

Die geslagslens van geestesgesondheid

Soraya Seedat*

Ons vier elke jaar op 8 Maart Internasionale Vrouedag om vroue se prestasies te beklemtoon en ook om die aandag te vestig op belangrike kwessies wat vroue raak. Die veldtogtema vir 2021 is "Choose to Challenge" (kies om uit te daag).

Een van die goed wat ons moet uitdaag, is die voortslepende en diepgaande genderongelykhede in geestesgesondheid. Hierdie ongelykhede moet binne die konteks van sosiale norms en strukture verstaan word wat histories diepgewortel is. Die idee wat uitgedaag moet word, is dat die genderongelykheidsgaping net verder vergroot word deur op geslags- en genderverskille in geestesgesondheid te fokus.

Waarom moet geslag en gender in geestesiektes enigsins oorweeg word? Vir eeue al lei meisies in hul adolessensie en vroue van alle ouderdomme buite verhouding aan depressiewe en angssteurings in vergelyking met hul manlike eweknieë.

Hoewel hulle elkeen uniek is, word daar dikwels na geslag en gender as interaktief in wetenskaplike en lekekommunikasie verwys en is dit moeilik om die twee heeltemal van mekaar los te maak. Geslag verwys na die biologiese kenmerke wat bepaal of iemand biologies manlik of vroulik is, terwyl gender na die somtotaal van sosiale kenmerke, rolle, gedrag en identiteit verwys. Anders as geslag, is gender nie 'n statiese bepaler van geestesgesondheidsuitkomst nie. Gendernorms (gedragsnorms wat aan mans en vroue toegeskryf word), genderverhoudings (hoe mans en vroue met ander omgaan of deur ander behandel word op grond van hul toegeskryfde of ervaarde geslag), genderidentiteit (hoe mans en vroue hulleself in die vroulike-manlike dimensie sien) en geïnstitutionaliseerde gender (die verspreiding van mag tussen mans en vroue in instellings in die samelewing wat sosiale norms vorm en verskillende verwagtinge en geleenthede vir mans en vroue regverdig) kan met die verloop van tyd regoor geslagte en binne en tussen kulture aangepas word.

Hoewel gender en geslag kritiese dimensies van geestesiektes is, is hulle dikwels 'n nagedagte in navorsing oor geestesgesondheid en in die kliniese praktyk. Geslag en gender beïnvloed die voorkoms en presentasie van geestesteurings deur 'n sameloop van biologiese, sielkundige en sosiale faktore. Dit sluit in (maar is nie beperk tot dit nie) genderongelykheid, genderdiskriminasie, tradisionele genderrol, kumulatiewe teenspoed in die lewe en kwesbaarheid vir interpersoonlike geweld.

Interpersoonlike geweld en geestesgesondheid is onlosmaaklik verbind. Intiememaatgeweld (of huishoudelike geweld) wat teen vroue en meisies gepleeg word, is spesifiek een van die vernaamste bydraers tot gemoeds-, angs- en trauma-verwante steurings (bv posttraumatiese stressteuring: PTSS) onder vroue. Hierdie skakel beweeg in albei rigtings en is waarskynlik toevallig met blootstelling aan intiememaatgeweld onder vroue wat lei tot die begin van geestessteurings soos depressie en angs en tot die teenwoordigheid van geestesteurings in vroue wat die risiko vir intiememaatgeweld en ander vorms van mishandeling verhoog.

Om dit te kwantifiseer, toon gesamentlike navorsingstudies vroue wat intiememaatgeweld en mishandeling ervaar het, se kans is drie keer meer om depressiewe steurings te ontwikkel, vier keer meer vir angssteurings en sewe keer meer vir die moontlikheid van PTSS. Vroue se risiko is veral hoog gedurende die perinatale tydperk (voor en na geboorte). In Suid-Afrika, byvoorbeeld, ervaar vroue 'n hoë voorkoms van perinatale depressie- en angssteurings in vergelyking met die res van die wêreld. Vroue loop ook 'n groter risiko vir intiememaatgeweld gedurende swangerskap. Namate die intensiteit van intiememaatgeweld al hoe erger word, vererger die simptome van depressie by Suid-

Afrikaanse swanger vroue en vroue wat pas geboorte geskenk het. Dit dui op wedersydse verswaarde uitwerkinge.

