

HANDBOEK **PSYCHO** **PATHOLOGIE** **BIJ VROUWEN EN MANNEN**



ONDER REDACTIE VAN
THERESE VAN AMELSVOORT, MARRIE BEKKER,
JANNEKE VAN MENS-VERHULST & MIRANDA OLFF

Boom

HANDBOEK **PSYCHO PATHOLOGIE BIJ VROUWEN EN MANNEN**

VAN 0 TOT 100+

Onder redactie van Therese van Amelsvoort, Marrie Bekker,
Janneke van Mens-Verhulst en Miranda Olff

© Amelsvoort, T. van, Bekker, M., Mens-Verhulst, J. van en Olff, M. en p/a Boom uitgevers Amsterdam, 2019.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j° Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewer-

ken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Bart van den Tooren
Verzorging binnenwerk: Bas Smidt

ISBN 978 90 2440 863 4
NUR 777

www.boompsychologie.nl
www.bua.nl

Inhoud

Voorwoord – Lilianne Ploumen	15
Introductie: op weg naar sekse- en gendersensitieve ggz	17

Deel I – Vrouw-manverschillen algemeen

1	Vrouw-manverschillen in neurobiologie	31
	<i>Birit Broekman, Machteld Marcelis en Therese van Amelsvoort</i>	
1.1	Inleiding	31
1.2	Geslachtschromosomen en geslachtshormonen	31
1.3	Epigenetica	33
1.4	Metabolisme	34
1.5	Hersenen	36
1.6	Neurotransmitters	37
1.7	Neuropeptiden	38
1.8	Stress	39
1.9	Tot slot	41
2	Genderidentiteit, gehechtheid, autonomie en psychische stoornissen	43
	<i>Marrie Bekker</i>	
2.1	Inleiding	43
2.2	De ontwikkeling van genderidentiteit	44
2.3	Gehechtheid	48
2.4	Autonomie	50
2.5	Andere gendergebonden ontwikkelingsfactoren	51
2.6	Gendergebonden ontwikkelingsfactoren in het therapeutisch proces	53
2.7	Tot slot	55

3	Vrouw-manverschillen in cognitieve functies	57
	<i>Hester Sijtsma en Lydia Krabbendam</i>	
3.1	Inleiding	57
3.2	Oorsprong van cognitieve vrouw-manverschillen	57
3.3	De geheugenfuncties	60
3.4	Sociaal-cognitieve functies	62
3.5	Visuospatiële functies	65
3.6	Tot slot	67
4	Vrouwelijke en mannelijke levenslooptrajecten als bronnen van stress	68
	<i>Janneke van Mens-Verhulst</i>	
4.1	Inleiding	68
4.2	Sociale stressoren	68
4.3	Levenslooptrajecten	69
4.4	Traditioneel gendertraject	70
4.5	Gelijkheidstraject	75
4.6	Gendertraject naar 'eigen keuze'	78
4.7	Tot slot	82

Deel II – Vrouw-manverschillen bij psychopathologie

5	Psychische stoornissen tijdens zwangerschap en postpartum periode	87
	<i>Marlies Holterhuës, Janneke Gilden en Veerle Bergink</i>	
5.1	Inleiding	87
5.2	Klinische kenmerken, symptomen	88
5.3	Epidemiologie	89
5.4	Comorbiditeit, beloop	90
5.5	Etiologie	91
5.6	Diagnostiek	92
5.7	Behandeling, preventie en terugval	93
5.8	Tot slot	96
6	Gehechtheid en psychopathologie bij kinderen en volwassenen	98
	<i>Madelon Riem en Hedwig van Bakel</i>	
6.1	Inleiding	98
6.2	Klinische kenmerken, symptomen	99

6.3	Verschillende vormen van gehechtheidsrelaties	99
6.4	Beloop en comorbiditeit	102
6.5	Diagnostiek	103
6.6	Prevalentie en sekse-gendersverschillen	105
6.7	Behandeling en preventie	106
6.8	Tot slot	107
7	Leer- en communicatiestoornissen	109
	<i>Marjolijn van Weerdenburg</i>	
7.1	Inleiding	109
7.2	Klinische kenmerken	109
7.3	Comorbiditeit	110
7.4	Epidemiologie	111
7.5	Etiologie	113
7.6	Diagnostiek en behandeling	115
7.7	Gevolgen van leer- en communicatiestoornissen in de volwassenheid	117
7.8	Tot slot	117
8	Verstandelijke beperking	119
	<i>Robert Didden en Therese van Amelsvoort</i>	
8.1	Inleiding	119
8.2	Epidemiologie	120
8.3	Etiologie	121
8.4	Psychische comorbiditeit	123
8.5	Somatische comorbiditeit	124
8.6	Psychofarmacagebruik	125
8.7	Victimisatie	125
8.8	Tot slot	126
9	Autismespectrumstoornissen	128
	<i>Els Blijd-Hoogewys</i>	
9.1	Inleiding	128
9.2	Klinische kenmerken	132
9.3	Epidemiologie	133
9.4	Beloop en comorbiditeit	134
9.5	Etiologie	134
9.6	Diagnostiek	134
9.7	Behandeling en preventie	137
9.8	Tot slot	138

10	Aandachtsdeficiëntie-/hyperactiviteitsstoornis	139
	<i>Jennifer Richards, Corina Greven en Jan Buitelaar</i>	
10.1	Inleiding	139
10.2	Klinische kenmerken, symptomen	139
10.3	Epidemiologie	140
10.4	Comorbiditeit	141
10.5	Etiologie	142
10.6	Diagnostiek	145
10.7	Behandeling	147
10.8	Tot slot	149
11	Psychotische stoornissen	151
	<i>Mireille Boerma, Janneke Zinkstok en Therese van Amelsvoort</i>	
11.1	Inleiding	151
11.2	Epidemiologie	151
11.3	Etiologie	152
11.4	Klinische kenmerken	154
11.5	Diagnostiek	160
11.6	Behandeling en terugvalpreventie	161
11.7	Tot slot	163
12	Depressieve stoornis	164
	<i>Anja Lok, Dominique Scheepens en Miriam Lommen</i>	
12.1	Inleiding	164
12.2	Klinische kenmerken	165
12.3	Epidemiologie	166
12.4	Comorbiditeit	167
12.5	Etiologie	168
12.6	Diagnostiek	171
12.7	Behandeling en terugvalpreventie	172
12.8	Tot slot	175
13	Angststoornissen: bang zijn is voor meisjes?	177
	<i>Liesbeth Hallers-Haalboom, Joyce Maas, Laura Kunst en Marrie Bekker</i>	
13.1	Inleiding	177
13.2	Klinische kenmerken	177
13.3	Epidemiologie	179
13.4	Beloop, comorbiditeit	180
13.5	Etiologie	181
13.6	Diagnostiek	184

