Vesna Švab, Urban Groleger

POTREBE ŽENSK S PONAVLJAJOČIMI SE DUŠEVNIMI MOTNJAMI V PROCESU ZDRAVLJENJA IN OKREVANJA

Potrebe žensk v psihiatriji in psihosocialni rehabilitaciji so slabo raziskane. Redke raziskave so še redkeje usmerjene v programe zaposlitve, kljub dokazom, da so njihove možnosti za okrevanje boljše od moških (Usall in drugi 2002). Hude (psihotične) duševne motnje jih prizadenejo pozneje in z manj posledicami (invalidnostjo) kot moške na spoznavnem področju (sklepanje, inteligentnost, procesiranje informacij, spomin) in na področjih socialnega delovanja, kar so dokazale številne študije in tudi slovenska raziskava, ki je vključevala ljudi s shizofrenijo in drugimi hudimi in ponavljajočimi se duševnimi motnjami (Švab in drugi 2002). Celotno vedenje, ki pomeni skrb zase, zmanjšano dejavnost, počasnost in socialno izolacijo v zadnjem mesecu je bilo pri posameznicah, ki so bile že večkrat hospitalizirane zaradi psihoze, bistveno manj okrnjeno kot pri moških (p=0,031).

Razlogi za to, da ženske manj opešajo zaradi ponavljajočih se hudih duševnih motenj, so verjetno različni. Medicinska znanost išče razloge v zaščitnem delovanju ženskih spolnih hormonov (Salokangas 2004; Halbreich, Kahn 2003) in v drugih bioloških značilnostih, ki prispevajo k ugodnejšemu poteku bolezni. Ne glede na razloge je jasno, da ženske z ponavljajočimi se psihotičnimi duševnimi motnjami, kot je shizofrenija, delujejo boljše na socialnem področju (bolje funkcionirajo) kakor moški (Lindamer in drugi 2003; Harvey, Trauer, Herrman 2001; Usall in drugi 2001; Leung, Chue 2000; Kulkarni 2001). Ponavljajoče se duševne motnje oslabijo socialno delovanje zlasti na področjih zaposlitve in družabnih stikov. Ženske so po prebolelih duševnih motnjah in po zdravljenju v psihiatričnih bolnišnicah večinoma še vključene v različne gospodinjske, družinske in skrbniške dejavnosti, ki jim dajejo nekaj možnosti za potrditev. Kljub simptomom, njihovim posledicam in ožigosanju ohranjajo vsaj skromno socialno mrežo. Morda ženske dodatno ščiti tudi pomembnejša vloga v ožjem družinskem okolju, kjer bolezni navkljub prevzemajo vsakdanja materinska in gospodinjska opravila. Z njimi so prisiljene k vzdrževanju življenjskih spretnosti, ki se ob pomanjkanju pobud in zahtev sicer hitro slabšajo. Največkrat se ne morejo izogniti izvajanju skrbniških funkcij. Tudi če nimajo otrok, pogosto skrbijo za starše ali partnerje in tako vstopajo v različne odnose, ki varujejo pred hujšo socialno izolacijo. Tako je tudi upad samospoštovanja po psihiatrični izkušnji pri ženskah morda nekoliko manjši, s čimer se razlaga tudi njihova manjša samomorilna ogroženost. Socialna in delovna izolacija po duševnih motnjah in hospitalizacijah je še vedno hujša pri moških (Hintikka in drugi 1999). Če psihoza zmoti in spremeni delovne sposobnosti, se moški bistveno težje kot ženska vključi v širše družbeno okolje (Hafner 2003).

Slika 1: Celotno vedenje

Druga plat zapletenega odnosa med spolom in duševnimi motnjami pa je zoževanje ženske identitete na materinsko funkcijo, ki poudarja zadovoljevanje otrokovih potreb in zanemarja potrebe ženske. Odpovedovanje lastnim potrebam in željam je eden izmed generatorjev depresije, ki je pri ženskah najpogostejša duševna motnja.

