωπικής επαφής πριν τη συνέντευξη μεταξύ της ερευνήτριας και των συμμετεχουσών και με την ενημέρωσή τους σχετικά με το έντυπο συναίνεσης και ανωνυμίας των προσωπικών τους δεδομένων και την υπογραφή του από αυτές. Επίσης οι συνεντεύξεις δόθηκαν σε τόπο και χρόνο που όρισαν οι συμμετέχουσες ώστε να είναι όσο πιο άνετα και οικεία γι' αυτές.

## **7.3 Συμμετέχουσες θηλυκότητες**

Οι 11 συμμετέχουσες της έρευνας έχουν διαφορετική σεξουαλική ταυτότητα, οικονομικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά και μορφωτικό επίπεδο και με ηλικιακό εύρος από τα 43 έως τα 66

έτη. Οι δύο εξ αυτών ορίζουν τη σεξουαλική τους ταυτότητα ως ομοφυλόφιλες ενώ οι υπόλοιπες ως ετεροφυλόφιλες. Ένα άτομο είναι ίντερσεξ με θηλυκά γεννητικά όργανα και ορίζει τον εαυτό της ως ετεροφυλόφιλη. Έγινε προσπάθεια να καλυφθούν όσο το δυνατόν διαφορετικές σεξουαλικές ταυτότητες και διαφορετικές μορφές εμμηνόπαυσης αλλά δεν κατέστη εφικτό να εξασφαλιστεί συνέντευξη με trans ή non binary άτομο και για αυτό το λόγο χρησιμοποιήθηκε συνέντευξη τρανς άνδρα που μιλάει για τη φυλομετάβαση του και πως βίωσε τη δική του μορφή εμμηνόπαυσης η οποία έχει αναρτηθεί στο διαδίκτυο.<sup>12</sup>

Όλες οι συμμετέχουσες βιώνουν ή έχουν βιώσει την εμμηνόπαυση και μόνο μια βρίσκεται στη φάση της περιεμμηνόπαυσης, τρεις εξ αυτών μπήκαν σε «βίαιη» εμμηνόπαυση, δύο λόγω καρκίνου ενώ η τρίτη λόγω ορμονικών θεμάτων φύλου. Σε όλα τα υποκείμενα έχουν δοθεί κωδικοί αναγνώρισης για την εξασφάλιση της ανωνυμίας τους. Όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχουσών φαίνονται στον παρακάτω πίνακα:

| A/A | ΚΩΔ. Υ-ΠΟΚ. | ΗΛΙΚΙΑ | ΗΛΙΚΙΑ ΕΜΜΗ-ΝΟΠΑΥ-ΣΗΣ Ή ΠΡΟΕΜ-ΜΗΝΟ-ΠΑΥ-ΣΗΣ | ΣΤΕΟΥΝΔΙΚΗ ΤΑΥΤΟ-ΤΗΤΑ | ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΠΑΙΔΙΑ | ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ Ε-ΠΙΠΕΔΟ | ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ                  |
|-----|-------------|--------|--------------------------------------------|-----------------------|------------------------|--------|-----------------------|----------------------------|
| 1   | A1          | 54     | 50                                         | ΕΤΕΡΟΦΥ-ΛΟΦΙΛΗ        | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ            | -      | ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ           | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗ-ΜΙΟΥ  |
| 2   | A2          | 62     | 48                                         | ΕΤΕΡΟΦΥ-ΛΟΦΙΛΗ        | ΕΓΓΑΜΗ                 | 1      | ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ           | ΝΟΜΙΚΟΣ /ΣΥ-ΝΤΑΞΙΟΥΧΑ      |
| 3   | A3          | 61     | 55                                         | ΕΤΕΡΟΦΥ-ΛΟΦΙΛΗ        | ΕΓΓΑΜΗ                 | 2      | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ          | ΠΟΛ.ΜΗΧΑΝΙ-ΚΟΣ             |
| 4   | A4          | 54     | 46                                         | ΕΤΕΡΟΦΥ-ΛΟΦΙΛΗ        | ΕΓΓΑΜΗ                 | 2      | ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ           | ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥ-ΤΡΙΑ           |
| 5   | A5          | 43     | 42                                         | ΟΜΟΦΥΛΟ-ΦΙΛΗ          | ΣΕ ΣΧΕΣΗ               | -      | ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ           | ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ     |
| 6   | A6          | 62     | 50                                         | ΕΤΕΡΟΦΥ-ΛΟΦΙΛΗ        | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ            | 2      | ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ           | ΣΥΝΤΑ-ΞΙΟΥΧΑ/Δ. Υ-ΠΑΛΛΗΛΟΣ |
| 7   | A7          | 54     | 49                                         | ΕΤΕΡΟΦΥ-ΛΟΦΙΛΗ        | ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΗ            | 1      | ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ           | ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ ΟΣΕ              |
| 8   | A8          | 66     | 54                                         | ΟΜΟΦΥΛΟ-ΦΙΛΗ          | ΕΓΓΑΜΗ                 | -      | ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ          | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ/ΣΥ-ΝΤΑΞΙΟΥΧΑ    |
| 9   | A9          | 59     | 48                                         | ΕΤΕΡΟΦΥ-ΛΟΦΙΛΗ        | ΕΓΓΑΜΗ                 | 2      | ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ           | ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ                 |

<sup>12</sup> Η συνέντευξη του Ryan [https://www.youtube.com/watch?v=i3zY6Av\\_sME](https://www.youtube.com/watch?v=i3zY6Av_sME).

|    |     |    |    |                    |         |   |               |                                              |
|----|-----|----|----|--------------------|---------|---|---------------|----------------------------------------------|
| 10 | A10 | 65 | 50 | ΕΤΕΡΟΦΥ-<br>ΛΟΦΙΛΗ | ΕΙΓΓΑΜΗ | 2 | ΤΕΙ           | ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΣ Α-<br>ΚΤΙΝΟΛΟΓΟΣ/ΣΥ-<br>ΝΤΑΞΙΟΥΧΑ |
| 11 | A11 | 56 | 53 | ΕΤΕΡΟΦΥ-<br>ΛΟΦΙΛΗ | ΕΙΓΓΑΜΗ | 2 | ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ | ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΑ<br>Δ.Υ                           |

#### 7.4 Ερμηνευτική προσέγγιση των δεδομένων και επεξεργασία των πληροφοριών

Στην παρούσα έρευνα για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που προκύπτουν από τις ημιδομημένες συνεντεύξεις χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της θεματικής ανάλυσης (thematic analysis). Η ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων που παράχθηκαν από τις συνεντεύξεις έχει σκοπό να αποδοθούν νοήματα στα δεδομένα αυτά με απώτερο σκοπό να υπάρξουν απαντήσεις στα κεντρικά ερωτήματα της έρευνας μας.

Η θεματική ανάλυση προτιμήθηκε διότι βασίζεται στη συστηματική αναγνώριση, κατανόηση και οργάνωση των επαναλαμβανόμενων μορφών νοήματος που συναντιούνται εντός ενός συνόλου δεδομένων. Έτσι είναι πιο εφικτή η ανίχνευση πολυάριθμων μοτίβων νοήματος εντός των υπαρχόντων δεδομένων και η/ο ερευνήτρια/ης αποκτά πρόσβαση σε συλλογικές εμπειρίες και τρόπους σκέψης όπου τελικά επιλέγει και εστιάζει τις εμπειρίες και τις νοηματοδοτήσεις που είναι σχετικές με το θέμα της/του και που θεωρεί ότι είναι κατάλληλες για την απάντηση των ερευνητικών της/του ερωτημάτων. Η διαδικασία της θεματικής ανάλυσης εμπεριέχει τον ενεργό και δημιουργικό ρόλο της/του ερευνήτριας/ή καθώς πρέπει να αναπτύξει μια διαλογική σχέση με τα δεδομένα που της/του παρέχουν τα δεδομένα των συνεντεύξεων και να παράγει τα θέματα και όχι να τα ανακαλύψει (Τσιώλης, 2018: 98).

Τα στάδια της θεματικής ανάλυσης μοιάζουν με τα στάδια άλλων ποιοτικών αναλύσεων. Σύμφωνα με τις Braun & Clarke (2006:87) τα στάδια αυτά στη θεματική ανάλυση είναι τα παρακάτω:

1. Εξοικείωση με τα δεδομένα. Απομαγνητοφώνηση των δεδομένων, ανάγνωση αρκετές φορές, καταγραφή αρχικών ιδεών.
2. Δημιουργία αρχικών κωδικών: Κωδικοποίηση, επισήμανση σημαντικών αποσπασμάτων .

3. Αναζήτηση θεμάτων: ομαδοποίηση των κωδικών σε ευρύτερες κατηγορίες.
4. Ανασκόπηση θεμάτων: έλεγχος εάν τα θέματα «λειτουργούν» σε σχέση με τα κωδικοποιημένα αποσπάσματα και με το σύνολο των δεδομένων.
5. Ορισμός και ονοματοδοσία των θεμάτων
6. Ερμηνεία και συγγραφή: Επιλογή αποσπασμάτων από τις συνεντεύξεις ως παραδείγματα, τελική ανάλυση των επιλεγμένων αποσπασμάτων και σύνδεση της ανάλυσης με τα ερευνητικά ερωτήματα και τη βιβλιογραφία.

