

Er wordt veel onderzoek gedaan naar sekse- en genderverschillen in psychische problematiek, maar wat gebeurt hiermee? Terwijl de wetenschap nieuwe kennis produceert, lijkt het academisch en postacademisch onderwijs achter te blijven door de nieuwe inzichten nauwelijks op te nemen in curricula. Dat moet volgens Emma Bernard en Marrie Bekker veranderen, want er is winst te behalen voor de indicatiestelling en behandeling.

OP NAAR GENDER-SENSITIEF ONDERWIJS

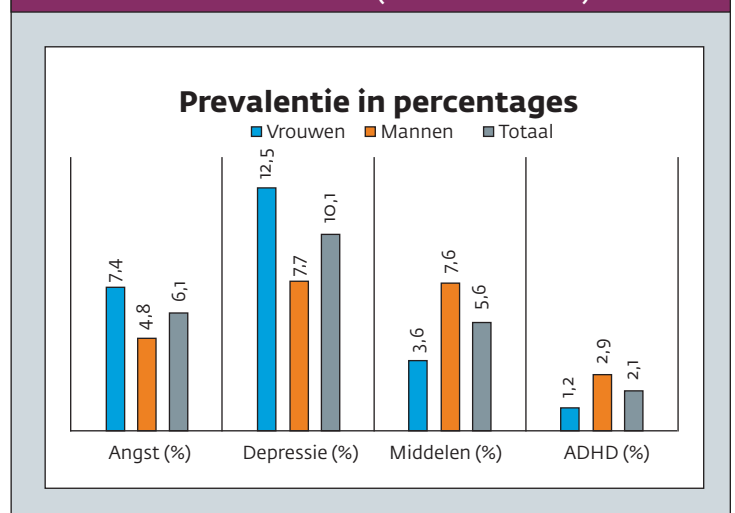
BEHANDEL MANNEN EN VROUWEN NIET GELIJK

De emancipatiemonitor van het Sociaal Cultureel Planbureau heeft in 2014 voor het eerst sinds haar bestaan een hoofdstuk over gezondheid. Hierin staan de prevalentiecijfers van veelvoorkomende psychische aandoeningen per geslacht in Nederland (zie figuur 1), ook al bekend van de NEMESIS-studies (Graaf, Have & Dorsselaer 2010). Vrouwen hebben twee tot drie keer vaker dan mannen last van depressies en angststoornissen, terwijl mannen twee keer zo vaak middelenmisbruik vertonen en ruim twee keer zo vaak gediagnosticeerd worden met AD(H)D. Hoewel deze cijfers in lijn zijn met internationale bevindingen, al geruime tijd bestaan en dus niet anders zijn dan verwacht, geeft de grote discrepantie aan dat het belangrijk is om aandacht te besteden aan sekse- en genderverschillen in onder andere risicofactoren en behandelingswensen en -effecten.

Psychische stoornissen kennen zowel een algemene verschijningsvorm als sekse-specifieke uitingen. Sekse duidt op de biologische geslachtskenmerken en gender heeft betrekking op socioculturele aspecten zoals vrouwelijke of mannelijke eigenschappen. Kennis over deze sekse- en genderverschillen kunnen van belang zijn voor een goede indicatiestelling en behandeling. Een actueel voorbeeld: in een representatieve steekproef uit de gezonde populatie, hebben jongens twee à drie keer vaker AD(H)D dan meisjes (Graaf et al. 2010; Barkley, 2006). Jongens worden er evenwel aanzienlijk vaker voor behandeld dan op basis van die ratio

in prevalentie te verwachten is, namelijk vijf tot negen keer (Sandberg, 2002). Het gaat hier aan twee kanten mis. Enerzijds wordt AD(H)D bij meisjes over het hoofd gezien omdat ze vaker lijden aan het onoplettende type ADD. Dit is minder verstoring in een klaslokaal en dus valt het pas op latere leeftijd op, wanneer het kind moet functioneren in een meer complexe omgeving (Biederman et al. 2002). Anderzijds is uit onderzoek gebleken dat jongens een grotere kans

FIGUUR 1. PREVALENTIE VAN ANGST, DEPRESSIE, MIDDELENMISBRUIK EN ADHD, ONDER DE NEDERLANDSE BEVOLKING, IN PERCENTAGES. BRON NEMESIS-2 (GRAAF ET AL. 2010).



hebben om gediagnosticeerd te worden met AD(H)D, ook wanneer ze exact dezelfde symptomen als meisjes vertonen (Bruchmuller & Schneider, 2012). Een mogelijke verklaring is dat typisch jongensgedrag als schreeuwen en bewegelijkheid, wel verstorend is en doet denken aan symptomen van AD(H)D (Courtney, Pelham & Koplewicz, 1993), waardoor behandelaars in dit gedrag eerder een stoornis zien. Het komt erop neer dat meisjes te weinig hulp krijgen en jongens te vaak een diagnose. Kennis bij behandelaars over de seksspecifieke uitingen van AD(H)D kan hier alle verschil maken.

