

# Komt een mens bij de psychiater; op weg naar sekse- en gendersensitieve ggz

T.A.M.J. van Amelsvoort, J.R. Zinkstok

- Achtergrond** Er is in wetenschappelijk onderzoek steeds meer aandacht voor sekse- en genderspecifieke aspecten van psychiatrische stoornissen in klinische presentatie, beloop en behandeling. Bij wetenschappelijke studies naar psychiatrische aandoeningen houdt men steeds meer rekening met de biologische verschillen en de verschillen in blootstelling aan risicofactoren in de omgeving tussen vrouwen en mannen.
- Doel** Overzicht geven van sekse- en genderspecifieke aspecten van psychiatrische diagnostiek en behandeling.
- Methode** Overzicht van recente literatuur.
- Resultaten** De vertaling en implementatie van deze nieuw gegenereerde kennis naar de klinische praktijk laat nog wel te wensen over. Een belangrijke volgende stap is om deze kennis structureel te integreren in klinische richtlijnen, en in onderwijs en opleidingscurricula.
- Conclusie** De ontwikkeling van sekse- en gendersensitieve diagnostische instrumenten en uitkomstmaten kunnen mede bijdragen aan gepersonaliseerde zorg. Dit zijn essentiële stappen op weg naar een sekse- en gendersensitieve ggz die de individuele patiënt ten goede zal komen.

De huidige gezondheidszorg is nog steeds vooral ingericht voor de mannelijke patiënt. De klinische richtlijnen zijn geschreven op basis van wetenschappelijke studies die met name uitgevoerd zijn met mannelijke proefpersonen. Dit alles nog steeds veelal uitgevoerd door mannelijke onderzoekers en beleidsmakers. Dit is steeds moeilijker te verdedigen in een wereld waar de helft van de bevolking vrouw is, de hulpverleners in toenemende mate vrouw zijn, en meer dan de helft van de zorgconsumptie op rekening komt van vrouwen. Gelukkig zijn de maatschappelijke aandacht voor en behoefte aan genderspecifieke geneeskunde de afgelopen jaren steeds zichtbaarder geworden. Subsidiegevers en onderzoekers stellen steeds meer voorwaarden bij het doen van wetenschappelijk onderzoek en er wordt ook steeds meer expliciet aandacht gevraagd voor het betrekken van sekse (biologische aspecten van het vrouw/man-zijn, zoals hormonen) en gender (maatschappelijke, sociaal-culturele verschillen en psychologische aspecten) in het design en de uitvoering van studies. Hierbij dient men zich te realiseren dat iemand een mannelijke sekse maar vrouwelijke gender kan hebben, en dat er diverse genderidentiteiten zijn (d.w.z. gevoelens die iemand heeft bij het eigen lichaam).

Inmiddels zijn daarvoor richtlijnen ontwikkeld (Heidari e.a. 2016) en hebben sommige wetenschappelijke tijdschriften, zoals *European Journal of Psychotraumatology*, specifiek publicatiebeleid (Olf 2016). Positief is ook dat er steeds meer erkenning komt voor het feit dat psychiatrische stoornissen zich bij vrouwen anders presenteren, een ander beloop hebben, en een andere behandeling behoeven dan bij mannen. Dit is al vele jaren bekend, maar was tot nog toe onvoldoende erkend. In opdracht van het College Geneeskundige Specialismen (2018) voerde Radboudumc een aantal jaren een project gendersensitieve zorg uit in 5 geneeskundige vervolgoopleidingen, waaronder de psychiatrie, met als doel aandacht voor gender op te nemen in de opleidingsplannen. Het gaat er hierbij om onderzoekers, docenten en artsen bewust te maken van het feit dat er vrouw-manverschillen zijn die verdergaan dan alleen de sekseverschillen. Voor gendersverschillen is nog te weinig aandacht in patiëntenzorg en onderzoek. Ook weten we nog steeds onvoldoende over onderliggende oorzaken van gezondheidsverschillen tussen vrouwen en mannen; hiervoor is meer gericht onderzoek nodig. Er zijn in de afgelopen jaren verschillende initiatieven geweest om dit onder-

## AUTEURS

**Therese van Amelsvoort**, hoogleraar Transitiepsychiatrie, Universiteit Maastricht, psychiater MUMC, Mondriaan, Koraal.

**Janneke Zinkstok**, psychiater en senior onderzoeker, afd. Psychiatrie, Radboudumc, Nijmegen, en Karakter kinderspsychiatrie, Nijmegen.

### Correspondentie

Prof. dr. T.A.M.J. van Amelsvoort  
(t.vanamelsvoort@maastrichtuniversity.nl).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-6-2022.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2022;64(8):497-499

werp op de kaart te zetten, o.a. de campagne 'Behandel me als een dame' en 'Komt een mens bij de dokter' van WomenInc. In 2017 werd de Vereniging Gender en Gezondheid opgericht, met als doel toe te werken naar betere gezondheidszorg voor vrouwen en mannen. In dit tijdschrift besteedden we eerder al aandacht aan dit thema in de psychiatrie (van Amelsvoort 2016) en later verscheen het *Handboek psychopathologie bij vrouwen en mannen* (van Amelsvoort e.a. 2019). In dit artikel geven wij een update waarin we bespreken welke ontwikkelingen er de afgelopen jaren geweest zijn, maar ook welke hiaten er nog zijn om te komen tot betere sekse- en gendersensitieve zorg in de psychiatrie.

