

*Драгана В. Станковић**

Факултет политичких наука, Универзитет у Београду

РОДНЕ РАЗЛИКЕ У МЕНТАЛНОМ ЗДРАВЉУ - ОСВРТ НА ФЕМИНИЗАЦИЈУ МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА **

Сажетак

Многи поремећаји менталног здравља, иако заједнички за оба пола, имају различит ток, манифестацију и распрострањеност код мушкараца и жена. Жене су изложене специфичним факторима ризика који повећавају ризик од јављања менталних поремећаја, а присуство више ових фактора истовремено повећава и коморбидитет болести. Фактори као што су сиромаштво, недостатак или недовољни приходи, низак друштвени статус, искуство насиља, припадност маргинализованим групама и традиционалне улоге су окидач за појаву одређених менталних поремећаја и њихову већу учесталост него код мушкараца. Како је род у интеракцији са другим друштвеним факторима, већа изложеност жена стресним животним догађајима и различитим улогама их чини вулнерабилнијим и има за последицу лоше исходе по њихово ментално здравље. Осим тога, исти симптоми су често предмет различитих дијагноза од стране професионалаца у здравственом систему, као и третмана саме болести или бар доживљаја жена самог третмана услед различитих потреба.

Кључне речи: ментално здравље, родне разлике, ментални поремећаји, преваленца, жене, фактори ризика

* Асистент

* Текст је настао у оквиру пројекта „Политички идентитет Србије у регионалном и глобалном контексту“ (број 179076), које финансира Министарство науке и просвете Републике Србије.

1. РОДНА ДИМЕНЗИЈА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Ментално здравље се дефинише као „стање добробити у којем појединац остварује своје потенцијале, може се носити са нормалним животним стресом, радити продуктивно и плодно, те је способан придонети заједници“.¹⁾

Ментално здравље, као део општег здравља, је подједнако важно баш као и телесно за свеукупно благостање појединца. Детерминанте менталног здравља нису само индивидуалне карактеристике особе (способност управљања емоцијама, понашањем и интеракцијама са другим људима) већ и социјални, политички, културни, економски, средински и други фактори као што су националне политике, социјална заштита, животни стандард, услови рада и социјална подршка заједнице.²⁾

Упркос томе што су проблеми менталног здравља генерално веома заступљени у општој популацији, њихово дијагностификавање је и даље веома ретко. Тек мање од половине који задовољавају критеријуме дијагнозе ових поремећаја су идентификовани у примарној здравственој заштити³⁾, док пацијенти избегавају да затраже помоћ због суочавања са стигмом и последичном дискриминацијом.

У зависности од локалног контекста, одређени појединци или групе могу бити у већем ризику од јављања менталних поремећаја. У већини друштава су то припадници маргинализованих, вулнерабилних група – сиромашни, стари, припадници мањина, жене са искуством насиља и занемарена и злостављана деца.

Ментално здравље жена има посебне специфичности у односу на остатак популације имајући у виду све улоге и промене у животном циклусу сваке жене. Током историје, жене су често посматране као „слабији“ пол склонији психијатријским поремећајима. Још пре неколико векова је бележен већи број жена него мушкараца у азилима или другим установама за смештај и лечење психијатријских болесника, али се није могло са сигурношћу тврдити да ли је то значило да ментални поремећаји преовладавају код женског пола или су жене чешће упућиване, односно довођене

1) WHO. 2001. Basic documents. 43rd Edition. Geneva: WHO. p.1. http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf

2) WHO. 2013. Mental Health Action Plan, 2013-2020, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

3) T. Bedirhan Üstün, Norman Sartorius, *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, John Wiley & Sons Inc., 1995.

на лечење. Разне институције у којима налазимо жене почевши од 16. века (у домовима за неудате жене, домовима за несрећно удате жене, азилима за бивше проститутке и корекцију понашања жена) почивале су на идеји заштите или надзора.⁴⁾

У покушајима да се направи разлика између мушкараца и жена у погледу менталног здравља, обично се дефинишу (мада не искључиво) стања, услови, поремећаји или болести које се јављају само, или чешће, код жена, имају различите факторе ризика или различит ток у односу на ток код мушкараца.

Већи број проблема у душевном здрављу жена у односу на мушкарце, феминистичке теоретичарке различито интерпретирају. Нека од објашњења су била заснована на процесу интернационализације доминантних дискурса о половима, манифестације ограниченог отпора услед немогућности делања или на питању субјективног позиционирања у различитим полним дискурсима.⁵⁾

Са испитивањем улога пола у преваленци, узроцима, току и третману менталних поремећаја и разликама у менталном здрављу мушкараца и жена откривене су неке занимљиве разлике, иако је генерално укупна стопа ових поремећаја готово иста за жене и мушкарце.⁶⁾

Пол је значајна детерминанта менталног здравља јер утиче на моћ и контролу коју имају мушкарци и жене над социо-економским приликама, статусом и улогама у друштву, приступу ресурсима и сл. Ово питање, иначе веома значајно у теоријској феминистичкој психологији и феминистичкој социјалној акцији, отвара питања друштвене структуре и односа неједнакости.⁷⁾ Иако дефиниција менталног здравља не укључује родну компоненту, род значајно утиче на ментално здравље на нивоу појединца, групе и средине и имплицира на остваривање правде и једнакости из разлога што он конфигурише како материјални, тако и симболички

4) Sherill Cohen, *The Evolution of Women's Asylums Since 1500*. Oxford University Press, New York, 1992.

5) Darja Završek, "Žene, duševno zdravlje i politika isključivanja", *Ženske studije*, br. 5/6. 1996. <http://www.zenskestudije.edu.rs/izdavastvo/elektronska-izdanja/casopis-zenske-studije/zenske-studije-br-5-6/233-zene-dusevno-zdravlje-i-politika-iskljucivanja>

6) Ronald C. Kessler, Katherine A. McGonagle, Shanyang Zhao, Christopher B. Nelson, Michael Hughes, Suzann Eshleman, Hans-Ulrich Wittchen, Kenneth S. Kendler, „Lifetime and 12 month prevalence of DSM-111-R psychiatric disorders in the United States“, *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, pp. 8-19.

WHO. 2001b. *World Health Report 2001*, Mental Health: New Understanding, New Hope, http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf

7) Darja Završek, *Ibid*.

