Worden mannen over het hoofd gezien?

Sekseverschillen in de diagnostiek en behandeling van depressie[1]

Greta Noordenbos

Depressie, zo kunnen we in veel publicaties lezen, komt bij vrouwen twee keer zo vaak voor als bij mannen. Maar klopt dit wel? Of is er sprake van een genderbias in de diagnostische instrumenten, waardoor depressie bij mannen vaker over het hoofd gezien wordt en bij vrouwen juist buitensporig vaak gevonden? Als deze vraag op basis van literatuuronderzoek positief beantwoord kan worden, wat betekent dit dan voor de diagnosestelling en de behandeling van depressie? Dienen de diagnostische criteria voor depressie voor mannen te worden aangepast? Hoe dan? En hoe ziet een seksesensitieve behandeling er uit die recht doet aan behoeften op het gebied van geestelijke gezondheidzorg van vrouwen én mannen? De centrale vraag in dit artikel is of er seksespecifieke verschillen zijn in de diagnose, achtergrond, beleving en behandeling van depressie.

In epidemiologisch onderzoek wordt al decennialang lang geconstateerd dat depressie twee keer vaker voorkomt bij vrouwen dan bij mannen. Deze scheve sekseratio van 2:1 is voor het eerst beschreven door de Amerikaanse onderzoekers Weissmann en Klerman (1977) en sindsdien hebben diverse onderzoekers vergelijkbare resultaten gevonden (Ebmeier, Donaghey en Steele, 2006). De depressiecijfers van vrouwen lijken echter te stabiliseren, terwijl die van jonge mannen stijgen, zodat in de toekomst de sekseasymmetrie naar verwachting minder groot zal worden (Culbertson, 1997). Bij jongens en meisjes worden nog nauwelijks verschillen gerapporteerd in het voorkomen van depressie; bij jongens komt depressie zelfs iets vaker voor (Angold, Costello en Worthman, 1998). Pas in de adolescentieperiode nemen de sekseverschillen toe, waarbij de grootste asymmetrie wordt gevonden in de reproductieve fase. Het verschil tussen de seksen in vatbaarheid voor depressie duurt tot rond het vijfenvijftigste levensjaar. Daarna neemt het weer af (Buis, 1997).

Opvallend is dat de aandacht voor sekseasymmetrie bij depressie vooral tijdens de Tweede Feministische Golf en de periode van de ontwikkeling van de Vrouwenhulpverlening (VHV), veel aandacht kreeg. Daarbij werd geproblematiseerd waarom vrouwen twee keer zo vaak depressief werden. Het gegeven dat mannen veel minder vaak als depressief werden gediagnosticeerd werd lange tijd niet of nauwelijks geproblematiseerd. Dat vrouwen vaker depressief waren dan mannen paste namelijk goed in de algemene beeldvorming dat zij zwakker en kwetsbaarder waren en ook vaker het slachtoffer waren van maatschap-

pelijke achterstelling of seksueel misbruik. De belangrijkste verklaringen voor het ontstaan van depressie zal ik hier behandelen. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen lichamelijke, psychische en sociale factoren (Kornstein, 1997).

Lichamelijke en psychische achtergronden

Lichamelijke sekseverschillen hebben betrekking op hormonale factoren en de structuur en functie van de hersenen in geval van stress. Hormonale veranderingen tijdens de puberteit worden vaak gezien als verklaring voor het groter wordende sekseverschil bij depressie vanaf de adolescentieperiode (Angold, Costello en Worthman, 1998). Hormonale verschillen doen zich met name voor in periodes waarin de reproductieve functies van vrouwen sterk in beweging zijn, zoals de premenstruele fase, zwangerschap, bevalling, post-partum periode en menopauze. Door sterke hormonale schommelingen zijn vrouwen gevoeliger voor depressie en angststoornissen (Buis, 1997). Ook is bij vrouwen de duur en intensiteit van stressfactoren groter, waardoor er vaker sprake is van overbelasting van de hypothalamus-hypofyse-bijnier regulatie (HPA-asregulatie), hetgeen een belangrijke risicofactor is voor depressie bij vrouwen (Young & Korszun, 1999).

