

## Gender-specificiteit in de psychiatrie

N.J. NICOLAÏ,  
TH.J. HEEREN

## KOMEN MANNEN VAN MARS EN VROUWEN VAN VENUS?

De neurowetenschappen hebben de laatste twintig jaar ontegenzeggelijk een nieuwe impuls gegeven aan onze kennis over de genetische en hormonale aspecten van de verschillen tussen mannen en vrouwen. Maar heeft dit ook geleid tot meer inzicht in de relatie tussen sekse, gender en psychopathologie? En tot meer kennis over genderspecifieke behandeling? Deze vragen waren het uitgangspunt voor dit themanummer, dat werd samengesteld onder redactie van Cecile Gijsbers van Wijk, Thea Heeren, Nelleke Nicolaï en Dick Raes.

## EMBRYONALE SEKSEDIFFERENTIATIE

Zoals bekend wordt de seksdifferentiatie al in gang gezet wanneer onder invloed van het Y-chromosoom de testes ontstaan, die testosteron gaan produceren. Testosteron wordt na het passeren van de bloed-hersenbarrière in de hersenen omgezet (aromatisering) in oestradiol. Dit leidt tot enkele neuroanatomische verschillen. Zo zijn bij jongens cerebrale links-rechtsverschillen groter. Bij vrouwen vertoont de cortex prefrontaal en in de bovenste temporale gyrus een hogere neuronale dichtheid. Het corpus callosum is bij vrouwen ook dikker. Daarnaast wordt bij de geboorte een duidelijk verschil aangetroffen in het voorste deel van de hypothalamus: de seksueel dimorfe kern van het preoptisch gebied. Bij jongens zou deze kern aan het eind van de kindertijd groter zijn, maar het verschil zou afnemen met de leeftijd. Bij volwassen vrouwen bevat deze kern minder en kleinere neuronen (Caspar 1998). Wat het lastig maakt om sommige van deze gegevens te interpreteren, is het feit dat neuronale circuits gedurende het leven en onder invloed van stress veranderen (plasticiteit).

Neurofysiologisch onderzoek laat zien dat de grotere links-rechtsverschillen van jongens hen kwetsbaarder maakt voor beschadigingen na een cerebrovasculair accident of voor taalstoornissen zoals dyslexie. Jongens blijken ook kwetsbaarder voor ontwikkelingsstoornissen (zie ook het artikel van Van den Ban & Buitelaar in dit nummer). De lateralisatie wordt beïnvloed door androgene steroïden, zoals is gebleken bij prenatale blootstelling aan diëthylstilbestrol (DES).

De 'vensterperiode' voor hormonale invloeden begint dus voor de geboorte, maar houdt na de geboorte nog aan. Testosteronverlies na de geboorte bij jongensbaby's of oestrogeen-toediening aan meisjesbaby's leidt tot een omkering van de seksdifferentiatie in het brein. Jongetjes krijgen 'meisjeshersenen' en meisjes vertonen meer 'tomboy-gedrag'.

De neonatale verschillen in de organisatie van het brein leiden tot een verschil in kwetsbaarheid voor verschillende omgevingsfactoren.

## HECHTING EN GENDER

Door de relatieve onrijpheid van de mensenbaby zijn de eerste drie levensjaren niet alleen van groot belang voor de rijping van het brein (myelinisatie), maar ook voor de psychobiologische ontwikkeling van hechting, veiligheid, explorerend gedrag, voor de ontwikkeling van een zelfconcept en voor de ontwikkeling van de kern-genderidentiteit. De regulatie van geheugen, emoties, taalontwikkeling en sociale ontwikkeling vindt plaats binnen de hechting aan de ouders en verzorgers. Hechtingonderzoek maakt duidelijk dat een veilige hechting niet alleen invloed heeft op het gedrag, maar ook op de cognitieve ontwikkeling en het geheugen, zoals blijkt uit het vermogen tot een coherent levensverhaal te komen of uit het in staat zijn de bedoelingen van anderen adequaat in te schatten. Onveilige hechting daarentegen verstoort deze processen, zoals het adequaat kunnen reguleren van angst en van het evenwicht tussen exploratie en vermijding. Hoewel er procentueel evenveel mannen als vrouwen als volwassene een veilige gehechtheidstijl vertonen, blijkt er bij onveilige gehechtheid een interactie met gender op te treden. Zahn-Waxler (1993) beschrijft dat de stereotiepe opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid, de *warriors* en de *worriers*, juist in de psychopathologie uitvergroot worden. Externaliserende, onveilig gehechte jongens ontwikkelen eerder gedragsstoornissen en verslavingsproblematiek. Hun gehechtheidstijl is eerder bagatelliserend en gereserveerd-vermijnd. Meisjes daarentegen ontwikkelen eerder een hechtingstijl waarbij passieve hulpeloosheid en gebrek aan grenzen tussen zelf en ander op de voorgrond staan (Rosenstein & Horowitz 1996). Deze passieve hulpeloosheid, die vaak 'vrouwelijk' genoemd wordt, maar in feite het gevolg is van een combinatie van internalisatie en onveilige hechting, maakt op haar beurt meisjes meer gevoelig voor angststoornissen en depressieve stoornissen. In een overzicht over de relatie tussen gender en depressie constateren Piccinelli & Wilkinson (2000) dat genetische en biologische factoren (seks) minder dan verondersteld werd, bijdragen tot de veel gerapporteerde hogere prevalentie van angststoornissen en depressie bij vrouwen (zie ook het artikel van Ten Have & Vollebergh in dit nummer). Het zijn de negatieve ervaringen in de jeugd, de socio-culturele rollen en de psychologische weerbaarheid (gender) die het verschil uitmaken. Daarentegen zijn het vooral jongens en jonge mannen die de ernstigste psychopathologie vertonen en bij

wie depressies en persoonlijkheidsstoornissen eerder leiden tot geweld en suïcide (Hawton 2000).

