

WETENSCHAP

GENDER In de psychiatrie is opvallend weinig aandacht voor verschillen tussen vrouwen en mannen, zegt psychiater Thérèse van Amelsvoort. Daardoor krijgen niet alleen vrouwen, maar ook mannen niet altijd de hulp die het beste voor hen is.

tekst **Malou van Hintum** illustratie **Suzan Hijink**

Psychische klachten *van hem*

In de somatische geneeskunde dringt langzaam maar zeker het besef door dat vrouwen en mannen weliswaar aan dezelfde aandoeningen kunnen lijden, maar dat die met heel verschillende klachten gepaard kunnen gaan. Hart- en vaatziekten zijn er een goed voorbeeld van. Maar in de psychiatrie is nog maar weinig oog voor verschillen tussen vrouwen en mannen, zegt psychiater Thérèse van Amelsvoort (Maastricht University). Ze is een van de redacteurs van het 'Handboek Psychopathologie bij vrouwen en mannen' waarin 32 hoofdstukken zijn opgenomen over sekse en genderverschillen bij psychische aandoeningen. Dat handboek is geen overbodige luxe, legt ze uit: "De klinische richtlijnen besteden opvallend weinig aandacht aan diversiteit binnen de psychiatrie. De psychiatrie loopt echt achter."

Het voorkomen van psychische ziektes, de kans dat je ze kunt krijgen, en de manier waarop de ziekte zich uit en verloopt, verschilt bij vrouwen en mannen. Dat heeft te maken met biologische verschillen (de sekseverschillen), maar ook met beelden, ideeën en verwachtingen die we hebben van vrouwen en vrouwelijk gedrag, en mannen en mannelijk gedrag (genderstereotiepe verschillen: de eigenschappen die we aan mannen en vrouwen toedichten). Die ideeën en verwachtingen zijn de gekleurde bril waardoor we naar hun gedrag kijken en wat we daarbij vinden 'passen', legt van Amelsvoort uit.

Frustratie en woede

Dat vrouwen vaker piekeren, angstig en depressief zijn dan mannen, en dat mannen er sneller op los slaan en vaker naar drank en drugs grijpen dan vrouwen, past goed bij genderstereotiepe ideeën waarin vrouwen (als biologische sekse) de zwakke, zieke en zeurende partij zijn (de culturele opvatting over hun sekse), en mannen (als biologische sekse) sterk, stoer en autonoom zijn (de culturele opvatting over hun sekse). Talloze onderzoeken bevestigen dat mannen hun frustratie en woede veel vaker op de buitenwereld botvieren dan vrouwen, die zulke emoties meestal op zichzelf richten. Ook het cliché dat mannen vooral doeners en geen pratens zijn, terwijl

vrouwen het wel graag over hun gevoelens hebben, is vaak waar. Maar genderstereotiepe ideeën sluiten mannen en vrouwen op in een keurslijf dat vaak ook niet past, blijkt uit het Handboek Psychopathologie bij vrouwen en mannen.

Iedereen kent sterke, autonome vrouwen, en ook iedereen kent depressieve, piekerende mannen; alleen wéét je in dat laatste geval lang niet altijd dat je ze kent. Want een 'zwakke' man geldt als een onmannelijke man, en daarmee als een diskwalificatie van zichzelf. Vrouwen doen meer suïcidepogingen, maar mannen maken twee keer vaker een einde aan hun leven, schrijft psychiater Anja Lok in het Handboek. Waarom zijn die mannen niet in beeld? Vermoedelijk omdat depressie bij mannen met (deels) andere symptomen gepaard gaat dan bij vrouwen en daardoor slechter wordt herkend (zie kader).

Excessief sporten

Hoe kan het dat daar weinig oog voor is? Om te beginnen gaan vragenlijsten die worden gebruikt om een bepaalde aandoening op het spoor te komen, impliciet uit van een 'typisch mannelijk' of 'typisch vrouwelijk' stoornis door het type vragen dat wordt gesteld. Met een vraag naar het uitblijven van hun menstruatie kunnen jongens met eetproblemen niets. Wellicht levert een vraag naar excessief sporten in hun geval meer op, want het lijkt erop dat mannen met anorexia een grotere obsessie hebben voor spiermassa dan anorectische vrouwen, aldus de site www.anorexiajongens.nl.