положај жене у друштвеној хијерархији и искуства која утичу на услове живота, али и на сам живот жене. Стога се род у анализама родних разлика у менталном здрављу посматра као важан структурални фактор, који у комбинацији са другим структуралним факторима као што су узраст, односно године живота, социјална подршка, образовање, приходи, структура породице, одређује ментално здравље. Род схваћен као друштвени конструкт може допринети објашњењу различитих здравствених исхода за жене и мушкарце.

Родне разлике и са њима повезани ризици произилазе првенствено из веће изложености жена сиромаштву, дискриминацији, ангажовању на мање плаћеним пословима и насиљу. Ова социјална компонента је веома изражена када је ментално здравље жена у питању јер према проценама УН-а оне чине чак 70% свих сиромашних у свету.

Родне разлике се морају посматрати у оквиру концепта људских права како би се идентификовале неједнакости које последично доводе до разлика у менталном здрављу. Многи негативни догађаји који представљају ризике по ментално здравље жена су заправо последица непоштовања неких права – репродуктивних, сексуалних, радних и сл.

У испитивању улоге рода у менталном здрављу, неопходно је направити разлику између озбиљнијих менталних поремећаја са ниском преваленцом, као што су шизофренија и биполарни поремећај, код којих нема значајнијих родних разлика у стопи учесталости и високо учесталих поремећаја као што је депресија или анксиозност, где се велике разлике доследно изражавају. Родне разлике се не јављају само у стопама преваленци већ и стопама ризика и осетљивости, времену јављања и самом току поремећаја, дијагнози, лечењу и прилагођавању, односно реаговању особе и личности на саму болест.

Може се рећи да се веома слични квалитети који карактеришу депресију и низак друштвени положај, посматрају уобичајеним или пожељним атрибутима женствености и оснажују током социјализације, и „традиције“. То нам указује на друштвени конструкт о додељеним улогама женама (осетљиве, повлаче се, депресивне, итд.). Од мушкараца очекујемо да буду агресивнији, па не идентификујемо њихову депресију и анксиозност, јер их не очекујемо.

2. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ ЖЕНА КРОЗ ИСТОРИЈУ

Жене су кроз историју увек посматране као слабе и подложне менталним поремећајима. Први психијатријски поремећај који се везује искључиво за женски пол је хистерија. Хистерији се обично прилазило са два различита приступа - магијско-демонског и научног, премда је често била погрешно интерпретирана генеришући научну и/или моралну пристрасност дефинисану као псеудо-научне предрасуде.⁸⁾

Први описи хистерије датирају још из 2. миленијума пре нове ере и односили су се на Египћане који узрок хистеричних поремећаја проналазе у спонтаном кретању материце унутар женског тела. У античкој Грчкој и старом Риму хистерија је такође била лоцирана у материци и повезивана како са покретима материце (Хипократ) тако и са недостатком сексуалног живота (Платон, нпр).

Средњи век је окарактерисан даљим ширењем Хипократове идеје о хистерији (и меланхонији), препознавањем жена као вулнерабилнијих у односу на мушкарце и првим женама докторима. Основно гледиште у овом периоду је било да су жене физички и теолошки инфериорна бића, која своје корене имају у Аристотеловом концепту мушке супериорности. Почевши од 13. века па на даље борба са јересима поприма и политичку конотацију, а на многе манифестације менталних болести се гледа као на опscene везе између жена и ђавола тако да „хистеричне“ жене бивају подвргаване егзорцизму. Хистерија и меланхолија се сматрају искључиво женским болестима што је за последицу имало смрт хиљаде жена. Ренесансни доктори су у материци видели узрок рањиве физиологије и физиономије жена, а концепт инфериорности у односу на мушкарце још увек није напуштен јер је хистерија и даље била „симбол“ женствености.⁹⁾

У 16. веку, под утицајем медицинских достигнућа, узрок хистерије се од утеруса помера на мозак и нервни систем. Током просветитељства расте побуна против мизогиније. Ментални поремећаји се почињу посматрати са научнијег аспекта тако да се хистерија описује као једна од најкомпликованијих болести. Од 18. века хистерија почиње све више да се повезује са мозгом него са

8) Matthias C. Angermeyer, Anita Holzinger, Mauro G. Carta, Georg Schomerus, „Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies”, *The British Journal of Psychiatry*, 2011, 199, pp. 367-72.

9) Cecilia Tasca, Mariangela Rapetti, Giovanni Carta Mauro, Bianca Fadda, “Women and Hysteria in the History of Mental Health”, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 2012, pp. 110-119.

утерусом што је отварало пут неуролошкој етиологији. То је било погодно тле за раскид са дотадашњим приписивањем хистерије само женском полу, јер је повезаност са мозгом упућивала на могућност појаве код оба пола.¹⁰⁾ У 19. веку хистерија је постала „нервоза мозга, тј. болест која напада жене због мноштва нерава распоређених по слабом, лабилном телу“¹¹⁾ и описује се мноштвом телесних симптома. Управо су студије о симптомима хистерије обележиле 20. век: „губитак или поремећај функције која није у складу са оним што је познато о анатомији и физиологији тела, као што је губитак говора, али не и певања“¹²⁾.

Поједини аутори откриће женске хистерије сматрају конструкцијом полног идентитета на пољу душевног здравља, а дискурс о хистеричним женама покривањем, односно велом за полно специфичне политике и легитимисањем надзора над њима¹³⁾.

3. МЕНТАЛНИ ПОРЕМЕЋАЈИ ЖЕНА

3.1. Депресија

Депресија је најчешћи поремећај менталног здравља жена¹⁴⁾, али се често истиче и као најважнији проблем укупног здравља жена. Униполарна депресија се јавља око два пута чешће код жена него код мушкараца.

Ранији покушаји објашњења веће заступљености депресије код жена у односу на мушкарце били су засновани на биолошким полним разликама у склоности или осетљивости жена. Родна разлика код депресије је једна од најважнијих налаза у психијатријској епидемиологији. Већина свеобухватних студија које су до данашњих дана спроведене на општој популацији у различитим земљама света (Немачка, Канада, САД, Француска, итд.) показују да жене доминирају над мушкарцима у стопама преваленце депресије током животног века.¹⁵⁾

10) Ибид.

11) Дарја Завришек, Ибид: 3.