Het onderwerp sekse en gender heeft echter een wat stoffig imago en krijgt in het academische en postacademische onderwijs weinig aandacht. De wetenschap heeft de afgelopen jaren juist veel nieuwe kennis geproduceerd – wat ook terug te zien is aan de activiteiten van maatschappelijke organisaties in binnen- en buitenland. Een internationaal voorbeeld is EUGenMed. Dit project, gesubsidieerd door de Europese Commissie, heeft als doel de gezondheidszorg te verbeteren door advies te geven over hoe sekse- en genderverschillen onderzocht kunnen worden in de biomedische en aanverwante wetenschappen.

In Nederland wordt men zich ook steeds meer bewust van het belang van dit onderwerp. In mei 2014 is de Alliantie Gender en Gezondheid opgericht door Women Inc. De Alliantie is een samenwerkingsverband tussen kennisinstellingen en verschillende partijen uit de gezondheidszorg zoals: medisch specialisten, klinisch psychologen, ggz-deskundigen, zorgverzekeraars en huisartsen. De Alliantie heeft tot doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren door aandacht te besteden aan sekse- en genderverschillen in het medisch en klinisch-psychologisch onderwijs en onderzoek. In samenwerking met de Alliantie heeft Zorgonderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMW) – de belangrijkste subsidieverstrekker voor medisch en psychologisch zorggerelateerd onderzoek – de kennislacunes op het gebied van sekse en gender in kaart gebracht en een onderzoeksagenda* opgesteld voor de komende jaren. Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap erkent het belang en subsidieert het project.

Op dit moment is de Alliantie Gender en Gezondheid bezig om het gezondheidsgerelateerde onderwijs meer gendersensitief te maken, het is een van de kernmissies van het project. Om dit te bereiken wordt overlegd met hoogleraren en hoofdopleiders in de ggz en het medisch onderwijs. Het blijkt in de praktijk niet altijd eenvoudig hierover het gesprek aan te gaan. Dit ligt met name aan de werkdruk die

Psychologen in opleiding zouden meer moeten leren over de relatie tussen gender en psychopathologie

docenten ervaren. Het praten over de aanpassing van de studiestof wordt al snel een extra klus op de grote stapel en omdat meewerken aan het project optioneel is, wordt het soms gemakshalve aan de kant geschoven. Soms zien docenten het als één van de vele mogelijke uitbreidingsonderwerpen, maar ze zien dan over het hoofd dat sekse en gender bij vrijwel alle onderwerpen relevant zijn en dus integraal in de stof moeten worden opgenomen.

In dit artikel komen enkele onderwerpen aan bod waarbij sekse- en genderverschillen een rol spelen. Het is uitdrukkelijk niet de bedoeling een betoog te houden voor het welzijn van één van beide geslachten. Als behandelaar beschouw je een cliënt als geheel; diens etnische herkomst, sociaal economische status en sekse en gender leveren belangrijke individuele verschillen op die het ziekteverloop beïnvloeden. Op dit moment wordt het belang van het genderperspectief ondergewaardeerd. In dit artikel worden enkele voorbeelden gegeven waarbij sekse- en genderverschillen relevant zijn: een risicofactor (seksueel geweld), een stoornis (depressie), behandelingsaspecten (medicatie en gendercompetentie) en een persoonskenmerk (autonomie).

SEKSUEEL GEWELD

Een belangrijk verschil doet zich voor in de mate waarin mannen en vrouwen het slachtoffer zijn van seksueel geweld; 11% van de mannen tegenover 31% van de vrouwen krijgt er in het leven mee te maken (De Haas, 2012). Dat seksueel geweld een belangrijke risicofactor is voor het ontwikkelen van verschillende psychologische aandoeningen, is ruimschoots aangetoond (Ruxana & Leena, 2013).

Toch komt een verleden van seksueel misbruik lang niet altijd aan bod binnen een behandeling. Hierdoor kan het zijn dat bijvoorbeeld de depressie behandeld wordt maar niet het onderliggende trauma. In een studie naar de hulpverlening van slachtoffers van seksueel geweld bleek dat bij 40% van

hen die daarna in behandeling waren geweest in een ggz-instelling, het seksueel geweld niet ter sprake was gekomen (Höing & Vanwesenbeeck, 2004).