#### Αναδυόμενα θέματα μέσα από την θεματική ανάλυση

Αρχικά πραγματοποιήθηκε ανοιχτή κωδικοποίηση όλων των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων. Οι πρώτοι κώδικες αφορούσαν επαναλαμβανόμενες αναφορές σε σωματικές αλλαγές, φόβο γήρανσης, αίσθημα απώλειας θηλυκότητας, απελευθέρωση από την έμμηνο ρύση, δυσπιστία προς το ιατρικό σύστημα και αλλαγές στη σεξουαλικότητα. Στη συνέχεια οι επιμέρους κώδικες ομαδοποιήθηκαν σε ευρύτερες θεματικές κατηγορίες με βάση τις νοηματικές τους συνάφειες. Μετά την μελέτη των συνεντεύξεων και την ομαδοποίηση των κωδικών σε ευρύτερες κατηγορίες αναδύθηκαν τα παρακάτω θέματα:

1. Η εμμηνόπαυση ως απώλεια (αισθήματα και ανησυχίες)
2. Η εμπειρία του σώματος
3. Σεξουαλικότητα και εμμηνόπαυσή
4. Σχέση με την ιατρική
5. Στρατηγικές διαχείρισης
6. Η ζωή μετά την εμμηνόπαυση

Η θεματική ανάλυση ακολουθεί μια ερμηνευτική προσέγγιση (Braun & Clarke, 2006, 2022), όπου τα θέματα δεν αντιμετωπίζονται ως αντικειμενικά δεδομένα που “ανακαλύπτονται”, αλλά ως ερμηνευτικές κατασκευές που προκύπτουν μέσα από τη σχέση θεωρίας, ερευνητικού ερωτήματος και εμπειρικού υλικού (Mason, 2002). Από την άλλη, η θεματική ανάλυση, βασισμένη σε μια λογική όπου η thematic investigation / participatory approach δεν παίρνει με όρους εξορυκτισμού δεδομένα από «ευάλωτα» σώματα αλλά τα άτομα συμμετέχουν ενεργά στη διαμόρφωση των θεμάτων που θεωρούν

σημαντικά, μπορεί να ιδωθεί και μέσα από μια από-αποικιοκρατική θεματική ερμηνεία (Silva & Wanderely, 2022) έλλειψης, εμπειρίας και επανερμηνείας. Με την έννοια ότι όπως αναδεικνύουν και οι θεματικές, όπως αναλύονται παρακάτω, οι κυρίαρχοι βιοϊατρικοί και πολιτισμικοί λόγοι γύρω από την εμμηνόπαυση λειτουργούν συχνά κατασταλτικά, παθολογικοποιώντας το «μη-παραγωγικό» θηλυκό σώμα, συνδέοντας τη θηλυκότητα αποκλειστικά με την αναπαραγωγικότητα και αποκλείοντας εμπειρίες που δεν συμμορφώνονται με το cis-κανονιστικό πρότυπο. Ωστόσο, μέσα από τις αφηγήσεις των συμμετεχουσών αναδύονται μορφές αντίστασης απέναντι στις κυρίαρχες ιατρικές αφηγήσεις, μέσα από πρακτικές αυτοφροντίδας, επαναδιαπραγμάτευσης της σεξουαλικότητας, αμφισβήτησης της παθολογικοποίησης και επανανοηματοδότησης της ίδιας της εμμηνόπαυσης.

## 7.5 Η εμμηνόπαυση ως απώλεια

Οι έρευνες των φεμινιστριών είδαμε ότι είχαν επικεντρωθεί στους δυο συναγωνιζόμενους όρους που αφορούν την εμμηνόπαυση: αυτόν της ιατρικής κοινότητας που την αντιμετωπίζει ως ασθένεια- απώλεια της αναπαραγωγικής διαδικασίας και αυτόν του κινήματος για την υγεία των γυναικών που ορίζει την εμμηνόπαυση ως ένα φυσιολογικό στάδιο στη ζωή τους μακριά από κανονιστικές διατάξεις όπως η αναπαραγωγή.

Καμία συμμετέχουσα δεν ονομάτισε την εμμηνόπαυση ως «απώλεια». Καμία θηλυκότητα από τις 11 δεν έδωσε την διάσταση της ασθένειας, της απώλειας ως κάτι επίπονο ή να το ένιωσε ότι είναι λιγότερο θηλυκό. Στην ερώτηση πως ένιωσαν όταν κατάλαβαν ότι μπαίνουν στην εμμηνόπαυση υπήρξαν απαντήσεις όπως:

A6: *«Στην αρχή ανησύχησα πως κάτι συμβαίνει. Από τη στιγμή που κατάλαβα ότι δεν συμβαίνει τίποτα.... Το ξέχασα το θέμα».*

A10: *«Θεώρησα ότι είναι ένας κύκλος της γυναίκας που ανοίγει κι ένας άλλος που κλείνει. Και είναι πολύ καλό αυτό να το περνάμε χωρίς να βαραίνουμε ψυχικά τον εαυτό μας με ό,τι επακόλουθο είχε. Και σκεφτόμουν ότι ό,τι και να ήταν θα τον αντιμετωπίζα».*

A11: *Δεν το σκεφτόμουν πολύ να σου πω την αλήθεια. Το θεωρούσα πολύ φυσιολογικό ότι θα έρθει κάποια στιγμή. Πολύ φυσιολογική εξέλιξη της γυναίκας»*

A8: *«Είναι φυσικά πράγματα αυτά που συμβαίνουν στο κορμί μας και δεν είναι ούτε η αρχή ούτε το τέλος της ιστορίας. Και ζούμε με τη φυσική ροή των πραγμάτων. Και ναι, οδεύουμε προς το θάνατο όλοι μας, είτε μας αρέσει είτε όχι η ιδέα.».*

Ακόμη και για την Α5 που μπήκε σχετικά νωρίς στην περιεμμηνοπαυσιακή φάση και δεν έχει παιδιά δεν μιλάει για απώλεια, ούτε για ψυχολογικές επιπτώσεις : « Αφού δεν θα κάνω παιδί, γιατί το είχα σαν σκέψη κάποια στιγμή [...] εφόσον δεν θα κάνω πια, δεν με επηρεάζει κάπου.»

Α9: «... ψυχολογικά δεν με επηρέασε». Στην ερώτηση αν αισθάνθηκε μη αναπαραγωγική απάντησε «όχι, όχι, όχι . Καθόλου τέτοιες σκέψεις. Ούτε καν»

Η Α7 πριν να μπει στην εμμηνόπαυση θεωρούσε: «... ότι θα είναι πολύ δύσκολο από αυτά που άκουγα και από άλλο κόσμο, ότι θα αλλάξει εντελώς το σώμα μου, ότι είναι ένα μεταβατικό στάδιο, μία αλλαγή στη ζωή μας, η οποία είναι καίρια, αυτό.» Ερωτώμενη αν η άποψή της αυτή παρέμεινε και αφού βίωσε την εμμηνόπαυση απάντησε: « -Όχι, βέβαια. Όταν μπήκα στην εμμηνόπαυση, στην αρχή έπαιξε ρόλο ο ψυχολογικός παράγοντας, ότι κάτι αλλάζει στη ζωή μου, αλλά προσαρμόστηκα πάρα πολύ γρήγορα και δεν ζορίστηκα.» .

Για την Α3 ήταν το τέλος ενός βιολογικού φαινομένου που δεν είχε αξία: «Για την ακρίβεια το θεωρούσα ότι θα απαλλαγώ από κάτι το οποίο δεν είχε πλέον νόημα...»

Η Α1 που βίωσε «βίαιη» εμμηνόπαυση λόγω εμφάνισης καρκίνου στο μαστό, πριν να μπει σε αυτή την διαδικασία είχε μπει στην περιεμμηνόπαυση πρώτα και επίσης δεν είχε το σκεπτικό της απώλειας: « Δεν σκεφτόμουν τίποτα. Ούτε καν είχα μπει στην διαδικασία να το σκέφτομαι. [...] Το άκουγα αλλά δεν έδινα καθόλου σημασία. Δεν ήταν κάτι που με απασχολούσε.».

Καμία τους δεν ένιωσε ότι η εμμηνόπαυση ήταν μια απώλεια που τις στιγματίζε τις άλλαζε, τις έκανε να χάνουν τον εαυτό τους, το αντιμετώπισαν σαν μια φυσιολογική και αναμενόμενη αλλαγή του σώματός τους. Άκουσαν το σώμα τους και ένιωσαν τις αλλαγές ως κάτι αναμενόμενο, δεν την αντιμετώπισαν ως πάθηση αλλά ως μια φυσική αλλαγή μια φθαρτής οντότητας που είναι το σώμα χωρίς αυτό να σημαίνει ότι οι προσωπικότητές τους και η εκφορά της θηλυκότητάς τους θα άλλαζε επίσης.

## 7.6 Η εμπειρία του σώματος

Κάθε μία από τις συμμετέχουσες βίωσε διαφορετικά αυτή την μετάβαση, αυτή την ορμονική αλλαγή όσον αφορά τις σωματικές ενδείξεις και τα συμπτώματα που είχαν. Τα συμπτώματα ως περιστασιακά σωματικά φαινόμενα εμφανίζονται με διαφορετική ένταση σε κάθε γυναίκα και εξαρτώνται και εξελίσσονται διαφορετικά μέσα στο χρόνο.

Κάθε μια μίλησε για τις αλλαγές και τα αισθήματα που βίωσε και πως αντιμετώπισε όλη την κατάσταση. Το πιο κοινό σωματικό σύμπτωμα σύμφωνα με την έρευνα είναι οι εξάψεις, ενώ αυτό που τις ανησύχησε πιο έντονα ήταν η αύξηση του βάρους τους. Όμως κάθε θηλυκότητα

το βιώνει διαφορετικά αυτό το στάδιο και στο τέλος συνειδητοποιεί ότι απλά το σώμα της μεγαλώνει ηλικιακά και αλλάζει συμπεριφορά οπότε και αυτή πρέπει να αλλάξει συμπεριφορά προς το σώμα της. Δεν το βιώνουν παθητικά ούτε δέχονται ότι τα σώματά τους είναι πια αδύναμα αλλά αντιδρούν η κάθε μια με το δικό της τρόπο. Ας δούμε πως το βίωσαν:

Η Α5: « Το μόνο που με ενόχλησε και με ενοχλεί ακόμη είναι ότι είχα πάρα πολλά μαλλιά, πολλή μαλλούρα και έχουν πέσει τα μαλλιά μου. Φυσιολογικά, ναι, θα έχεις κάποιο ψιλό προβλήματα. Κάποιες εξάψεις, κάποιο λίγο... Δεν είναι θέμα αυτό. Αν έχεις ένα καρκίνο, έχεις πολύ μεγαλύτερα προβλήματα. Αν έχεις νεφρική ανεπάρκεια έχεις πολύ μεγαλύτερα προβλήματα τώρα. Εξάψεις και καούρες. Όλα αυτά τα περνάς σταδιακά, φροντίζεις τον εαυτό σου. Απλώς πρέπει να, μην ξεχνάς, να φροντίζεις τον εαυτό σου».