Volgens Piccinelli en Wilkinson (2000) spelen *socioculturele en psychologische factoren* echter een grotere rol bij het ontstaan van sekseverschillen bij depressie dan lichamelijke factoren. Psychische verklaringen voor sekseverschillen worden gezocht in de seksespecifieke socialisatie van vrouwen, met name in (sub)culturen waarin de verschillen tussen jongens en meisjes sterk worden benadrukt en jongens worden gezien als belangrijker dan meisjes, meer opleiding krijgen, meer verdienen, grotere vrijheden genieten en meer macht hebben (Nolen-Hoeksema, 1990). Daardoor leren meisjes in hun opvoeding minder goed voor zichzelf op te komen en zich meer aan te passen aan anderen (Nicolai, 1992). Ook is er sprake van grotere aangeleerde hulpeloosheid (Seligman, 1975). Een dergelijke seksespecifieke opvoeding leidt ook tot emotionele verschillen, waardoor meisjes leren voorbij te gaan aan hun eigen gevoelens. Ze worden getraind om hun boosheid niet rechtstreeks te uiten, maar deze veeleer naar binnen te richten in de vorm van zelfkritiek (Nicolai, 1992).

Nancy Chodorow (1979) beschrijft in haar analyse van seksespecifieke verschillen in de vroege ontwikkeling van kinderen, dat meisjes door identificatie met hun moeder sterk relationeel gericht worden en zich minder goed van anderen kunnen afgrenzen. Bij jongetjes is dit net andersom, doordat ze zich op jonge leeftijd gaan identificeren met mannen, waardoor ze een psychisch separatieproces doormaken ten opzichte van hun moeder. Jongens ontwikkelen dan ook sterkere egogrenzen dan meisjes en meer autonomie. De keerzijde hiervan is dat ze minder emotioneel verbonden zijn met anderen. Volgens Nelleke Nicolai (1992) zijn depressieve vrouwen teveel doorgeschoten in hun verbondenheid met anderen en hun gebrek aan autonomie. Zij wijst erop dat meisjes vaak al op jonge leeftijd worden ingeschakeld bij allerlei zorgtaken, zeker bij ziekte of overlijden van de moeder.

Traumatische ervaringen in de vorm van seksueel en fysiek geweld, of permanente psychische vernederingen en verbaal geweld, spelen een belangrijke rol bij het ontwikkelen van depressie (Gijsbers van Wijk, Dekker, Peen, 2002). Hoewel seksueel misbruik vaker voorkomt bij vrouwen,

kunnen ook mannen seksueel misbruikt zijn in hun jeugd. Bij vrouwen kan strenge controle over relaties met mannen en dreiging met uithuwelijking of eergerelateerd geweld leiden tot depressieve klachten en zelfs tot suïcide (Krikke, Nijhuis, Wesenbeek, Afmars en Strubben, 2000).

Sociale achtergronden

Tenslotte zijn er verschillende *sociale verklaringen* voor het sekseverschil bij depressie. In hun volwassen leven zijn vrouwen vaak economisch afhankelijk van hun partner. Dit geldt niet alleen voor vrouwen die voltijds huisvrouw zijn, maar ook voor vrouwen die in deeltijd werken en slechts een klein inkomen hebben, waarmee ze zichzelf niet kunnen onderhouden. Vanwege deze economische afhankelijkheid hebben vrouwen minder controle op belangrijke levensterreinen als de keuze van woonplaats, huisvesting en dergelijke. Deze factoren dragen bij aan gevoelens van machteloosheid (Buis, 1997). Vooral vrouwen tussen de twintig en veertig jaar, die kleine kinderen en geen baan hebben, zijn gevoelig voor de ontwikkeling van depressieve klachten. De grootste risicogroep voor depressie bestaat uit vrouwen met meer dan drie kinderen, die een lage sociaal-economische status hebben, recent een ernstig verlies hebben geleden (partner, werk, illusies, idealen en dergelijke), terwijl ze weinig steun van anderen krijgen (Nicolai, 1992; Buis, 1997). Ook de lage waardering van huisvrouwen is hier debet aan. Vrouwen met kleine kinderen en zonder baan worden vaak ook geconfronteerd met de zorg voor hun ouder wordende (schoon)ouders die hulp nodig hebben. Zij hebben daardoor een 'drie dubbele zorgplicht': voor hun partner, kinderen en (schoon)ouders. Dit kan uiteindelijk leiden tot uitputting en depressie.