Daarnaast moeten hulpverleners, om hun behandeling door zorgverzekeraars betaald te krijgen, de psychische klachten van patiënten labelen met een code uit de DSM-5, het Handboek voor de psychiatrie, legt van Amelsvoort uit. Daarin zijn talloze psychische klachten ondergebracht in ruim 350 zogeheten classificaties. Bekende classificaties – in het populaire

taalgebruik ook wel 'etiketten' genoemd – zijn depressie, ADHD, borderlinepersoonlijkheidsstoornis, ASS (autismespectrumstoornissen), schizofrenie en angst. Psychische klachten worden dus als het ware ingepast in een van deze classificaties, en dat kan de blik van hulpverleners behoorlijk sturen.

Stille meisjes

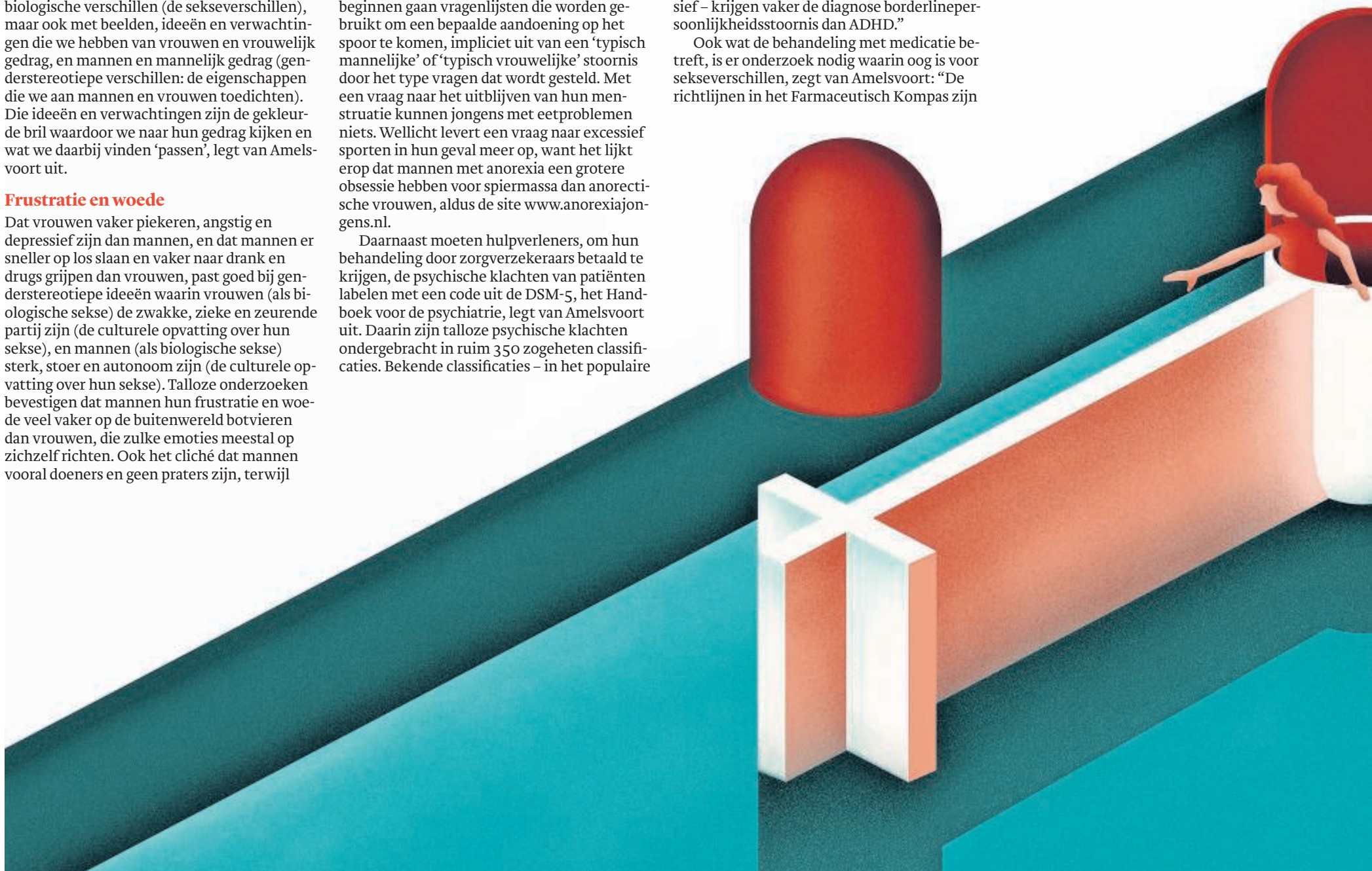
Ook genderstereotiepe denkbeelden van hulpverleners kunnen een open en luisterende houding in de weg zitten. Als hulpverleners verwachten dat bepaald gedrag of een bepaalde aandoening 'typisch mannelijk' of 'typisch vrouwelijk' is, kan dat ertoe leiden dat een verkeerde diagnose wordt gesteld en ook een verkeerde behandeling wordt ingezet. Van Amelsvoort: "Bij stille meisjes die voortdurend weg-dromen wordt sneller gedacht aan een aanhoudende, lichte depressie, dan aan ADD (ADHD zonder hyperactiviteit en zonder impulsiviteit, mvh). En vrouwen met ADHD-symptomen – hyperactief, impulsief en verbaal agressief – krijgen vaker de diagnose borderlinepersoonlijkheidsstoornis dan ADHD."

