

## **SEKSE/GENDERPRODUCTIE (OOK) IN DE PSYCHIATRIE**

Janneke van Mens-Verhulst

Hoogleraar Vrouw-en-gezondheidszorg aan de Universiteit voor Humanistiek

**ACHTERGROND.** Het sekse/gender-onderscheid vindt geleidelijk zijn weg in allerlei disciplines, ook de medische.

**DOEL.** Welke professionele en onderzoeksmethodologische consequenties zou dit kunnen hebben voor de psychiatrie?

**WERKWIJZE.** Eerst wordt het sekse/gender-onderscheid zelf uitgewerkt en becommentarieerd. Dan volgt een sekse/gender-bewuste schets van psychiatrisch patiënten en de psychiatrische praktijk.

**RESULTATEN.** Via haar professionele betekenisgevingen en normeringen, diagnostische instrumentarium, causale modellen, behandeldoelen, ideaalbeelden en organisatorische context is de psychiatrie medeproducent van sekse/gender. Daarmee articuleert ze namelijk sommige van alle mogelijke sekseverschillen terwijl ze andere juist bagatelliseert.

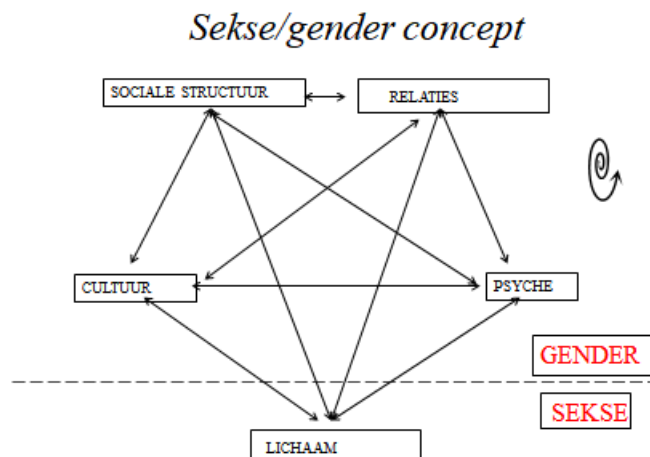
**CONCLUSIE.** Om onnodig lijden tegen te gaan en de kwaliteit van de hulpverlening te verhogen is het gewenst dat behandelaars een sekse/gender-wijze opstelling te ontwikkelen. Dit kan mede worden bevorderd door meer sekse/gender-bewust onderzoek. Wil dit onderzoek bruikbaar zijn, dan zal het zich echter buiten de gebaande paden moeten begeven.

### **TREFWOORDEN**

Sekse, gender, psychiatrische praktijk, zorgkwaliteit, onderzoek.

## Het sekse/gender model

In 1972 introduceerde de sociologe Oakley het onderscheid tussen sekse en gender, waarbij sekse stond voor de biologische en gender voor de sociaal-culturele kant. Dit onderscheid is sindsdien een inspiratiebron gebleken voor vele wetenschappers en professionals. Mede dankzij deze conceptuele vernieuwing groeide het besef van de veelheid aan processen die onder de oude term “sekse” schuil gingen (Tonkens, 1998). Vanuit de psychiatrische hulpverlening gezien zijn er zeker vijf lagen of dimensies mee gemoeid: naast de lichamelijke ook de culturele, sociale, interpersoonlijke en psychische. In Figuur 1 zijn deze afgebeeld als componenten in onderlinge wisselwerking waarbij alles boven de streep in de categorie gender valt.



Figuur 1

Iedere component kan natuurlijk verder worden geconcretiseerd in elementen. Bij cultuur gaat het om het betekenisgevingen en waarderingen voor mannelijkheid en vrouwelijkheid. Daar zijn dus woorden en beelden, maar ook waarden en normen aan de orde; en niet te vergeten technologie – ook al zal ik die hier verder buiten beschouwing laten. Sociale structuur betreft de posities die mannen en vrouwen bekleden (binnen- en buitenshuis) en de privileges of achterstelling die daarmee gepaard gaan. Het impliceert ook hun netwerken, bijvoorbeeld in groepen met een hetero- respectievelijk homoseksuele leefstijl, in de autochtone of allochtone wereld. Bij interpersoonlijke relaties denken we aan patronen van verbondenheid en

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

dominantie en aan conversatieregels, tussen mannen onderling en vrouwen onderling en tussen mannen en vrouwen. Psyche omvat strevingen, cognities, affecties en gedragingen. Het lichaam, hier afgebeeld als één dimensie (zoals de meeste sociale en psychologische wetenschappers doen), omvat natuurlijk vele dimensies zoals organen, hormonen, chromosomen en neuronale circuits die (in ander verband) nadere uitwerking verdienen.

### *Productieprocessen*

Geleidelijk ontstond het inzicht door welke processen zowel sekse als gender worden “geproduceerd” - in de zin van geconstrueerd en in stand gehouden (West & Zimmerman, 1992). Cultureel gezien is er de zogenoemde articulatie van sekseverschillen: mensen worden ingedeeld in mannen en vrouwen op grond van overeenkomsten en verschillen – waarbij de anatomische kenmerken een sleutelrol vervullen. Aan die lichamen worden verschillende betekenissen toegekend, zoals kracht en gespierdheid aan mannen, zachtheid en vruchtbaarheid aan vrouwen. En lichamen worden ook beschouwd als dragers van, bijvoorbeeld, de eer van het vaderland of van de familie.

Op basis van dergelijke categorisering en betekenisverleningen vindt er een toewijzing van maatschappelijke posities plaats. Traditioneel lagen die in Nederland voor mannen in de openbare sfeer en voor vrouwen in de privé-sfeer (met reproductieve en zorgtaken), waarbij “mannenposities” qua status en beloning een hogere waardering genieten dan het klassieke vrouwenwerk.