Hoewel seksueel geweld veel vaker voorkomt bij vrouwen, zijn er aanwijzingen dat het verband tussen seksueel misbruik in de jeugd en het ontwikkelen van een depressie in de volwassenheid bij mannen sterker is dan bij vrouwen (Kendler & Gardner, 2014; Spartaro et al., 2004). Opvallend is hierbij wel de geringe hoeveelheid onderzoek dat hier tot dusverre naar gedaan is.

DEPRESSIE

In een recente studie laten Kendler en Gardner (2014) met een indrukwekkende onderzoekspopulatie van meer dan duizend tweelingparen zien dat er genderspecifieke paden zijn naar het ontstaan van een depressie. Bekend is dat voor vrouwen de kwaliteit van persoonlijke relaties belangrijker is voor de identiteit en eigenwaarde dan voor mannen. Het verlies van naasten en het hebben van interpersoonlijke problemen – gemeten in termen van de kwaliteit en continuïteit van sociale relaties met de ouders, naasten en partner – hangt bij vrouwen daardoor meer samen met het ontstaan van een depressie. Bij mannen zijn niet-behaalde persoonlijke doelen (falen qua prestaties) en een verlaagde eigenwaarde meer voorspellend voor het ontstaan van een depressie.

Kendler en Gardner concluderen dat hun bevindingen in overeenstemming zijn met de theorie van Blatt (2004). Deze theorie onderscheidt twee typen depressies: de *anaclitic depression* en de *introjective depression*. De *anaclitic depression* wordt gekenmerkt door eenzaamheid en de angst om verlaten te worden. De *introjective depression* bestaat uit gevoelens van waardeloosheid en falen. Het eerstgenoemde type depressie komt vaker voor bij vrouwen, het tweede vaker bij mannen. Het domein waarop de depressie zich richt, kan behoorlijk verschillen tussen de seksen. Als alleen aandacht wordt gegeven aan de stoornis en de sekse-specifieke kenmerken bij de behandelaar niet bekend zijn, dan kunnen belangrijke aanwijzingen voor een depressie gemist worden.

De praktijk wijst uit dat vooral bij mannen sekse-specifieke kenmerken over het hoofd worden gezien. Prevalentiecijfers laten zien dat mannen minder vaak depressief zijn dan vrouwen (Graaf et al., 2010). Dit verschil is stabiel over de tijd en ook terug te zien in andere westerse landen (Piccinelli & Wilkinson, 2000). Mannen lijden echter vaker aan stoornissen die nauw verbonden zijn met een depressie, zoals alcoholverslaving (Nolen-Hoeksema, 2004). Mannen doen bijvoorbeeld ook vier keer vaker dan vrouwen een geslaagde

zelfmoordpoging (Möller-Leimkühler, 2003). En in een recente studie naar depressie werd gevonden dat liefst 48,1% van de mannen met een *major depressive disorder* alcohol misbruikt of ervan afhankelijk is (Schuch, Roest, Nolen, Pennix & de Jonge, 2014).

Zulke bevindingen doen vermoeden dat er sprake is van onder-diagnose van depressie bij mannen. Hiervoor zijn verschillende verklaringen. De eerste is dat mannen minder vaak hulp zoeken bij psychosociale problemen (Addis & Mahalik, 2003). En wanneer ze hulp zoeken, hebben ze vaker moeite hun klachten onder woorden te brengen. Vermoedelijk komt dit doordat stoïcisme en het vermijden van uitingen van (kwetsbaarheid verhullend) negatief affect onderdeel zijn van de masculiene normen waaraan mannen geacht worden zich te houden (Addis, Syzdek & Mansfield, 2010; Bekker & Mens-Verhulst, 2007). Onder andere door deze normen wordt mannen in feite aangeleerd op een depressie te reageren door deze te vermijden. In plaats van de depressie te erkennen, worden gevoelens op een disfunctionele manier geuit in dempen, woede, zelfbeschadiging en andere vormen van ontkenning van het werkelijke probleem (Brownhill et al., 2005). Hierbij hoort de nuancering dat het om pathologische emotieregulatie gaat en niet de handelswijze van alle mannen betreft.

Een tweede aspect van onder-diagnose staat niet helemaal los van het eerste, namelijk dat hulpverleners depressies bij mannen in lang niet alle gevallen als zodanig herkennen. De genderrol-socialisatie is niet alleen van toepassing op de cliënt, deze vormt ook het culturele referentiekader van de behandelaar. In een literatuurstudie naar gender-sensitieve manieren om mannen met een depressie te behandelen, doen de auteurs de volgende suggestie: naast de algemene symptomen van een depressie zoals geformuleerd in de DSM, dient een behandelaar de masculiene en cultuurspecifieke eigenschappen, waarvan bewezen is dat die een rol spelen, te beschouwen bij het diagnosticeren van een depressie. Als twee specifieke kenmerken voor mannen noemen ze: het toenemen van conflicten in persoonlijke relaties en de discrepantie tussen het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis en het niet uiten van emoties die hiermee samenhangen (Cochran & Rabinowitz, 2003).