12) Cecilia Tasca и др, Ибид: 6.

13) Дарја Завришек, Ибид.

14) Marco Piccinelli, Greg Wilkinson, "Gender differences in depression. Critical review", *British Journal of Psychiatry*, 200, 177, pp. 486-492.

15) Marco Piccinelli, Francesca Gomez Homen, *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*, World Health Organization, Geneva, 1997.

Стопе депресије и родне разлике су повезане и са старосном доби. Родне разлике у стопама депресије не постоје током детињства, веома су мале у старом добу, а највеће у одраслој, односно репродуктивној доби¹⁶⁾. Наиме, у том периоду жене се могу наћи под троструким оптерећењем – продуктивним, репродуктивним и старањем о другим особама у домаћинству. Током животног циклуса жене, постоје фазе у којима је ризик од појављивања депресије повећан, као што је трудноћа или материнство. Тако је депресија током првих 6 недеља након порођаја код жена, које иначе нису патиле од депресије пре порођаја, описана још пре 40 година. Истраживања која су уследила су оспоравала концепт по коме су стопе депресије након порођаја веће у односу на мајке са малом децом у постнаталном периоду. Истраживања у земљама у развоју показују да порођајна депресија може бити фактор ризика за слаб развој малог детета¹⁷⁾ што указује на потенцијални значајан утицај на развој током целог детињства, односно преношење ефеката на следећу генерацију (потомство).¹⁸⁾

Иако је депресија водећи узрок инвалидности/неспособности код оба пола, терет депресије је за 50% виши код жена и то како у високо тако и у средње и ниско доходовним земљама.¹⁹⁾

Такође, постоје и родне разлике у обрасцима тражења помоћи, као и родни стереотипи у дијагнози. Чак и када имају исте симптоме, код жена се чешће идентификује депресија. Депресија и анксиозност су најчешћи коморбидни поремећаји, али они истовремено укључују и многе друге поремећаје где доминирају жене као што су агарофобије, панични поремећаји и посттрауматске стресне поремећаје (ПТС). Скоро половина пацијента са најмање једним психијатријским поремећајем има поремећај из бар још једног кластера психијатријских поремећаја који укључују већину поремећаја у којима доминирају жене (осим алкохолне зависности)²⁰⁾.

Жене такође имају више стопе посттрауматског стресног поремећаја. Истраживања општинских популација показују да једна од 12 особа доживљава ПТСД у неком тренутку живота, а да је ризик

16) WHO, *Women's Mental Health: An Evidence Based Review*. Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization Geneva, 2000.

17) WHO, *Mental Health Action Plan, 2013-2020*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

18) WHO, 2013, *Ibid.*

19) WHO, 2008, *Ibid.*

20) WHO, 2000, *Ibid.*

од развијања ПТСД-а након трауме приближно двоструко већи код жена него код мушкарца²¹⁾.

3.2. Шизофрени, биполарни и анксиозни поремећаји менталног здравља

Људи са озбиљним менталним поремећајима као што су шизофренија и биполарни поремећај често наводе да је један од најтежих и најдехуманизованијих аспеката живљења са дијагнозом заправо губитак личног идентитета када су означени као „ментално болесни“²²⁾. Једном када је дијагноза постављена, често се губи из вида личност, снаге, карактеристике, потребе саме особе, већ се врши етикетање целокупне личности.

Када су у питању ови озбиљни ментални поремећаји, иако не постоје разлике у њиховим стопама учесталости између жена и мушкараца, обимна анализа је показала да постоје разлике у самом току болести. Поједини аутори²³⁾ родним разликама објашњавају манифестацију и ток шизофреније и приписују их разликама у етиологији па је тако већа вероватноћа да ће мушкарци имати неуроразвојни модел болести док је код жена јача генетска компонента. Почетни симптоми шизофреније се јављају код мушкараца раније него код жена, али су код жена касније чешће халуцинације²⁴⁾.

Постоје и разлике у реакцији на третман лековима због хормоналних разлика (нпр, естроген може потенцирати неуролептичке ефекте антипсихотика што значи да је женама потребна мања доза него мушкарцима.²⁵⁾ Поједине студије су показале да жене са шизофренијом остварују боље социјалне односе у поређењу са мушкарцима премда су ови резултати само делимично потврђени.

Слично је и са биполарним поремећајем – коморбидност је већа код жена, као и вероватноћа хоспитализације током маничне фазе²⁶⁾. Нежељене исходе повезане са овим озбиљним менталним поремећајима се додатно компликују и усложњавају са специфичном изложеношћу родним факторима ризика.

21) Ibid.

22) Anna M. Scheyett, Erin McCarthy, “Women and Men With Mental Illnesses: Voicing Different Service Needs”, *Affilia* 2, 2006, pp. 407. <http://aff.sagepub.com/content/21/4/407>

23) Rosalind Ramsay, Sarah Welch, Elizabeth Youard, “Needs of women patients with mental illness”, *Advances in Psychiatric Treatment* 7, 2001, pp. 85-92. <http://apt.rcpsych.org>

24) Marco Piccinelli, Francesca Gomez Homen, 1997, Ibid.

25) Rosalind Ramsay, Sarah Welch, Elizabeth Youard, 2001, Ibid.

26) WHO, 2000, Ibid.

4. ФАКТОРИ РИЗИКА

Веома дуго су се ментални поремећаји код жена повезивали са репродуктивном функцијом, што је представљало редукцију фактора који утичу на ментално здравље. Нагласак на репродуктивној биологији жена произилази из становишта по коме се здравље жена може редуковати, односно свести само на оне болести или стања која се односе на репродуктивно здравље. Овакво свођење здравља жене искључиво на репродуктивну функцију довело је до запостављања менталног здравља жена и друштвено-структуралних детерминанти.