13.7	Behandeling	185
13.8	Tot slot	186
14	Obsessieve-compulsieve stoornissen	187
	<i>Danielle Cath en Stella de Wit</i>	
14.1	Inleiding	187
14.2	Symptoomexpressie en comorbiditeit	188
14.3	Demografische verschillen	189
14.4	Beloop	189
14.5	Etiologie	191
14.6	Omgevingsfactoren	194
14.7	Diagnostiek	195
14.8	Behandeling	195
14.9	Tot slot	196
15	Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen en dissociatie	197
	<i>Willie Langeland en Miranda Olff</i>	
15.1	Inleiding	197
15.2	Klinische kenmerken en symptomen	198
15.3	Epidemiologie	199
15.4	Comorbiditeit en beloop	200
15.5	Etiologie	200
15.6	Diagnostiek	203
15.7	Behandeling	204
15.8	Tot slot	205
16	Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen	207
	<i>Lineke Tak en Judith Rosmalen</i>	
16.1	Inleiding	207
16.2	Klinische kenmerken, symptomen	207
16.3	Epidemiologie	209
16.4	Comorbiditeit, beloop	209
16.5	Etiologie	210
16.6	Diagnostiek	212
16.7	Behandeling en preventie	213
16.8	Tot slot	216

17	Eetstoornissen	217
	<i>Greta Noordenbos, Liesbeth Hallers-Haalboom, Greet Kuipers en Marrie Bekker</i>	
17.1	Inleiding	217
17.2	Klinische kenmerken, symptomen	218
17.3	Epidemiologie	220
17.4	Beloop en comorbiditeit	221
17.5	Etiologie	222
17.6	Diagnostiek	224
17.7	Behandeling en terugval	225
17.8	Tot slot	226
18	Zindelijkheid	227
	<i>Charlotte Van Herzele, Eline Van Hoecke en Johan Vande Walle</i>	
18.1	Inleiding	227
18.2	Klinische kenmerken, symptomen	227
18.3	Epidemiologie	229
18.4	Comorbiditeit	230
18.5	Etiologie	232
18.6	Diagnostiek	233
18.7	Behandeling	233
18.8	Tot slot	234
19	Slaap-waakstoornissen	236
	<i>Lucia Talamini, Ysbrand van der Werf en Winni Hofman</i>	
19.1	Inleiding	236
19.2	Insomniastoorntis	239
19.3	Obstructieve-slaapapneu-/hypopneusyndroom	244
19.4	Rusteloze benensyndroom	246
19.5	Slaapstoornissen en psychopathologie	247
19.6	Tot slot	249
20	Seksuele problemen	251
	<i>Ellen Laan en Rik van Lunsen</i>	
20.1	Inleiding	251
20.2	Klinische kenmerken van seksuele disfuncties	252
20.3	Epidemiologie	254
20.4	Comorbiditeit	255
20.5	Etiologie	256
20.6	Diagnostiek	259

20.7	Behandeling	261
20.8	Tot slot	264
21	Genderdysforie	266
	<i>Baudewijntje Kreukels, Griet De Cuypere en Walter Pierre Bouman</i>	
21.1	Inleiding	266
21.2	Klinische kenmerken, symptomen	266
21.3	Epidemiologie	267
21.4	Comorbiditeit, beloop	269
21.5	Etiologie	270
21.6	Diagnostiek	272
21.7	Behandeling	274
21.8	Tot slot	275
22	Parafilieën en parafiele stoornissen	277
	<i>Kris Goethals, Miriam Wijkman en Nils Verbeeck</i>	
22.1	Inleiding	277
22.2	Etiologische theorieën	278
22.3	Diagnostiek	279
22.4	Parafilieën en parafiele stoornissen volgens de DSM-5	280
22.5	Behandeling	288
22.6	Tot slot	289
23	Gedragsstoornissen	291
	<i>Helena Oldenhof, Lucres Nauta-Jansen en Arne Popma</i>	
23.1	Inleiding	291
23.2	Klinische kenmerken, symptomen	292
23.3	Beloop	297
23.4	Comorbiditeit	297
23.5	Etiologie	298
23.6	Diagnostiek	300
23.7	Behandeling	300
23.8	Tot slot	302
24	Stoornissen in middelengebruik	304
	<i>Liesbeth Hallers-Haalboom, Laura Kunst, Willie Langeland en Marrie Bekker</i>	
24.1	Inleiding	304
24.2	Klinische kenmerken, symptomen	304
24.3	Epidemiologie	306

24.4	Comorbiditeit, beloop	307
24.5	Etiologie	308
24.6	Diagnostiek	310
24.7	Behandeling en terugval	311
24.8	Tot slot	313
25	Neurocognitieve stoornissen: delier, dementie en cognitieve achteruitgang	314
	<i>Caroline Sonnenberg</i>	
25.1	Inleiding	314
25.2	Klinische kenmerken, symptomen	319
25.3	Epidemiologie, etiologie en beloop	319
25.4	Diagnostiek	322
25.5	Behandeling	323
25.6	Tot slot	324
26	Persoonlijkheidsstoornissen	326
	<i>Nathan Bachrach en Marrie Bekker</i>	
26.1	Inleiding	326
26.2	Klinische kenmerken, symptomen	326
26.3	Epidemiologie	327
26.4	Comorbiditeit	327
26.5	Beloop	328
26.6	Etiologie	330
26.7	Diagnostiek	333
26.8	Behandeling	335
26.9	Preventie	337
26.10	Tot slot	338
27	Bewegingsstoornissen en andere bijwerkingen door geneesmiddelen voor psychische aandoeningen	339
	<i>P. Roberto Doornebal-Bakker</i>	
27.1	Inleiding	339
27.2	Algemeen	340
27.3	Bewegingsstoornissen	342
27.4	Andere bijwerkingen	347
27.5	Tot slot	350