Onvrede over relaties en huwelijk is een belangrijke bron voor depressie, terwijl een goed huwelijk juist tegen depressie beschermt. Uit onderzoek blijkt dat gehuwde vrouwen vaker depressief zijn dan ongehuwde vrouwen, terwijl ongehuwde mannen vaker depressief zijn dan gehuwde mannen (Buis, 1997). Het verlies van een partner heeft bij vrouwen en mannen vaak verschillende gevolgen. Vrouwen verliezen een kostwinner voor het gezin en de daaraan gerelateerde status als vrouw van een man met een bepaalde sociale positie. Mannen verliezen hun verzorgster en emotionele uitlaatklep en vaak ook sociale contacten in de familie omdat die meestal door hun vrouw onderhouden werden (Nicolai, 1992).

Werkloosheid leidt niet alleen tot een behoorlijke financiële achteruitgang, maar ook tot een verlies aan zelfwaarde, status en contacten met collega's. Werkloosheid heeft voor vrouwen en mannen vaak een verschillende betekenis. Als mannen kostwinner zijn van hun gezin en soms ook nog andere familieleden financieel ondersteunen, heeft werkloosheid grote gevolgen voor het gezinsinkomen, waardoor ze het gevoel hebben te falen in hun traditionele rol hetgeen tot depressieve gevoelens kan leiden. Wanneer een getrouwde vrouw met een (deeltijd)baan werkloos wordt, heeft dat als gevolg dat ze financieel meer afhankelijk wordt van haar partner. Dit kan haar machtspositie in de relatie ernstig aantasten, evenals haar gevoel van eigenwaarde en gelijkwaardigheid. Bovendien kan haar sociale isolement toenemen. Al deze factoren kunnen leiden tot depressieve klachten.

Volgens Nolen-Hoeksema en Girgus (1994) hebben verschillen in het voorkomen van depressie bij volwassen mannen en vrouwen niet te maken met één speci-

fieke risicofactor, maar met een *combinatie van factoren.* In de adolescentiefase worden meisjes met meer negatieve factoren geconfronteerd dan jongens. Meisjes maken grotere lichamelijke veranderingen door. Onder invloed van een seksespecifieke socialisatie ontwikkelen meisjes meer passieve manieren om te reageren op stressvolle gebeurtenissen. Bovendien worden ze vaker geconfronteerd met seksueel misbruik en aanranding, zowel feitelijk als door de dreiging hiermee. Ook worden meisjes meer beperkt in hun keuze voor opleiding en toekomstig beroep.

Van Mens-Verhulst (2001) geeft een samenvattend overzicht van de belangrijkste achtergronden van depressie bij vrouwen:

– de ervaren zorgplicht en zorglast voor partner, kinderen en (schoon)ouders;
– discriminatie op het werk en in de samenleving;
– gebrek aan sociale steun en sociaal isolement;
– miskend verlies ten gevolge van ongewilde kinderloosheid;
– armoede, zeker bij alleenstaande vrouwen met kinderen;
– gebrek aan sociale erkenning als huisvrouw en moeder, of als kinderloze vrouw;
– seksueel misbruik en andere geweldservaringen of dreigingen met geweld.

Opvallend is dat deze factoren veeleer een structureel karakter hebben en daardoor vaak minder aandacht krijgen dan incidentele factoren als scheiding, overlijden van een partner of kind en dergelijke (Nicolai, 1992).

Vraagtekens bij de sekseasymmetrie

Hoewel het gangbare beeld dat vrouwen vaker depressief zijn dan mannen in de afgelopen dertig jaar nooit fundamenteel is gewijzigd, zijn er in de loop van de jaren altijd wel enkele onderzoekers geweest die daar vraagtekens bij hebben geplaatst. Zo is een belangrijke vraag of depressies bij volwassen mannen feitelijk minder voorkomen, of dat ze mogelijk gemaskeerd worden door andere problemen, zoals alcohol- en drugsverslaving of *burnout*, waardoor depressieve mannen in andere statistieken terecht komen (Raimo en Schukit, 1998). Dit zou impliceren dat bij alcoholverslaving vaak sprake is van depressieve stoornissen (Vaillant, 1993). In de westerse samenlevingen komen veel meer mannelijke alcoholverslaafden voor dan in islamitische landen en dit roept de vraag op of sekseverschillen bij depressie in landen waar alcohol verboden is mogelijk niet of minder voorkomen. Borra (2002) vond onder Turkse vrouwen en mannen in Rotterdam inderdaad een kleiner sekseverschil in depressieve stoornissen, namelijk 32,6% bij Turkse vrouwen en 27,6% bij Turkse mannen. Uit onderzoek onder de sterk religieuze Amish in de Verenigde Staten, waar alcohol eveneens een taboe is, bleek eveneens geen sekseverschil te bestaan in depressieve stoornissen (Egeland & Hostetter, 1983).