In socialisatieprocessen maken jongens en meisjes zich de waarden en normen, vaardigheden en gedragspatronen eigen die noodzakelijk en wenselijk zijn om te participeren in de bestaande sociale man/vrouw-structuur. De overdracht gebeurt zowel bewust als onbewust, door ouders, scholen, kerken, sportverenigingen, massamedia, enzovoorts. Daarbij gaat het om allerlei leerprocessen: imitatie van en identificatie met belangrijke anderen naast internalisatie van dominante denkbeelden, onder andere uitmondend in cognities over wat de eigen waarde, vermogens en mogelijkheden zouden zijn.

### *Tijdvensters*

Er zijn verschillende tijdvensters van waaruit deze “productie” van sekse/gender wordt bestudeerd. Voor de psychiatrie zijn er zeker drie relevant: de evolutionaire, de generatiegewijze en de dagelijkse productie.

Binnen het evolutievenster overheerst de gedachte dat de oorspronkelijk biologische taakverdeling tussen mannen en vrouwen verschillen in gedrag heeft voortgebracht die zich op den duur hebben vastgezet in verschillende psychische karakteristieken - wat op zich weer met evolutionaire en adaptieve voordelen gepaard ging en een verdere selectie in deze richting bevorderde. In dit kader loopt er momenteel een interessante discussie rond de stelling van Shelley Taylor en collega's (2000) dat het 'fight or flight' gedrag wanneer er gevaar dreigt vooral eigen is aan mannen maar dat vrouwen de neiging hebben tot een 'tend or befriend'-strategie, die in de evolutie als biochemisch patroon is "ingeslepen" en al of niet versterkt kan worden vanuit andere dimensies.

Crosscultureel onderzoek in zo'n 25 landen wijst uit dat genderstereotypen aangaande psychologische eigenschappen inderdaad wereldwijd behoorlijk stabiel zijn. Mannen bleken te worden gezien als actief, sterk, kritisch en volwassen, met behoefte aan dominantie, autonomie en presteren; als agressief en met uithoudingsvermogen. Ze werden ook geassocieerd met moreel besef, extravertie, neuroticisme en openheid. Het beeld van vrouwen was: passief, zwak, koesterend, aanpassend, met behoefte aan nederigheid, ondersteuning, koestering, verbondenheid en heteroseksualiteit. Desgevraagd bleken echter zowel mannen als vrouwen hun ideale zelf als meer masculien blijken te scoren dan hun actuele zelf. (Williams e.a. in Matsumoto, 2000)<sup>i</sup>

Het generatievenster richt de aandacht op de veranderingen die zich tussen de generaties voordoen. In de levensloop van Nederlandse vrouwen zijn die aanzienlijk. In de middenklasse is het levensscript gebaseerd op het "oude moeten" (waarin de reproductieve taken nog centraal staan) overgegaan in het "nieuwe moeten" van de "superwoman" die succesvol is in haar werk én haar relatie én haar ouderschap en liefst ook nog eens een interessant netwerk onderhoudt. Ook voor mannen – met name uit de midden- en hogere klasse – verschuift het levensscript. Stond het voorheen vooral in het teken van het kostwinnerschap en de daarbij behorende coderingen (zorg voor een betaalde baan; bescherm je gezin; wees zelfstandig en onafhankelijk; "doe" iets), tegenwoordig moeten zij ook presteren als (gevoelige) partner en zorgende vader.

In dit verband geniet het socio-cognitief perspectief de grootste aanhang. Voorbeeld hiervan zijn Bussey en Bandura (1999) die de sekse/gender-productie benaderen als een

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

socialisatieproces dat zich afspeelt tussen ouders/ opvoeders en kinderen en tussen generatiegenoten onderling - via modelling, onderricht en ervaringsleren. Resultaat is een reeks mogelijke differentiaties tussen de seksen; in ieder geval niet één bepaald man- en vrouw-type. Echter, ook het hechtingsperspectief staat weer in de belangstelling; met name hoe gunstige of ongunstige emotionele ervaringen hun biochemische neerslag hebben in het lichaam en hoe dat doorwerkt in de levensloop (Eisler en Levine, 2002).

Het venster van de dagelijkse interactie maakt zichtbaar hoe mensen permanent in onderhandelingen over hun sekse/gender zijn verwickeld; hoe iedere communicatie of handeling een stukje van de mannelijke of vrouwelijke identiteit bekrachtigt of juist ter discussie stelt dan wel ontkracht. Binnen dit venster worden mannelijkheid en vrouwelijkheid niet langer als opposities voorgesteld die elkaar wederzijds zouden uitsluiten, maar als twee min of meer onafhankelijke continua waarop je qua kenmerken hoger of lager kunt “scoren”. Op die score oefenen mensen zelf invloed uit door hoe ze hun leven inrichten maar ook door hoe ze zich qua uiterlijk en gedrag (re)presenteren. In die zin situeren we ons allemaal op een soort dambord van mannelijk- en vrouwelijkheid en moeten we ons steeds weer beraden op de positie die we daarop innemen. Inderdaad wijst onderzoek uit dat mannen en vrouwen weinig vaste clusters van kenmerken vertonen, maar mannen wel meer dan vrouwen. (Twenge, 1999).<sup>ii</sup>

Wat het extra ingewikkeld maar ook interessant maakt, is dat de vensters wellicht niet op dezelfde wijze in elkaar grijpen voor mannen en vrouwen. Een historische meta-analyse over de periode 1931- 1993 (Twenge, 2001) toont namelijk aan dat de assertiviteit van vrouwen varieert met hun maatschappelijke status en rol, terwijl bij mannen zo'n cohort-effect ontbreekt.