MEDICATIE

Een ander belangrijk punt met betrekking tot sekseverschillen is medicatie. De eerste generatie antidepressiva is voornamelijk getest op jonge, gezonde mannen (Bennet, 1993). Tot voor kort werden vrouwen stelselmatig uitgesloten van

studies naar de werking van nieuwe medicijnen. Een van de redenen was dat de invloed van het te testen medicijn op de voortplanting nog niet bekend was; men wilde voorkómen dat vrouwen vruchtbaarheidsproblemen zouden krijgen.

Een tweede belangrijke reden die ook nu nog een rol speelt, is dat vrouwen door de menstruele cyclus een minder 'betrouwbaar' onderzoeksobject zouden vormen. De hormonen die de cyclus reguleren, zo redeneerde men, zouden de werking van medicatie kunnen beïnvloeden en daarmee ook de resultaten van een studie (Bigos et al., 2009). In feite is juist medicijnwerking gedurende de cyclus een uiterst relevant domein van studie. Met betrekking tot antidepressiva is de exclusie van vrouwen extra schadelijk wanneer men het epidemiologische verschil in acht neemt dat vrouwen twee keer zo vaak depressief zijn als mannen.

Doordat medicatie onvoldoende sekse-specifiek ontwikkeld is, treden er extra ongewenste bijwerkingen op. De mate waarin men last heeft van bijwerkingen van antidepressiva verschilt aanzienlijk tussen de seksen. Het meest ongewenste effect voor vrouwen is aankomen in gewicht – voor veel vrouwen reden voortijdig met de medicatie te stoppen. Voor mannen is de meest ongewenste bijwerking het verlies van interesse in seks, die ook door de depressie zelf al aangetast was (Gijsbers van Wijk, 2002). Bij het voorschrijven van een antidepressivum dient de clinicus dus ook het geslacht van de cliënt in acht te nemen en op basis daarvan eventueel de dosis aan te passen of een ander medicijn voor te schrijven (Bigos et al. 2009).

GENDERBIAS THERAPEUT

Uit onderzoek is gebleken dat psychotherapeuten onbewust bevooroordeeld zijn bij het stellen van bepaalde diagnoses. Als mannen en vrouwen dezelfde symptomen presenteren, hebben vrouwen een hogere kans gediagnosticeerd te worden met een depressie of borderline persoonlijkheidsstoornis (Becker & Lamb, 1994; Potts, Brunham & Wells, 1991). Therapeuten verlenen dan een andere betekenis aan symptomen op basis van het geslacht van de cliënt. Man of vrouw zijn roept uiteraard verwachtingen op in termen van stereotiepe gedragingen die passen bij één van beide seksen. Stereotiepe verwachtingen treden onvrijwillig op en zijn noodzakelijk voor de informatieverwerking. Het is wel zaak dat men zich hiervan bewust is; anders bestaat het risico dat zulke overtuigingen onvoorwaardelijk voor waar worden aangenomen. Wanneer een man of vrouw gedrag vertoont dat niet per definitie bij het verwachtingspatroon voor zijn of haar geslacht lijkt te passen, wil dat nog niet zeggen dat het

pathologisch is. Dit lijkt vanzelfsprekend, maar in de praktijk komt het voor dat professionals gedrag als gestoord aanmerken dat niet bij hun idee van een genderrol past (Cook & Warnke, 1993).

Volgens de richtlijnen van de *American Psychological Association* (2003) is een belangrijk onderdeel van de competenties van een therapeut, diens vermogen te begrijpen dat waarden, overtuigingen en attitudes van een cliënt van invloed kunnen zijn op de uitkomst van psychotherapie. Het kunnen omgaan met zowel mannelijke als vrouwelijke cliënten is een onderdeel van culturele competentie en wordt meer specifiek 'gender-competentie' genoemd. In een studie naar gender-competentie vonden Owen, Wong en Rodolfa (2009) dat sommige therapeuten een betere therapie-uitkomst hadden met mannen, en andere therapeuten juist met vrouwen. Dit vormde empirische evidentie voor het bestaan van gender-competentie, waarmee dus een gedeelte van de variatie in therapie-uitkomsten tussen behandelaars verklaard kan worden en daarmee ook de verschillen van therapie-uitkomsten in het algemeen. Een kanttekening hierbij is dat er nog weinig vervolgonderzoek naar gedaan is. In hun studie doen Owen en collega's een aantal suggesties voor het verbeteren van gender-competentie; één daarvan is het advies om psychologen in opleiding meer te leren over de relatie tussen gender en psychopathologie.