Για την Α7 η εμμηνόπαυση σε σχέση με την εγκυμοσύνη της ήταν πιο δύσκολης: «Στις αλλαγές στο σώμα. Θα πρέπει να προσέχεις αρκετά για να μην πάρεις βάρος. Άλλαξαν οι διατροφικές μου συνήθειες. Ενώ στις άλλες δύο, όπως στην εγκυμοσύνη, δεν το σκεφτόμουν. Δεν σκέφτεσαι ότι θα παχύνεις ή θα αλλάξεις το σώμα σου».

Για την Α9 τα σωματικά συμπτώματα ήταν αυτά που την ενόχλησαν κυρίως : «Πριν μου σταματήσει πλήρως, είχα πολύ περισσότερη ροή. Η οποία ήταν και λίγο ακανόνιστη. Ενώ εγώ είχα πάντα ένα σταθερότατο κύκλο, χωρίς πόνους, πάρα πολύ ομαλό. Και τα δυο τελευταία χρόνια με παίδεψε αυτό το πράγμα. Επίσης οι εξάψεις ήταν τρομερές. Δηλαδή την ώρα που ήμουν στην τάξη και δίδασκα μια χαρά, άρχιζε ο κρύος ιδρώτας από το κεφάλι και έτρεχε και ήμουν σαν την τρελή. Είχα πάντα κλάμερ μαζί, μάζευα τα μαλλιά και άνοιγα τα παράθυρα. [...] μια υπέρταση που μου παρουσιάστηκε και αποφάσισα να βάλω την άσκηση στη ζωή μου και την προσοχή στη διατροφή».

Για την Α6 ήταν κάτι διαφορετικό: «Στο δέρμα. Αυτό που μου κόστισε, αν μπορούμε να πούμε, είναι στο δέρμα, μετά από τουλάχιστον μια πενταετία και μετά, ότι άρχισε να χαλαρώνει το δέρμα, να γίνεται πιο ξερό. Στο δέρμα, βασικά. Στο σώμα μου, όχι, δεν είχα αλλαγές».

Το βάρος ήταν πρόβλημα και για την Α10: « Αμέσως, μέσα σε ένα χρόνο, είχα πάρει οκτώ κιλά, χωρίς να αλλάξω τις διατροφικές μου συνήθειες. Και αυτό με είχε τρομάζει λίγο.

Αλλά μετά έβαλα στη ζωή μου τη διατροφή και την γυμναστική, και το περπάτημα, γιατί συγχρόνως είχαν φύγει και τα παιδιά για σπουδές, οπότε αυτό με βοήθησε στο να πάρω κάποιες αποφάσεις για μένα. [...] Ήταν μια πολύ εύκολη μετάβαση για μένα, γιατί δεν είχα ιδιαίτερα προβλήματα».

Και η ιδιαιτερότητα της κάθε περίπτωσης φαίνεται στο θέμα του βάρους για την Α3: Μετά την εμμηνόπαυση αυτό που ήλθε σαν αλλαγή είναι ότι έχανα πιο εύκολα κιλά, γιατί προφανώς

*παίζανε κάποιο ρόλο οι ορμόνες που είχα το προηγούμενο διάστημα. Όχι αμάν τίποτα, απλά ήταν πιο εύκολο να χάνω κιλά»*

### Πως αντιδρά το σώμα στη «βίαιη» εμμηνόπαυση

Ο ιατρικός λόγος ασχολείται με την φυσική εμμηνόπαυση και κατακλύζει με πληροφορίες και οδηγίες το διαδίκτυο και όλα τα γυναικεία έντυπα. Πολύ λίγα όμως γράφονται για την «βίαιη» ή «τεχνητή» εμμηνόπαυση που βιώνουν μερικές θηλυκότητες είτε λόγω χημειοθεραπειών, είτε λόγω ορμονοθεραπειών. Ακόμα πιο λίγα γράφονται για το πως βιώνουν την εμμηνόπαυση και τα ίντερσεξ ή τα τρανς άτομα. Στη δική μου έρευνα η Α1 και η Α2 βίωσαν την «βίαιη» εμμηνόπαυση λόγω εμφάνισης καρκίνου του μαστού. Και στις δύο χορηγήθηκαν φαρμακευτικά σκευάσματα που κατέστειλαν άμεσα την έμμηνο ρύση τους. Και οι δύο είχαν πρώιμα σημάδια κλιμακτηρίου αλλά μετά την φαρμακευτική αγωγή μπήκαν αμέσως στην κλιμακτήριο και στη εμμηνόπαυση. Και οι δύο το βίωσαν διαφορετικά.

Για την Α1: *« Ήταν πολύ έντονα φουσκώματα. Είχα εφίδρωση τη νύχτα και το δεύτερο, έχω πόνο στις αρθρώσεις. [...] Επίσης είχα και αύξηση βάρους, γιατί εγώ πάντα πολύ αδύνατη ήμουν. Πήγα στα 59 κιλά. Τώρα πάλι ξανακατέβηκα. Αλλά για το δικό μου το δεδομένο, επειδή αθλούμαι όλη μου τη ζωή, ήταν μια αλλαγή, ρε παιδί μου. Είδα, ας πούμε, έντονο λίπος στη κοιλιακή χώρα. Από εκεί που δεν είχα ιδιαίτερο. Αυτά είναι τα συμπτώματα που τα είδα από την περίοδο που ξεκινά η εμμηνόπαυση».*

Η Α2 το βίωσε με το δικό της τρόπο: *« Και το βίωσα καλά θα έλεγα. Οπότε δεν είχα το χρόνο έτσι να σκεφτώ πάρα πολύ τα της εμμηνόπαυσης... Είχα κάποια θέματα.[...] Ψιλό εφιδρώσεις, εξάψεις, αυτά δηλαδή που έχουν νομίζω οι περισσότερες γυναίκες. Αλλά όχι κάτι πολύ έντονο και όχι για μεγάλο χρονικό διάστημα. Δηλαδή γρήγορα σταμάτησαν αυτά».*

Και οι δύο γυναίκες υπέστησαν την αλλαγή δίνοντας όμως βάρος στο θέμα της υγείας τους και όχι στο ότι σταμάτησε η έμμηνος ρύση τους. Το πιο βασικό γι' αυτές ήταν η υγεία τους και πως θα ξεπερνούσαν το πρόβλημα του καρκίνου. Γιατί ο καρκίνος ήταν η πραγματική ασθένεια όχι η εμμηνόπαυση.

### Μια ίντερσεξ εμπειρία της εμμηνόπαυσης

Η Α4 ανακάλυψε στις αρχές της εφηβείας της ότι ανήκει στο ίντερσεξ φάσμα. Έχει ένα τυπικά θηλυκό σώμα αλλά χωρίς ωοθήκες άρα δεν μπορούσε να έχει περίοδο και να αποκτήσει παιδιά. Από το τέλος σχεδόν της εφηβείας της μέχρι τα 46 της χρόνια θα κάνει ορμονοθεραπεία (οιστρογόνα).

*«Πέρα από το ότι τα οιστρογόνα θηλυκοποιούσαν το σώμα μου και την ύπαρξή μου γιατί εγώ ταυτιζόμουν με το φύλο... [...] Οπότε, τα οιστρογόνα ήταν καλοδεχούμενα. Μου δημιουργούσαν το σώμα μου, μου δημιουργούσαν την ερωτική διάθεση, όλη την εφορία που έχουν τα οιστρογόνα, αναπτυσσόταν το στήθος μου».*

Η Α4 για να μπορέσει να μείνει έγκυος και να συντηρηθεί η εγκυμοσύνη της, έπρεπε ο γιατρός της να πολλαπλασιάσει την ποσότητα των οιστρογόνων που της χορηγούσε επί 50 φορές από την συνηθισμένη δόση που έπαιρνε. Μετά από την εγκυμοσύνη της και για μια ακόμη 7ετία συνέχισε να παίρνει οιστρογόνα και μετά ξαφνικά έπρεπε να τα σταματήσει τελείως σύμφωνα με τον γιατρό της. Μπήκε απότομα στην εμμηνόπαυση. Την δική της εμμηνόπαυση που ήταν σύμφωνα με την Α4 πολύ «κοστοβόρα».