Het analytisch model voor sekse/gender uit Figuur 1 is niet alleen vijfdimensionaal maar ook complex omdat er tussen de componenten een wederkerige beïnvloeding ofwel circulaire causaliteit wordt verondersteld: de pijlen zijn tweezijdig. Bovendien blijkt de productie van gender dynamisch te moeten worden begrepen: iedere dimensie verandert op zichzelf al door de tijd heen, maar ook de interacties tussen de dimensies zijn veranderlijk.

In overeenstemming met dit model kan gender worden gedefinieerd als het complexe en dynamische stelsel van persoonlijke, interpersoonlijke, sociale en symbolische relaties waarin

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

mannen en vrouwen door de samenleving gecreëerd worden en waardoor zij toegang krijgen tot rollen en identiteiten, status en macht en tot materiële hulpbronnen binnen de samenleving. Duidelijk zal zijn dat de gender zoals die wordt geproduceerd - en die sowieso al een reeks van mogelijkheden omvat - ook nog eens varieert met de klasse, etnische groep of levensbeschouwing waaruit iemand afkomstig is en met het leeftijdscohort waarvan men deel uitmaakt (Mens-Verhulst, 2003).

### **Patienten, hun klachten en psychopathologie**

Hoe verschijnt sekse/gender-productie en dan met name de culturele dimensie in de psychiatrische praktijk? Niet alleen in de gedaante van een individuele patiënt maar ook als twee categorieën patiënten met meer of minder kans op een bepaalde pathologie.

#### *Individuele patiënten en hun problemen*

Onvermijdelijk voeren de vrouwelijke en mannelijke patiënten waar psychiaters in hun praktijk mee te maken krijgen, de uitkomsten van hun persoonlijke sekse/gender-zelfproductie met zich mee. Dit proces kent geen gegarandeerd harmonieus verloop want in het dagelijks leven blijkt iedere dimensie wel tegenstrijdigheden en ambivalenties te omvatten. De wisselwerking tussen de componenten kan tot ingrijpende innerlijke spanningen leiden. Al heel lang kennen we het conflict van de mannen en vrouwen die van hun religie niet van hun seksegenoten mogen houden terwijl hun lichamelijke en psychische behoeften hen iets anders vertellen. En tegenwoordig lijkt er een soort taboe op “zorglust” te rusten waardoor heel wat vrouwen zich geremd voelen.

Vrijwel alle mensen hebben in hun leven met conflicten te maken door dat kluwen van sekse/genderbeelden, -belevingen, -ervaringen en -posities: conflicten in henzelf, met belangrijke anderen of met allerlei instanties (als scholen, burgerlijke stand, GGD's, kerken en dergelijke). De meesten slagen er in die conflicten voor zichzelf hanteerbaar te houden, ze in een coherent levensverhaal op te nemen en ermee te leven.

In de psychiatrische praktijk verzamelen zich echter juist degenen die dat niet gelukt is, of tijdelijk niet lukt, omdat - bijvoorbeeld - het kluwen te ingewikkeld voor de eigen competenties was; de culturele en sociale druk te hevig; de dagelijkse discriminatie of seksuele intimidatie onverdraaglijk en het zelfvertrouwen en/of de lichaamsbeleving te zeer

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

geschonden; het leven naar mannelijk- of vrouwelijkheidscoderingen niet meer op te brengen; de ooit gekozen overlevingsstrategieën te beknellend; de traumatische ervaring te ingrijpend.

Wat de individuele klachten ook zijn, er is een grote kans dat ze op een typisch mannelijke of vrouwelijke manier worden gepresenteerd, dat wil zeggen door mannen in een rapporterende, zakelijke stijl - waardoor de ernst van hun problemen moeilijk is te doorgronden; en door vrouwen meer verhalend, met veel informatie over de psychosociale context - waardoor hun hulpvraag vaag kan lijken. (Meeuwesen, 2001)

### *Psychopathologie van de seksen*

Tabel 1 laat zien hoe ongelijk verschillende soorten klachten - hier geordend in termen van psychopathologie - over de categorieën man/vrouw zijn verdeeld<sup>iii</sup>. In het verleden is dit vaak als onverwacht feit gepresenteerd en zelfs als een onrechtvaardigheid die zo snel mogelijk hersteld zou moeten worden – alsof beide seksen recht hebben op evenveel en dezelfde pathologie. Het wezenlijke punt is natuurlijk dat beide seksen recht hebben op hulp en dat die hulp niet van sekse/genderneutraliteit kan uitgaan.

**Tabel 1. Psychopathologie van mannen en vrouwen**

STOORNIS in bevolking	M / V-RATIO
Stemmings – en angststoornissen	1 : 2 *)
Eetstoornis	1 : 3 *)
Somatisatiestoornis	1 : 3 *)
Borderline	1 : 3 a 4 **)
Suicide	2 : 1 *)
ADHD	3 : 1 **)
Antisociale pers'heidsstoornis	3 : 1 **)
Middelenstoornis	4 : 1 *)
Schizofrenie	1 : 1 *)
Co-morbiditeit	1 : 2,2 *)

\*) Gegevens ontleend aan Ten Have e.a. (2002)

\*\*) Gegevens ontleend aan Tijdschrift voor Psychiatrie 44 (2002)

Verklaring van de distributieve verschillen kan sekse/genderspecifieke hulp dichterbij brengen. Daarbij zijn tenminste drie – contra-intuïtieve - uitgangspunten van belang. Het eerste is dat

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

dezelfde pathologie zich bij mannen en vrouwen met andere symptomen kan manifesteren. Dit geldt zowel voor depressie (Cochran en Rabinowitz, 2000), ADHD (Ban en Buitelaar, 2002) als schizofrenie (Haefner en Heiden, 1999). Uit het oogpunt van cultuur is de observatie interessant dat mannen en vrouwen hun psychopathologie uitdrukken op zo'n manier dat zij daarmee het stereotiep mannelijke of vrouwelijke (van "warriors" en "worriers") uitvergrooten (Nicolai en Heeren, 2002). Dit zou met name gelden voor de antisociale en narcistische persoonlijkheidsstoornissen van mannen en de afhankelijke en theatrale persoonlijkheidsstoornissen van vrouwen.<sup>iv</sup> Het gaat echter niet op voor de borderlinestoornis want die zou dan juist als verzet tegen dat stereotiep vrouwelijke moeten worden uitgelegd.