AUTONOMIE

Met betrekking tot sekse- en genderverschillen is autonomie een interessant construct. Autonomie werd in de klassieke psychologie omschreven als het zelfregulerende vermogen van een persoon, opgevat als het vermogen om zelfstandig en onafhankelijk van anderen te kunnen functioneren (Mahler, Pine & Bergman, 1975). Autonomie werd tevens gezien als een eigenschap die vooral mannen bezaten. Kritiek op deze benadering was dat het begrip teveel gericht was op het functioneren onafhankelijk van anderen, terwijl voor de zelfstandigheid van een volwaardig en volwassen mens ook het aangaan van verbindingen belangrijk is (Birtchnell, 1984).

Op dit moment wordt daarom een breder begrip van autonomie gehanteerd: *autonomy-connectedness*. Dat omvat drie componenten. De eerste daarvan is *zelfbewustzijn* bestaande uit het vermogen zich bewust te zijn van de eigen wensen, meningen en behoeften, en deze in sociale interacties te kunnen uiten. De tweede component is *gevoeligheid voor anderen* en heeft betrekking op de mate waarin men gevoelig is voor meningen, wensen en behoeftes van anderen. De laatste component is het vermogen om *nieuwe*

Voor vrouwen is de kwaliteit van persoonlijke relaties belangrijker voor de identiteit en eigenwaarde dan voor mannen

situaties aan te gaan; deze component benadrukt de mate waarin men behoefte heeft om nieuwe situaties te ontdekken en welke gevoelens dit oproept (Bekker & Van Assen, 2006). Gaat men met deze beschrijving van autonomie op zoek naar sekse- en genderverschillen, dan komt er een duidelijk en statistisch sterk verschil naar boven: vrouwen zijn gevoeliger voor de wensen en behoeften van anderen. Op de andere componenten zijn er geen verschillen te onderscheiden. Ten onrechte werd dus eerder aangenomen dat vrouwen ook minder goed scoorden op de andere twee componenten van autonomie: zelfbewustzijn en het vermogen om nieuwe situaties aan te gaan (Bekker & Van Assen, 2008). Vrouwen zijn dus niet minder autonoom dan mannen, ze verschillen op één component van autonomie.

Deze component is belangrijk in relatie tot de sekse- en genderverschillen bij internaliserende psychopathologie en de beleving van woede. Gevoeligheid voor anderen hangt positief samen met internaliserende problematiek, zoals angst en depressie, waarvan de prevalentie onder vrouwen groter is dan onder mannen. Wanneer men controleert voor autonomie-connectedness, dan verdwijnen de sekseverschillen in symptomen van angst en depressie; autonomie-connectedness zorgt voor complete mediatie van de sekseverschillen (Bekker & Van Assen, submitted). Dit geeft aan dat autonomie van belang is om de sekse- en genderverschillen in psychopathologie te begrijpen.

Karremans en Bekker (2012) hebben de sekse- en genderverschillen in de relatie tussen woede en autonomie onderzocht. Om woede op te wekken, maakten ze gebruik van een variant van het veelgebruikte, experimentele spel *dictator game*. Het experiment zag er als volgt uit: de proefpersonen dachten dat ze samen met een partner aan een puzzel werkten waarna hun partner, 'de dictator', mocht bepalen in welke verhouding honderd euro over hen beiden verdeeld zou worden. De partner, in werkelijkheid de proefleider zelf, koos om slechts tien euro aan de proefpersoon te geven en negentig euro zelf te houden. Hierna werd de emotie woede gemeten. Deze score werd vergeleken met de mate van woede gemeten voorafgaande aan het experiment. Belangrijkste resultaat van deze studie is dat meisjes, naarmate ze gevoeliger voor anderen zijn, meer woede ervaren nadat ze oneerlijk zijn behandeld. Er was al bekend dat jongens en meisjes evenveel woede ervaren wanneer ze geprovoceerd worden; alleen bij vrouwen hangt dit dus af van de mate van gevoeligheid voor anderen, terwijl alle mannen die oneerlijk behandeld werden meer woede ervoeren. Een verklaring die de auteurs hiervoor geven is dat voor vrouwen die gevoelig

zijn voor anderen, sociale regels belangrijker zijn. Door zich te houden aan die regels kan men relationele conflicten vermijden. Wanneer een ander deze regels echter bewust doorbreekt, zoals in deze studie door niet eerlijk te delen, en het tot een conflict laat komen, dan wordt dit als zeer emotioneel ervaren en roept het woede op.