*«Δηλαδή, από εκεί που έσφυζα από ζωή, όρεξη, σεξουαλικότητα, και αντιλαμβανόμουν τον εαυτό μου με έναν πιο χαρούμενο και ερωτικό τρόπο, έτσι μπήκα σε αδυναμία, σε ματαιότητα, σε φρικτή ψυχική κούραση. Ήταν σαν να βγήκα, σαν να άδειασα σαν να ξεφούσκωσα και να έμεινα ένα κουφάρι».*

*«Κανείς δεν μου εξήγησε ότι η δουλειά μου ήταν να ομαλοποιήσω τη μετάβαση σε σωματικό επίπεδο, βιολογικό, και ότι αυτό που θα ερχόταν μετά θα ήταν, εφόσον δουλεύει κάποιος με τον εαυτό του και δεικνύει μια χωριστική ικανότητα, ότι αυτό είναι καλύτερο από ποτέ. Η αλήθεια είναι ότι πέρασα κατάθλιψη. Ορμονο- εξαρτώμενη.*

*Ήθελα να πεθάνω. Είχα φοβερά σωματικά συμπτώματα, δεν κοιμόμουνα μέρες, έχανα μαλλιά, αδυνάτιζα, παρακάλαγα να είναι τελευταία μου αναπνοή, κοιτάζα από το μπαλκόνι, θα μπορούσα να έχω φουντάρει....[...] Έτσι, ήταν ένα σταδιακό βούλιαγμα, το οποίο το είχα οικειοποιηθεί, και το αναγνώριζα, πώς το λένε, σαν φυσιολογικό».*

Η Α4 βίωσε στο έπακρο τόσο την σωματικά αλλά και την ψυχολογική αλλαγή. Για αυτή ήταν μια πολύ επίπονη διαδικασία όχι γιατί θα έμπαινε στην εμμηνόπαυση αλλά ο τρόπος που μπήκε. Παρόμοια είναι και η περίπτωση τρανς άνδρα του Ryan<sup>13</sup> που για αντίστοιχο λόγο και μετά την φυλομετάβαση σταμάτησε ξαφνικά η φυσική παραγωγή οιστρογόνων βίωσε και αυτός παρόμοια συμπτώματα με την Α4 και έφτασε και αυτός στην κατάθλιψη και στο όριο της αυτοκτονίας. Ο Ryan στην ηλικία των 30 μετά την επέμβαση αφαίρεσης έσω γεννητικών οργάνων βιώνει ξαφνικά την εμμηνόπαυση και την απότομη διακοπή των ορμονών του. Κανείς

από τους γιατρούς του δεν του εξήγησε ούτε του επέδειξε την σωστή διαδικασία ώστε να αποφύγει όλα αυτά τα έντονα συμπτώματα, δεν υπήρξε καμία ψυχολογική υποστήριξη για να αντιμετωπίσει και αυτός αυτό το «άδειασμα» που ένιωθε ξαφνικά στο σώμα του.

Μια διαδικασία που θα μπορούσε να ήταν πολύ πιο ομαλή αν είχε την κατάλληλη στήριξη τόσο σε ιατρικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο. Η Α4 και ο Ryan είναι το τρανταχτό παράδειγμα ότι ο ορισμός της εμμηνόπαυσης και η σύνδεση του με την έμμηνο ρύση είναι προβληματική και όπως επίσης και η σύνδεση και των δυο βιολογικών φαινομένων με την ύπαρξη της θηλυκότητας ή όχι. Και παρόλο που ο δυτικός ιατρικός λόγος ερμηνεύει ως μη φυσιολογικές παραλλαγές την παύση ή την απουσία της εμμηνόρροιας και τις θεωρεί παθολογίες που απαιτούν ιατρική διαχείριση, η περίπτωση της Α4 και του Ryan έδειξε πως τα ίντερσεξ άτομα όπως και τα τρανς δεν έχουν την ιατρική φροντίδα και την υποστήριξη που τους αξίζει.

## **7.7 Σεξουαλικότητα και εμμηνόπαυση**

Ο «μηχανισμός της σεξουαλικότητας» που στο ανδρικό φύλο παραμένει στο απυρόβλητο μέχρι σε μεγάλη ηλικία για τις γυναίκες γινόταν ιδιαίτερα προβληματικός μετά την εμμηνόπαυση. Οι εικόνες των γυναικών έως και τα τέλη περίπου του 20<sup>ου</sup> αιώνα που γίνονται γιαγιάδες και κρύβουν τον εαυτό τους πίσω από τα μαντήλια και τις μακριές φούστες υπάρχουν ακόμη στις αναμνήσεις μας. Γυναίκες με δήθεν ανύπαρκτη λίμπιντο και θηλυκότητα κρυμμένες πίσω από τους τίτλους της γηραιάς και αξιοσέβαστης ηλικιωμένης των 50 ετών. Ακόμη και σήμερα σε αρκετές περιπτώσεις οι γυναίκες στην εμμηνόπαυση και στην κλιμακτήριο αντιμετωπίζονται από τα ΜΜΕ και την Δυτική ιατρική ως σώματα που έχουν χάσει την διάθεση τους για ζωή και για σεξ.

Στην παρούσα έρευνα όλες οι συμμετέχουσες δήλωσαν ότι ναι είχαν μια μείωση της λίμπιντο αλλά δεν έγιναν σεξουαλικά ανενεργές. Μπορεί να έγιναν πιο «βαριές» ή με μειωμένη διάθεση αλλά όλες συνεχίζουν ακόμη κανονικά να έχουν σεξουαλική δραστηριότητα και αισθάνονται και πιο «άνετες» καθώς έχει απομακρυνθεί το εμπόδιο της εμμηνόρροιας.

Η Α9 μιλώντας για την σεξουαλική της ζωή, μιλάει για περιορισμό της λίμπιντο: *« Αλλά δεν με πτοούσε εμένα αυτό. Και αυτή η κολπική ξηρότητα είναι αυτό που σε κάνει καμιά φορά να μην έχεις επιθυμία γιατί σκέφτεσαι ας το καλό δηλαδή τώρα παίδεμα. Αλλά εμένα ήταν μόνο τα τελευταία χρόνια. Δεν ήταν από την αρχή. [...] Όχι, δεν με πήγε πιο πίσω στο σεξουαλικό κομμάτι. Αυτό που με πήγαινε λίγο πιο πίσω ήταν η απουσία του συζύγου που δεν ήταν εδώ οπότε έπρεπε. Τίποτε άλλο δεν με πήγε πίσω».*

Μόνο η Α5 που είναι σε πολύ πιο μικρή ηλικία δήλωσε ότι δεν έχει καμία αλλαγή στην σεξουαλική της διάθεση και αυτή με τη σύντροφό της που βιώνει επίσης την εμμηνόπαυση συνεχίζουν κανονικά τη σεξουαλική τους ζωή.

Η κάθε μια βέβαια διαχειρίστηκε διαφορετικά συμπτώματα όπως η ξηρότητα του κόλπου ή τις αλλαγές στο σώμα της αν και σε όπως την Α6 η ξηρότητα εμφανίστηκε όταν σταμάτησε να έχει σεξουαλικό σύντροφο και όχι όταν μπήκε στην εμμηνόπαυση. Οι περισσότερες ήταν γνώστριες των διάφορων σκευασμάτων για την ξηρότητα του κόλπου ή ήθελαν να μάθουν περισσότερα για φυτικά σκευάσματα που θα τις βοηθήσουν να είναι ακόμη πιο σεξουαλικά ενεργές. Ακόμη και η Α4 που πέρασε τόσο άσχημα την περίοδο της εμμηνόπαυσης δήλωσε ότι *«Ξαναγνωρίστηκα με το σώμα μου και με την ευθύνη μου για πρώτη φορά. Η ερωτική μου επιθυμία είναι... Δεν έχει αυτό το οξύ, αλλά τη θεωρώ πολλαπλάσια. Η ηδονή, δεν το συζητώ. Δηλαδή, ευχαριστιέμαι το σώμα μου»*.

Μπορεί κατά την εκδήλωση των αλλαγών οι συμμετέχουσες να ένιωσαν ότι χρειάζονται κάποιο χρόνο προσαρμογής για να διαχειριστούν το σώμα τους και τις ανάγκες του άλλες σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό όμως καμία δεν δήλωσε ότι σταμάτησε να υπάρχει σαν λιβιδινικό θηλυκό. Η Α1 μιλάει για την κατηγοριοποίησή των γυναικών σε αξιαγάμητες και μη και πως η ίδια βίωσε αυτό τον αγώνα και πως επέλεξε να μην υπάρχει απλά ως άνθρωπος λόγω της εμμηνόπαυσης: *«Γιατί κάπως κατηγοριοποιεί αυτόματα τη γυναίκα, να τα στερεότυπα, σε αξιαγάμητη ή όχι. Αν είναι αξιαγάμητη ok, εάν δεν είναι, πρέπει να πάρει μια άλλη θέση, η οποία να έχει στάτους, να είναι πολύ καλή μητέρα, να είναι πολύ σύζυγος, να έχει μια ωραία επιτυχημένη επιχειρηματίας, να φαίνεται κοινωνικά καλά, κάπως να εξισορροπήσει, που θα μένει...[...] Και τώρα νιώθω αληθινά περισσότερο γυναίκα από ποτέ»*.