Према мишљењу многих аутора оваква редукција је имала бројне негативне последице на статус научног знања, што се огледало у: неадекватном разумевању и истраживањима о родним разликама у здрављу, недовољним информацијама о основама физиологије и фармакокинетици код жена, одрживим родним претрасудама у истраживањима (нпр. претпоставка да се болест треба исто лечити код мушкараца и жена), кашњењу у доказивању или развијању одговарајућих индикатора за мерење разлика у друштвеном положају жена и мушкараца и исхода по здравље, занемаривању социјалних фактора, дискриминације и родно специфичних негативних животних догађаја и стресора у корист репродуктивних и ендокринолошких објашњења и нагласку на (ментално) здравље жена као мајки уз релативно занемаривање других аспеката женског здравља и животног циклуса.²⁷⁾

Ендокринолошки и биолошки фактори не могу да објасне несразмерни терет репродуктивних здравствених проблема са којима се жене суочавају широм света²⁸⁾ јер су ови проблеми повезани са социјалним, образовним, економским и политичким потешкоћама које жене доживљавају и значајних психолошких последица. Низак ниво образовања, рани бракови, трудноћа у адолесценцији, више трудноћа у кратком временском интервалу услед одсуства планирања породице и културолошке неприхватљивости и многи други фактори повећавају вероватноћу јављања репродуктивних проблема који су под утицајем или чак условљени овим социјалним и културним факторима, а не биолошким силама.²⁹⁾

Управо је из ових разлога важно (ментално) здравље жене испитивати у оквиру социјалног модела који даје слику ефеката

27) Ibid.

28) Marco Piccinelli, Francesca Gomez Homen, 1997, Ibid.

29) WHO, 2000, Ibid.

животних догађаја и стресора који несразмерно више погађају жене. Ови догађаји и стресори нису ограничени само на репродуктивну функцију, већ укључују и друге факторе попут утицаја сиромаштва, самохраног родитељства, радног статуса, прековременог и неплаћеног рада, ниских прихода, физичког, психичког и сексуалног насиља, и психолошког терета неплаћеног рада који се односи на негу и бригу о другима. Ове социјалне, заједно са индивидуалним карактеристикама личности, представљају факторе ризика по ментално здравље жена, а број оних који директно или посредно доприносе појави симптома различитих менталних сметњи је веома велик.

4.1. Социо-економски фактори ризика

Прво дубинско истраживање о социјалним факторима депресије код жена спроведено је 1978. године и представљало је искорак у односу на претходно теоретисање које је ментално здравље жена заснивало на биолошким, хормоналним и ендокринолошким факторима. Ово истраживање о менталном здрављу жена, припадница британске радничке класе, подвукло је значај социјалних фактора и озбиљних стресних животних догађаја и хроничних животних тешкоћа као окидача депресије.

Социјална компонента у менталном здрављу, под којом се подразумева пре свега положај у друштву, има веома значајну улогу. Истраживања показују да људи који су у најнеповољнијем положају имају 2 до 2 и по пута више неповољне исходе по ментално здравље у поређењу са групом која је у најмање неповољном положају.³⁰⁾ Анализе ове социјалне компоненте физичког и менталног здравља су углавном усмерене на материјалне показатеље неједнакости и неповољног положаја у друштву. Међутим, треба имати у виду и субјективни, као и симболички ниво испољавања ове компоненте. Друштвени положај са собом носи и субјективну свест о позиционирању у друштву. У складу са тим, депресија је уско повезана са неколико међуповезаних фактора: перцепције себе као мање вредне, инфериорне особе у нежељеном, подређеном положају, са ниским самопоуздањем; субмисивним понашањем и доживљеним осећајем пораза у важним животним биткама, осећај да је особа у замци из које не може да побегне.³¹⁾

30) Ronald C. Kessler i dr. 1994. Ibid.

Anton E. Kunst, Jose M. Geurts, Berg van den Berg, "International variation in socioeconomic inequalities in self reported health", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1995, 49, pp.117-123.

31) WHO, 2000, Ibid.

Положај жене у друштву директно је повезан са исходима по ментално здравље жене, односно „здравље жена је нераскидиво повезано са њиховим статусом у друштву“³²⁾. Имајући у виду да жене чине 6 од 10 најсиромашнијих људи и да чак 75% жена не може да добије кредит од банке јер раде на несигурним или слабо плаћеним пословима и немају власништво над имовином³³⁾, разлику негативних ефеката оваквог положаја није тешко проценити. Из ових разлога се питање једнакости између жена и мушкараца не поставља само у контексту социјалне правде већ првенствено основних људских права. Постизање ове једнакости је уједно кључно и за остваривање Миленијумских циљева развоја. Присуство неправде и неједнакости, које су веома дуго карактеристике живота жена, веома дуго је игнорисано у студијама менталног здравља жена.

Стога је за операционализацију родног развоја и диспартитета између жена и мушкараца УНДП од 1995. године развио две мере – индекс развоја који се односи на род (*gender related development index - GDI*) и меру родног оснаживања (*gender empowerment measure - GEM*). *GDI* заправо узима у обзир исте ствари као и индекс људског развоја (*human development index – HDI*), али и разлике између мушкараца и жена, док *GEM* индекс испитује у којој мери је постигнут прогрес у унапређивању положаја жена у економској и политичкој сфери.³⁴⁾

Ови индикатори су били доста дискутабилни и чак изложени критици због своје релативности јер родни развој и неједнакост посматрају само у функцији људског развоја што за последицу има немогућност утврђивања специфичних услова или третмана који погађају само жене.³⁵⁾ Међутим, и поред несавршености ових инструмената, они су и даље корисни инструменти који пружају компаративни преглед разлика између земаља у развоју заснованом на роду и оснаживању. Упадљива разлика између хуманог и развоја заснованог на роду у већини земаља, говори о упорном одржавању родне неравноправности и неправде у вези са образовањем, приходима и очекиваним трајањем живота.

32) Who, 1998, Ibid: 6.

33) UNDP, Basic facts: Gender and Poverty Reduction, 2014, http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/povertyreduction/focus_areas/focus_gender_and_poverty.html

34) Marina Blagojević Hjuson, *Rodni barometer u Srbiji: razvoj i svakodnevni život*. UN WOMEN Agencija Ujedinjenih nacija za rodnu ravnopravnost i osnaživanje žena, 2013.

35) Geske A. Dijkstra, Hanmer C. Lucia, “Measuring Socio-economic Gender Inequality: Towards an Alternative to the UNDP Gender-Related Development Indexi”, *Feminist Economics* 6(2), 2000, pp: 41-75.

И поред несумњивих побољшања у положаја жена, готово сви доступни подаци и даље показују њихов инфериорни положај у многим сферама. Тако на пример, према подацима УНДП-а, чак 60% свих хронично гладних људи чине жене, 3 од 10 жена је жртва физичког и/или сексуалног насиља од стране свог интимног партнера, а сваког дана умире око 800 жена током трудноће или порођаја услед узрока који се могу спречити³⁶⁾.