Deel III – Vrouw-manverschillen bij transdiagnostische problematiek

28	Suïcidaliteit: de genderparadox	355
	<i>Emma van de Riet, Carlo van Dongen en Klaas Nauta</i>	
28.1	Inleiding	355
28.2	Epidemiologie	356
28.3	Etiologie	358
28.4	Diagnostiek	364
28.5	Behandeling	366
28.6	Preventie	366
28.7	Tot slot	367
29	Blootstelling aan interpersoonlijk geweld	368
	<i>Willie Langeland, Anne Bakker en Miranda Olff</i>	
29.1	Inleiding	368
29.2	Het begrip interpersoonlijk geweld	369
29.3	Omvang van interpersoonlijk geweld	370
29.4	Risicofactoren	373
29.5	De rol van betekenisgeving en erkenning	376
29.6	Tot slot	376
30	Werkstress, overspannenheid en burn-out	379
	<i>Petra Verdonk</i>	
30.1	Inleiding	379
30.2	Vrouwen, mannen en psychische beroepsziekten	379
30.3	Genderverschillen, werkkenmerken en coping	382
30.4	Gender, levensloop en werkstress	385
30.5	Tot slot	389
31	Forensisch-psychiatrische ontwikkelingen	391
	<i>Hjalmar van Marle, Sabine Roza en Vivienne de Vogel</i>	
31.1	Inleiding	391
31.2	Het werkveld van de forensische psychiatrie	392
31.3	Epidemiologie	392
31.4	Etiologische aspecten	393
31.5	Diagnostiek in de forensische psychiatrie: de rapportage pro justitia	395
31.6	Risicotaxatie	397
31.7	Effecten van preventie en (vroeg)interventie	400

31.8	Behandeling	400
31.9	Recidive	402
31.10	Tot slot	402
32	Somatisch-psychische comorbiditeit	404
	<i>Elise Nelis, Marijke Bremmer, Odile van den Heuvel en Birit Broekman</i>	
32.1	Inleiding	404
32.2	Cardiometabool cluster	405
32.3	Psycho-oncologie	407
32.4	Hiv en psychische klachten	409
32.5	Neuropsychiatrie	412
32.6	Tot slot	417
	 Nabeschouwing	 418
	Literatuur	427
	Register	527
	Over de auteurs	537

Voorwoord – Lilianne Ploumen

De discussie rondom verschillen tussen vrouwen en mannen raakt gemakkelijk verward met allerlei meningen, grappige ‘wetenschappelijke’ weetjes of diepgevoelde en soms hoogoplopende emoties.

Relatief kortgeleden pas werd het typische mannenbrein, en daarmee het typische vrouwenbrein, wetenschappelijk ontkracht. Met de tijd zal deze wetenschappelijke kennis hopelijk ook doordringen tot het publieke domein, dat scheelt een hoop borrelpraat-achtige discussies van onder andere beleidsmakers.

Ook nog vrij recent is in de cardiologie een grote stap gezet toen bleek dat hartfalen bij vrouwen een heel ander beeld geeft dan bij mannen. Waar het klasieke hartinfarct decennialang vooral voorbehouden leek aan mannen, is nu duidelijk dat vrouwen net zo vaak, zo niet vaker, lijden aan hartaandoeningen. Met het verschil dat deze bij vrouwen vaker werden gemist, met de dood als gevolg.

In de geestelijke gezondheidszorg is nog maar kort aandacht voor sekse- en genderverschillen. In wetenschappelijke studies, die de basis vormen van de diagnostiek en behandeling in de psychiatrie en psychologie, werden vrouwen namelijk vaak niet meegenomen. Vrouwen hebben meer schommelingen in hun hormoonbalans, menstruatie en menopauze – dat maakte het lastig om eenduidige resultaten te boeken. Dat had niet alleen gevolgen voor de diagnostiek, maar ook voor de behandeling. En niet alleen voor vrouwen, maar ook voor mannen. Hoogfunctionerend autisme werd bij vrouwen jarenlang over het hoofd gezien. En depressie bij mannen werd vaak niet als zodanig herkend, de diagnostiek daarvan is weer meer toegespitst op vrouwen. Zo kon het dus zijn dat zowel vrouwen als mannen jarenlang niet de hulp hebben gekregen die zij nodig hadden.

Gelukkig vindt er nu een verschuiving plaats doordat beleidsmakers en subsidiegevers expliciet vragen om vrouw-manrelevante aspecten mee te nemen bij het ontwikkelen, uitvoeren en analyseren van studies. En er komt meer ruimte

voor meerdimensionaliteit: we kunnen vrouw, man, en ook genderneutraal, trans- of cisgender zijn. Maar allemaal delen we tenminste een behoefte, en dat is de behoefte aan goede zorg, zorg die rekening houdt met ons als individu, met onze eigenheid. Ik zet mij in voor gelijke rechten en gelijke beloning voor vrouwen en mannen. Het is mijn overtuiging dat werkelijke emancipatie voor vrouwen en voor mannen een grote stap vooruit is voor ons allemaal, voor onze samenleving als geheel. Een samenleving waarin iedereen dezelfde kansen krijgt en dezelfde rechten heeft – óók op goede zorg.

In het *Handboek psychopathologie bij vrouwen en mannen* worden de verschillen tussen vrouwen en mannen in het voorkomen van psychische problemen, het beloop ervan, de diagnostiek en de behandeling expliciet en consequent benoemd. Het is een eerste stap in de richting van werkelijk gelijke zorg voor vrouwen en mannen. Daar kan ik alleen maar blij mee zijn.