Ook in de uiting van depressieve klachten zijn sekseverschillen geconstateerd, waardoor mannen minder vaak de diagnose depressie krijgen. Reeds in 1983 stelde de Amerikaanse therapeut Warren (1983) dat mannen grote moeite hebben om over depressieve klachten te praten, omdat dit niet strookt met hun opvatting over mannelijkheid. Daarbij is het niet gepast om negatieve gevoelens te uiten, te huilen, een negatieve zelfbeleving en schuldgevoelens te hebben, of besluiteloos te zijn. Deze kenmerken van depressie worden gezien als 'vrouwelijk'. Mannen zullen hun depressieve gevoelens daarom eerder negeren, ontkennen en camoufleren. Tijdens een recent congres van de *American Psychiatric Association* (APA), in 2006, werd deze opvatting weer duidelijk voor het voetlicht gehaald door Holly Sweet. Zij stelt dat jongens door hun socialisatie en opvoeding leren dat 'echte mannen' niet depressief worden. Het woord depressie wordt door veel mannen geassocieerd met zwakte, falen, kwetsbaarheid en hulpeloosheid (Sweet, 2006).[2] Enkele jaren daarvoor publiceerden Cochran en Rabinowitz (2000) *Men and Depression,* waarin ze beschrijven dat mannen een grote aversie hebben tegen het woord depressie en liever beweren dat ze ziek, overspannen of *burnout* zijn. De oorzaken daarvan worden namelijk buiten hen zelf gelokaliseerd, waardoor hun gevoel van mannelijkheid niet aangetast wordt. Dat zou wel het geval zijn met iets dat psychisch is en van binnenuit komt. Deze beeldvorming over depressie kan bij mannen tot langdurige ontkenning leiden.

Vraagtekens bij diagnostische kenmerken

Mannen, zo vatte Aafke Komter in 1978 haar kritiek op de psychologie samen, fungeren als norm en vrouwen zijn de afwijking. Bij de diagnostische kenmerken van depressie lijken echter vrouwen als norm te fungeren en mannen daarvan af te wijken. In de DSM-IV is iemand depressief wanneer hij of zij minstens vijf van de negen symptomen heeft, gedurende minstens twee weken en in voor anderen herkenbare mate. Daardoor zullen mensen die minder symptomen nóemen ook minder kans lopen om de diagnose depressie te krijgen. Omdat vrouwen eerder praten over psychische problemen en eerder naar de huisarts gaan, waarbij ze meer depressieve symptomen noemen, worden depressies bij vrouwen vaker gesignaleerd, aldus Jette Westerbeek (2000).

Als met name gekeken wordt naar het uiten van een sombere stemming, huilen, een negatieve zelfbeoordeling, schuldgevoel en besluiteloosheid lopen vrouwen meer kans om de diagnose van depressie te krijgen dan mannen, omdat die kenmerken meer overeenkomen met tijdens de socialisatie aangeleerd gedrag van vrouwen (Warren, 1983). Wordt daarentegen meer accent gelegd op rusteloosheid, vermoeidheid, gebrek aan energie, gebrek aan concentratie en een verstoord slaappatroon, dan is de kans groter dat mannen deze klachten noemen. Zij hebben daar namelijk meer last van, aangezien deze klachten hen belemmeren in hun werk (Wolk & Weissman, 1995). Holly Sweet (2006) concludeerde dan ook dat de manier waarop depressie wordt gedefinieerd in de DSM-IV teveel op vrouwen is gericht. Gezien de sterkere associatie tussen depressie en opvattingen over vrouwelijkheid en de grotere discrepantie met opvattingen over mannelijkheid is er volgens Warren (1983) en Sweet (2006) sprake van een genderbias in de diagnostische instrumenten.