Бројне студије базиране на општим популацијама доследно показују да су сиромашни и маргинализовани у већем ризику од уобичајених менталних поремећаја – депресивних и анксиозних поремећаја.³⁷⁾ Веза између ниског социо-економског статуса и високе преваленце психијатријских поремећаја се двоструко објашњава. Према првом објашњењу, стопе менталних поремећаја су више код људи ниског статуса јер су ови људи са поремећајима или предиспозицијама за поремећаје “гурнути” у ове групе из којих се не могу извући. Друго објашњење, које је поткрепљеније налазима студија, ову везу објашњава психолошким и срединским недаћама које прате људе који заузимају ниске социо-економске положаје и на тај начин стварају високе нивое стреса и депресије. Овакво гледиште је у ближе социјалном моделу здравља.

Према Вилкинсону³⁸⁾, оно што заправо прави разлику у здрављу људи је „више питање релативних прихода и статуса у друштву него њихов апсолутни материјални животни стандард“. Жене имају ниже приходе у односу на мушкарце и чине највећи део оних који живе у апсолутном сиромаштву. Сиромаштво и неједнакост су веома родно обојени и повезани. Свако повећање неједнакости кроз резове у социјалној заштити, зарадама и други облици неинвестирања у социјални капитал нужно падају највише на терет жена³⁹⁾.

Актуелна економска криза додатно погоршава положај жена јер у условима растуће незапослености, жене најчешће прве остају без посла што их чини још више вулнерабилнијим и „гура“ у сиромаштво, феномен познат као феминизација сиромаштва. Такође, у поређењу са општом популацијом, сиромашне жене су чешће изложене угрожавајућим и неконтролисаним животним догађајима као што су болест и смрт детета, мужа и многим другим животним

36) UNDP, 2014, Ibid.

37) Vikram Patel, Arthur Kleinman, "Poverty and common mental disorders in developing countries", *Bulletin of the World Health Organization*, 8, 2003, pp. 609-615.

38) Richard G. Wilkinson, "Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?", *British Medical Journal*, 314, 1997, pp. 591- 595.

39) WHO, 2000, Ibid.

тешкоћама, посебно уколико су припаднице мањинских група што има додатне импликације на њихово ментално здравље.

Често се и ефекти реформи економских политика у правцу економске дерегулације веома неповољно одражавају на егзистенцију жена и њихово психо-физичко стање. Са сваким економским прилагођавањем, очекује се да ће терет који је повезан са вишеструким улогама, задацима и одговорности порастати као и негативне импликације по њихово здравље.⁴⁰⁾

У таквим макроекономским условима, велику претњу за ментално и физичко здравље жена представља њихова велика заступљеност, односно доминација у тешким и слабо плаћеним пословима, непостојање или недостаци закона о заштити радника и запошљавању жена и девојака, као и други видови кршења права жена и дискриминације.

Радно место је такође још једна од области где је положај повезан са родом и предиктор је депресије. Највише благостање и најмањи ниво депресије је код особа чија су радна места на врху лествице занимања. С обзиром да жене обично заузимају ниже положаје, имају мању моћ одлучивања и ниске приходе, пре свега самохране мајке и домаћице, то их сврстава на само дно друштвене лествице, што је уједно и последица неједнакости хуманог и на роду заснованог развоја.

Родна социјализација која наглашава пасивност, субмисивност, нижи ранг, није испољена код жена само услед њиховог структуралног положаја у плаћеном запослењу већ додатно и у неплаћеном кућном раду. Управо је то покорно, зависно и неасертивно понашање, често посматрано као стереотипно понашање жена које је и даље пожељно у појединим земљама, повезано са депресијом.⁴¹⁾

Теорија социјалног позиционирања (*social rank theory*) истиче неколико кључних варијабли у развоју депресије – перцепцију себе као инфериорне особе или особе на нежељеном положају, ниско самопоуздање и субмисивно понашање, осећање пораза у ситуацијама животних битака и осећај заробљености. Ова осећања социјалног ранга се најчешће везују за запослење, у односу на радно место, зараду, могућност одлучивања.

Осим тога, са друштвено неповољним положајем комплексно су повезани и бројни фактори ризика као што су болести за-

40) Ibid.

41) Steven Allan, Paul Gilbert, "Psychopathology and submissive behavior", *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 1997, pp. 467-488.

висности, а пре свега пушење. Наиме, жене које се налазе у најнеповољнијем социо-економском положају имају и највише стопе пушења што повратно онемогућава да поправе, односно промене свој положај или здравствено стање. Са друге стране, пушење је веома често код депресивних жена или жена које имају историју насилне виктимизације⁴²⁾ и често се јавља са другим факторима ризика као што су злоупотреба дроге и алкохола.

4.2. Искуство насиља

Имајући у виду све претходно наведене карактеристике неповољнијег положаја жена, учесталост насиља над женама се перманентно одржава на алармантно високом нивоу. Искуство насиља током живота код жена оставља бројне последице: повишене стопе депресије и анксиозности, синдрома повезане са стресом, фобије, злоупотребе психоактивних супстанци, суицидално понашање, медицинске и соматске синдрома, слабо субјективно здравље, промене у коришћењу здравствених услуга.⁴³⁾

Жене су најчешће жртве у партнерском насиљу, које се притом често и понавља, што доводи до свих оних чиниоца који су у директној вези за депресијом – осећање понижености, осећај заробљености, безизлаза и подређености. Студије показују значајно више стопе депресије и анксиозности код жена које су претрпеле један или више облика насиља у односу на оне које нису имале то искуство. Тежина насиља као стресор је предиктор тежине исхода по здравље, што значи да озбиљност насиља утиче на озбиљност каснијих психолошких поремећаја.

Повезаност насиља са депресијом и анксиозношћу је сада већ добро потврђена налазима бројних истраживања. Оно што су заједничке карактеристике насиља и ових поремећаја су управо осећања понижења и заробљености, која су један од узрочника депресије, а истовремено и карактеристика партнерског насиља. Константно понижавање само додатно учвршћује већ инфериоран положај жене. Осим тога, појмови претње и губитка који су повезани са развојем депресије, могу се схватити и као психолошке ре-

42) Ron A. Acierno et al., "Violent assault, posttraumatic stress disorder, and depression. Risk factors for cigarette use among adult women", *Behavior Modification*, 20, 1996, pp. 363-384.