Lilianne Ploumen

PvdA Tweede Kamer

woordvoerder Buitenlandse Zaken, Curatieve Zorg, SheDecides

Introductie: op weg naar sekse- en gendersensitieve ggz

Over het hoe en waarom van een handboek over psychopathologie met systematische aandacht voor sekse en gender

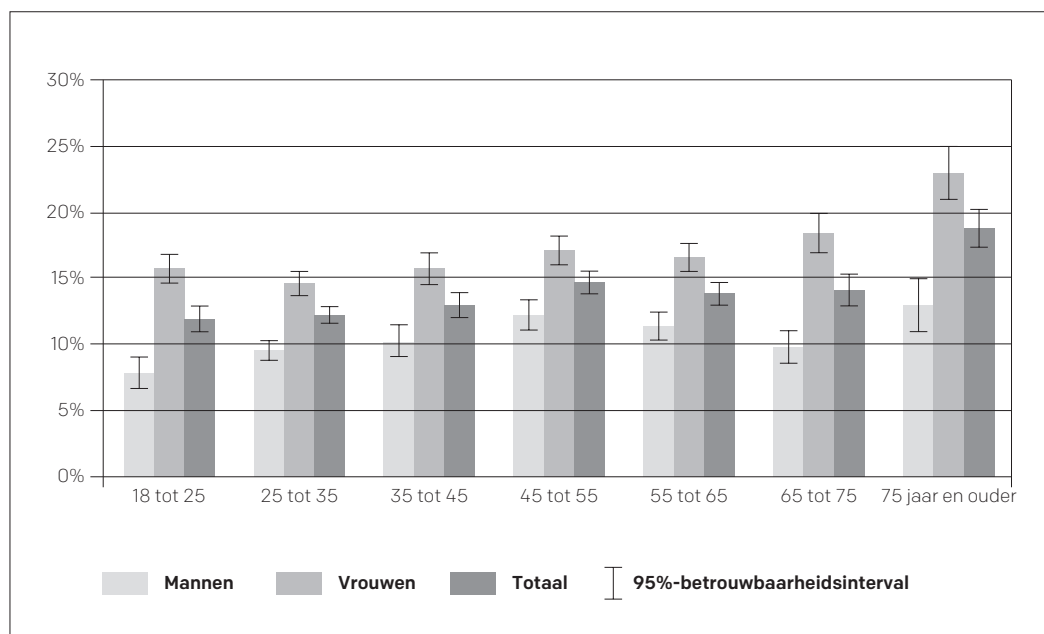
Janneke van Mens-Verhulst, Marrie Bekker, Therese van Amelsvoort en Miranda Olff

Waarom dit handboek?

In dit handboek over psychopathologie staan de verschillen tussen vrouwen en mannen centraal. We bespreken niet alleen verschillen in biologisch opzicht maar ook in maatschappelijk en psychologisch opzicht. Aan de orde komen alle facetten van psychische stoornissen: prevalentie, risicofactoren, beloop, behandel-effecten enzovoort. Met deze meerdimensionale insteek sluiten we aan op het rapport van de World Health Organization (WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014) over geestelijke gezondheid en welzijn, dat de aandacht vestigt op de grote invloed van systematische sociale ongelijkheid – in termen van gender, leeftijd, etniciteit, inkomen, opleiding en locatie – zoals aanwezig op macroniveau: in de samenleving en in organisaties. In het WHO-rapport wordt geestelijke gezondheid gedefinieerd als ‘a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community’ (p. 12). Bij deze definitie horen twee belangrijke kanttekeningen. Ten eerste dat de afwezigheid van een psychische stoornis niet noodzakelijkerwijze de aanwezigheid van een goede psychische gezondheid betekent. Ten tweede dat ook personen met een psychische stoornis (DSM-5; APA, 2014) goede niveaus van welzijn kunnen bereiken, in de zin van een bevredigend en betekenisvol leven.

Vrouw-manverschillen in geestelijke ongezondheid

Nut en noodzaak van een sekse- en gendersensitieve maar ook leeftijdsbewuste benadering worden onderstreept door de cijfers die beschikbaar zijn over de verdeling van psychische problematiek in de Nederlandse bevolking op basis van de Mental Health Inventory (vijf vragen over of men zich zenuwachtig, in de put, kalm en rustig, neerslachtig en somber, en gelukkig voelde; Driessen, 2011). Figuur 1, met de totaalscores naar leeftijd en geslacht in de periode 2001-2009, geeft een globale indruk van de verschillen in geestelijke ongezondheid voor Nederland.



Figuur 1: Geestelijke ongezondheid naar leeftijd en geslacht, 2001-2009 (Driessen, 2011)

Toegespitst op de prevalentie van psychische stoornissen zoals omschreven in de DSM-IV (APA, 2000), ontstaat een enigszins ander beeld, namelijk dat ongeveer evenveel vrouwen als mannen tussen 19 en 65 jaar lijden aan psychische stoornissen. Op zich komt dat meer overeen met de internationale bevindingen. Maar wel kan de aard van hun stoornissen aanzienlijk verschillen: bij vrouwen komen vaker stemmings-, angst- en posttraumatische-stressstoornissen voor en bij mannen vaker middelen-, aandachtsdeficiëntie- of gedragsstoornissen (Veerbeek, Knispel, & Nuijen, 2015; www.volksgezondheidenzorg.info).

Waarom juist nu?

De wetenschappelijke kennis over eventuele vrouw-manverschillen in geestelijke gezondheid is in de afgelopen jaren sterk toegenomen. Toch zijn de kenniselementen niet altijd gemakkelijk te vinden, en ze zijn nog moeilijker te wegen en met elkaar in samenhang te brengen. Artikelen waarin die kennis is beschreven, zijn verspreid over vele, meestal internationale, tijdschriften en blijven – juist door hun wetenschappelijk karakter – dikwijls beperkt tot slechts één of enkele aspecten van een stoornis.