## 7.8 Εμμηνόπαυση και ιατρική

Οι συμμετέχουσες παρά το ενδιαφέρον που έδειξαν για φυτικά σκευάσματα που θα τους βοηθούσαν να βιώσουν πιο εύκολα ή και να εξαλείψουν κάποια συμπτώματα της εμμηνόπαυσης δεν έδειξαν καμία διάθεση να χρησιμοποιήσουν ορμονικά σκευάσματα. Εκτός από την Α4 που έκανε μια διαφορετική χρήση των ορμονών και την Α1 και Α2 που λόγω της θεραπείας τους δεν επιτρεπόταν, καμία άλλη δεν έκανε χρήση. Η υπόνοια εμφάνισης καρκίνου μετά την χρήση ορμονών υπάρχει στις περισσότερες ή ακόμη λόγω οικογενειακού ιστορικού τους έχει απαγορευθεί. Όπως στην Α7: *«Ο γιατρός μου είπε ότι καλό είναι να μην συνεχίσω να*

*έχω περίοδο. Δηλαδή με τεχνητό τρόπο. Γιατί στο περιβάλλον μας είχαμε καρκίνο. Οπότε καλό είναι να μην πάρω κάποια σκευάσματα τα οποία μπορεί να ζυπνήσουν τέτοιες. Οπότε δεν συνέχισα, δεν πήρα τίποτα. Δεν πήρα τίποτα, ναι. Δεν πήρα για να συνεχίσει η περίοδος. Δεν έκανα κάτι».*

Όμως θεωρούν ότι δεν υπάρχει η κατάλληλη υποστήριξη από τους επαγγελματίες υγείας προς τις θηλυκότητες που βρίσκονται στην κλιμακτήριο και ιδίως για άτομα που ζουν στην επαρχία ή ανήκουν σε φτωχότερα στρώματα. Η Α3 πιστεύει ότι: *« Δηλαδή, μία γυναίκα μεσαίας τάξης ενδεχομένως θα έχει τη βοήθεια που χρειάζεται αν απευθυνθεί σε ειδικό. Οι φτωχότερες, φτωχότερα στρώματα ή στα χωριά ούτε καν ασχολούνται, οι περισσότεροι».*

Πιστεύουν ότι δεν υπήρχε σωστή διαχείρισή τους από τους γιατρούς τους και κανένα πλαίσιο υποστήριξης γι' αυτές. Η Α9 θεωρεί ότι ο γιατρός της δεν ήταν σωστά ενημερωμένος: *« Τώρα, εκ των υστέρων που κάθομαι και τα σκέφτομαι και βλέπω λύσεις που υπάρχουν σήμερα, δεν ξέρω αν υπήρχαν τότε τόσα χρόνια πριν, αλλά θεωρώ ότι αν ήταν και αυτός σωστά ενημερωμένος θα μπορούσε να μου δώσει κάποια φυτικά προϊόντα κτλ. που να μου κάνουν τις εξάψεις λίγο πιο ήπιες ή τη μετάβαση λίγο πιο εύκολη, ή να το παρατείνουμε, δεν ξέρω κατά πόσο γινόταν».*

Η Α1 στην ερώτηση αν είχε υποστήριξη από τον γιατρό της κατά την διακοπή των ορμονών και την «βίαιη» μετάβασή της στην εμμηνόπαυση απάντησε: *« Τίποτα. Ναι. Τίποτα, τίποτα, τίποτα, τίποτα. Δηλαδή, πάρε κάτι σχετικά οιστρογόνα, έτσι λίγο να μην περάσεις μεγάλο στερητικό».* Και μιλάει για το τρόπο που θα έπρεπε να υποστηρίζονται οι θηλυκότητες: *« Να μιλάνε με ανθρώπους, να δικαιούνται κάποια είδους θεραπεία, ώστε να ομαλοποιήσουν την μετάβαση, όχι στην γηραιά εποχή τους, αλλά σε έναν άλλο τρόπο να υπάρχουν».*

Η κάθε μια είχε την προσωπική της εμπειρία με τον/την γιατρό της. Καμιά δεν είδε τον εαυτό της ως ασθενή αλλά σαν ένα υποκείμενο που βιώνει φυσιολογικές σωματικές αλλαγές και θα ήθελε να είχε καλύτερη ενημέρωση από την/τον γιατρό της για το πως θα τις βιώσει και πως θα ομαλοποιήσει όσο το δυνατόν αυτή την μετάβαση. Ακόμη και στην περίπτωση της Α1 που βίωσε το καρκίνο θεωρεί ότι δεν είχε την κατάλληλη υποστήριξη και ενημέρωση.

## 7.9 Η ζωή μετά την εμμηνόπαυση

Είμαι μια γυναίκα που βιώνει την φάση της εμμηνόπαυσης και τις διάφορες αλλαγές που προκαλεί στο σώμα μου όχι μόνο αυτό το σωματικό φαινόμενο αλλά εδώ και αρκετά χρόνια

το γεγονός ότι μεγαλώνω ηλικιακά. Είμαι 57 χρονών και ήδη σε σχέση με τους μέσους όρους εμφάνισης του φαινομένου στις Ελληνίδες είμαι αρκετά μεγάλη. Αυτό που νιώθω είναι ότι επιτέλους απελευθερώθηκα. Αυτή την λέξη χρησιμοποίησαν και οι περισσότερες συμμετέχουσες όταν ρωτήθηκαν πως αισθάνονται μετά την εμμηνόπαυση. Είναι αυτή η αίσθηση ότι επιτέλους απαλλάχτηκα από την έμμηνο ρύση, από τον προγραμματισμό από την έγνοια της.

Η Α3 : « Εγώ την έχω πάρει πολύ καλά την εμμηνόπαυση. Να σου πω, αισθάνομαι σαν 10χρονο παιδί. Δεν έχω περίοδο, δεν φοβάμαι να μη λερωθώ, δεν πονάει η κοιλιά μου, δεν έχω φουσκώματα, πρηξίματα, δοσίματα. Είμαι μια χαρά.»

Η Α8: « - Είμαι πιο χαρούμενη μετά την εμμηνόπαυση. Είμαι πιο χαρούμενη, πιο... Υπήρξα βαρύ παιδί όλη μου τη ζωή, σκεπτόμενο παιδί κλπ. Ξαλάφρωσα. Η εμπειρία μου με την εμμηνόπαυση ήτανε... φφφφ».

Η Α11 στην ερώτηση ποια είναι η εικόνα του εαυτού της τώρα απαντά: « Αν σου πω ότι μπορεί να έγινε και καλύτερη... Ναι, νομίζω ότι έγινε καλύτερη».

Η Α1 άλλαξε μόνο τον τρόπο που αντιμετωπίζει το σώμα της: « Το γεγονός ότι προσέχω πολύ περισσότερο στο τι τρώω και το πώς είμαι. Δηλαδή αν η διατροφή μου ήταν λίγο... έκανα και καμία ατασθαλία τώρα η ατασθαλία είναι μια στο τόσο».

Η Α1 όπως και άλλες συμμετέχουσες στην έρευνα δίνουν μεγάλη προσοχή στην καλή φυσική τους κατάσταση και θεωρούν ότι οι γυναίκες πρέπει να φροντίζουν το σώμα τους πριν την εμμηνόπαυση ώστε να βιώσουν λιγότερες ενοχλήσεις και αλλαγές και να συνεχίσουν και μετά με τον ίδιο ρυθμό.

Παρόμοια και η Α7: «Αν καταλάβεις ότι είσαι σε μία ηλικία που τώρα πρέπει να φροντίσεις περισσότερο το σώμα σου, ... το πόσο ρεαλιστής είναι ο άνθρωπος για να το βιώσει αναλόγως. Εγώ είμαι ρεαλίστρια, οπότε λέω αυτή είναι η φάση της ζωής μου, τελείωσε».

Η Α10 νιώθει και αυτή απελευθερωμένη και μιλάει για τα θετικά της εμμηνόπαυσης σκιαγραφώντας ταυτόχρονα και την στάση της ζωής της στο τώρα και στα χρόνια που έρχονται: «Όλα είναι, νομίζω, στη θέληση του καθένα μας να ορίσει... τη στάση του σε κάθε ηλικία. Γιατί όλες οι ηλικίες έχουν την ομορφιά τους. Αλήθεια το λέω τώρα. Αυτό το κομμάτι είναι το πιο ωραίο κομμάτι. Για μένα. Δηλαδή, τρυγάς τους καρπούς στη ζωή σου, δόξα στον Θεό φτάσαμε σε αυτή την ηλικία, είναι ένα κομμάτι που... δεν το προσπερνάς. Το ζεις. Με τα καλά του, με τα συν και τα πλην. Έτσι είναι. Αυτά».

## **7.10 Συμπεράσματα**

Συνολικά, η ανάλυση των συνεντεύξεων δείχνει ότι το κυρίαρχο βιοϊατρικό σχήμα που ταυτίζει την εμμηνόπαυση με «απώλεια» και παθολογία δεν επιβεβαιώνεται από τις αφηγήσεις των συμμετεχουσών. Καμία δεν περιέγραψε τη μετάβαση ως πλήγμα στη θηλυκότητα ή ως ψυχικά επώδυνη απώλεια της αναπαραγωγικότητας. Αντίθετα, το βίωμα αρθρώνεται ως φυσιολογική εξέλιξη, ως αλλαγή κύκλου και —σε αρκετές περιπτώσεις— ως απαλλαγή από κάτι που «δεν είχε πλέον νόημα». Ακόμη και στις περιπτώσεις «βίαιης» εμμηνόπαυσης, το κεντρικό νόημα δεν ήταν η παύση της εμμήνου ρύσης, αλλά η προτεραιότητα της υγείας και η αντιμετώπιση της νόσου. Οι γυναίκες εστιάζουν στην υγεία και την σωστή λειτουργία του σώματος και όχι να αποδείξουν το αυταπόδεικτο: ότι είναι ακόμη γυναίκες.

Παράλληλα, η «εμπειρία του σώματος» αναδεικνύεται ως πολλαπλή και μη ομοιογενής: τα «συμπτώματα» εμφανίζονται με διαφορετική ένταση και χρονικότητα (με πιο συχνές τις εξάψεις και με έντονη ανησυχία για το βάρος), ενώ οι συμμετέχουσες δεν περιγράφουν τον εαυτό τους ως παθητικό υποκείμενο αλλά ως δρών σώμα που διαπραγματεύεται τη μετάβαση με πρακτικές φροντίδας (άσκηση, διατροφή, προσαρμογές στην καθημερινότητα). Οι συμβουλές τους προς τις άλλες γυναίκες είναι να δεχθούν αυτή την φυσιολογική μετάβαση χωρίς φόβο και να εστιάσουν στην φροντίδα του σώματος τους μακριά από άγχος και στερεοτυπικές προκαταλήψεις. Το γήρας για όλους έρχεται σωματικά αλλά όχι ψυχολογικά και μπορούν οι γυναίκες να είναι όσο ενεργές θέλουν σε όλους τους τομείς αλλά με λίγη περισσότερη προσπάθεια που αυξάνεται αριθμητικά όσο μεγαλώνει και αριθμητικά η ηλικία του σώματος.