Bovenstaande illustreert dat vrouwen niet minder autonoom zijn dan mannen, maar dat ze gevoeliger zijn voor de meningen, wensen en behoeften van anderen. Dit verschil blijft bestaan als men controleert voor de persoonlijkheidskenmerken van de *Big Five* – openheid, nauwgezetheid, extraversie, altruïsme en neuroticisme – waaruit blijkt dat dit niet het gevolg is van andere eigenschappen zoals neuroticisme. Zoals de voorbeelden laten zien speelt gevoeligheid voor anderen in de verklaring van genderverschillen een belangrijke rol. Er staat bewust 'gender' en geen 'seks'. In tegenstelling tot de *Big Five*-persoonlijkheidseigenschappen, waarvan bekend is dat ze tenminste gedeeltelijk erfelijk overdraagbaar zijn (Loehlin et al., 1998), komt het construct autonomie immers voort uit onder andere de hechtingstheorie van Bowlby (1973) die stelt dat hechtingsstijl en autonomie gevormd worden door ervaringen na de geboorte (o.a. Van Assen & Bekker, 2009).

SEKSE EN GENDER IN ONDERWIJS

Bovenstaande voorbeelden laten het belang van gendersensitieve kennis zien en geven een idee van hoeveel erover bekend is. Het betreft hier slechts een aantal voorbeelden; in werkelijkheid zijn er bij iedere aandoening en levensfase onderwerpen te bespreken. Dit is in de DSM-5 terug te zien;

per stoornis wordt een paragraaf gewijd aan sekse- en genderspecten.

Opvallend genoeg kwam er tot voor kort van al deze kennis weinig terug in het ggz-gerelateerde onderwijsaanbod van universiteiten of de RINO's. In 2010 is er onderzoek gedaan naar de mate waarin sekse- en gendersverschillen behandeld werden in de curricula van gezondheidsgelateerde studies in Nederland. Tevens werd aandacht besteed aan culturele en etnische verschillen. Er werden 750 cursusbeschrijvingen geanalyseerd en er werd genoteerd in hoeveel gevallen deze onderwerpen daarin voorkwamen, overigens zonder het enige cursusonderwerp te hoeven zijn. In 52 van de 750 cursusbeschrijvingen kwamen sekse en gender, en/of etniciteit en cultuur expliciet aan de orde. In dertien gevallen werd aan beide onderwerpen aandacht besteed; volgens de overige 39 cursusbeschrijvingen zouden in 33 gevallen etniciteit of cultuur tot de cursusonderwerpen behoren, en in slechts zes gevallen zouden sekse- en gendersverschillen onderdeel van het vak zijn (Bakker, 2010).

BESLUIT

Er zijn waardevolle inzichten opgedaan die van belang kunnen zijn voor een meer effectieve indicatiestelling en behandeling via het opleiden van gender-sensitieve psychologen. Deze kennis heeft zijn weg naar de praktijk nog onvoldoende gevonden. De eerste stap om deze kloof te overbruggen, is het aanpassen van het ggz-gerelateerde master- en postmasteronderwijs. Om de integratie van sekse- en genderkennis te bewerkstelligen zou de manier waarop opleidingen dit in hun curricula aan de orde laten komen een kwaliteitscriterium bij beoordeling moeten zijn (Mens-Verhulst & Bekker, 2005). Wanneer dit criterium tot de toetsingscriteria van visitatiecommissies gaat behoren,

Vrouwen zijn niet minder autonoom dan mannen, ze verschillen op één component van autonomie

zullen onderwijsinstellingen zich genoodzaakt zien het onderwijsaanbod aan te passen. Op dit moment is het nog aan opleiders zelf, eventueel in overleg met de 'Alliantie Gender en Gezondheid', om na te gaan of er voldoende aandacht aan sekse- en gendersverschillen wordt besteed. Als dat niet zo is, dan kan men een beroep doen op het project van de Alliantie om het onderwijs te laten screenen en eventueel aan te laten passen.

Het is tot nu toe gemakkelijk maar in sommige gevallen wat moeilijker gebleken om met hoofdopleiders en onderwijscoördinatoren in gesprek te gaan over de aanpassing van curricula. Tijdgebrek en een vaststaand programma zijn voorbeelden van redenen waarom dat niet lukt. Het project van de Alliantie Gender en Gezondheid voorziet in medewerkers met tijd en ruimte om docenten te voorzien van literatuur en onderwijsmateriaal. Daardoor is de tijdsinvestering voor instellingen minimaal. Expliciet aandacht besteden aan wetenschappelijk aangetoonde sekse- en gendersverschillen is een mooie kans om de kwaliteit van de opleidingen te verbeteren.