Het tweede uitgangspunt is dat dezelfde psychopathologie andere oorzaken kan hebben bij mannen en vrouwen. Cultuur als oorzakelijke factor leidt zowel direct (in de zin van beelden en verhalen) als indirect (door de invloed op de andere dimensies) tot andere omstandigheden en dus ook andere risico's voor de mannelijke en vrouwelijke sekse. Op die gronden mag al worden verondersteld dat de ontstaansgeschiedenis genderspecifiek zal zijn. Dit geldt voor ADHD evenzeer als depressie (Nolen-Hoeksema e.a., 1999). Dit kan echter alleen zichtbaar worden als de causale modellen daarvoor ruimte bieden. (*Zie volgende paragraaf.*)

Het derde uitgangspunt is dat dezelfde psychopathologie een ander beloop en andere consequenties kan hebben bij mannen en vrouwen. Juist vanuit cultuur gezien, is het duidelijk dat zelfs als de psychopathologische verschijnselen hetzelfde zijn ze toch een heel verschillende betekenis, functie en dus uitwerking kunnen hebben, afhankelijk van het moment waarop ze zich in de levensloop voordoen en variërend met de in hun omgeving aanwezige verwachtingen, steun en dergelijke – welke op zich voor mannen en vrouwen verschillen. Van schizofrenie bijvoorbeeld is bekend dat deze aandoening zich eerder openbaart bij mannen dan bij vrouwen; dat mannen daardoor meestal niet toekomen aan een relatie en kinderen krijgen; en ook, dat ze meer te maken hebben met de teleurstelling van familieleden, omdat ze de aan hen gestelde verwachtingen niet kunnen inlossen. Vrouwen met schizofrenie hebben daarentegen, omdat de aandoening zich bij hen later openbaart, soms al een deel van hun levensscript "gerealiseerd" voordat de verschijnselen zich duidelijk manifesteren (Castle e.a., 2000).

De vraag rijst hoe de psychiatrische hulpverlening op de mogelijke verschillen in symptomen, ontstaansgeschiedenis en beloop inspeelt.



## **De genderruimte van de psychiatrische hulpverlening**

Gewild of ongewild draagt de psychiatrie bij aan de eerdergenoemde sekse/genderproductieprocessen: socialisatie, internalisatie, identificatie en imitatie. Hieronder verkennen we op welke wijze ze dat doet en met name welke culturele ruimte zij aan haar mannelijke en vrouwelijke patiënten biedt. Achtereenvolgens komen het professionele repertoire, de hulpverleningscontext en de persoonlijk inbreng van de behandelaars aan bod.

### *Het professionele repertoire*

Het professionele repertoire – in casu de professionele betekenisgevingen en normeringen, causale modellen, behandeldoelen en beelden van de ideale patiënt - kan tot gendervertekening leiden en zo meer zieke of juist gezonde mannen en vrouwen “produceren” dan er in werkelijkheid zijn. (Ik spreek nadrukkelijk van gender omdat het hier om de culturele kant gaat.)

Qua normeringen zijn er twee vormen van gender bias mogelijk. De eerste vorm houdt in dat bepaalde gedragingen ten onrechte als problematisch worden aangemerkt terwijl deze gedragingen zich vaker bij het ene dan het andere geslacht voordoen. (Verheul, 2002). Kenmerken van vrouwelijk gedrag overlappen bijvoorbeeld met die van depressief en afhankelijk gedrag en kenmerken van mannelijk gedrag met narcisme en sadisme. Vrouwen lopen meer risico op zo’n fout-positief oordeel, omdat het beeld van geestelijke gezondheid dichter bij het beeld van mannelijkheid dan van vrouwelijkheid ligt. Zou het beeld van geestelijke gezondheid verschuiven naar de vrouwelijke kant, dan zullen dus ook de risico’s veranderen – ook voor mannen.

De tweede vorm van gender bias betreft juist de foutnegatieven: aan bepaalde gedragingen wordt - ten onrechte - de betekenis “normaal” toegekend én die gedragingen doen zich vaker bij één sekse/gender voor; bijvoorbeeld langdurig televisiekijken of extreem hard werken van mannen als tekenen van depressie.

Genderbias kan dus zowel tot over- als onderdiagnostiek leiden. De foutpositieve vertekening is relatief gemakkelijk te corrigeren door genderspecifieke drempelwaarden te kiezen. Zo’n

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

correctie is voor fout-negatieven helaas niet mogelijk; wat buiten beeld is, blijft buiten beeld – totdat er iemand is die ons de ogen opent. Dat geldt voor seksueel misbruik van vrouwen, maar ook van mannen.

Ook de in de psychiatrie gebruikte tests, interviewschema's en vragenlijsten werken soms gendervertekening in de hand. De narcistische items van de MMPI-2 resulteren bijvoorbeeld in overschatting van de persoonlijkheidsproblematiek bij mannen, terwijl seksueel misbruik via de meeste vragenlijsten niet aan de orde kan komen (Lindsay en Widiger, 1995).

Causale modellen kunnen aan drie soorten sekse/gender-vertekening lijden. Allereerst door sekse/gender volledig buiten beeld laten; dat is de bias van de sekseneutraliteit. Ten tweede door alléén de biologische kant in beeld te brengen (als “defecten”) – dat is seksebias. Of, ten derde, alléén de sociaal-culturele kant te belichten (als “conflicten”) – dus genderbias.