Στο πεδίο της σεξουαλικότητας, ένα πεδίο που απασχολεί ποικιλοτρόπως τις θηλυκότητες, παρότι καταγράφεται συχνά μείωση της λίμπιντο και ζητήματα όπως η κολπική ξηρότητα, δεν προκύπτει «σεξουαλική αποχή». Αντίθετα, οι αφηγήσεις δείχνουν συνέχιση της σεξουαλικής ζωής, με ίσως περισσότερη προσπάθεια από τις ίδιες, τεχνικές λύσεις και μια επιμονή στη λιβιδινική ύπαρξη πέρα από στερεότυπα ηλικίας. Ο/Η σύντροφος κάθε θηλυκότητας παίζει σημαντικό ρόλο στην διαχείριση της σεξουαλικότητάς της και στην διαχείριση της εικόνας της. Δεν θέλει να είναι απλά «αξιαγάμητη» αλλά μια ενεργή ερωτική παρουσία.

Τέλος, οι αφηγήσεις φωτίζουν ένα κενό υποστήριξης: οι συμμετέχουσες εμφανίζονται επιφυλακτικές απέναντι σε ορμονικά σκευάσματα (ιδίως υπό το βάρος του φόβου/ιστορικού καρκίνου), αλλά ταυτόχρονα αναδεικνύουν την ελλιπή ενημέρωση, την άνιση πρόσβαση και απουσία πλαισίων φροντίδας από το ιατρικό σύστημα, ιδιαίτερα για πιο ευάλωτες κοινωνικές

ομάδες. Οι γυναίκες ψάχνουν να βρουν υποστήριξη από άλλες γυναίκες, παραδειγματίζονται και εμπνέονται από μεγαλύτερες προς αυτές θηλυκότητες για να διαχειριστούν τις αλλαγές και να ξεφύγουν από στερεοτυπικές συμπεριφορές που περιορίζουν τις κινήσεις τους και τα όνειρά τους.

Επίσης η ίντερσεξ εμπειρία (και η αναφορά σε τρανς αφήγηση) καθιστά ορατό ότι η «εμμηνόπαυση» δεν μπορεί να περιορίζεται στον ορισμό της εμμηνόρροιας, καθώς τέτοιοι ορισμοί παράγουν αποκλεισμούς και εντείνουν τη βιοπολιτική κανονικοποίησης των σωμάτων. Η υποτιθέμενη οικουμενικότητα του βιοϊατρικού λόγου βασίστηκε ιστορικά στις εμπειρίες ορισμένων μόνο σωμάτων, ενώ άλλες εμπειρίες, φυλετικοποιημένων γυναικών, γυναικών της εργατικής τάξης, τρανς και ίντερσεξ ατόμων ή ατόμων εκτός του δυτικού κόσμου, παρέμειναν στο περιθώριο της επιστημονικής γνώσης. Υπό αυτό το πρίσμα, η εμμηνόπαυση δεν αναδεικνύεται μόνο ως βιολογικό γεγονός ή ως αντικείμενο ιατρικής διαχείρισης, αλλά και ως πεδίο μέσα στο οποίο διασταυρώνονται σχέσεις φύλου, ηλικίας, τάξης, φυλής, σεξουαλικότητας, «αναπηρίας» και σωματικής κανονικότητας. Στο σημείο αυτό, η «ζωή μετά την εμμηνόπαυση» αναδύεται ως πεδίο επανανοηματοδότησης: η κυρίαρχη λέξη που επανέρχεται είναι η απελευθέρωση, μαζί με μια μετατόπιση σε πρακτικές αυτοφροντίδας και μια πιο ενεργή στάση απέναντι στο σώμα και στην ηλικία.

## 8. Βιβλιογραφία

- Allshouse, A., Pavlovic, J., Santoro, N. (2018). Menstrual Cycle Hormone Changes Associated with Reproductive Aging and How They May Relate to Symptoms. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 613-628.
- Avis, N. E., Crawford, S. L., McKinlay, S. M. (1997). Psychosocial, behavioral, and health factors related to menopause symptomatology. *Womens Health*, 3, 103–120.
- Ayers, B., Forshaw, M., Hunter, M. S. (2010). The impact of attitudes towards menopause on women's symptom experience: A systematic review. *Maturitas*, 65, 28-36.
- Ballard, K. D., Kuh, D. J., & Wadsworth, M. E. J. (2001). The Role of the Menopause in Women's Experiences of the 'Change of Life'. *Sociology of Health and Illness*, 23(4), 397–424.
- Bell, E. S. (1987). Changing ideas: The medicalization of menopause. *Social Science & Medicine*, 24(6), 535-542.
- Bell, E.S. (1990), Sociological Perspectives on the Medicalization of Menopause. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 592: 173-178. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1990.tb30325.x>
- Berg, J. A., Taylor, D. L. (1999). Symptom experience of Filipino American midlife women. *Menopause*, 6, 105–114.
- Berterö, C. (2003). What Do Women Think about Menopause? A Qualitative Study of Women's Expectations, Apprehensions and Knowledge about the Climacteric Period. *International Nursing Review*, 50(2), 109–118.
- Beyene, Y. (1986). Cultural significance and physiological manifestations of menopause: A biocultural analysis. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 10(1), 47-71.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Broom, D., Woodward, R. (1996). Medicalisation reconsidered: towards a collaborative approach to care. *Sociology of Health & Illness*, 18, 357–378. doi:10.1111/1467-9566.ep10934730
- Charlap, C. (2015). *La fabrique de la ménopause: genre, apprentissage et trajectoires*. Doctoral thesis (Sociologie), Université de Strasbourg.

- Charlap, C. (2022) . *Misconceptions about menopause: A medical and social issue*. Le Cavalier Bleu. <https://doi.org/10.3917/lcb.charl.2022.01> .
- Chakravorty Spivak, G. (2024). Teaching for a Broken World. *Anglica*, 33(3), 11-26. <https://doi.org/10.7311/0860-5734.33.3.02>.
- Cokayne, K. (2003). *Experiencing Old Age in Ancient Rome*. London: Routledge.
- Conrad, P. (1977). Medicalization, etiology and hyperactivity: a reply to Whalen and Henker. *Social Problems*, 24, 596–598. doi:10.2307/800129
- Conrad, P. (1979). Types of medical social control. *Sociology of Health & Illness*, 1, 1–11. doi:10.1111/j.1467-9566.1979.tb00175.x
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232. doi:10.1146/annurev.so.18.080192.001233
- Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 3–14. doi:10.1177/002214650504600102
- Conrad, P., & Schneider, J. W. (1980). Looking at levels of medicalization: A comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(1), 75-79.
- Cook-Daniels, L., Munson, M. (2010). Sexual violence, elder abuse, and sexuality of transgender adults, age 50+: Results of three surveys. *Journal of GLBT Family Studies*, 6(2), 142–177.
- Correia, T. (2017). Revisiting Medicalization: A Critique of the Assumptions of What Counts As Medical Knowledge. *Frontiers in Sociology*, 2, Article 14. doi:10.3389/fsoc.2017.00014
- Delanoë, D. (1998). « La médicalisation de la ménopause. La pathologisation comme processus de socialisation». In *L'ère de la médicalisation* (D. Delanoë & P. Aïach, eds.), pp. 211-251. Paris: Anthropos.
- Delanoë, D., Hajri, S., Bachelot, A., Mahfoudh Draoui, D., Hassoun, D., Marsicano, E., Ringa, V. (2012). Class, gender and culture in the experience of menopause: A comparative survey in Tunisia and France. *Social Science & Medicine*, 75(2), 401-409.
- Elson, J. (2003). Hormonal hierarchy: Hysterectomy and stratified stigma. *Gender and Society*, 17, 750-770.

- Fausto-Sterling, A. (1985). *Myths of Gender: Biological Theories about Women and Men*. New York: Basic Books.
- Fausto -Sterling, M. (1999). Menopause: The storm before the calm. In J. Price & M. Shildrick (Eds.), *Feminist Theory and the Body, A Reader*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Felice, M. C., Søndergaard, M. L. J., Balaam, M. (2021). Resisting the Medicalization of Menopause: Reclaiming the Body through Design. *In Proceedings of the 2021 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI '21)*, Article 408, 1–16.
- Fernandez, H. (2005). *Traité de gynécologie*. Paris: Flammarion.
- Flint, M. (1975). The menopause: reward or punishment? *Psychosomatics*, 16(4), 161-163. doi:10.1016/S0033-3182(75)71183-0
- Foucault, M. (2002). *Για την υπεράσπιση της εξουσίας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός.
- Foxcroft, L. (2011). *Hot Flushes, Cold Science: A History of the Modern Menopause*. London: Granta.
- Freeman, E. W., Sherif, K. (2007). Prevalence of hot flushes and night sweats around the world: a systematic review. *Climacteric*, 10(3), 197-214. doi:10.1080/13697130601181486
- Giladi, A. (2015). *Muslim Midwives: The Craft of Birthing in the Premodern Middle East*. New York: Cambridge University Press.
- Guillemin, M. (2002). The Problem of Naturalising Menopause. *Health and History*, 4(1), 37–51.
- Homewood, S. (2019). Inaction as a design decision: Reflections on not designing self-tracking tools for menopause. *In Extended Abstracts of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, Paper alt17, 1–12.
- Hunter, M., O’Dea, I. (1997). Menopause: bodily changes and multiple meanings. In J. Ussher (Ed.), *Body talk: the material and discursive regulation of sexuality, madness and reproduction*. London: Routledge.
- Hunter, M. S. (1993). Predictors of menopausal symptoms: psychosocial aspects. *Baillieres Clin Endocrinol Metab*, 7(1), 33-45. doi:10.1016/S0950-351X(05)80269-1
- Hunter, M. S., Liao, K. L. (1995). A psychological analysis of menopausal hot flushes. *British Journal of Clinical Psychology*, 34(4), 589-599. doi:10.1111/j.2044-8260.1995.tb01493.x