Ook wat de behandeling met medicatie betreft, is er onderzoek nodig waarin oog is voor sekseverschillen, zegt van Amelsvoort: "De richtlijnen in het Farmaceutisch Kompas zijn

gebaseerd op onderzoek dat vooral is uitgevoerd bij mannen, terwijl we in de praktijk meer vrouwen behandelen. Vrouwen hebben veel vaker last van bijwerkingen dan mannen. Inmiddels is het wel verplicht aandacht te besteden aan sekse en gender bij het aanvragen van onderzoekssubsidie."

Gendersensitiever

Of vrouwen en mannen evenveel last hebben van psychische aandoeningen, is onduidelijk. Vrouwen zoeken in de regel wel vaker hulp dan mannen, maar dat is geen bewijs dat ze een grotere psychische last met zich meedragen. Van Amelsvoort: "Mannen willen niet altijd over emotionele problemen praten. Daarom moet de hulpverlening in de psychiatrie gendersensitiever worden en beter aansluiten bij de behoeften van vrouwen en mannen." Dat betekent dat er meer oog moet zijn voor genderspecifieke aspecten bij de behandeling: "Nu zijn veel ggz-hulpverleners vrouw, zij



en haar

hebben vaak een-op-eencontact met een vrouwelijke patiënt. Misschien hebben mannen meer behoefte aan supportgroepen om samen dingen te doen en zo problemen aan te pakken.”

Daarnaast is er aandacht nodig voor alle genders, dus ook voor transgenders, intersekse, genderfluïde mensen, enzovoorts, vindt van Amelsvoort: “Om iedereen passende hulp te kunnen geven, is een geïntegreerde biologische, psychologische en sociaal-maatschappelijke benadering van vrouw- en man-zijn belangrijk. Dat betekent dat de verhouding tussen feminiene en masculiene aspecten op die drie gebieden bij elk individu anders kan zijn. Van zo’n benadering, die op dit moment volop in ontwikkeling is, kan iederéén profijt hebben.”

SLAAPSTOORNISSEN

Ysbrand van der Werf
neurowetenschapper gespecialiseerd in slaap en cognitie (Amsterdam UMC)

“Vanaf ongeveer twaalf jaar zien we verschillen in slaap tussen meisjes en jongens. Meisjes hebben een jaar eerder dan jongens een forse afname van de diepe slaap. Slapeloosheid (moeilijk inslapen, slecht doorslapen of te vroeg wakker worden) neemt bij meisjes toe als ze gaan menstrueren. Jongvolwassen vrouwen liggen langer in bed dan jongvolwassen mannen, ze slapen langer en ze zijn minder lang wakker. Dat betekent niet dat zij ook beter slapen dan mannen. Misschien hebben ze meer behoefte aan slaap, en is wat ze méér slapen voor hen nog steeds niet voldoende.

“Zwangerschap heeft een negatieve invloed op slaap en ook de menopauze, met zijn opvliegers, nachtzweeten en stemmingschommelingen, kan de slaap behoorlijk verstoren. Hetzelfde geldt voor rusteloze benen, iets waar vrouwen twee keer vaker last van hebben dan mannen. Mannen op hun beurt kampen twee tot drie keer vaker met luid snurken en ademstops, en hebben dat bovendien ernstiger dan vrouwen. “Slecht slapen kan zowel het gevolg zijn van andere psychische aandoeningen als een (mede)veroorzaker. Wie voortdurend piekert, slaapt slecht, maar als je slecht slaapt, kan het in je hoofd ook gaan malen. Slaapproblemen zijn, vooral bij vrouwen, vaak een goede voorspeller voor het ontwikkelen van depressie en PTSS.

