

Redactioneel

De tijd van de grote ideologieën is over, horen we in alle toonaarden. Dus ook in de psychiatrie denken we, en opgelucht gaan we ons nu eindelijk wijden aan waar het in ons vak echt om gaat: het genezen van geestesziekten. Geholpen door de revolutionaire nieuwe vindingen van de psychofarmaceutische industrie en de verworvenheden van beeldvormende technieken kunnen we nu eindelijk achter oorzaken van psychiatrische ziekten komen, en deze zijn biologisch van aard, of je ze nu proximaal of distaal definieert, zoals Koerselman (1998) in zijn oratie deed.

Voor de sociogenetische factoren bij het ontstaan of in stand houden van bepaalde psychiatrische ziektebeelden hebben we weinig geduld meer, dus ook niet voor het fijne onderscheid tussen sekse en gender, zoals laatst bleek uit een ingezonden brief in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* (Vervarcke 1998).

Zoals de lezer weet, is het in het *Tijdschrift voor Psychiatrie* – anders dan bij andere tijdschriften – gebruikelijk dat leden van de redactie onbekommerd hun stokpaardjes mogen berijden. Zo schreef Hengeveld (1998) een redactioneel over onzindelijk taalgebruik in de psychiatrie, dat veel weerklank vond. Nog nooit verschenen zoveel ingezonden brieven. Bovengenoemde ingezonden brief is aanleiding tot mijn stokpaardje (Vervarcke 1998).

Ik neem de eerste de beste gelegenheid te baat om het onderwerp sekse, gender en psychopathologie onder de aandacht te brengen. De huidige opleving van de gedachte dat psychiatrische stoornissen ‘Gehirnkrankheiten’ zijn, zou consequenties kunnen hebben voor vooronderstellingen over de relatie tussen psychopathologie en geslacht, en op de (wenselijke) behandeling bij de verschillende seksen. Er zijn twee mogelijkheden. De eerste is dat er géén verschil is tussen de seksen. Een brein is een brein. Zowel mannen als vrouwen hebben serotoninen, dus waarom zou je nieuwe serotonine-heropnameremmers speciaal testen op vrouwen? Dat vrouwen niet alleen een andere lichaams-

massa-vetverdeling hebben, maar ook een andere farmacokinetische respons vertonen, wordt pas in tweede instantie duidelijk, als blijkt dat zij een versterkte reactie vertonen op niet-tricyclische antidepressiva, lagere doseringen van antipsychotica en benzodiazepinen nodig hebben, en de door de fabrikant voorgeschreven dosering al snel toxische waarden bereikt, zeker gedurende de menstruatie (Yonkers e.a. 1992).

Het antidepressieve en neuroprotectieve effect van oestrogenen is onmiskenbaar (Seeman 1997). Toch is de hoogste prevalentie van depressie te vinden bij jonge fertile vrouwen tussen de 25 en 35 jaar, niet een groep die aan oestrogeentekort zou lijden. En dan blijkt dat het vooral vrouwen zonder betaald werk buitenshuis zijn, met drie of meer kinderen, die weinig steun en veel verlies ervaren. Naast het brein en de oestrogenen zijn er ook dus nog de stress, de ervaren machteloosheid en passieve copingstrategieën die een groter risico geven op depressies. Om maar niet te spreken over de relatief grotere prevalentie van (een voorgeschiedenis van) seksueel misbruik door verwanten: een belangrijke factor in de pathogenese van veel psychiatrische ziektebeelden.

Het kan ook anders: de benadrukking van het verschil, het seksueel dimorfisme van het brein. Maar dat is altijd een gevaarlijke exercitie gebleken, omdat nooit helemaal duidelijk wordt in welk opzicht psychologische factoren in de vroege ontwikkeling ook het brein beïnvloeden. Tussen sekse en gender bestaat geen één-op-éénrelatie, zoals iedereen weet die met transseksualiteit te maken heeft. Er zijn biologisch genotypische en fenotypische mannen die zich wat betreft genderidentiteit vrouwen voelen en andersom. Men kan zich voorstellen dat wanneer een jongetje als meisje opgevoed wordt – omdat de moeder het kind als meisje ziet en beleeft – deze ervaringen ook invloed hebben op de zich ontwikkelende hersenen.

Kortom: het is niet zo simpel. Soms is er verschil, soms niet. Dit is afhankelijk van het niveau waarover je spreekt. Tussen biologie, sekse en gender en psychologische betekenisgeving bestaan vele interacties. Maar deze constatering hoeft niet tot conceptuele luiheid te leiden. Bestudering van de verschillende fenomenen vanuit verschillende niveaus kan meer zicht geven op de verschillen in psychopathologie. Deze verschillen hebben ook invloed op de differentiëring in behandeling, juist in de psychofarmacotherapeutische praktijk, omdat daar de gevolgen van ontkenning van het verschil tamelijk groot en noodlottig kunnen zijn.

Literatuur

- Hengeveld, M.W. (1988). Psychiatrische taalfouten – Onduidelijk of verkeerd gebruik van enkele termen uit de psychopathologie. Redactioneel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 129-131.
- Vervarcke, J. (1998). Reactie op 'Psychiatrische taalfouten'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 296.

- Koerselman, G.F. (1998). *Biologische psychotherapie*. Inaugurele rede Universiteit Utrecht. Amsterdam: Van Oorschot.
- Seeman, M.V. (1997). Psychopathology in women and men: Focus on female hormones. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1641-1647.
- Yonkers, K.A., e.a. (1992). Gender differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics of psychotropic medication. *American Journal of Psychiatry*, 149, 587-595.

N. Nicolai