* http://www.zonmw.nl/nl/publicaties/detail/gender-and-health-knowledge-agenda/?no_cache=1&L=6cHash=db3d33f76322a1a3ea54819043da8ea3

Summary

DO NOT TREAT MEN AND WOMEN EQUALLY

M. BERNARD & M. BEKKER

In the last decades, much research has been done on sex and gender differences in psychopathology, but this knowledge has, to date, only been scarcely implemented in mental health care. This is mainly due to the fact that sex and gender differences are not an integral part of current academic and post academic study programs of clinical psychology. The Alliance Gender and Health, funded by the Dutch Ministry of Organization, Culture and Science, has made it one of its main missions to implement the existing knowledge about sex and gender in the academic and post academic curricula, so that diagnostics and treatment can be further improved. In this article we will discuss a selection of topics to show the relevance of sex and gender differences in clinical psychology.

OVER DE AUTEURS

Emma Bernard, MSc., is projectmedewerker Alliantie Gender & Gezondheid, OCW-project Gender in GGZ-gerelateerd Universitair en Postacademisch Onderwijs van Tilburg University. Marrie H. J. Bekker is hoogleraar Klinische Psychologie en projectleider Alliantie Gender & Gezondheid, OCW-project Gender in GGZ-gerelateerd Universitair en Postacademisch Onderwijs van Tilburg University. Zij is ook contactpersoon aangaande dit artikel: P.O. Box 90153, 5000 LE Tilburg, T 00-31-(0)13-4662366/2167. E-mail: m.h.j.bekker@tilburguniversity.edu, <http://www.womeninc.nl/gezondheid/>.

Literatuur

- Abrikoff, H., Courtney, M., Pelham, W.E. & Koplewicz, H.S. (1993). Teachers' ratings of disruptive behaviors: the influence of halo effects. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21(5), 519-533.
- Addis, M.E. & Mahalik, J.R. (2003). Men, masculinity and the contexts of help-seeking. *American Psychologist*, 58, 5-14.
- Addis, M.E., Syzdek, M.R. & Mansfield, A.K. (2010). Is "Masculinity" a problem? Framing the effects of gendered social learning in men. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(2), 77-90.
- American Psychiatric Association. (2003). Guidelines in multicultural education, training, research, practice and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377-402.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Assen, M.A.L.M. van. & Bekker, M.H.J. (2009). Sex differences in autonomy-connectedness: the role of personality factors. *Personality and Individual Differences*, 47, 12-17.
- Bakker, M. (2010). *Komt een hindostaanse vrouw bij de dokter. Een inventariserend onderzoek naar de aandacht voor cultuur en gender binnen het gezondheidsgerelateerde onderwijs en onderzoek*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Barkley, R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- Becker, D. & Lamb, S. (1994). Sex bias in the diagnosis of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Professional Psychology*, 25, 55-61.
- Bekker, M.H.J. & Assen, M.A.L.M. van (2006). A short form of the autonomy scale: properties of the autonomy-connectedness scale. *Journal of Personality Assessment*, 89(1), 51-60.
- Bekker, M.H.J. & Assen, M.A.L.M. van (2008). Autonomy-connectedness and gender. *Sex Roles*, 7, 532-544.
- Bekker, M.H.J. & Assen, M.A.L.M. van (2015). Autonomy-connectedness mediates sex differences in symptoms of psychopathology. Ter publicatie aangeboden.
- Bekker, M.H.J. & Mens-Verhulst, J. van (2007). Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, background, but gender neutral treatment. *Gender Medicine*, 4, 178-193.
- Bennett, J.C. (1993). Inclusion of women in clinical trials - policies for population subgroups. *New England Journal of Medicine*, 329, 288-292.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Braaten, E., Doyle, A. et al. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American Journal of Psychiatry*, 159, 36-42.
- Bigos, K.L., Pollock, B.G., Stankevich, B.A. & Bies, R.R. (2009). Sex differences in the pharmacokinetics and pharmacodynamics of antidepressants: an updated review. *Gender Medicine*, 6(4), 522-543.
- Birtchnell, J. (1984). Dependence and its relationship to depression. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 215-225.
- Blatt, S.J. (2004). *Experiences of depression: theoretical, clinical and research perspectives*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, vol. 2: Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L. & Schmied, V. (2005). 'Big Build': hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 921-931.
- Bruchmuller, K. & Schneider, J.M.S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 128-138.
- Clarkin, J.F. & Levy, K.N. (2004). *Handbook of psychotherapy: The influence of client variables on psychotherapy*. New York, NY: Wiley.
- Cochran, S.V. & Rabinowitz, F.E. (2003). Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(2), 132-140.
- Cook, E.P. & Warnke, W. (1993). Gender Bias and the DSM-III. *Counselor Education & Supervision*, 32(4), 311-323.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. (2002). Depressie - genderverschillen in prevalentie, klinische beeld en behandelrespons. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44(6), 301-311.
- Graaf, R. de., Have, M. ten & Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht, Nederland: Trimbos-Instituut.
- Haas, S. de (2012). Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 36(2), 136-145.
- Höing, M. & Vanwesenbeeck, I. (2004). Hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld: omvang, aard en kwaliteit. *Tijdschrift voor Seksuologie*, 28, 22-35.
- Karreman, A., Bekker, M.H.J. (2012). Feeling angry and acting angry: different effects of autonomy-connectedness in boys and girls. *Journal of Adolescence*, 35, 407-415.
- Kendler, S.K. & Gardner, C.O. (2014). Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sexes twin pairs. *American Journal of Psychiatry*, 171, 426-435.
- Loehlin, J.C., McCrae, R.R., Costa, P.T. Jr. & John, O.P. (1998). Heritability of common and measure-specific components of the big five personality factors. *Journal of Research in Personality*, 32, 431-453.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. London, England: H. Karnac.
- Merens, A. & Brakel, M. van den (2014). SCP-publicatie 2014/37, *Emancipatiemonitor 2014*. Den Haag, Nederland: Sociaal en Cultureel planbureau.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2003). The gender gap in suicide and premature death or: Why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 1-8.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24, 981-1010.
- Owen, J., Wong, Y.J. & Rodolfa, E. (2009). Empirical search for psychotherapists' gender competence in psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 46(4), 448-458.
- Picinielli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression - critical review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.
- Potts, M.K., Brumnam, M.A. & Wells, K.B. (1991). Gender differences in depression detection: A comparison of clinician diagnosis and standardized assessment. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 609-615.
- Ruxana, J. & Leena, S.T. (2013). Health consequences of sexual violence against women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology*, 27, 15-26.
- Sandberg, S. (2002). *Hyperactivity and attention disorders of children*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Spataro, J., Mullen, P.E., Burgess, P.M., Wells, D.L. & Moss, S.A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, 184, 416-421.