Op zich is het sekse/gender-perspectief op meerdere etiologieën toepasbaar. Voor ADHD beschrijven Ban en Buitelaar (2002) er bijvoorbeeld twee. Allereerst de multifactoriele, volgens welke een aandoening bij mannen en vrouwen door ándere causale factoren tot expressie wordt gebracht. Dus ADHD zou bij jongens een uiterste betreffen op het continuüm van normaal naar hyperactief gedrag en bij meisjes een discrete pathologie als hersenschade. De tweede is het (polygenetisch) drempelmodel volgens welke de constellatie van oorzaken voor mannen en vrouwen dezelfde is, maar er verschillen bestaan in uitlokkende factoren (het genetisch of sociaal risico).

Behandeldoelen kunnen, door de posities die ze toelaten, stimuleren of uitsluiten op het dambord van mannelijkheid en vrouwelijkheid variëren tussen traditioneel aangepast en emancipatoir. Gangbare werkdoelen als “bestrijding van symptomen” of “terugkeer naar het gewone leven” zullen de traditionele sekse/gender-verhoudingen meestal ondersteunen. “Autonomie”, dat overeenkomstig de westerse (zogenaamd) mannelijke traditie als een belangrijk doel geldt in de geestelijke gezondheidszorg - zowel voor mannen als vrouwen - kan juist voor vrouwen een stimulant tot een emancipatoire ontwikkeling betekenen, samen met “het leren voor je zelf opkomen”.<sup>v</sup> Momenteel lijkt de psychiatrische hulpverlening weer meer open te staan voor het belang van relationele verbondenheid en de plek die deze in het leven verdient, zowel bij vrouwen als bij mannen. (Nicolai en Heeren, 2002). Die

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

ontwikkeling zal de sekse/gender-ruimte van de hulpverlening verrijken met waarden uit de wereld die van oudsher als vrouwelijk te boek staat.

Ook het beeld van de ideale patiënt vormt een sekse/gender-aspect van de culturele ruimte. Onderzoekers van arts-patiënt-communicatie hebben al bij herhaling geconstateerd dat de ideale patiënt archetypisch vereenzelvigd wordt met het vrouwelijke, het kwetsbare en hulpbehoevende - of het nu om een man of een vrouw gaat (Meeuwesen 2002). Met andere woorden, de vrouwelijke patiënt zou in de psychiatrie gestimuleerd worden tot meer van hetzelfde en de mannelijke patiënt tot het verlaten van zijn maatschappelijke rol. Wat te denken geeft, is dat dit dan gebeurt zonder dat daar therapeutisch doordachte redenen voor zijn.

#### *De context van de hulpverlening*

De ruimte die de psychiatrische hulpverlening haar patiënten biedt voor de (zelf)productie van hun sekse/gender kent zowel morele, sociaal-emotionele en materiele aspecten en wordt verder sterk bepaald door de samenstelling van het personeel (Vos e.a., 1993). De inzichten op dit gebied laten zich in dit kort bestek het beste samenvatten als de volgende reeks van kwaliteitsvragen. Volgens welke mannelijke respectievelijk vrouwelijke waarden en normen is de hulpverlening georganiseerd? Hoe wordt “zorg” ingevuld: als louter het verrichten van handelingen, dus technisch-rationeel, of ook als het geven van persoonlijke aandacht? Welke waardering is er in het algemeen voor “vrouwelijk” respectievelijk “mannelijk” gedrag: worden spontaniteit en ontvankelijkheid toegestaan en gewaardeerd of ziet men toch liever rationaliteit en taakgerichtheid? Is er ruimte voor seksualiteit – en welke soorten? Worden de seksespecifieke kanten van veiligheid onderkend en gehonoreerd zodat patiënten – en dan denk ik vooral aan vrouwen – niet bloot staan aan ongewenste intimiteiten van medepatiënten, personeel of “gewoon” mannen uit de buurt. Hoe is het met de gebouwde omgeving gesteld: is er een seksescheiding mogelijk qua douches en zitkamers?

De samenstelling van het personeel betreft kwesties als welke aantallen mannen en vrouwen zijn in dienst en welke posities bekleden ze in de hiërarchie? Welke verborgen boodschap straalt dat uit over man-vrouwverhoudingen - qua dominantie en taakverdeling? Welke cultuur representeren de behandelaars: hoe seksestereotiep zijn ze in hun voorkomen of hoe

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

discriminerend in hun taal, gedrag en omgangsvormen; welke interacties maken ze daarmee mogelijk – of sluiten ze uit - tussen mannen en vrouwen en tussen mannen en vrouwen onderling? Welke identificatiemogelijkheden bieden ze?

#### *De persoonlijke inbreng van de behandelaars*

Voorzover de culturele ruimte niet is bepaald door het beroepsrepertoire en de organisatorische context, wordt ze gevuld met de persoonlijke overtuigingen, normen, waarden en gedragingen van de behandelaars - naast die van de patiënt natuurlijk. Merkbaar is hoe zij tegenover allerlei varianten van vrouwelijk en mannelijkheid staan: voelen ze misschien minachting voor een hulpvragende man of afkeer van een agressieve vrouw? Vinden ze een vrouw die geen kinderen wil wel acceptabel; of knappen ze af op eentje die juist geen “eigen leven buitenshuis ambieert”? Om eigen vooringenomenheid op het spoor te komen kan men zich afvragen: zou ik dit anders interpreteren, beoordelen of doen als de patiënt niet man maar vrouw – of niet vrouw maar man - was? (Wekker, 2001).