Zgornje trditve lahko ilustriramo z rezultati raziskave, ki jo je opravil Groleger s sodelavci

Tabela 1: Napotitve za sprejem na SPO po spolu in skupno

napotitve na SPO	moški N (%)	ženske N (%)	skupno N (%)
psihiater	9 (9,8)	16 (16,2)	25 (13,1)
splošni zdravnik	54 (58,7)	41 (41,4)	95 (49,8)
druge klinike ali bolnišnice	8 (8,7)	11 (11,1)	19 (9,9)
policija	1 (1,1)	0 (0,0)	1 (0,5)
svojci	1 (1,1)	8 (8,1)	9 (4,7)
pride sam/-a	7 (7,6)	4 (4,0)	11 (5,8)
premestitev iz oddelkov PKL	12 (13,0)	19 (19,2)	31 (16,2)
skupno	92 (100)	99 (100)	191 (100)

(Groleger 2002) na sprejemnih oddelkih psihiatrične klinike Ljubljana v novembru in decembru 2001. Ugotovili so, da 63 odstotkov hospitaliziranih bolnikov v svojem okolju v času sprejema ni imelo nobenega dosegljivega vira podpore. V raziskavo je bilo vključenih 99 žensk (51,8 % vključenih), v bolnišnico so jih večinoma napotili splošni zdravniki (41,4 %) in psihiatri (16,2 %), kar kaže, da lažje poiščejo strokovno pomoč kakor moški, ki so jih v bolnišnico le v 9 % napotili psihiatri (tabela 1).

Do sprejema je bilo verbalno ali fizično odklonilnih 19 žensk (19,2%) in 6 moških (6,5%). Če odklonilne primerjamo s tistimi, ki so se s sprejemom strinjali ali so ga sami želeli, je razlika po spolu statistično značilna (hi = 6,16, p = 0,01).

Razlogi za večjo odklonilnost žensk niso jasni, najverjetneje jih je pripisati njihovi večji čustveni ohranjenosti, pogostejšim čustvenim simptomom in zavzetosti. Pri moških se posledice duševnih motenj pogosteje kažejo kot čustveni umik (McGorry 2001), zaradi česar vsaj navidezno lažje sprejmejo situacije, ki sicer globoko prizadenejo. V opisani raziskavi so to dokazali z merjenjem kliničnih lestvic, ki opisujejo različne vrste znakov duševnih motenj (tabela 2).

Med podlestvicami BPRS so lahko statistično značilno razliko med spoloma potrdili za BPRS II (čustveni umik in motorična zavrtost), kjer je bila vrednost višja pri moških (t = 4,983, p = 0,000).

Ženske so najpogosteje sprejete na sprejemne (zaprte) oddelke zaradi poslabšanja duševne motnje, kar kaže, da se duševna motnja pri njih pogosteje ponavlja (tabela 3).

Hude (psihotične) duševne motnje se načeloma ne ponavljajo same od sebe, temveč ob večjih stresnih obremenitvah. Antipsihotična zdravila, ki jih predpisujemo ljudem s psihotičnimi duševnimi motnjami, so varovala pred ponovitvijo

Slika 2: Odnos do sprejema na SPO za sprejete bolnike

Tabela 2: BPRS podlestvice po spolu in skupno (X: aritmetična sredina, SD: standardna deviacija)

BPRS podlestvice (vrednosti)	*moški*	*ženske*	*skupno*
		X (SD)	*X (SD)*	*X (SD)*
BPRS skupno	(7 do 126)	39,43 (11,21)	36,37 (11,33)	37,84 (11,35)
BPRS I	(3 do 21)	7,60 (4,01)	7,29 (3,97)	7,44 (3,98)
BPRS II	(2 do 14)	4,19 (2,21)	2,85 (1,35)	3,49 (1,93)
BPRS III	(3 do 21)	6,22 (3,41)	6,41 (3,77)	6,32 (3,59)
BPRS IV	(3 do 21)	6,64 (3,17)	6,45 (2,76)	6,54 (2,96)
BPRS V	(3 do 21)	7,21 (2,95)	7,24 (3,24)	7,23 (3,10)
BPRS SPL	(7 do 70)	21,95 (5,36)	21,04 (6,21)	21,48 (5,82)