## DSM en richtlijnen

Hoewel veel psychiatrische aandoeningen tot nog toe beschreven zijn met een hogere prevalentie bij ofwel mannen (bijv. ADHD, autismespectrumstoornissen en middelenmisbruik) ofwel vrouwen (bijv. depressie, anorexia nervosa en angststoornissen), is het nog maar de vraag of dit een accurate weergave is van de reële verschillen die er wellicht zijn. In de onderhavige onderzoeken kan er sprake zijn van diverse vormen van bias bijvoorbeeld bij steekproefprocedures, analyses of diagnostische criteria. Er worden nog steeds studies gepubliceerd waarbij sekse of gender niet gespecificeerd is in de steekproef. Vaak zijn klinische studies niet juist opgezet om verschillen tussen vrouwen en mannen aan te tonen. Als in een individuele geneesmiddelenstudie een klein, maar niet statistisch significant verschil in werking of bijwerkingen zichtbaar is, wordt dan onterecht een conclusie getrokken dat er geen verschil is. Ook is het de vraag of de in de praktijk gebruikte diagnostische instrumenten gendersensitief genoeg zijn (Tibubos e.a. 2022). Onjuiste of te late diagnoses vanwege gebrek aan aandacht voor sekse- en genderverschillen kunnen zo onnodig lijden en kosten veroorzaken.

In een uitgebreide review over sekse- en genderverschillen bij psychiatrische aandoeningen, vergeleken Hartung en Lefler (2019) hoe sekse en gender beschre-

ven werden in de DSM-IV en de DSM-5. Er bleek geen consistentie te zijn hoe sekse en gender besproken werden bij de afzonderlijke stoornissen. Bij 17% van alle stoornissen in de DSM-5 werden sekse en gender überhaupt niet genoemd. Bij 8,3% van de stoornissen was informatie over sekse en gender toegevoegd in de overgang van de DSM-IV naar de DSM-5. Het omgekeerde, verwijderd en niet meer aanwezig in de DSM-5 en wel aanwezig in de DSM-IV, gold voor 9,1% van de stoornissen. Bij 33,9% was de informatie over sekse en gender onveranderd en bij 39,7% was de informatie over dit onderwerp aangepast in de DSM-5 ten opzichte van de eerdere versie.

Het is belangrijk dat ook als er onvoldoende kennis is over vrouw-manverschillen, dit wel expliciet te vermelden zodat duidelijk wordt dat verder onderzoek nog noodzakelijk is en het zo op het netvlies staat van hulpverleners en onderzoekers. In een volgende versie van de DSM is het wenselijk dat er in iedere sectie over een stoornis een aparte paragraaf komt waarin sekse en gender besproken worden.

Als we naar de Nederlandse richtlijnen voor psychiatrische stoornissen kijken, dan wordt er slechts in zeer beperkte mate aandacht besteed aan sekse en gender. Fernando e.a. (2020) en Brand e.a. (2022) hebben de behoefte hieraan voor patiënten met schizofrenie recent onder de aandacht gebracht. Eerder deed Spek (2013) dit voor autisme, en is in 2017 het Female Autism Network Netherlands (fann-autisme.nl) opgericht.

## Biologische aspecten

Hoewel bekend is dat er biologische verschillen tussen vrouwen en mannen zijn, ook wat betreft het brein en cognitief functioneren, blijken deze minder dichotoom dan vroeger gedacht werd en eerder op een spectrum te liggen, al is het volume van het brein van mannen gemiddeld groter dan dat van vrouwen (Peper e.a. 2020). Wel kunnen geslachtshormonen en geslachtsgebonden (epi)genetische effecten hersenfunctie en -structuur beïnvloeden en daarmee psychische functies module-

ren. Zo kunnen bij sommige vrouwen veranderingen in de oestrogenspiegels psychische problemen luxeren of bestaande psychische problemen verergeren, bijvoorbeeld tijdens een postpartum- of perimenopauzale periode. Het is belangrijk hier actief naar te vragen in de spreekkamer. Additie van oestrogenen kan een therapeutisch effect hebben bij bijvoorbeeld postmenopauzale vrouwen met een psychose (Brand e.a. 2022). Minder aandacht heeft de rol van de geslachtschromosomen tot nog toe gekregen, terwijl er aanwijzingen zijn dat zowel het X- als, in mindere mate, het Y-chromosoom genen bevat die betrokken zijn bij de ontwikkeling van het brein en cognitieve functies (Raznahan & Disteche 2021). Vanwege de verschillen in lichaamsbouw metaboliseren vrouwen psychofarmaca ook anders dan mannen (Legato e.a. 2016). Hiermee moet men rekening houden bij dosering van bijvoorbeeld antipsychotica omdat er kans op relatieve overdosering is bij voorschrijven conform behandelrichtlijnen.