Zeker in de Nederlandse taal zijn boeken over de relatie van sekse en gender met psychopathologie schaars. En wat beschikbaar is, blijft meestal beperkt tot één geslacht: vooral vrouwen. Hierdoor dreigt de aansluiting met zowel de internationale kennisgroei als de huidige ggz-praktijk geleidelijk verloren te gaan. Om de beschikbare sekse- en gendergerelateerde kennis soepel te kunnen invoegen in de huidige onderwijs-, onderzoeks- en klinische praktijken, is bovendien een herordening volgens de DSM-5 gewenst.

De ontstane leemte is in de laatste jaren tot op zekere hoogte opgevuld met factsheets over de sekse- en genderrelevante kanten van specifieke psychische stoornissen (Hallers, Langeland, Kunst, & Bekker, 2017, 2018; Hallers, Langeland, & Bekker, 2018). Inmiddels beschikken de deelnemers aan het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling ggz ook over deze overzichten en zijn de noties gedeeltelijk geïntegreerd in de daar ontwikkelde zorgstandaarden (te vinden op www.ggzstandaarden.nl).

Meerwaarde van dit boek

Meerwaarde van dit handboek is dat het alle DSM-5-stoornissen bestrijkt en de schijnwerper volledig op de sekse- en gendergerelateerde aspecten richt. Als zodanig gaat het uitgebreid in op relevante, empirisch ondersteunde sekse- en gendergerelateerde biologische, psychologische en sociaal-culturele factoren en hun onderlinge samenhang. Tevens laat het hypothesen en discussies aan bod komen, wijst het op sekse- en/of gendergebonden overeenkomsten tussen de DSM-5-stoornissen, en vertaalt het de thans beschikbare kenniselementen voor zover mogelijk naar de praktijk. Hiermee verschaft het de bouwstenen voor een sekse- en gendersensitieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) en – meer in abstracto – voor een verhoogd diversiteitsbewustzijn, zoals dat past in het streven naar kwalitatief hoogwaardige en gepersonaliseerde zorg.

De eerste vier hoofdstukken dragen de basale sekse- en genderkennis over vrouw-manverschillen aan die voor vele specifieke stoornissen relevant zijn. Ze gaan deels over transdiagnostische factoren en ze betreffen neurobiologische functies, hechting en identiteitsvorming, cognitieve ontwikkeling, en sociale en culturele aspecten van levenslooptrajecten. Daarna wordt er in het tweede deel steeds per hoofdstuk een in de DSM-5 gedefinieerde stoornis beschreven aan de hand van de volgende punten: zijn er vrouw-manverschillen in symptomen, epidemiologie, beloop, etiologie, risicofactoren, diagnostiek en behandeling – en zo ja, variëren die gedurende de levensloop? In het laatste deel komt transdiagnostische problematiek aan bod, waaronder mishandeling, misbruik en ander geweld (hoofdstuk 29) en arbeidsproblematiek (hoofdstuk 30).

In deze introductie gaan we nu eerst in op de betekenis van sekse- en gendersensitiviteit, dan op de levensloopbenadering en de relatie tussen stress en psychische problematiek – beide vanuit een meerdimensionaal sekse- en genderperspectief – en ten slotte op de vereisten voor sekse- en gendercompetentie.

Wat betekent ‘sekse- en gendersensitiviteit’?

Met de term ‘sekse- en gendersensitiviteit’ beschrijven we de gevoeligheid binnen de ggz voor sekse- en/of genderaspecten die mogelijk relevant zijn voor de preventie, diagnostiek en/of behandeling van psychische problemen. ‘Sekse’ verwijst naar de biologische kanten van het vrouw- of man-zijn, zoals de voortplantingsorganen, hormonen en genetische factoren. ‘Gender’ omvat de betekenissen van vrouwelijkheid en mannelijkheid die aan vrouwen en mannen worden toegeschreven – door de maatschappij, henzelf, anderen, enzovoort – en zich onder andere manifesteren in (normatieve opvattingen over) geslachtsrollen, -gedragingen en -identiteit. Het proces waarin individuele meisjes en jongens, vrouwen en mannen zich de genderopvattingen en -verwachtingen van hun cultuur eigen maken, noemen we ‘gendersocialisatie’.

In de praktijk, maar ook in onderzoeksartikelen, wordt het onderscheid tussen sekse en gender niet altijd even scherp gemaakt en evenmin altijd op dezelfde manier (Radtko, 2017). Verwonderlijk is dit niet als we beseffen dat aan het onderscheid tussen sekse en gender het nature-nurture-debat kleef, met de daaraan verbonden vraag: ‘Wat is aangeboren en wat is aangeleerd?’; en in het verlengde daarvan de vraag: ‘Wat is onveranderlijk en wat is veranderbaar?’

Over het antwoord op die vragen wordt en is veel gedebatteerd. Tegenwoordig wordt daarbij ook de vraag gesteld of sekse en gender wel als dichotoom moeten worden opgevat. Zo pleit Fausto-Sterling (2012) ervoor om levende lichamen te beschouwen als dynamische systemen die zich ontwikkelen en veranderen in reactie op hun sociale en historische context. Vanuit deze benadering heeft zij samen met collega’s (Fausto-Sterling, Coll, & Lamarre, 2012a, 2012b) gereconstrueerd hoe zeer vroege, vaak minieme sekseverschillen (in motorische activiteit, spelpatronen, vocalisatie en zintuiglijk gedrag) in wisselwerking met stimuli uit de omgeving kunnen uitgroeien tot genderverschillen. Ook vanuit de sociale psychologie is het idee van een biosociale sekse- en genderdynamiek als alleszins plausibel omarmd (Wood & Eagly, 2012). Gevoegd bij de inmiddels wetenschappelijk vastgestelde plasticiteit in voortplantingsorganen, hormonen en het brein (Ah-King & Nylin, 2010; Jordan-Young, 2010; Kleinherenbrink, 2014) is het daarom niet langer vanzelfsprekend dat de biologische kenmerken van het vrouw- en man-zijn *niet* en de psychologische en sociaal-culturele kenmerken *wel* veranderlijk en veranderbaar zouden zijn. Daarnaast leert de dynamische systeembenadering ons nog dat een vrouw-manverschil op biologisch gebied niet automatisch hoeft uit te monden in vrouw-manverschillen op psychologisch, sociaal of cultureel gebied – noch vice versa –, mede doordat verschillen elkaar, in de wisselwerking tussen de gebieden, niet alleen kunnen versterken, maar ook dempen (Fausto-Sterling, 2012). Bovendien laten de sekseverschillen op deze diverse gebieden zich niet een-op-een in elkaar vertalen.