bolezni, ki jo sproži stres, in imajo tako omejen učinek. Ob dovolj velikem stresu pride do psihičnega zloma tudi ob rednem jemanju zdravil, in narobe, če bi pacienti lahko živeli brez stresa, bi bilo ponovitev bolezni bistveno manj, čeprav bi jemali bistveno manjše odmerke zdravil. Medsebojno delovanje prirojene občutljivosti in stresa še vedno najbolje opiše model vulnerabilnost-stres, ki sta ga opisala Zubin in Spring v sedemdesetih letih (Zubin, Spring 1977). Mogoče je, da je število ponovitev bolezni pri ženskah večje zato, ker so izpostavljene več stresnim obremenitvam kot moški. Te so specifične in različne od stresnih obremenitev, ki so jim večinoma izpostavljeni moški. Ženske so pogosteje tiste, ki se morajo boriti za preživetje v skrajni revščini, so pogosteje edine (ali glavne) skrbnice za otroke in pogosto žrtve fizičnih in spolnih zlorab (Riecher-Rossler, Hafner 2000), ki generirajo njihovo duševno stisko. Najpogostejše stresne obremenitve pri ženskah so revščina, nosečnost, materinstvo, partnerski odnosi, razveze, spolne in fizične zlorabe, ki so jim izpostavljene, in telesne težave zaradi zdravil, ki jih jemljejo (Mowbray in drugi 2001). Izkušnje zanemarjanja in površne obravnave so dodatno breme, ki poslabšuje potek in izid duševnih motenj, zaradi katerih trpijo. Na opisani problem lahko odgovorimo le z nepretrganim in kakovostnim izobraževanjem osebja v vseh službah za duševno zdravje, ki bo omogočilo vzpostavljanje zavzetih in spoštljivih odnosov do uporabnic in natančno strokovno ocenjevanje njihovih dejanskih potreb. Priporočila ameriških avtorjev za ločeno in potrebam prilagojeno obravnavo žensk v službah za duševno zdravje so taka:

- ženske potrebujejo učenje o tem, kako se upreti nasilju in nadlegovanju;
- v obravnavi jih vključujemo v majhne skupine, ki naj jih vodijo visoko usposobljeni strokovnjaki, ali v skupine za samopomoč;
- potrebujejo objektivno in pozorno poslušanje brez oblikovanja sodb, mnenj, »pomoči« pri oblikovanju zgodb in brez interpretacij;
- kadar potrebujejo zaščito in umik, jim ju je treba zagotoviti.

Že danes je jasno, da je posebej za ženske verjetno primernejše zdravljenje doma kakor v institucijah in da je treba v obravnavi uporabljati specifične rehabilitacijske pristope, zlasti psihoterapijo. Posebni programi so potrebni tudi za matere

Tabela 3: Razlogi za sprejem na SPO po spolu in skupno

Razlogi za sprejem	*moški*	*ženske*	*skupno*
	N (%)	*N (%)*	*N (%)*
diagnostika duševne bolezni	6 (6,5)	8 (8,1)	14 (7,3)
urgentno stanje/samomorilna ogroženost	24 (26,1)	12 (12,1)	36 (18,8)
krizno stanje	8 (8,7)	5 (5,1)	13 (6,8)
poslabšanje duševne bolezni	39 (42,2)	59 (59,6)	98 (51,3)
stranski učinki medikamentozne terapije	5 (5,4)	1 (1,0)	6 (3,1)
socialni in ekonomski razlogi	2 (2,2)	6 (6,1)	8 (4,2)
konflikti v okolju	8 (8,7)	8 (8,1)	16 (8,4)
skupno	92 (100)	99 (100)	191 (100)

in za tiste, ki želijo nadaljevati poklicno pot. Osredotočiti se je treba torej na njihove moči in sposobnosti in izboljšati kakovost njihovega življenja (www.medscape.com/viewarticle/420041).