Start een eigen Cenzo-praktijk!

Steeds meer GZ-psychologen besluiten of zijn van plan om zich zelfstandig te vestigen. Jij ook? Wacht dan niet langer en start je eigen Cenzo-praktijk! Lift mee op een succesformule waarbinnen jij je richt op **optimale** hulpverlening en **samenwerken** met verwijzers. Wij zorgen voor de zakelijke randvoorwaarden, zoals contracten met zorgverzekeraars, samenwerkingsverbanden met huisartsen, bedrijven en arbodiensten, IT-ondersteuning, financiële afwikkeling en acquisitiemateriaal! **Interesse?**

Benieuwd naar ons aanbod?

Bezoek onze website www.cenzo.nl/zoekt-psychologen of bel Anja Pinatsis of Int Pos voor een vrijblijvend gesprek.

Cenzo B.V.

Bloemgracht 131
1016 KL Amsterdam
T. 020 - 344 50 47
E. anja.pinatsis@cenzo.nl
www.cenzo.nl

Tijd voor een gesprek met

CENZO

CENTRAAL NETWERK PSYCHOLOGISCHE ZORG



Cursusaanbod Neurofeedback, rTMS, slaap en QEEG

Cursusdata 2015

Cursus/workshop

6-9 oktober

4-daagse Neurofeedbackcursus¹ Neurofeedback bij ADHD en slaapproblemen

De cursus is voor academici die interesse hebben in Neurofeedback en kennis willen maken met de grondbeginselen van deze behandel-methode. Opgezet volgens de BCIA Neurofeedback blauwdruk.

19 & 20 november

2-daagse rTMS-cursus voor professionals² rTMS bij depressie, OCS en nieuwe ontwikkelingen

De cursus is voor academici die de techniek van magnetische hersenstimulatie (rTMS) in combinatie met CGT willen toepassen.

25 & 26 september

Masterclass Neuromodulatie en Personalized Medicine²

Nieuwste ontwikkelingen in neuromodulatietechnieken en behandeling bij ADHD, Depressie en OCD.

¹Accreditatie voor: LVE, K&J (NIP), OG (NVO), SRVB, BCIA, NVVP en FGZP

²Accreditatie voor: FGZP en NVvP

Voor meer informatie en inschrijvingen zie www.brainclinics.com/workshop