Lange tijd was er in het medisch- en sociaalwetenschappelijk onderzoek maar weinig aandacht voor mogelijke verschillen tussen vrouwen en mannen; de universaliteitshypothese had de overhand. In die situatie is inmiddels verbetering gekomen. We kunnen nu putten uit een grote voorraad onderzoeksresultaten – naast theoretische modellen – die de verschillen tussen populaties van vrouwen en mannen in kaart brengen. Volgens meta-analyses van na 1990 zouden de grootste verschillen tussen vrouwen en mannen zich voordoen in het motorische vlak (werpsnelheid en -afstand), gevolgd door verschillen in seksuele gedragingen en attitudes. Wat betreft agressief gedrag, assertiviteit, ruimtelijke waarneming en mentale rotatie zijn de gevonden verschillen gematigd, met

iets hogere scores voor mannen; hetzelfde geldt voor glimlachen, maar dan met hogere scores aan de vrouwenkant. De verschillen in effectgrootte qua moreel redeneren, perceptiesnelheid en wiskundige en wetenschappelijke vaardigheden zouden slechts gering zijn en in het laatste geval zelfs bezig zijn te verdwijnen (Hyde, 2005; Magnusson & Marecek, 2012). Ook de stereotypen dat mannen meer sensatiezoekend (Cross, De-Laine, & Brown, 2013) en vrouwen empathischer zijn dan mannen (Lobb, 2013) moeten inmiddels worden genuanceerd, hoewel consistent wordt gevonden dat vrouwen gevoeliger zijn voor anderen dan mannen (Van Assen & Bekker, 2009). Dergelijke, deels ‘tanende’ sekse- en genderverschillen zijn in een aantal gevallen het gevolg van verbeterde onderzoeksmethodologie, maar getuigen bij nadere beschouwing ook geregeld van de invloed van de factoren leeftijd en context. Zo blijkt het vrouw-manverschil in de prevalentie van depressie samen te hangen met sekseongelijkheid in de samenleving (Seedat et al., 2009). En waar volgens Hyde (2005) het meisje-jongenverschil in zelfwaardering het grootst zou zijn tijdens de adolescentie maar daarna weer zou afnemen, hebben volgens een internetonderzoek in 48 westerse én niet-westerse landen vrouwen levenslang een lagere zelfwaardering dan mannen (Bleidorn, 2016). Ook zijn vrouw-manverschillen kleiner als gespreks-interrupties worden gescoord in tweegesprekken dan in grote groepen of als glimlachen wordt gemeten wanneer men zich wel of niet gadegeslagen weet. Bovendien speelt in deze dynamiek van veranderende en wisselende sekse- en genderverschillen de veranderende maatschappelijke context mee: wat betreft wiskundige en wetenschappelijke vaardigheden hebben vrouwen bijvoorbeeld nog maar sinds kort de kans deze in onderwijs te ontplooiën en in arbeid te bewijzen (Hyde, 2005; Magnusson & Marecek, 2012; Wood & Eagly, 2012).

Het inzicht dat gedragingen in hoge mate door de sociaalhistorische context worden bepaald, leert ons dat we nooit voorbij mogen gaan aan de ‘genderende’ invloed die van een omgeving uitgaat, bijvoorbeeld doordat een bepaalde invulling van vrouw-manverschillen bewust of onbewust wordt ‘aangemoedigd’. Die invloed is niet alleen traceerbaar in expliciete of impliciete opvattingen over genderrollen, maar ook in wet- en regelgeving en institutionele praktijken. Denk bijvoorbeeld aan de handelingsbekwaamheid die aan vrouwen en mannen wordt toegekend; de faciliteiten voor buitenshuis werkende moeders en vaders; de uitwerking van toelatingseisen voor brandweer, politie en leger op vrouwen, en de uitwerking van toelatingseisen voor zorg en kinderopvang op solliciterende mannen. Zelfs als er formeel sprake is van genderneutraliteit – met voor vrouwen en mannen gelijke rechten en regels – kan dat in de praktijk anders uitwerken. Ook gewelds- en misbruikpraktijken – in de openbare ruim-

te, organisaties en thuissituaties – zijn dikwijls gerelateerd aan de navolging van genderopvattingen.

Gendervoorschriften en -praktijken zijn inhoudelijk eveneens aan verschuivingen onderhevig. Dergelijke verschuivingen kunnen het gevolg zijn van emancipatiebewegingen, zoals die van lhbt'ers of de #MeToo-beweging, die de aandacht vestigen op machtsmisbruik en seksueel geweld. Maar ze kunnen ook voortvloeien uit algemene maatschappelijke ontwikkelingen als individualisering, defamiliarisering, destandaardisering van de levensloop, digitalisering van de samenleving en de overgang van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Hoe (verschuivende) genderverwachtingen kunnen bijdragen aan het ontstaan en voortduren van psychische problematiek, komt aan de orde in de hoofdstukken 4 en 30.

Alles bijeengenomen moeten we concluderen dat het onderscheid tussen sekse- en genderfactoren en ook dat tussen vrouwen- en mannenpopulaties niet zo strikt kan worden gemaakt als dikwijls wordt aangenomen en dat vrouw-man-verschillen bovendien aan verandering onderhevig zijn (Radtke, 2017). Hetzelfde geldt natuurlijk voor meisjes- en jongenspopulaties.