As 'n mens hierdie agtergrond in ag neem, het navorsing oor geestesteurings, en oor mediese steurings oor die algemeen, vir te lank toevallige roetes en beskermende faktore, verskaffer-pasiënt-eienskappe en reaksie op behandeling (beide medikasie en sielkundige terapieë) geïgnoreer wat op grond van geslag en gender gedifferensieer kan word. Geweld teen vroue (intiememaatgeweld, seksuele geweld en ander vorms van geweld) is selde in kliniese toetse van geestesgesondheidsintervensies gemeet of geïdentifiseer, hoewel dit 'n vermoedelike demper op die reaksie op hierdie intervensies is.

Vroue is ernstig ondervertegenwoordig in ontwikkelingstoetse van medikasie. Die meeste kliniese proewe sluit swanger vroue uit weens veiligheidsoorwegings en baie min kliniese proewe doen 'n gestratifiseerde ontleding van die doeltreffendheids- en doelmatigheidsinligting volgens geslag en gender. Tog sal die insluiting van vroue in kliniese proewe – bv waar ons behandelings toets (medikasie, gedragsbehandelings) – insiggewend wees om te bepaal of hierdie genderverwante faktore die uitwerking van behandeling modifiseer en moet dit in ag geneem word in besluitneming oor behandeling.

Dit is egter aan die verander. Die afgelope vyf jaar het groot befondsingsagentskappe soos die Nasionale Gesondheidsinstute (NIH) in die VSA uitdruklik versoek dat wetenskaplikes die moontlike rolle van geslag en gender in hul navorsingsontwerpe, ontledings en verslagdoening in ag neem wanneer hulle diere- en menslike studies onderneem. Die doel is “om die ontwikkeling en toetsing van voorkomende terapeutiese intervensies in te lig”, met die NIH wat erken dat “die versuim om van geslag as 'n biologiese veranderlike rekenskap te gee, die strengheid, deursigtigheid en veralgemeenbaarheid van navorsingsbevindings ondermyn”.

Rakende die assessering van gender, is verskeie sleuteldimensies wat met gender verband hou, ook geïdentifiseer wat navorsers en klinikusse kan help om inligting te bekom wat 'n meer genuanseerde begrip van genderverskille in gesondheidsuitkomst verskaf. Hierdie dimensies sluit in die druk as versorger, werksdruk, onafhanklikheid, risikoneming, emosionele intelligensie, sosiale ondersteuning en diskriminasie. Genderdiskriminasie, wat diskriminasie binne die gesin, by die werk, by die skool en universiteit in die ontvangs van mediese en psigiatriese sorg en in ander openbare sferes insluit, het min aandag geniet.

Om die verskille in die voorkoms, graad van erns, verloop en bestuur van geestes- en fisieke steurings beter te verstaan, is dit wys om geslag- en genderuitwerkinge te ontleed. Vroue met depressie kan byvoorbeeld moontlik erger simptome, 'n meer aanhoudende verloop van depressie en optimale reaksie as mans op verskillende behandelings ervaar. Net so is PTSS by vroue geneig om meer chronies en ernstiger te wees; vroue het 'n hoër voorkoms van onderliggende toestande, maar reageer oor die algemeen beter op behandeling (veral psigoterapie) as mans.

Navorsings- en kliniese praktyk wat geslags- en genderblind is, dra net daartoe by om genderongelykheid en genderonbillikheid in geestesgesondheid te versterk.

**Prof Soraya Seedat is die Uitvoerende Hoof van die departement Psigiatrie aan die Universiteit Stellenbosch.*

Bronne:

Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009 Jul;66(7):785-95. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.36. PMID: 19581570; PMCID: PMC2810067.

Nielsen MW, Stefanick ML, Peragine D, et al. Gender-related variables for health research. *Biology of Sex Differences*. 2021 Feb 22;12(1):23. doi: 10.1186/s13293-021-00366-3. PMID: 33618769; PMCID: PMC7898259.

Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017 Feb;4(2):159-170. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30261-9. Epub 2016 Nov 15. PMID: 27856393.