43) Joseph H. Beitchman, Kenneth J. Zucker, Jane E. Hood, Granville A. DaCosta, Donna Akman, Erika Cassavia, "A review of the long-term effects of child sexual abuse", *Child Abuse and Neglect*, 16, 1992, pp. 101-118.

Gwenneth L. Roberts, Joan M. Lawrence, Gail M. Williams, Beverley Raphael, "The impact of domestic violence on women's mental health", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 1998, pp. 796-801.

акције на насиље јер насиље подразумева (укључује) губитак или претњу на више нивоа – губитак осећаја себе и других, сигурне везе/односа и идеје о љубави и неповређивању. Психолошке реакције су повезане са начином и променама опажаја насилника, посебно веровањем у његову свемоћ тако да се често јавља окривљавање и губитак себе.

Осим што је насиље у директној вези са високим стопама депресије, оно је повезано и са коморбидном психопатологијом, укључујући посттрауматски стресни поремећај (ПТСД), дисоцијативне поремећаје, зависност од психоактивних супстанци и суицид.⁴⁴⁾ Осим тога, психолошки поремећаји су праћени бројним соматским проблемима, измењеним здравственим навикама и обрасцима коришћења здравствене заштите, као и здравственим тежбама које нападају бројне системе у телу.⁴⁵⁾

Посебно негативне последице по ментално здравље жена оставља искуство сексуалног насиља и ревиктимизација што потврђују бројне студије. Висока учесталост сексуалног насиља над женама и девојчицама је навела истраживаче да укажу на то да жене чине највећу групу међу онима које пате од ПТСД-а⁴⁶⁾. Велика национална студија о силовању у САД-у је показала да се ПТСД у неком тренутку током живота јавио код чак 31% силованих жена у поређењу са 5% оних које нису жртве⁴⁷⁾. Ризик од развијања ПТСД код жена након трауме је двоструко већи него код мушкараца и дуже траје, а насиље као што је силовање и сексуални напад носе највећи ризик од јављања ПТСД⁴⁸⁾.

Број хоспитализованих жена које су у детињству биле сексуално злостављане (укључујући сношај) је 16 пута већи у односу на жене које су биле изложене блажим облицима насиља, а од свих жена које су пријавиле историју злостављања, чак 85% је у неком тренутку свог живота хоспитализовано на психијатријским одељењима или у болницама⁴⁹⁾.

Поједине студије о насиљу у породици и злостављању деце су показале да озбиљност и дужина трајања насиља упућују на

44) Roberts et al., 1998, Ibid.

45) Ibid

46) Karen S. Calhoun, Patricia A., Resick, "Post Traumatic Stress Disorder", у зборнику: *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (priredio: David H. Barlow), Guilford Press, New York, London, 1993, pp. 48-98.

47) WHO, 2000, Ibid.

48) Ibid.

49) Ibid.

исходе по ментално здравље жена у смислу њихове озбиљности и броја поремећаја, чак и онда када су други статистичко значајни фактори ризика контролисани у анализи података.⁵⁰⁾ До смањења нивоа депресије и анксиозности долази онда када жена престане да трпи насиље⁵¹⁾, и поново се повећава онда када се насиље настави.⁵²⁾

Једна од мера озбиљности насиља је свакако ревиктимизација. Жене које су биле жртве насиља у детињству и касније у одраслом добу, имају озбиљније поремећаје од оних жена које су биле жртве само једном (или ниједном)⁵³⁾. Након сваког поновљеног насиља самопоуздање жене се додатно смањује.

Проблеми менталног здравља који су директно повезани са насиљем које је особа претрпела (или трпи) су слабо препознати. Разлог делимично лежи у чињеници да жене нерадо откривају историју насилне виктимизације. Насилна виктимизација и посебно сексуално злостављање у детињству су значајан предиктор болничког третмана у психијатријској установи у одраслој доби.

5. СУИЦИДАЛНО ПОНАШАЊЕ КАО ПОСЛЕДИЦА МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА И РОДНО ЗАСНОВАНОГ НАСИЉА

Проблеми менталног здравља су повезани и са суицидним понашањем. Најекстремнији облик психолошког дистреса који прати насиље је суицидално понашање. Иако је стопа самоубиства већа код мушкараца, код жена се бележе више стопе покушаја убиства⁵⁴⁾.

Родно засновано насиље је значајан предиктор суицидалности жена па тако чак 20% жена које су жртве овог насиља покушава самоубиство⁵⁵⁾. Према истраживањима, физичко насиље је претходило у 1/4 свих суицида жена, а код Афро Американки чак у поло-

50) Ibid.

51) Jacquelyn Campbell, Joan E. Kub, Linda Rose, "Depression in battered women", *Journal of American Women's Association*, 1996, 51, pp. 106-10.

52) Cheryl Sutherland, Deborah, Bybee, Cris Sullivan, "The long-term effects of battering on women's health", *Women's Health*, 1998, 4, pp. 41-70.

53) WHO, 2000, Ibid.

54) Keith Hawton, "Sex and suicide Gender differences in suicidal behavior", *The British Journal of Psychiatry* 177, 2000, pp. 484-485. <http://bjp.rcpsych.org/content/177/6/484.full>

55) Evan Stark, Anne Flitcraft, *Women at risk: Domestic violence and women's health*, Thousand Oaks, Sage, 1996.

вини свих случајева покушаја самоубиства⁵⁶⁾. Покушаје самоубиства и самоубиства су иницирани осећањима кривице, појачаним осећањем угрожености, изолације и неповерења у друге. Суицид жена често види као једино могуће бекство из ситуације насиља, односно заробљености када су све друге опције већ недоступне, „метафизички и буквално блокиране“⁵⁷⁾.

6. РОДНЕ РАЗЛИКЕ У ТРЕТМАНУ МЕНТАЛНИХ ПОРЕМЕЋАЈА

Родне разлике и стереотипи у дијагнози и третману жена са менталним поремећајима су приметни још од седамдесетих година прошлог века, премда су резултати новијих истраживања мање доследни. Као што је већ речено, налази појединих аутора показују да су психијатри склонији дијагностификовању депресије код жена него код мушкараца чак и онда када су присутни исти симптоми⁵⁸⁾, иако неке друге студије не потврђују ове родне разлике у дијагнози.

