

# M/V en psychiatrie

L. GABRIËLS

Verschillen tussen mannen en vrouwen (M/V) kleuren onze wereld. Talrijke M/V-karaktertrekken worden geopperd in het populaire domein, maar deze hebben een hoog horoscoopgehalte. Toch zijn M/V-stereotypen sterk ingebakken en zelfs de zichzelf onbevooroordeeld wanende waarnemer interpreteert identiek gedrag anders naargelang de verstrekte informatie zegt dat het om een vrouw dan wel om een man gaat.

De term 'M/V' omvat veel meer dan de biologie en we differentiëren deze term daarom in de begrippen 'seks' en 'gender'. 'Seks' verwijst naar biologische verschillen tussen man en vrouw, terwijl met 'gender' het sociocultureel gecreëerde M/V-concept wordt aangeduid. Gender houdt verband met hoe we als M/V gepercipieerd worden en hoe we geacht worden als M/V te voelen, te denken en ons te gedragen in een bepaalde maatschappelijke context. Hieruit volgt automatisch dat gender een concept is in voortdurende evolutie.

Niemand zal de genetische en biologische M/V-verschillen tegenspreken. Epigenetica toont hoe context tijdens de ontwikkeling mee bepaalt hoe deze verschillen tot uiting komen. Bovendien geldt niet 'één eigenschap = één gen': talrijke genen met eigen interacties met de omgeving en de context dragen bij tot hoe een eigenschap zich uiteindelijk manifesteert. De dynamiek van een ontwikkelingsproces zit ingebed in een saus van cultuur, normen en gebruiken. Het is daardoor erg onwaarschijnlijk dat M/V-eigenschappen bij ukkepekjes van 2-3 jaar, kleuters, jongeren, volwassenen en senioren eenduidige kenmerken zijn. En ten slotte participeert de waarnemer in de perceptie van M/V-kenmerken. Ook die kijkt door een genderbril, zelfs als hij of zij meent wetenschappelijk en onbevooroordeeld te zijn. Uiteindelijk krijgen we niet-lineaire verbanden en geven zelfs minieme basisverschillen behoorlijke, soms paradoxale, eindverschillen. Dit alles sluit M/V-kenmerken niet uit, maar de diversiteit binnen deze verschillen maakt stereotypen toch wel zeer weinig waarschijnlijk.

*Voorbeelden gendervertekening* In diverse takken van de geneeskunde worden mannen en vrouwen ongelijk behandeld. Bij patiënten met vergelijkbare symptomen verschilt de frequentie van diagnostische procedures en de therapeutische aanpak. Soms is dit terecht een gevolg van het afstemmen van een specifieke therapeutische keuze op onderliggende biologische seksverschillen, maar soms berust dit op een door gender geïnduceerde vertekening in het klinische besluitvormingsproces. Zowel gender van de patiënt als die van de arts speelt een rol.

Binnen het biopsychosociaal model van psychiatrie zal gender nog sterker een rol spelen. Waarnemen is niet neutraal en in psychiatrische diagnostiek en behandeling speelt observatie een belang-

rijke rol. M/V-verschillen in het tot uitdrukking brengen van psychisch ongemak zijn eerder subtiel. Zo blijken bij majeure depressie de symptoomprofielen bij mannen en vrouwen in grote lijnen vergelijkbaar. Psychomotorische vertraging en alcoholmisbruik als comorbiditeit komen frequenter voor bij mannen. Toch wordt bij vergelijkbare symptoompresentatie in de huisartssetting bij vrouwen sneller de diagnose depressie gesteld en wordt vaker een behandeling met psychofarmaca opgestart. Het omgekeerde gebeurt wanneer de symptomen meer betrekking hebben op alcoholmisbruik. Vrouwelijke psychiaters doen minder navraag naar seksuele disfunctie bij patiënten in het algemeen, en bij vrouwen in het bijzonder. Maar vrouwen hebben vaker last van anorgasmie na het opstarten van een behandeling met een SSRI. Verder blijken vrouwelijke patiënten minder geneigd hun therapeutische voorkeur ter sprake te brengen bij hun psychiater. Zij blijken qua behandeling gunstiger te reageren op interpersoonlijke interventies (Olfson e.a. 2001).