Uit allerlei communicatieonderzoek valt af te leiden dat de communicatiestijl van behandelaars zal variëren met hun gender. Genderrolsocialisatie blijft namelijk merkbaar door de professionele socialisatie heen (Roter e.a., 2002). Mannelijke behandelaars zullen bijvoorbeeld vaker emotioneel expressief zijn en meer sturingsgericht. Vrouwelijke behandelaars zullen vaker letten op non-verbaal gedrag van hun patiënten en zich vaker egalitair opstellen. Voor een rijke culturele ruimte voor sekse/gender-productie is natuurlijk de aanwezigheid van beide communicatiestijlen gewenst.

#### *Evaluatie*

Anders dan vaak wordt gedacht, kan de hedendaagse psychiatrie geen sekseneutrale ruimte aan haar patiënten bieden. Dat is op zich geen probleem. Problematisch is wel de naïviteit dienaangaande, omdat een gebrek aan sekse/gender-bewustzijn onnodig lijden tot gevolg heeft zoals ingeval van onderdiagnostiek, of pathologisering zoals bij overdiagnostiek. Bovendien betekent het een gemiste kans op kwalitatief goede zorg wanneer causale modellen onvolledig zijn of wanneer behandeldoelen en bejegeningsgewoonten traditionele of

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

emancipatorische scripts en patronen aanreiken die niet bij de patiënt in diens socio-culturele context passen. Dit roept de vraag naar mogelijke verbeteringen op.

### **Suggesties voor verbetering**

Aanzetten tot een meer sekse/gender-sensitieve psychiatrie worden als sinds 30 jaar gedaan en zijn op vele plekken te vinden, zowel internationaal als nationaal. Helaas worden de meeste beschrijvingen en onderzoeksrapporten in het zogenoemde grijze circuit gepubliceerd. (zie Loo, 1999; Mens-Verhulst, 2001a, 2001b; [www. Transact.nl](http://www.Transact.nl); Vaalburg, 1995; Vos e.a. 1993) De volgende paragrafen bieden hieruit een compilatie van aandachtspunten en aanbevelingen voor (be)handeling en onderzoek.

#### *Genderwijs (be)handelen*

Om een sekse/gender-wijze behandeling te realiseren, zijn er tenminste drie verschillende leerprocessen nodig: vergroting van sekse/gender-bewustzijn over de huidige “productieruimte”; opsporing van sekse/gender-specifieke verrijkingsmogelijkheden en concretisering daarvan in professioneel handelen.

Sekse/gender-bewustzijn is nodig ten aanzien van alle punten die in de voorgaande paragrafen aan de orde zijn geweest: de sekse/gender-situatie van de patiënt in verleden, heden en toekomst; de psychiatrische instrumenten en procedures; de eigen inbreng; en de interacties waarin behandelaars en patiënten zijn verwickeld: hoe stereotiep of empowerend, hoe eenzijdig dwingend of democratisch zijn die – vanuit genderperspectief? Tezamen pleit dit voor het hanteren van een systeemperspectief, zowel op de sekse/gender-dynamiek van de patiënt als van de hulpverlening en de eigen rol als behandelaar.

Verrijking impliceert het bewust binnenhalen van elementen die sekse/gender-stereotypieën tegengaan, zoals normen, doelen en gedragingen van *beide* genders en “verhalen” met alternatieve betekenisverleningen op het gebied van sekse/gender. Van belang is verder dat de zorgopvattingen bij beide genders aansluiten en dat er een sekse/gender-gevarieerd personeelsbestand is, ook verticaal gezien.

Concreet sekse/genderspecifiek handelen (let wel: het gaat hier niet over behandelen maar over mogelijke ingrediënten daarvoor) bevordert men met sekse/gender-specifieke werkvormen (aangekondigd als “een vrouwengroep” of “middag zonder mannen” of “de boze mannen groep”, om maar enkele voorbeelden te noemen); met sekse- en genderspecifieke onderwerpen: variërend van menstruatie tot moederschap, en van kaal worden tot kinderen die je letterlijk boven het hoofd groeien; maar ook met het onderkennen en bespreekbaar maken van de sekse/gender-specifieke kanten van zogenaamd neutrale onderwerpen (zoals weekendverlof of agressie).

Er hoor ook bij dat men - samen met de patiënt - diens levensgeschiedenis analyseert op sekse/gender-invloeden (zie brown, 1986): wat was en is in diens wereld normaal voor mannen en vrouwen; hoe staat het met discriminatie en geweldservaringen? Men kan de sekse/gender-kant van gemaakte en te maken keuzes articuleren: ook aangaande het hulpverleningstraject. Grensverkenningen op sekse/gender-gebied dienen niet te worden ontmoedigd en juist onderwerp van gesprek te zijn. Als behandelaar dient men bereid te zijn de eigen inbreng en voorkeuren op het gebied van sekse/gender bespreekbaar te maken. Kortom, er is een gender”wijze” opstelling gewenst waarbij men zich als behandelaar baseert op de evidentie die over sekse/gender-bewust interveniëren beschikbaar is. Welke van de genoemde mogelijkheden kan worden geëffectueerd, zal natuurlijk altijd afhankelijk zijn van de ernst van de klachten en het stadium van behandeling.

#### *Genderwijs onderzoek doen*

Op dit moment leunt het sekse/gender-verhaal in de psychiatrie nog sterk op klinische evidentie – ook daar waar empirische evidentie uit onderzoek mogelijk zou zijn. Voor onderzoekers is er in dit opzicht een hoop interessant werk te doen op het gebied van epidemiologisch en effectonderzoek, mits ze zich voldoende durven los te maken van de bestaande psychiatrische zekerheden en “op reis” durven gaan met SEKSE/GENDER-bewustzijn als kompas. Van heel veel kennis die in de psychiatrie als algemeen valide wordt beschouwd, moet immers nog worden uitgezocht of ze ook geldig is en toegepast kan worden als het over vrouwen gaat. Dit is niet anders dan met medicijnen waarvan we tegenwoordig

toch ook erkennen dat je die niet alleen op jong volwassen mannen kan testen en de resultaten vervolgens van toepassing verklaren op vrouwen, kinderen en ouderen (Kólling e.a., 2002).