### Omgevingsfactoren

Aangezien omgevingsfactoren een grote rol spelen bij de ontwikkeling van psychiatrische aandoeningen, is het belangrijk dat psychiaters zich realiseren dat deze omgevingsfactoren sekse- en gendergebonden kunnen zijn. Dat de periode voorafgaand aan de geboorte hier al een rol speelt, beschreven Hicks e.a. (2019) in een recent review. De intra-uteriene omgeving speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling van het foetale brein. Prenatale maternale stress uit zich verschillend bij de mannelijke en vrouwelijke foetus en dit kan zo al bijdragen aan de vrouw-manverschillen in psychiatrische aandoeningen die we zien gedurende de levensloop. Zo zijn blootstelling aan (huiselijk en seksueel) geweld, trauma en werkstress, en drugs en alcohol maatschappelijk geïnduceerde problemen en risicofactoren voor psychiatrische aandoeningen die niet genderneutraal voorkomen (van Amelsvoort e.a. 2019). De negatieve impact van de COVID-19-pandemie op de geestelijke gezondheid betrof vaker vrouwen dan mannen (Tibubos e.a. 2021).

De noodzaak voor een sekse- en genderspecifieke benadering bij onderzoek naar risico- en beschermende factoren voor psychiatrische aandoeningen is recent aangetoond door Otten e.a. (2021): bij vrouwen bepaalden vooral interne factoren (bijv. eenzaamheid) en bij mannen vooral externe factoren (bijv. lichamelijke inactiviteit) het risicoprofiel voor depressie.

Vrouwen en mannen hanteren ook een andere copingstijl: vrouwen piekeren vaker en zoeken steun bij anderen, terwijl mannen vaker alcohol gebruiken om zorgen te vermijden. Ook is het hulpzoekgedrag van vrouwen en mannen anders: vrouwen vragen relatief makkelijker hulp dan mannen (Ferrari e.a. 2018) en mannen haken eerder af bij de therapie. Mogelijk is psychotherapie niet voldoende ingericht op de behoeften van mannen.

Wat betreft de zorgbehoefte is het ook goed rekening te houden met de voorkeur en het gevoel van veiligheid van de patiënt en kan een sekse- en genderspecifieke behandelafdeling nuttig zijn. In het Verenigd Koninkrijk houdt men hier al sinds begin jaren 90 van de vorige eeuw rekening mee: de gesloten afdelingen zijn grotendeels ofwel alleen voor mannen, ofwel alleen voor vrouwen, met als doel de veiligheid van vrouwen met een psychiatrische ziekte te waarborgen (Leavey e.a. 2006).

### Spreekkamer

Sekse- en genderverschillen kunnen tot onderdiagnostiek leiden doordat de gangbare instrumenten niet sekse- en gendersensitief zijn of omdat behandelaars zich onvoldoende bewust zijn van sekse- en genderverschillen in presentatie en beloop van psychiatrische stoornissen. De subjectieve beleving van de clinicus heeft, behoudens in de psychotherapie, in de psychiatrie nog onvoldoende aandacht gekregen.

In een recente studie werd 61 psychiaters gevraagd naar hun subjectieve beleving bij de eerste consulten van zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten. De resultaten lieten zien dat de emotionele respons tussen vrouwelijke en mannelijke psychiaters verschillend was en dat bij de samenstelling van behandelteams men hier alert op dient te zijn (Dazzi e.a. 2021).

Onderdiagnostiek bij mannen wordt vermoed voor depressie en eetstoornissen, en bij vrouwen voor autisme, ADHD, psychose en gedragsstoornissen. Een onderzoek naar een recent ontwikkeld Duits screeningsinstrument voor depressie bij mannen bevestigt deze vermoedens (Möller-Leimkühler e.a. 2021).

Wat betreft behandeling is er ook nog weinig aandacht voor sekse- en genderspecifieke aspecten. Zoals eerder genoemd, is het ook belangrijk rekening te houden met vrouw-manverschillen in metabolisatie van geneesmiddelen, en voor vrouwen de dosering aan te passen.

### Conclusie

De afgelopen jaren is er terecht meer aandacht gekomen voor sekse- en genderspecifieke aspecten in de psychiatrie, maar het is nog lang niet voldoende. Zowel in de opleiding van ggz-professionals, in wetenschappelijk onderzoek als in de dagelijkse praktijk hoort dit thema structureel aan bod te komen. In klinische richtlijnen dient men een aparte paragraaf over sekse- en genderspecifieke aspecten op te nemen voor ieder psychiatrisch ziektebeeld. Alleen als we deze aspecten integraal op meerdere domeinen implementeren, zal sekse- en gendersensitieve zorg succesvol worden; de patiënt zal erbij gebaat zijn. Pas als diversiteit de norm wordt in de spreekkamer, krijgen alle patiënten de zorg die bij hen past.

### LITERATUUR

De literatuurlijst is online te raadplegen.