Ter correctie van deze genderbias ontwikkelden Pollack en Levant (1998) een lijst met kenmerken voor depressie bij mannen: ontkenning van problemen en weigering om over negatieve emoties te praten, obsessief gericht zijn op werk, emotionele afstand nemen van anderen, vermijden van intimiteit, minder zin in seks of juist een grotere behoefte aan seks als uitlaatklep voor spanningen, toename van impulsief en agressief gedrag, driftbuien en overmatig alcoholgebruik. Pollack en Levant (1998) pleiten ervoor om in de volgende versie, DSM-V, onderscheid te maken tussen kenmerken van depressie bij mannen en vrouwen. Hierdoor wordt de kans groter dat mannen in de toekomst vaker de diagnose depressie krijgen.

Sekseverschillen in beleving

Naast verschillen in de kenmerken en de diagnose zijn er ook verschillen gesignaleerd in de wijze waarop mannen en vrouwen hun depressie zelf verklaren (Kessler, Brown en Broman, 1981). Wanneer mannen depressieve klachten hebben, leggen ze liever een link met externe factoren dan met hun innerlijke psychische beleving. Als oorzaak voor depressie wijzen ze bij voorkeur op werkdruk, of *burnout*. Op basis van kwalitatief literatuuronderzoek naar biografieën van mannen en vrouwen die schrijven over hun depressie vond Mutsaers (2005) dat vrouwelijke auteurs hun depressie vaak zagen als een door hen zelf ontwikkeld 'innerlijk monster', en de depressie ervaren als een vorm van persoonlijk tekortschieten. Mannen daarentegen zagen hun depressie veel meer als een biologische ziekte, als een 'externe vijand' die hen van buitenaf overviel en los stond van hun persoonlijkheid. Deze biologische verstoring 'van buitenaf' kon volgens de depressieve mannen alleen met medicatie verholpen worden. Mannen kiezen om die reden vaker voor pillen dan voor praten.

Ook zijn er verschillen in de wijze waarop vrouwen en mannen met hun depressieve klachten omgaan. Vrouwen hebben meer behoefte om over hun problemen te praten, terwijl mannen juist stiller worden en de neiging hebben zich terug te trekken (Cochran & Rabinowitz, 2000). Vanuit hun aangeleerde opvattingen over mannelijkheid zijn ze van mening dat ze geen hulp van anderen nodig hebben, zichzelf onder controle moeten hebben en nooit emotioneel mogen zijn (Van Elst, 1999). Verder is er een opvallend sekseverschil in suïcidaliteit bij depressieve vrouwen en mannen. Volgens Murphy (1998) doen vrouwen vier keer zo vaak een suïcidepoging, maar doen mannen vier keer zo vaak een geslaagde suïcidepoging door het gebruik van agressievere middelen. Het gebruik van alcohol en drugs vormt bij mannen een extra risicofactor voor het plegen van suïcide (Cochran & Rabinowitz, 2000). Juist bij depressieve mannen die hun gevoelens moeilijk uiten en maskeren is het suïciderisico hoog.

In een onderzoek van Bijl en Ravelli (1998) bleek dat 33% van de geïnterviewde vrouwen met depressieve klachten behoefte had aan professionele hulp, maar bij de geïnterviewde mannen was dit slechts 19%. Vrouwen zijn eerder geneigd om met depressieve klachten naar de huisarts te gaan dan mannen (Buis, 1997, p. 246; Van Elst, 1999). Het zoeken van hulp staat haaks op het zelfbeeld van mannen, waarbij hoort dat ze hun problemen zelf wel kunnen oplossen. Ontkenning van depressieve gevoe-

lens leidt ertoe dat mannen veel later dan vrouwen erkennen dat ze hulp nodig hebben (Cochran & Rabinowitz, 2000).