Ik eindig met zes aanbevelingen die een indruk geven van de te ondernemen reis. Ze zijn ontleend aan Bekker (2003), Dickey (2000) en Mens-Verhulst en Moerman (2002)

(1) Bevrijd je van de misvatting dat sekse/gender-specifiek onderzoek overbodig is als er geen significante sekseverschillen in pathologie of uitkomsten zijn aangetroffen.

Sekse/gender-analyses zijn namelijk altijd de moeite waard, omdat ook dezelfde symptomen of resultaten per sekse door een andere dynamiek tot stand kunnen komen.

(2) Start met sekse/gender-bewuste probleemstellingen en hypothesen. Dat vergroot de kans de goede variabelen in je onderzoek te betrekken.

(3) Operationaliseer “sekse/gender” meerdimensionaal, afgestemd op het probleem dat moet worden onderzocht. Daarbij kan het systeem perspectief goede diensten bewijzen.

(4) Volg een bottom-up strategie in de analyse, dus beschouw mannen en vrouwen eerst als aparte populaties en kijk daarna wat de overeenkomsten zijn – in risicoprofiel of uitkomsten.

(5) Zet sekse/gender-bewust effectonderzoek (waaraan een schreeuwend tekort bestaat) liever op als evaluatieonderzoek. Dat wil zeggen dat de behandeling in ieder geval niet als een sekse/gender-neutraal gebeuren wordt beschouwd, (zoals de meeste standaardlijsten doen) en dat naast de direct beoogde effecten ook de wijdere resultaten op een genderrelevante manier in beeld moeten worden gebracht: hoe vergaat het de patiënt in de ouderrol, in diens (net)werk, enzovoorts.

(6) Rapporteer de resultaten sekse/gender-specifiek: zowel de verschillen als de overeenkomsten, want “geen verschil” is ook belangrijke informatie. Voorkomen moet worden dat “geen verschil” terecht komt op dezelfde stapel als “we weten het niet”.

### **Geraadpleegde literatuur**

Ban, E.F. van den & Buitelaar, J.K. (2002) Gendersverschillen bij ADHD en autisme op jonge leeftijd. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 403-407.

Bekker, M.H.J. (2003). Investigating gender within health research is more than sex disaggregation of data: a Multi-Facet Gender and Health Model. *Psychology, Health & Medicine*, 8, 231-243.

Brown, L. S. (1986) Gender Role Analysis: A Neglected Component of Psychological Assessment. *Psychotherapy* 23, 243-249.

Bussey, K. & Bandura, A. (1999) Social Cognitive Theory of Gender Development and Differentiation. *Psychological Review*, 106, 676-713.

Castle, D.J., McGrath J., Kulkarni, J. (2000) *Women and Schizophrenia*. New York: Cambridge University Press.

Cochran, S.V. & Rabinowitz, F.E. (2000) *Men and Depression. Clinical and Empirical Perspectives*. San Diego: Academic Press.

Dickey, B. (2000) Outcome Assessment in Women's Health. *Womens' Health Issues* 10: 192-201.

Draijer, N. & Kuipers, H.I. (2001) Persoonlijkheidsstoornissen, trauma en incest bij vrouwen. In E.Knoppert-vander Klein, P.Kölling, I. Sleeboom-van Raaij & I. van Vliet (Red), *Behandelingsstrategieën bij vrouwen in de psychiatrie*. (pp. 45-57) Houten: BSL.

Eisler, R. & Levine, D.S. (2002) Nurture, Nature, and Caring : We Are Not Prisoners of Our Genes. *Brain and Mind* 3, 9-52.

Gijsbers van Wijk, C.M.T. (2002) Depressie: gendersverschillen in prevalentie, klinisch beeld en behandelrespons. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 44, 377-381.

Haas, G.L. e.a. (1990) Gender and Schizophrenia Outcome: A Clinical Trial of an Inpatient Family Intervention. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 277-292.

Haefner, H. & Heiden, W. an der (1999) The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: the ABC and WHO-studies. *Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci* 249:Suppl.4 IV/14-IV/26.

Have, M. ten e.a. (2002) Gendersverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik. Resultaten van de Netherlands mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 44: 367-375.

Kölling, P., e.a. (2002) Psychofarmaca: farmacologische verschillen tussen mannen en vrouwen. In E. Knoppert-vander Klein e.a. (Red), *Behandelingsstrategieën bij vrouwen in de psychiatrie*. (pp. 37-44) Houten: BSL.