Sedanja praksa dela v nekaterih socialnih službah (zlasti varnih hišah, ki naj bi varovale ženske pred zlorabami) je taka, da ne sprejemajo žensk z duševnimi motnjami. Razvidno pa je, da ponavljajoče se zlorabe, ki so hude stresne obremenitve, nujno vodijo do duševnih motenj tudi pri manj občutljivih posameznicah. Z omejitvami sprejemov v varovane hiše na »duševno zdrave« posameznice torej zlorabljenim ženskam pošiljajo nasprotujoče si sporočilo: zlorabljena ženska, ki jo je treba zaščititi in ne more biti brez duševne motnje, ker je zlorabljena, z duševno motnjo ne more biti zaščitena. V varovane domove so torej sprejete le tiste, ki duševno motnjo dovolj dobro prikrivajo. Odgovor na absurdnost situacije je poleg zgoraj opisanih splošnih usmeritev interdisciplinarno sodelovanje med uporabnicami, zdravstvenimi in socialnimi delavci in pristojnimi načrtovalci skrbi.

LITERATURA

H. Evert, C. Harvey, T. Trauer, H. Herrman (2003), The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 38, 4: 180-188.

U. Groleger (2003), *Ocena klinične slike pri bolnikih, hospitaliziranih na sprejemnem psihiatričnem oddelku*. Ljubljana: Medicinska fakulteta (magistrsko delo).

H. Hafner (2003), Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 2, 17-54.

U. Halbreich, L. S. Kahn (2003), Hormonal aspects of schizophrenias: an overview. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 2: 1-16.

J. Hintikka, P. Saarinen, A. Tanskanen, H. Koivumaa-Honkanen, H. Viinamaki (1999), Gender differences in living skills and global assessment of functioning among outpatients with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 33, 2: 226-231.

J. Kulkarni (2001), *Gender differences in the quality of life of people with schizophrenia*. Berlin: 1st World Congress on Women's Mental Health (gradivo).

A. Leung, P. Chue (2000), Sex differences in schizophrenia: A review of the literature. *Acta Psychiatr Scand, Suppl.*, 401: 3-38.

L. A. Lindamer, A. Bailey, W. Hawthorne, D. P. Folsom, T. P. Gilmer, P. Garcia, R. L. Hough, D. V. Jeste (2003), Gender differences in characteristics and service use of public mental health patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.*, 54, 10: 1407-1409.

P. McGorry (2001), *Early psychosis - gender aspects of treatment*. Berlin: 1st World Congress on Women's Mental Health (gradivo).

C. T. Mowbray, D. Oyserman, C. Lutz, R. Purnell (2001), Women: The Ignored Majority. V: L. Spaniol, C. Gagne, M. Koehler (ur.), *Pschological and Social aspects of Psychiatric Disability*. Boston: University Center for Psychiatric Rehabilitation (171-194).

A. Riecher-Rossler, H. Hafner (2002), Gender aspects in schizophrenia: bridging the border between social and biological psychiatry. *Acta Psychiatr Scand, Suppl.*, 102, 407: 58-62.

R. K. R. Salokangas (2004), Gender and the use of neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Res.*, 66, 1: 41-49.

M. V. Seeman (2000), Women and schizophrenia. *Medscape Womens Health*, 5, 2: 2.

V. Švab, M. Tomori, B. Zalar, S. Ziherl, M. Z. Dernovšek, R. Tavčar (2002), Community rehabilitation service for patients with severe psychotic disorders: The Slovene experience. *Int. J. Soc. Psychiatry*, 48, 2: 156-160.

J. Usall, S. Araya, S. Ochoa, E. Busquets, A. Gost, M. Marquez (2001), Gender differences in a sample of schizophrenic outpatients. *Compr Psychiatry*, 42, 4: 301-305.

J. Usall, J. M. Haro, S. Ochoa, M. Marquez, S. Araya (2002), Influence of gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 106 (5): 337-342.

J. Usall, S. Ochoa, S. Araya, M. Marquez (2003), Gender differences and outcome in schizophrenia: A 2-year follow-up study in a large community sample. *Eur Psychiatry*, 18, 6: 282-284.

J. Zubin, B. Spring (1977), Vulnerability: A new view on schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86: 110.