Over meisjes en jongens, vrouwen en mannen, en sekse- en genderfactoren

De voorgaande constatering maken het denken en schrijven over sekse- en gendersensitiviteit in de ggz er niet gemakkelijker op. We laveren tussen enerzijds de behoefte de sekse- en gender-, en vrouw-mandichotomieën niet te verabsoluteren en juist recht te doen aan de onderliggende dynamiek, en anderzijds de behoefte en noodzaak te categoriseren. Het is als met de DSM zelf: de categorieën zijn altijd voor discussie vatbaar, maar tegelijkertijd bevordert die discussie de communicatie in de ggz en de leer van de psychopathologie om met de diverse categorieën te werken.

Voor dit handboek kozen wij een categorisering die zo dicht mogelijk aansluit bij het woordgebruik in de klinische praktijk, in concreto de omschrijvingen 'meisjes en jongens', en 'vrouwen en mannen'; en 'sekse- en genderfactoren' wanneer niet onomstotelijk vaststaat dat het om biologische en/of sociaal-culturele factoren gaat.

Daarnaast is zo veel mogelijk gelet op zogenoemde 'groepsinterne' verschillen die klinisch relevant zijn, zoals leeftijd, opleidings- en inkomensniveau, seksuele voorkeur, etniciteit en religieuze overtuiging. Helaas was die differentie kennis niet altijd beschikbaar, waardoor de aandacht voor verdere diversi-

teit in dit handboek noodgedwongen beperkt blijft. De differentiatie die hier de meeste aandacht krijgt – naast vrouw-manverschillen – is het leeftijdsverschil.

Levensloopbenadering in meerdimensionaal sekse- en genderperspectief

In dit handboek hanteren we, in overeenstemming met de DSM-5, een levensloopbenadering vanuit een meerdimensionaal perspectief: biologisch, psychisch of psychosociaal, en maatschappelijk. Figuur 2 geeft globaal weer welke verschuivingen zich gedurende het leven op die dimensies voltrekken en hoe biologische gegevens in wisselwerking staan met psychische, sociale en culturele factoren en omstandigheden, en daaraan gekoppelde individuele ervaringen. In de praktijk wordt deze benadering overigens meestal vereenvoudigd tot het vermelden van leeftijdsgroepen v/m: kinderen, adolescenten, jongvolwassenen, volwassenen en senioren of ouderen.

Aan de hand van figuur 2 is goed voor te stellen hoe omstandigheden en ervaringen uit de jeugd zich kunnen opstapelen om zich op een later tijdstip in het leven weer te laten gelden, in ongunstige of gunstige zin: als risico- of als beschermende factor. Maar vooral attendeert de figuur op mogelijke sekse- en genderverschillen op elke dimensie. Want transities in de biologische en psychosociale ontwikkeling van vrouwen worden doorgaans duidelijker gemarkeerd dan die van mannen, in de maatschappij leven vaak verschillende verwachtingen over de beroeps- en zorgarbeid van vrouwen en mannen, en hun sociaal-culturele, relationele, beroeps- en zorgidentiteitsontwikkeling worden meestal door andere accenten gekenmerkt. Daarnaast confronteert dit schema ons met de vraag hoe die dimensies elkaar beïnvloeden – een vraag waarop tot op zekere hoogte een algemeen of groepsgevoel antwoord mogelijk is, maar die uiteindelijk per individu en dus ook per individuele patiënt (v/m) moet worden beantwoord. Nadere invulling van de meerdimensionale ontwikkeling van vrouwen en mannen is te vinden in de eerste vier hoofdstukken van dit boek.

Leeftijdsgroepen	Kinderen		Adolescenten	Volwassenen (jonge-middelbare-oudere)		Senioren
Maatschappelijke positionering	School		Opleidingen	Beroepsarbeid en zorgtaken		Pensioen of vrije tijd en zorg
Psychische/ psychosociale ontwikkeling	Geslachtsidentiteit		Seksuele en sociale (gender)identiteit	Gendergerelateerde sociaal-culturele, relationele, beroeps- en zorgidentiteit		Gendergerelateerde sociaal-culturele, relationele en zorgidentiteit
Biologische ontwikkeling	Geboorte en groei	Meisjes/ vrouwen	Eerste menstruatie	Zwanger- schap, bevalling, moederschap	Menopauze	Postmenopauze
		Jongens/ mannen	Baardgroei, zware stem		Penopauze	Postpenopauze

0 jaar —————> 100+ jaar

Figuur 2: Meerdimensionaal sekse- en genderperspectief op de levensloop (ZonMw, 2015).

Een sekse- en gendersensitief perspectief op stressprocessen

Om de relatie tussen sociale, culturele, psychologische en biologische determinanten en geestelijke (on)gezondheid te begrijpen, doen veel auteurs een beroep op stresstheorieën. Uitgangspunt daarvan is dat er psychische problemen kunnen ontstaan wanneer mensen worden blootgesteld aan stressvolle ervaringen – zeker als die heftig, frequent en/of langdurig van aard zijn – terwijl er in de omgeving onvoldoende emotionele, informatieve en/of praktische steun beschikbaar is, en de individuele capaciteiten en copingstijlen ontoereikend zijn om die spanningen het hoofd te bieden. In geval van chronische, repeterende of potentieel traumatische stressoren kan het biologische stresssysteem niet meer herstellen van een staat van arousal en raakt het verstoord of uitgeput. Het psychologische systeem raakt gedomineerd door overlevingsstrategieën, en individuen ontwikkelen disfunctionele manieren van emotieregulatie en coping. Op die manier kunnen bijvoorbeeld angst, stemmings- en/of eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en posttraumatische-stressstoornissen ontstaan.

Hiermee is eigenlijk een multidisciplinaire onderneming geïmpliceerd. Ruwweg geschetst helpt de sociologie ons daarin te begrijpen hoe condities en gebeurtenissen op het niveau van de (globale) samenleving, de instituties, buurten en omgevingen bronnen van spanningen kunnen vormen. De psychologie verschaft ons inzicht in de manieren waarop mensen op persoonlijk niveau

condities en gebeurtenissen waarnemen, en als spanning beleven en hanteren. En de biologie biedt ons een beeld van de fysiologische mechanismen waardoor spanningen zich vertalen in lichamelijke reacties.