- Hvas, L. (2006). Menopausal women's positive experience of growing older. *Maturitas*, 54(3), 245-251.
- Hvas, L., & Gannick, D. (2008). Discourses on menopause – Part I: Menopause described in texts addressed to Danish women 1996-2004. *Health*, 12(2), 157-175.
- King, H. (1998). *Hippocrates' Woman: Reading the Female Body in Ancient Greece*. London: Routledge.
- Lazar, A., Su, N. M., Bardzell, J., & Bardzell, S. (2019). Parting the red sea: Sociotechnical systems and lived experiences of menopause. In *Proceedings of the 2019 CHI Conference on Human Factors in Computing Systems*, Paper 480, 1–16.
- Lock, M. (1985). Models and Practice in Medicine: Menopause as Syndrome or Life Transition?. In R. A. Hann & A. D. Gaines (Eds.), *Physicians of Western Medicine (Culture, Illness and Healing*, vol 6). Springer.
- Lock, M. (1986). Ambiguities of aging: Japanese experience and perceptions of menopause. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 10(1), 23–46.
- Lock, M. (1994). Menopause in cultural context. *Experimental Gerontology*, 29(3-4), 307-317. doi:10.1016/0531-5565(94)90011-6
- Lock, M. (2011). Ιατρική γνώση και πολιτική του σώματος. Στο Α. Αθανασίου (επιμ.), *Βιοκοινωνικότητες. Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας* (σσ. 89-116). Αθήνα: Εκδόσεις Νήσος.
- Lock, M., Kaufert, P. (2001). Menopause, Local Biologies, and Cultures of Aging. *American Journal of Human Biology*, 13, 494-504.
- López-Muñoz F, Ucha-Udabe R, Alamo C. The history of barbiturates a century after their clinical introduction. *Neuropsychiatric Disease Treatment*. 2005 Dec;1(4):329-43
- Martin, E. (1987). *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Mason, J. (2002). *Qualitative Researching*. London: Sage publications.
- McCrea, F. B. (1983). The politics of menopause: The 'discovery' of a deficiency disease. *Social Problems*, 31(1), 111-123.

- Melby, M. K., Lock, M., Kaufert, P. (2005). Culture and symptom reporting at menopause. *Human Reproduction Update*, 11(5), 495-512. doi:10.1093/humupd/dmi018
- Mohamed, S., & Hunter, S. M. (2019). Transgender women's experiences and beliefs about hormone therapy through and beyond mid-age: An exploratory UK study. *International Journal of Transgenderism*, 20(1), 98–107.
- Moore, M. A. (2018). Conceptual layers in the invention of menopause in nineteenth century France. *French History*, 32(2). doi:10.1093/fh/cry006
- Moore, M. A. (2022). *The French Invention on Menopause and the Medicalisation of Women's Ageing. A History*. Oxford: Oxford University Press
- Myrne, P. (2019). *Female Sexuality in the Early Medieval Islamic World: Gender and Sex in Arabic Literature*. London: Bloomsbury.
- National Heart, Lung, and Blood Institute, NIH Office of Research on Women's Health, and Giovanni Lorenzini Medical Science Foundation. *International Position Paper on Women's Health and Menopause: A Comprehensive Approach*. Bethesda, Md: National Heart, Lung, and Blood Institute; 2002. NIH Publication No. 02–3284. Available at: [http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/wm\\_menop.htm](http://www.nhlbi.nih.gov/health/prof/heart/other/wm_menop.htm)
- Nelson H. D. (2008). Menopause. *Lancet*. Mar 1;371(9614):760-70. Doi: 10.1016/S0140-6736(08)60346-3
- Novak, E. R., Seegar, G., Jones, H. W. (1975). *Novak's textbook of gynecology*. Baltimore: Williams and Wilkins Company.
- Oakley, A. (1986). *The Captured Womb: A History of the Medical Care of Pregnant Women*. New York: Basil Blackwell.
- Oudshoorn, N. E. J. (1997). Menopause, Only for Women? The Social Construction of Menopause as an Exclusively Female Condition. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 18(2), 137-144. doi:10.3109/01674829709085580
- Pitts, J. (1968). Social control: the concept. In D. Sills (Ed.), *International Encyclopedia of Social Sciences* (Vol. 14, pp. 381–396). New York: McMillan.
- Selove, E., & Batten, R. (2014). Making Men and Women: Arabic Commentaries on the Hippocratic Gynaecological Aphorisms in Context. *Annales islamologiques*, 48(1), 239–262.

Sievert, L. L., Espinosa-Hernandez, G. (2003). Attitudes toward menopause in relation to symptom experience in Puebla, Mexico. *Women Health*, 38, 93–106.

Silva, V. F., & Wanderley, S. (2022). Alignment between thematic research methodology and the decolonial approach: A proposal for organizational studies. *Cadernos EBAPE.BR*, 20(4), 514–526. <https://doi.org/10.1590/1679-395120210156x>

Singh, A., Kaur, S., Walia, I. (2002). A historical perspective on menopausal age. *Bull Indian Inst Hist Med Hyderabad*, 32(2), 121-135.

Spivak, G.C. (2024). *Μπορούν οι υποτελείς να μιλούν;* Αθήνα: Ακυβέρνητες Πολιτείες

Tang, G. W. (1994). The climacteric of Chinese factory workers. *Maturitas*, 19(3), 177-182. doi:10.1016/0378-5122(94)90069-8

Théré, C. (2015). Life Change and Change of Life: Asymmetrical Attitudes Towards the Sexes in Medical Discourse in France (1770-1836). *Clio. Women, Gender, History*, 42(2), 53-77.

Thoër,-Fabre, C. (2005). *Menopause and hormone therapy: Experiences and representations of baby boomer women*. Doctoral dissertation, University of Quebec at Montreal.

Tillier, A. (2005). A Critical Age: Menopause as Seen by 18th- and 19th-Century Physicians. *Clio*, 21.

Torres, J. M. C. (2014). Medicalizing to demedicalize: lactation consultants and the (de)medicalization of breastfeeding. *Social Science & Medicine*, 100, 159–166. doi:10.1016/j.socscimed.2013.11.013

Toze, M., & Westwood, S. (2025). Experiences of menopause among non-binary and trans people. *International Journal of Transgender Health*, 26(2), 447-458. doi:10.1080/26895269.2024.2389924

Vinel, V. (2007). Andropause et menopause: une comparaison des images de la vulgarisation médicale. *Féminin, masculin: anthropologie des catégories et des pratiques médicales*.

Williams, S. (2002). Sleep and health: sociological reflections on the dormant society. *Health*, 6, 173–200. doi:10.1177/136345930200600203

Woods, N. F., Mitchell, S. E. (2005). Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *The American Journal of Medicine*, 118(12B), 14S-24S.

Yang, J. L., Hodara, E., Sriprasert, I., Shoupe, D., Stanczyk, F. Z. (2024). Estrogen deficiency in the menopause and the role of hormone therapy: integrating the findings of basic science research with clinical trials. *Menopause*, 31(10), 926-939. doi:10.1097/GME.0000000000002407

### Ελληνική βιβλιογραφία

Αθανασίου, Α. (2011). Επιτελέσεις της τρωτότητας και του κοινωνικού τραύματος. Στο Α. Αθανασίου (Επιμ.), *Βιοκοινωνικότητες: Θεωρήσεις στην ανθρωπολογία της υγείας* (σσ. 13–88). Εκδόσεις Νήσος

Ζαφειρόπουλος, Κ. (2024). *Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών*. Αθήνα : Κριτική.

Τζανάκη, Δ., & Γεωργοπούλου, Ο. (2025). Χωρίς φύλο: Κατάργηση της αποικιακής επιστήμης και επανύπαρξη πέρα από τα κρατικο-επιχειρηματικά-πετρελαιο-ευγονικά σύνορα. *Πολιτισμός-Σύνορα-Κοινωνικό Φύλο/Μελέτες*, 4, 4–24.

Τζανάκη, Δ., & Κουρούτζας, Χ. (2024). *Φύλο, Επιστήμη και Κοινωνία: Queer αναγνώσεις της (ανθρώπινης) υποτέλειας*. [Προπτυχιακό εγχειρίδιο]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις. <http://dx.doi.org/10.57713/kallipos-332>

Τσιώλης, Γ. (2018). Θεματική ανάλυση ποιοτικών δεδομένων. Στο Γ. Ζαϊμάκης (επιμ.), *Ερευνητικές διαδρομές στις Κοινωνικές επιστήμες. Θεωρητικές -Μεθοδολογικές Συμβολές και Μελέτες Περίπτωσης*, σελ. 97-125. Αθήνα: Πανεπιστήμιο Κρήτης.