Родне разлике су видљиве и у обрасцима тражења помоћи. Жене чешће него мушкарци откривају своје проблеме менталног здравља лекару у примарној здравственој заштити, док се мушкарци чешће обраћају специјалисти. Међутим, оно што је генерални проблем је да многи људи са психијатријским проблемима често не затраже помоћ лекара, чак ни у развијеним земљама, што указује да је стање и алармантније у земљама у развоју или неразвијеним земљама.

Имајући у виду родне разлике између мушкараца и жена у искуству саме болести, поједина истраживања су покушала да евентуално идентификују ове разлике и у перципирању услуга менталног здравља (и система генерално) од стране корисника са озбиљним менталним поремећајима. Сиромаштво, односно потреба за финансијском подршком, најчешће се идентификује као заједничка потреба мушкараца и жена што указује на неопходност развијања услуга подршке запошљавању за ове вулнерабилне групе.⁵⁹⁾ Такође, и мушкарци жене препознају важност услуга у кри-

56) Ibid.

57) Ibid.
WHO, 2000, Ibid.

58) Ibid.

59) Anna M. Scheyett, Erin McCarthy, 2006, Ibid.

зним ситуацијама (кризне интервенције), као и обуку за стицање животних вештина. Родне разлике не постоје и у домену званичне (формалне) вршњачке подршке од стране корисника који су имали исти или сличан проблем, а који би били ангажовани као професионалци у систему као неко ко би могао да прича свом личном искуству у решавању проблема.⁶⁰⁾

Мушкарци и жене поједнако препознају важност и потребу за поштовањем њихове личности, посебно од стране професионалаца у области менталног здравља и опхођењем као према осталим људима са сопственим правима, обавезама и специфичностима. Међутим, разлика постоји у концептуализацији тог поштовања. За жене се поштовање демонстрира кроз спремност професионалаца да се ангажују у однос са разумевањем и бригом што би значило интересовање и за неке друге аспекте живота самих пацијенткиња, осим за саму болест. Оне су наглашавале да су пружаоци услуга, као и психијатри и други ангажовани стручни радници у непосредном раду, углавном фокусирани на њихову болест док оне постају невидљиве као жене.⁶¹⁾

Са друге стране, мушкарци наглашавају различите аспекте поштовања – слушање и информисање, као и омогућавање самосталности и могућности избора, што подразумева један равноправан однос између две одрасле особе – доктора и клијента. Овакви ставови су подударни са запажањима о родним разликама у решавању проблема – жене наглашавају повезаност и бригу, а мушкарци независност и правду.⁶²⁾

Многа истраживања показују да управо фактори који ни су уско везани за саму терапију, као сто су топлина, поштовање и оснаживање могу бити најважнији чиниоци ефикасне терапије.

ЛИТЕРАТУРА

Acierno, A. Ron, Kilpatrick G. Dean, Resnick S. Heidi, Saunders E. Benjamin & Best L. Connie, "Violent assault, posttraumatic stress disorder, and depression. Risk factors for cigarette use among adult women", *Behaviour Modification* 20, 1996, str. 363-384.

60) Ibid.

61) Wanda Chernomas, Diana, Clarke, Francine Chisolm, "Perspectives of women living with schizophrenia", *Psychiatric Services*, 51, 2000, pp. 1517-1520.

62) Carol Gilligan, "The centrality of relationship in human development: A puzzle, some evidence, and a theory", у зborniku: *Development and vulnerability in close relationships* (приредили: Gil G. Noam & Kurt Fischer), Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, 1996, pp. 251-265.

- Allan, Steven, Gilbert Paul, "Psychopathology and submissive behaviour", *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 1997, str. 467-488.
- Angermeyer, C. Matthias, Holzinger Anita, Carta G. Mauro, Schomerus Georg, „Biogenetic explanations and public acceptance of mental illness: systematic review of population studies”, *The British Journal of Psychiatry*, 199, 2001, str. 367-72.
- Beitchman, H. Joseph, Zucker J. Kenneth, Hood E. Jane, DaCosta A. Granville, Akman Donna, Cassavia Erika, "A review of the long-term effects of child sexual abuse", *Child Abuse and Neglect*, 16, 1992, str. 101-118.
- Blagojević Hjuson, Marina, *Rodni barometer u Srbiji: razvoj i svakodnevni život*, UN WOMEN Agencija Ujedinjenih nacija za rodnu ravnopravnost i osnaživanje žena, 2013.
- Calhoun, S. Karen, Resick A. Patricia, "Post Traumatic Stress Disorder", u zborniku: *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (priredio: David H. Barlow), Guilford Press, New York, London, 1993, str. 48-98.
- Campbell, Jacquelyn, Kub E. Joan, Rose Linda, "Depression in battered women", *Journal of American Women's Association*, 51, 1996, str.106-10.
- Chernomas, Wanda, Clarke Diana, Chisolm Francine, "Perspectives of women living with schizophrenia", *Psychiatric Services*, 51, 2000, str. 1517-1520.
- Cohen, Sherill, *The Evolution of Women's Asylums Since 1500*, Oxford University Press, New York, 1992.
- Dijkstra, A. Geske, Lucia C. Hanmer, "Measuring Socio-economic Gender Inequality: Towards an Alternative to the UNDP Gender-Related Development Index", *Feminist Economics* 6(2), 200, str. 41- 75.
- Gilligan, Carol, "The centrality of relationship in human development: A puzzle, some evidence, and a theory", u zborniku: *Development and vulnerability in close relationships* (priredili: Gil G. Noam & Kurt Fischer), Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, 1996, str. 251-265.
- Hawton, Keith, "Sex and suicide Gender differences in suicidal behavior", *The British Journal of Psychiatry*, 177, 2000, str. 484-485. Dostupno na: <http://bjp.rcpsych.org/content/177/6/484.full>
- Kessler, C. Ronald, McGonagle A. Katherine, Zhao Shanyang, Nelson B. Christopher, Hughes Michael, Eshleman Suzann, Wittchen Hans-Ulrich, Kendler S. Kenneth, "Lifetime and 12 month prevalence of DSM-111-R psychiatric disorders in the United States", *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, str. 8-19.
- Kunst, E. Anton, Geurts M. Jose, Berg van den Berg, "International variation in socioeconomic inequalities in self reported health", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 1995, str. 117-123.
- Mirowsky, John, Ross E. Catherine, "Age and depression", *Journal of Health and Social Behaviour*, 33, 1992, str. 187-205.
- Mullen, E. Paul, Martin L. Judy, Anderson C. Jessie, Romans E. Sarah, Herbison G. Peter., "Childhood sexual abuse and mental health in adult life", *British Journal of Psychiatry*, 163, 1993, str. 721-732.
- Patel, Vikram, Kleinman Arthur, "Poverty and common mental disorders in developing countries", *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 2003, str. 609-615.
- Piccinelli, Marco, Homen Francesca Gomez, *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*, World Health Organization, Geneva, 1997.