*Sekse en gender als risico bij psychiatrische stoornissen* Bij M/V-verschillen in het vóórkomen van psychiatrische stoornissen blijkt leeftijd een belangrijk element. Bij kinderen zien we een overwicht van psychiatrische stoornissen bij jongens, die gevoeliger blijken te zijn voor autisme, aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD), leer-, gedrags- en angststoornissen en depressieve stoornis. Jongens leren pas later praten, stotteren meer en hebben vaker dyslexie, tics en psychosomatische klachten zoals stressgerelateerde hoofdpijn en buikpijn. Rond de puberteit lijkt er iets te kantelen. Na de adolescentie komen depressie, angst en psychosomatische klachten ‘plots’ vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Dat deze ommezwaai uitsluitend toe te schrijven zou zijn aan de bereidheid van vrouwen om hun psychische problemen meer te onderkennen en ze meer te bespreken, lijkt onwaarschijnlijk. Waarom zouden ze dat plots op hun 16de wel gaan doen, maar op jongere leeftijd niet? Biologische factoren zoals geslachtsafhankelijke hormonale effecten spelen een rol in de kanteling van de M/V-verhouding. Steroïdreceptoren komen tot expressie in diverse cortexgebieden die cognitie en affect beïnvloeden. Concentratie van mannelijke en vrouwelijke hormonen in de hersenen neemt drastisch toe tijdens de puberteit en beïnvloedt in belangrijke mate de neuronale groei en de connectiviteit, met een geslachtsafhankelijk eindresultaat.

Deze biologisch belangrijke veranderingen verklaren slechts een fractie van deze M/V-verhouding. Het is op zijn plaats om hier naar het gendergegeven te kijken, want deze factor groeit met de jaren en zal op volwassen leeftijd belangrijker doorwegen dan op kinderleeftijd.

## LITERATUUR

Olfson M, Zarin DA, Mittman BS, McIntyre JS. Is gender a factor in psychiatrists' evaluation and treatment of patients with major depression? *J Affect Disord* 2001; 63: 149-57.

Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, e.a. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 785-95.

## AUTEUR

L. GABRIËLS is psychiater aan het UZ Leuven, Campus Gasthuisberg en verbonden aan het Leuvens Universitair Centrum voor Slaap- en Waakstoornissen, Leuven.

Correspondentieadres: prof. dr. L. Gabriëls, UZ Leuven, Campus Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: loes.gabriels@uzleuven.be.

Geen strijdige belangen meegegeeld.

TITEL IN ENGLISH M/F and psychiatry

Op gender gebaseerde risico's voor psychiatrische stoornissen zijn meervoudig. De rol van de sociale factoren (met vaak economische consequenties) uit het biopsychosociaal model treden hier op de voorgrond. De traditionele genderrol van mannen vereist dat ze sterk zijn, geen emoties tonen, zich niet binden, macht nastreven en de kost verdienen. Bij vrouwen ligt klassiek het accent meer op passiviteit, ondergeschiktheid, afhankelijkheid en steeds klaarstaan in de zorg voor kinderen, huishouden en anderen. Het robuuste verband tussen prevalentie van psychiatrische aandoeningen en armoede werd reeds meermalen aangetoond. Vrouwen maken 70% uit van de armsten ter wereld. Ze werken vaker in onzekere banen, met lage sociale status en minder eigen beslissingsrecht. Mensen met dergelijke banen krijgen meer te maken met negatieve levensgebeurtenissen, onzekere huisvesting, meer chronische stressoren en verminderde sociale steun. Ook op gender gebaseerde geweldpleging moeten we hierbij niet vergeten.

Bij wereldwijde studies wordt vanaf de adolescentie een duidelijk hogere prevalentie gevonden voor vrouwen voor angststoornissen en depressieve stoornissen, en voor mannen voor externaliserende stoornissen zoals ADHD, gedragsstoornissen, intermitterende explosieve stoornis en middelenmisbruik. Maar in jongere cohorten én in landen waar de traditionele rolmodellen vervagen, worden de verschillen tussen mannen en vrouwen kleiner, vooral wat betreft majeure depressie, intermitterende explosieve stoornis en middelenmisbruik. Voor andere stoornissen is dit effect minder duidelijk (Seedat e.a. 2009).

Welke factoren in de wijziging van genderrol aan de basis liggen van deze verschuivingen, welke beschermend of juist schadelijk zijn, is nog onvoldoende onderzocht. Vanuit het oogpunt van diagnostiek, behandeling, primaire preventie en terugvalpreventie zijn dit echter belangrijke vragen. Aan de biologische sekse en haar gevolgen voor onze psychische kwetsbaarheid valt weinig te veranderen, voor genderfactoren ligt dit toch wel anders.