De veronderstellingen over stress zijn op een aantal manieren verfijnd en uitgebouwd door deze te combineren met de levensloopbenadering. De belangrijkste notie is dat blootstelling aan spanningen in de formatieve jaren het risico op latere psychische stoornissen doet toenemen door aantasting van de biologische en psychologische systemen voor stressregulatie. Die ongunstige effecten kunnen echter worden gebufferd door liefdevolle, responsieve en stabiele relaties met een zorgzame volwassene omdat die voor een veilige hechting van het kind zorgen; daarmee is het kind beter gewapend tegen angst en ontwikkelt het veerkracht voor het omgaan met toekomstige stressoren. Uit onderzoek en uit de praktijk van de psychopathologie weten we dat het de in dat geval juist onveilige relaties met de hechtingspersonen zijn die de pathologiserende bron van 'stress' vormen.

Ook op latere leeftijd kunnen zich ten gevolge van stresservaringen ongezonde veranderingen in fysiologie en psychologische eigenschappen voordoen, maar naast sociale steun uit de naaste of wijdere omgeving kunnen ook optimisme, zelfsturend vermogen, zelfwaardering en een gevoel van controle dan als buffer fungeren. Dit alles laat onverlet dat niet alle stresservaringen tot psychische stoornissen leiden en dat zich ook psychische stoornissen voordoen zonder stresservaringen (zie hoofdstuk 2; Nicolai, 2009; WHO & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

In ons handboek wordt aan de vraag welke factoren het risico op een psychische stoornis verhogen of juist kunnen tegengaan, steeds de vraag verbonden of daarin verschillen tussen meisjes en jongens en/of vrouwen en mannen bekend dan wel plausibel zijn. Wat blootstelling aan bedreigende ervaringen betreft, weten we dat mannen mogelijk iets vaker te maken hebben met potentieel traumatische ervaringen dan vrouwen (Kessler et al., 2017), alhoewel dat verschil in Nederland niet gevonden werd (De Vries & Olff, 2009). Vrouwen maken echter vaker stresserende gebeurtenissen met een groter risico voor de psychische gezondheid mee (zoals seksueel misbruik) en zijn ook vaker op jongere leeftijd aan dergelijke stressoren blootgesteld.

Wat de perceptie van stressoren betreft, is het bekend dat vrouwen, vaker dan mannen, zo'n gebeurtenis negatief percipiëren (dus als bedreigend) en inschatten dat die boven hun macht gaat ofwel *out of control* is.

Wat de psychische reacties op stress betreft: die zijn bij vrouwen vaker dan bij mannen acuut emotioneel van aard en worden gekenmerkt door bijvoorbeeld intense angst en onzekerheid, hulpeloosheid, afschuw, intrusieve gedachten, vermijding en paniek of acute dissociaties (Olff, Langeland, Draijer, & Gersons,

2007). Het beeld op langere termijn is dat de meeste jongens en mannen hun problemen bij gebrek aan emotionele controle uitageren, via typisch externaliserende probleemgedragingen als agressie, overactiviteit en ongehoorzaamheid. De meeste meisjes en vrouwen vertonen juist typische internaliserende probleemgedragingen in de zin van sociale teruggetrokkenheid, angst, depressie en psychosomatische klachten, omdat zij hun emoties overcontroleren, zich naar binnen richten en vooral innerlijke onrust ervaren (Crijnen, Achenbach, & Verhulst, 1997; Kramer, Krueger, & Hicks, 2007). Daarmee beantwoorden zowel meisjes en vrouwen als jongens en mannen in hun probleemgedragingen dus aan genderspecifieke verwachtingen, althans op groepsniveau. Door hun internaliserende gedrag lopen meisjes en vrouwen overigens meer risico op onderdiagnose van sommige psychische problemen.

Wat de copingstijlen betreft, is de probleemgerichte stijl – in de zin van actief oplossingen zoeken – meer met mannen geassocieerd en de emotiegerichte stijl – van steun zoeken en vermijden – meer met vrouwen. Bij die laatste stijl hoort ook ‘piekeren’ (Nolen-Hoeksema & Jackson, 2001). Maar sinds het desbetreffende artikel van Taylor en collega’s (2000) is er nog een nieuw stereotype ontstaan van hoe vrouwen zich verweren tegen stress: zij zouden vooral verbinding en steun zoeken in contact met anderen (*tend-and-befriend*), terwijl mannen zouden kiezen tussen vechten of vluchten (naast *freezing*). In het ontstaan van dit seks- en genderverschil wordt een cruciale rol toegekend aan het hormoon oxytocine (Taylor, 2006; Olff, 2012).

Sekse- en gendercompetentie

Dit handboek laat zich lezen als een uitnodiging tot het ontwikkelen van therapeutische sekse- en gendercompetentie. Zo’n competentie reikt verder dan sekse- en gendersensitiviteit. Waar sekse- en gendersensitiviteit betekent dat men openstaat voor de mogelijkheid dat psychische problemen voor vrouwen en mannen andere oorzaken, manifestaties, effecten en/of betekenissen hebben, en de bereidheid heeft hiermee rekening te houden in diagnostiek, behandeling en bejegening, omvat sekse- en gendercompetentie het vermogen van een therapeut om met zowel vrouwelijke als mannelijke patiënten positieve therapieresultaten te bereiken (Owen, Wong, & Rodolfa, 2009).

Om die competentie – ook voor de lange termijn – te bewerkstelligen, zullen ggz-opleidingen structureel aandacht moeten schenken aan de sekse- en genderkanten van psychopathologie – liefst in relatie met andere dimensies van biopsychosociale diversiteit – maar ook aan de eigen sekse- en genderstereotypen van aanstaande therapeuten en aan hun repertoire aan therapeutische

vaardigheden en instrumenten om adequaat om te gaan met meisjes, jongens, vrouwen en mannen (Bernard & Bekker, 2015; Bachrach, Kunst, & Bekker, 2017; Kunst, Bachrach, & Bekker, 2017). Daarover meer in de nabeschuiving.