- Piccinelli, Marco, Wilkinson Greg, "Gender differences in depression. Critical review", *British Journal of Psychiatry*, 177, 2000, str. 486-492.
- Ramsay, Rosalind, Welch Sarah, Youard Elizabeth, "Needs of women patients with mental illness", *Advances in Psychiatric Treatment* 7, 2001, str. 85-92. Dostupno na: <http://apt.rcpsych.org>
- Roberts, L. Gwenneth, Lawrence M. Joan, Williams M. Gail, Raphael Beverley, "The impact of domestic violence on women's mental health", *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 1998, str. 796-801.
- Scheyett M. Anna, McCarthy Erin, "Women and Men With Mental Illnesses: Voicing Different Service Needs", *Affilia* 21, 2006, str. 407. Dostupno na: <http://aff.sagepub.com/content/21/4/407>
- Stark, Evan, Flitcraft Anne, *Women at risk: Domestic violence and women's health*, Sage, Thousand Oaks, 1996.
- Sutherland, Cheryl, Bybee Deborah, Sullivan Cris, "The long-term effects of battering on women's health", *Women's Health*, 4, 1998, str. 41-70.
- Tasca, Cecilia, Rapetti Mariangela, Carta Mauro Giovanni, Fadda Bianca, "Women and Hysteria in the History of Mental Health", *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 2012, str. 110-119.
- UNDP, Basic facts: Gender and Poverty Reduction, 2014. Dostupno na: http://www.undp.org/content/undp/en/home/ourwork/povertyreduction/focus_areas/focus_gender_and_poverty.html
- WHO, Basic documents. 43rd Edition, WHO, Geneva, 2001, Dostupno na: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
- WHO, Mental Health Avtion Plan, 2013-2020. Dostupno na: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf
- WHO, Women's Mental Health: *An Evidence Based Review*. Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization Geneva, 2000.
- WHO, *World Health Report 2001*, Mental Health: New Understanding, New Hope. Dostupno na: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf
- Wilkinson, G. Richard, "Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?", *British Medical Journal*, 314, 1997, str. 591- 595.
- Zaviršek, Darja, "Žene, duševno zdravlje i politika isključivanja", *Ženske studije*, br. 5/6, 1996. Dostupno na: <http://www.zenskestudie.edu.rs/izdavastvo/elektronska-izdanja/casopis-zenske-studije/zenske-studije-br-5-6/233-zene-duševno-zdravlje-i-politika-isključivanja>
- Üstün T. Bedirhan, Sartorius Norman, *Mental Illness in General Health Care: An International Study*, John Wiley & Sons Inc., 1995.

Dragana Stankovic

**GENDER DISPARITIES IN MENTAL
HEALTH – OVERLOOK ON FEMINIZATION
OF MENTAL HEALTH DISORDERS**

Resume

Gender model of mental health is used to analyze the critical determinants of women mental health and those factors arising from their vulnerability due to their social status and exposure to various risk factors that are connected or lead to poor mental health outcomes for women. Biology itself can not be a sufficient explanation of gender disparities in mental health between men and women but the social determinants, including gender, together enhance biological differences.

Although the overall rates of mental disorders are nearly equal for men and women, some mental health problems are more common in one of the sexes. Thus, for example, depression and anxiety occur more frequently in women, while the addictions are being usually connected to the male sex.

The social status of women has a profound effect on the occurrence of mental disorders, especially depression. Subordinate social status, which is reflected in the precarious and poorly paid jobs and lower positions as well as the incapability of decision-making, is the result of more negative life events, chronic stressors, what is often accompanied by less social support. In addition, traditional gender roles further increase the sensitivity emphasizing passivity, submissiveness, dependence and imposes the obligation for many women of accepting paid and unpaid work and care in many areas of daily life. Correlation between gender, social status, mental health and sustainable income, regardless of the level of country development, is confirmed by numerous studies .

Gendered approach to mental health provides directives for the development of appropriate health care and public policy. Ignoring gender differences can have enormous consequences. Gender stereotyping only strengthens and reinforces stigma and limit asking for the help just on the patterns that are consistent with these stereotypes. Health services for women tend to focus only on their reproductive function by denying the needs of women beyond reproductive age. Psychosocial institutions also reproduct gender stereotypes because for the same symptoms women more often get psychiatric diagnosis than men, the same behaviors are assessed differently because women are often attributed

to “labile and emotional nature”. In addition, some specific gender-related needs of women with mental disorders during treatment are identified: the need for support and services for overcoming the trauma and experiences of violence, issues of sexuality and sexual health, the need for social networks and relationships.

Observation mental health through gender is an essential step in improving the accessibility, availability and adequacy of health services and systems in general. Effective strategies to reduce risk factors can not be gender neutral because these risks are gender specific and social status of women worldwide is disadvantaged. The experience of self-valuation, competence, autonomy, adequate income and security, which are essential for good mental health are still systematically denied.

Analysis of the impact of social factors and mental health status of the woman, her physical and emotional well-being would contribute to the development of a functional model of mental health promotion and primary prevention, especially due to the fact that large variations between countries show that these factors can be changed and modified. Therefore, it is necessary to develop interdisciplinary set of measures and policies with the aim to promote the autonomy and rights of women, which are crucial for mental health.

Key words: mental health, gender disparities, mental disorders, prevalence, women, risk factors, treatment.

* Овај рад је примљен 05. фебруара 2014. године а прихваћен за штампу на састанку Редакције 23. маја 2014. године.