“Vrouwen komen met slaapklaachten meestal bij de huisarts terecht, mannen vaker bij een slaapspecialist. Waarschijnlijk is dat omdat de eerste klacht van vrouwen meestal extreme vermoeidheid is. Daar kan een slaapspecialist minder aan doen dan aan snurken en ademstops.”

AUTISTISCH SPECTRUM

Els Blijd-Hoogewys
klinisch psycholoog en voorzitter van Female Autism Network of the Netherlands

“Het duurt vaak een poos voordat vrouwen met ASS – autismespectrumstoornissen – weten dat ze autisme hebben. Dat komt omdat ze ontzettend goed zijn in camoufleren, compenseren en assimileren. Je kunt dan denken: dat is toch prima? Maar continu mensen observeren en hun gedrag nabootsen, steeds op je tenen lopen en intussen voortdurend aan jezelf twijfelen of je het wel goed doet, kost bakken energie. Zulke vrouwen zijn aan het einde van de dag bekaf. Ze worden constant overvraagd en ze hebben geen hersteltijd. Stress, vermoeidheid, burn-out, depressie en angst zijn dan ook vaak hun vaste kompanen.

“Waarom overkomt vrouwen dit vaker dan mannen? Omdat meisjes al jong gesocialiseerd worden om aardig te zijn, zich in een ander te verplaatsen en zich aan te passen. Die ‘training’ maakt ASS helaas niet draaglijker of gemakkelijker. Het leidt er vooral toe dat vrouwen pas veel later gediagnosticeerd worden dan mannen, en dus langer met hun problemen rondlopen. Door open en goed te luisteren naar patiënten en niet te proberen hun verhaal in een afvinklijstje te gieten, kunnen behandelaars voorkomen dat ze het echte probleem niet zien. “Overigens zijn er ook mannen met deze vrouwelijke vorm van ASS. Zij zijn er eigenlijk nog slechter aan toe want ja, ze maken contact en ze lijken zich sociaal te gedragen. Dus wat is het probleem?, zegt hun omgeving. Nou, die omgeving heeft waarschijnlijk ook geen probleem. Maar die man wel!”

DEPRESSIES

Anja Lok
psychiater gespecialiseerd in complexe stemmingsstoornissen bij jongvolwassenen (Amsterdam UMC)

“Bijna een op de vijf Nederlanders krijgt een keer in het leven een depressie, vrouwen twee keer vaker dan mannen. Maar klopt dat laatste wel? Misschien zoeken depressieve mannen minder vaak hulp, dempen ze hun somberheid met alcohol, vinden ze het onmanlijk om hun pijn en verdriet te laten zien. Waarom zou het verschil zo groot zijn? Want hoewel vrouwen vaker een suïcidepoging doen, plegen mannen twee keer vaker dan vrouwen suïcide. En er is een verband tussen depressie en zelfdoding.

“De DSM-5, het handboek voor de psychiatrie, noemt voor depressie symptomen zoals sombere stemming, verlies van interesse of plezier, verminderde eetlust, weinig libido, slecht slapen, verlies van energie. Maar bij mannen kan depressie er weleens heel anders uitzien: irritatie, woede, middelenmisbruik, verminderde impulscontrole en risicozoekend gedrag. Uitingvormen die corresponderen met externaliserend en vermijgend gedrag van mannen. In de Verenigde Staten is in onderzoek het diagnostisch instrumentarium met inbegrip van deze ‘mannelijke’ symptomen gebruikt, en toen verdween het depressie-genderverschil als sneeuw voor de zon. “Het is sowieso lastig dat het bij depressie om zoveel verschillende symptomen gaat. Onderzoekers vonden bij ruim 3700 depressieve patiënten meer dan 1000 unieke symptoomprofielen. Bedenk ook dat depressie vaak samengaat met andere psychische aandoeningen, omdat ze daarmee nogal wat risicofactoren deelt. “Gelukkig kan de netwerkbenadering helpen om deze kluwen te ontwarren en patronen op het spoor te komen. Mogelijk komen we er op deze manier ook achter of er bij mannen inderdaad sprake is van onderdiagnostiek.”