## **9. Παράρτημα Α: - Δημογραφικά στοιχεία των συνεντευξιαζόμενων**

Ποια είναι η ηλικία σας τώρα;  
Σε ποια ηλικία μπήκατε στην εμμηνόπαυση;  
Ποια είναι η σεξουαλική σας ταυτότητα;  
Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση  
Έχετε παιδιά και αν ναι πόσα;  
Ποιο είναι το εκπαιδευτικό σας επίπεδο;  
Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

## **10. Παράρτημα Β -Ερωτήσεις συνέντευξης**

### **ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ**

#### **Γενικές ερωτήσεις**

1. Πως κατανοείται εσείς την εμμηνόπαυση; Τη θεωρείτε μετάβαση, αλλαγή, συνέχεια ή κάτι άλλο;
2. Υπήρξαν σωματικές αλλαγές ή άλλες αλλαγές που σας έκαναν να σκεφθείτε ότι μπαίνετε την προ εμμηνοπαυσιακή φάση;
3. Πως νιώσατε με το γεγονός ότι μπήκατε στην εμμηνόπαυση; Σας ενόχλησε, σας ήταν ουδέτερο ή το βιώσατε με κάποιον άλλο τρόπο;
4. Υπήρχαν εκείνη την περίοδο άλλα σημαντικά θέματα στη ζωή σας που σας επηρέασαν περισσότερο; Αν ναι, ποια;

#### **Συζήτηση για την εμμηνόπαυση**

5. Πως συζητείται η εμμηνόπαυση στο περιβάλλον σας; Γιατί πιστεύεται ότι συμβαίνει αυτό;
7. Με ποιους ανθρώπους νιώθετε άνετα να συζητάτε για την εμμηνόπαυση;
8. Από ποιους ανθρώπους —οικογενειακούς, φιλικούς, επαγγελματίες υγείας ή άλλους— νιώθετε ότι λαμβάνετε πιο χρήσιμη ή αξιόπιστη υποστήριξη; Τι κάνει αυτή την υποστήριξη αξιόπιστη για εσάς;

#### **Απεικονίσεις στα ΜΜΕ**

9. Τι άποψη έχετε για τον τρόπο που απεικονίζονται γυναίκες χωρίς έμμηνο ρήση στα μέσα μαζικής ενημέρωσης; Νιώθετε ότι αυτές οι απεικονίσεις σας εκφράζουν ή σας αντιπροσωπεύουν; Γιατί;

### **Ενσώματη εμπειρία της εμμηνόπαυσης**

10. Λαμβάνοντας υπόψη άλλες ενσώματες εμπειρίες ή αλλαγές που έχετε βιώσει στη ζωή σας (όπως έμμηνος ρύση, εγκυμοσύνη, τοκετός, λοχεία ή οποιεσδήποτε άλλες), πώς θα περιγράφατε τις διαφορές της εμμηνόπαυσης από αυτές;

### **Ιατρική και εμμηνόπαυση**

11. Ζητήσατε ιατρική βοήθεια και αν ναι ποια ήταν η στάση του γιατρού σας απέναντι στην εμμηνόπαυση;

### **Κοινωνική υποστήριξη**

12. Από ποιους ανθρώπους (οικογένεια, φίλους, κοινότητα, συναδέλφους, επαγγελματίες ή άλλους) θα ήταν για εσάς πιο βοηθητικό να λάβετε υποστήριξη;

### **Εικόνα εαυτού**

13. Υπάρχουν αλλαγές στο σώμα σας;

14. Πώς κατανοείτε τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα σας; Με ποιους τρόπους τις συνδέετε —ή δεν τις συνδέετε— με την εμμηνόπαυση;

15. Άλλαξε η αντίληψή σας για τον εαυτό σας μετά την εμμηνόπαυση;

### **Σεξουαλικότητα**

16. Επηρέασε η εμμηνόπαυση τη σεξουαλική σας ζωή;

- a. Μοιραστήκατε τους προβληματισμούς σας ή τις σωματικές αλλαγές που βιώνεται.
- b. Ήταν υποστηρικτικό το άτομο ή αγνόησε τελείως την κατάστασή σας;

### **Συμπεράσματα**

17. Ποια είναι τα θετικά στοιχεία της εμμηνόπαυσης;

## 11. Παράρτημα Γ – Έντυπο συναίνεσης

### 1. Έντυπο πληροφόρησης συμμετεχόντων

---

**Τίτλος εργασίας:** "Ο μύθος του άχρηστου σώματος και η επινόηση της εμμηνόπαυσης στη Δύση".

**Ερευνητής/ρια:** Ε. Βεσυροπούλου

Έχετε προσκληθεί να συμμετάσχετε σε μία έρευνα που διεξάγεται στο πλαίσιο της εκπόνησης της εργασίας μου με τίτλο: *"Ο μύθος του άχρηστου σώματος και η επινόηση της εμμηνόπαυσης στη Δύση"*, στο πλαίσιο της Διπλωματικής εκπόνησης στο Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Σπουδές φύλου: Μεθοδολογίες, θεωρίες, πολιτικές». Η εργασία υλοποιείται υπό την επίβλεψη της καθηγήτριας Δήμητρας Τζανάκη, επίκουρη καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Αιγαίου και Μέλους Συνεργαζόμενου Εκπαιδευτικού Προσωπικού στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Το έντυπο που κρατάτε στα χέρια σας θα σας δώσει πληροφορίες για την έρευνα προκειμένου να μπορέσετε ενημερωμένα να αποφασίσετε για το αν θα συμμετάσχετε ή όχι σε αυτήν.

Σας παρακαλώ να αφιερώσετε όσο χρόνο χρειάζεστε για να το διαβάσετε, να το σκεφτείτε και να κάνετε όποιες ερωτήσεις θέλετε. Αν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, θα σας ζητηθεί να υπογράψετε αυτό το έντυπο.

#### 1. Ο ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ:

Σκοπός της έρευνας είναι να εξερευνήσει το θέμα της ιατροκοποίησης της εμμηνόπαυσης και τις επιδράσεις αυτού του φαινομένου στις ζωές των γυναικών.

#### 2. ΔΕΙΓΜΑ της ΕΡΕΥΝΑΣ :

Στην έρευνα αυτή προβλέπεται να συμμετάσχουν 10-12 θηλυκότητες.

#### 3. ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

Στην περίπτωση που το επιθυμείτε, θα μου ήταν εξαιρετικά βοηθητική η συμμετοχή σας στην έρευνα κατά την οποία θα ήθελα να συζητήσουμε σχετικά με την εμμηνόπαυση.

#### 4. ΚΙΝΔΥΝΟΙ (Η κόστος/επιβάρυνση) από τη συμμετοχή στην έρευνα:

Η συμμετοχή σας στην έρευνα δεν συνεπάγεται κάποιο κόστος ή επιβάρυνση (εκτός ίσως από το κόστος της μετακίνησής σας προς τον τόπο της συνάντησης/διεξαγωγής της έρευνας) και το χρόνο που θα διαθέσετε για τη συμμετοχή σας σε αυτή.

#### 5. ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ:

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική. Μπορείτε να αρνηθείτε να συμμετάσχετε χωρίς καμία αιτιολογία ή δικαιολογία. Μπορείτε επίσης να αποσυρθείτε από την έ-

ρευνα χωρίς την οποιαδήποτε συνέπεια και χωρίς την απαίτηση παροχής οποιασδήποτε εξήγησης. Τα προσωπικά σας δεδομένα μπορούν να διαγραφούν ανά πάσα στιγμή. Σε κάθε περίπτωση η διαγραφή των πληροφοριών δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί μετά την έναρξη της ανάλυσης των δεδομένων της έρευνας.

## 6. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑΣ:

Στο πλαίσιο της έρευνας στην οποία καλείστε να λάβετε μέρος θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας οι οποίοι αφορούν την εμπιστευτικότητα και την ψευδωνυμοποίηση των προσωπικών σας δεδομένων. Έτσι, οι πληροφορίες που θα δώσετε θα ανωνυμοποιηθούν /ψευδωνυμοποιηθούν και θα κωδικοποιηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να μην είναι δυνατόν να αποκαλυφθεί η ταυτότητά σας σε τρίτους (χρήση κωδικών). Τα αρχεία που περιλαμβάνουν τα δεδομένα σας θα φυλάσσονται «κλειδωμένα» στον προσωπικό μου υπολογιστή. Τα αποτελέσματα θα παρουσιαστούν σε συνοπτική μορφή και το όνομα ή η ταυτότητά σας δεν θα μπορούν να προσδιοριστούν σε καμία περίπτωση. **ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ:** Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε στο [effieves@gmail.com](mailto:effieves@gmail.com) ή καλέστε με στο 6940157963

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΗΣ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ

### Τίτλος εργασίας:

"Ο μύθος του άχρηστου σώματος και η επινόηση της εμμηνόπαυσης στη Δύση".

Ερευνητής/ρια: Ε. ΒΕΣΥΡΟΠΟΥΛΟΥ

---

**Παρακαλούμε συμπληρώστε τα αντίστοιχα τετραγωνίδια για να δηλώσετε τη συναίνεσή σας**

Έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει το περιεχόμενο του Εντύπου Πληροφόρησης **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

---

Μου δόθηκε αρκετός χρόνος για να αποφασίσω αν θέλω να συμμετέχω σε αυτή τη συζήτηση **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

---

Έχω λάβει ικανοποιητικές εξηγήσεις για τη διαχείριση των προσωπικών μου δεδομένων **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

---

Καταλαβαίνω ότι η συμμετοχή μου είναι εθελοντική και μπορώ να αποχωρήσω οποιαδήποτε στιγμή χωρίς να δώσω εξηγήσεις και χωρίς καμία συνέπεια. **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

---

Κατανοώ ότι αν αποχωρήσω από την έρευνα τα δεδομένα μου θα καταστραφούν. **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

---

Γνωρίζω με ποιόν μπορώ να επικοινωνήσω αν επιθυμώ περισσότερες πληροφορίες για την έρευνα **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

---

Συναινώ στη μαγνητοφώνηση της συνέντευξης

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

|                                     |                        |
|-------------------------------------|------------------------|
| <b>Ονοματεπώνυμο</b>                |                        |
| <b>Υπογραφή</b>                     | <b>Ημερομηνία</b>      |
| <b>Ονοματεπώνυμο ερευνητή/ριας:</b> | <b>Ε. ΒΕΣΥΡΟΠΟΥΛΟΥ</b> |

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.