- Lindsay, K.A. & Widiger, T.A. (1995) Sex and Gender Bias in Self-Report Personality Disorder Inventories: Item Analyses of the MCMI-II, MMPI, and PDQ-R. *Journal of Personality assessment* 65, 1-20.
- Loo, J. van der (1999) *Mannen en intake. Handleiding voor een seksespecifieke intake van mannelijke clienten in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: TransAct.
- Matsomoto, D.R. (2000) *Culture and psychology: people around the world*. Belmont: Wadsworth .
- Meeuwesen, L. (2001) Communicatieverschillen tussen mannen en vrouwen in GGz. In E. Knoppert-van der Klein e.a. (Red), *Behandelingsstrategieën bij vrouwen in de psychiatrie*. (pp. 22-30) Houten: BSL.
- Mens-Verhulst, J. van (1996) Gender-specifieke ontwikkelingen in de klinische psychologie. In T. Top & J. Heesink (Red) *Psychologie en sekse*. (pp.191-208) Houten: BSL.
- Mens-Verhulst, J. van (2001a) Diversiteit in theorie en praktijk. Een bericht uit de feministische hulpverlening. *Tijdschrift voor Humanistiek* 2, 7-17.
- Mens-Verhulst, J. van (2001b) Feministische hulpverlening en empirische evidentie: over diversiteit en onderzoek. *Tijdschrift voor Genderstudies* 4 (3): 35-47.
- Mens-Verhulst, J. van (2003). Diversiteit als sleutel tot vraagsturing in een gevarieerde samenleving. Over denkkader, handelingsprincipe en competentie. *Sociale Interventie* 12: 25-34.
- Mens-Verhulst, J. van & Moerman, C.J. (2002). Seksebewust epidemiologisch onderzoek. *TSG* 80: 219-224.
- Nicolai, N.J. & Heeren, Th.J. (2002). Komen mannen van Mars en vrouwen van Venus? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 44: 363-366.
- Nolen-Hoeksema, S., Grayson, C. & Larson, J. (1999). Explaining the Gender Differences in Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology* 77, 1061-1072.
- Oakley, A. (1972) *Sex, gender and society*. London: Temple Smith.
- Richters, J.M. (2001) Culturele diversiteit in hulpverlening en onderzoek. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 2: 18-25.
- RIVM (2002) *Psychische Gezondheid. Omvang van het probleem*. [Http://www.rivm.nl/vtv/data/kompasekse/genderezondheidstoestand/kvl/psych\\_func/psychfunc\\_om](http://www.rivm.nl/vtv/data/kompasekse/genderezondheidstoestand/kvl/psych_func/psychfunc_om)
- Roter, D.L., Hall J.A., Aoki, Y. (2002) Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *Journal of American Medical Association*, 288, 756-64

Gedownload van [www.vanmens.info/verhulst](http://www.vanmens.info/verhulst)

Steketee, M. (1995) *Vrouwenhulpverlening in de klinische psychiatrie. Een veranderende opvatting*. Bennebroek: Psychiatrisch Centrum Vogelenzang.

Taylor, S.E., e.a. (2000). Biohavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological review*, 107, 411-429.

Tonkens, E. (1998) Gender in welke lagen? *Tijdschrift voor Genderstudies* 1, 42-49.

Seeman, M.V. Conclusion. In M.V. Seeman (ed) *Gender and Psychopathology*. (pp. 377-386) Washington: American Psychiatric Press

Twenge, J.M.(1999) Mapping gender. The Multifactorial Approach and the Organization of Gender-related Attributes. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 485-502

Twenge, J.M. (2001) Changes in Women's assertiveness in response to Status and Roles: A Cross-Temporal Meta-Analysis, 1931-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 133-145.

Vaalburg, A.M. (1995) 'Je kunt er pillen in gooien wat je wilt, maar de ziekte is te functioneel' *Integratie van vrouwenhulpverlening in de intramurale psychiatrie*. Den Dolder: H.C.Rúmke groep.

Verheul, R. (2002) Genderbias en persoonlijkheidsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 383-387.

Vos, A.M.A. e.a. (1993) *Vrouwenhulpverlening: van opvattingen tot kwaliteitsprofiel. Een inventarisatie van opvattingen en eindtermen VHV in de GGZ*. Den Haag: Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Wekker, G. (2001). Van monocultuur naar caleidoscoop. De noodzaak van diversiteit in het zorgcurriculum. *Tijdschrift voor Humanistiek*, 2, 26-29.

West, C. & Zimmerman, D.H. (1992) Doing gender. In J.S. Bohan (ed) *Seldom Seen, Rarely Heard. Women's Place in Psychology*. (pp. 379-403) San Francisco: Boulder. Reprinted from *Gender and Society* 1, 125-151.

Widiger, T.A. (1998) Invited essays: sex biases in the diagnosis of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12, 95-118.

---

<sup>i</sup> Genderstereotypen kwamen het sterkst voor in landen die conservatief en hiërarchisch zijn en een lage graad van economische ontwikkeling en christelijkheid hebben. Landen met een hoge waardering voor harmonie en egalitarianism waren hierin minder traditioneel. In dit opzicht mogen we dus verwachten dat de denkbeelden in Nederland relatief genuanceerd zijn.

<sup>ii</sup> Na factoranalyse vond ze voor mannen wel een duidelijke cluster van kenmerken: “geringe expressiviteit” ging samen met “interesse in sport”, “mannelijke vrienden”, “wijdbeens zitten” en “behoudende opvattingen over het feminisme”. Bij vrouwen clusterden alleen “beroep” en “vrije-tijd-interesses” in één factor. Twenge’s conclusie luidt dan ook dat de aspecten van sekse die zij heeft onderzocht, in feite nóg diffuser zijn dan de theorie al veronderstelde.

<sup>iii</sup> Daarbij moeten we bedenken dat volgens de statistieken van het RIVM (2002) van de mensen met deze klachten slechts zo’n 15% tot de ambulante en 1 % in de klinische GGZ doordringt”. (www.)

<sup>iv</sup> In het verleden is ook depressie in dit rijtje opgenomen, maar daar is men inmiddels van teruggekomen.

<sup>v</sup> Begin jaren negentig vond Steketee (1995) in haar promotieonderzoek in een psychiatrische inrichting dat de behandeling van vrouwen gericht was op egooversterking en hun rehabilitatie op vrijwilligerswerk. Voor mannen constateerde ze een verschuiving van doelen: deze moesten nu leren emoties te uiten en zelfstandig te huishouden - al of niet in beschermde woonvorm - terwijl hun rehabilitatie mikte op scholing en arbeid. Deze bevindingen werden min of meer ondersteund door het promotieonderzoek dat De Boer (1995) in dezelfde periode had gedaan in de ambulante psychiatrie, want dat wees uit dat mannen vooral diagnoses kregen in de sfeer van relatietekort en vrouwen in de sfeer van egozwakte.