#### EVEN COWGIRLS GET THE BLUES

Er zijn een aantal specifieke stoornissen die alleen bij vrouwen voorkomen, zoals de premenstruele spanningssyndromen, de postpartumdepressie en -psychose en de inmiddels obsoleet geraakte, maar bij gynaecologen nog populaire menopauzale depressie. De relatie met hormonale veranderingen is vaak gelegd, maar nooit bewezen, behalve bij de postpartumpsychose. Deze blijkt gerelateerd aan door oestrogeen opgewekte veranderingen in de dopaminerge functies. Vrouwen met een bipolaire stoornis lopen een grotere kans op een postpartumpsychose (zie het artikel van Knoppert-van der Klein e.a. in dit nummer). De kans op herhaling bij een volgende bevalling is groot: 30-60%. Andersom blijkt de postpartumpsychose vaak de eerste manifestatie van een bipolaire stoornis.

#### SEKSESPECIFIEK OF GENDERSENSITIEF?

De gevonden verschillen in prevalentie, kwetsbaarheid en beloop monden onontkoombaar uit in de vraag of en hoe met deze verschillen in de psychiatrische praktijk rekening gehouden kan worden. Moet de psychiatrie seksespecifiek werken en zo ja hoe? Hier is een waarschuwing op zijn plaats. Het benadrukken van sekse- en genderverschillen kan stereotiepe verwachtingen in het leven roepen of versterken (zie de artikelen van Gijsbers van Wijk en van Verheul in dit nummer). We weten uit de jaren zeventig dat de psychiatrie behalve een professie gericht op onderzoek en behandeling van psychiatrische stoornissen, ook een belangrijke maatschappelijke trendsetter is bij de definiëring van wat normaal en gewoon, of wat ziek en ongewoon is. Zo heeft de psychiatrie een rol in de benoeming en legitimering van nieuwe klachten en klachtenprofielen, zoals dat bijvoorbeeld het geval is bij chronische vermoeidheid en burn-out. In de recente berichtgeving in de media worden deze ziekten voornamelijk toegeschreven aan vrouwen. Het artikel van Kolk (in dit nummer) laat zien dat een dergelijke opvatting een valkuil is.

De vraag is of een verschil in benadering en behandeling gebaseerd kan worden op onderzoek. Zoeken met behulp van Medline met als trefwoorden *gender*, *treatment* en *therapy* levert veel theorie op, maar geen enkel gecontroleerd onderzoek. Er zijn wel onderzoeken (goed opgezet en gecontroleerd) naar de effecten van bijvoorbeeld cognitieve therapie na seksueel misbruik, bij depressies,

en bij paniekstoornissen, maar daarbij is óf gender geen geïmpliceerde variabele, óf de groep bestaat alleen uit vrouwen (seksueel misbruik en verkrachting). Hierdoor blijft de vraag welk soort behandeling effectiever is voor mannen dan wel vrouwen in de lucht hangen (Foa & Meadows 1997).

## CONCLUSIE

Op grond van epidemiologisch en neurobiologisch onderzoek van de laatste jaren is het aannemelijk dat de ontwikkeling van mannen en vrouwen verschilt. Kennis hiervan en van interactie met specifieke stressfactoren, belastende momenten, en hormonale invloed zijn in de praktijk van de psychiatrie onontbeerlijk, al moet gewaakt worden voor een klakkeloze stereotypering.

Vooralsnog lijkt het van belang in de praktijk rekening te houden met: de specifieke farmacokinetiek en -dynamiek in relatie met de hormonale status van vrouwen (Veeffkind 2001); interactie met zwangerschap en reproductie, dit zou kunnen leiden tot een betere zwangerschapsbegeleiding bij vrouwen met een bekende psychiatrische aandoening en een betere begeleiding van de moeder-kindinteractie vlak na de geboorte; specifieke kwetsbaarheden in het leven van mannen en vrouwen (de relatie hormonen en stress); en zorgbehoefte van mannen omdat ze zelf (lijken te) bagatelliseren.

Ten slotte de belangrijkste aanbeveling: *betrek gender als variabele in wetenschappelijk onderzoek naar diagnostiek en behandeling van psychiatrische stoornissen!*

## LITERATUUR

- Caspar, R.C. (Red.). (1998). *Women's health: hormones, emotions and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Foa, E.B., & Meadows, E.A. (1997). Psychosocial treatments for post-traumatic stress disorder: a critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Hawton, K. (2000). Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 177, 484-485.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. A critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Rosenstein, D.S., & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 244-254.
- Veeffkind, A.H. (2001). Geslachtsgebonden verschillen in farmacokinetiek en farmacodynamiek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 163-171.
- Zahn-Waxler, C. (1993). Warriors and worriers: gender and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 5, 79-89.