Gevolgen van sekseverschillen voor behandeling

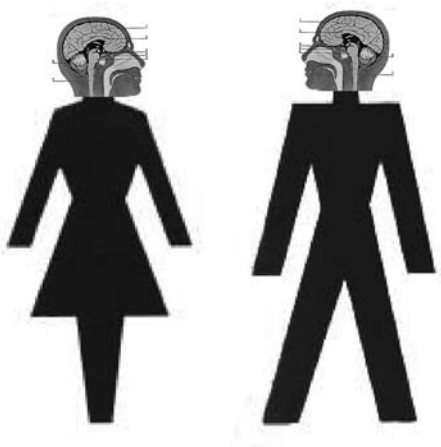
De vraag is uiteraard of bovenstaande sekseverschillen gevolgen hebben voor de behandeling van depressie en de relatie tussen cliënt en behandelaar. In de praktijk van de Vrouwenhulpverlening (VHV) werd gewezen op het belang van een match tussen de sekse van de patiënt en de behandelaar, als belangrijke voorwaarde voor een goed *intake* gesprek en een succesvolle behandeling (Van Mens-Verhulst, 1992). Vrouwelijke cliënten vinden het gemakkelijker om hun klachten te uiten bij een vrouwelijke behandelaar, omdat zij vergelijkbare lichamelijke ervaringen heeft, en vaak ook een seksespecifieke socialisatie en opvoeding heeft gehad. Bovendien kunnen geëmancipeerde vrouwelijke behandelaars een belangrijk rolmodel zijn. Vaak gaan vrouwen er al bij voorbaat vanuit dat mannelijke hulpverleners hen niet goed begrijpen, omdat die hun positie in het gezin en de samenleving niet uit eigen ervaring kennen. Ook zijn ze bang dat mannelijke behandelaars vinden dat ze zeuren. De exclusieve voorkeur voor een *gendermatch* tussen patiënt en behandelaar is in de loop van de tijd meer genuanceerd, omdat sommige vrouwen negatieve ervaringen hebben met andere vrouwen en om die reden de voorkeur geven aan een mannelijke behandelaar (Van Mens-Verhulst, 2001).

Wat mannelijke patiënten betreft, werd eveneens voor een *gendermatch* tussen patiënt en behandelaar gepleit. Warren (1983) wees erop dat een mannelijke behandelaar voor depressieve mannen een belangrijk rolmodel kan zijn. Wanneer mannelijke behandelaars uitleggen dat depressie een natuurlijke reactie is op moeilijke situaties en geen uiting van persoonlijk falen nemen mannen dat eerder aan dan van een vrouwelijke behandelaar (Warren, 1983). Ook kunnen ze uitleggen hoe opvattingen van mannelijkheid blokkerend kunnen werken bij het uiten van negatieve gevoelens en het vragen van steun aan anderen. Mannelijke behandelaars kunnen aannemelijk maken dat het mogelijk is om gevoelens van kwetsbaarheid te uiten zonder dat hun mannelijkheid daarbij ter discussie staat.

Ook bij mannen heeft een *gendermatch* tussen patiënt en behandelaar echter niet altijd de voorkeur, omdat mannen vaak meer ervaring hebben met het delen van emoties met vrouwen dan met mannen. Ze vinden het moeilijk om bij andere mannen hun zwakke kanten te tonen en hebben de neiging zich dan juist groter en sterker voor te doen, zo stelt Ton van Elst (1999). Hoewel een *gendermatch* tussen patiënt en behandelaar veel voordelen biedt kan dit ook nadelen hebben. Daarom wordt het bij seksespecifieke hulpverlening wenselijk gevonden dat de patiënt zelf kan kiezen voor een vrouwelijke of mannelijke behandelaar.

Seksespecifieke doelen in de symptoomreductie

Een eerste doel van de behandeling van depressie is de reductie van de symptomen. Aangezien de kenmerken van depressie bij vrouwen en mannen vaak verschillen, zal het accent van de behandeling bij vrouwen meer liggen op reductie van gevoelens van waardeloosheid, zelfkritiek, schuldgevoelens, huilen en besluiteloosheid, en bij mannen meer op reductie van gevoelens van agitatie en agressie, zich sociaal terugtrekken, *burnout*, en eventueel alcohol en



drugsmisbruik. Bij seksespecifieke behandeling is het krijgen van inzicht in de achtergrond van de depressie een belangrijk doel. Bij vrouwen is het verwerken van fysiek en seksueel misbruik in het verleden, of het leren omgaan met teveel zorgtaken vaker een doel van de behandeling dan bij mannen; bij mannen is juist vaker aandacht gewenst voor het verwerken van verlies van werk, inkomen en status. Ook de neiging om zich emotioneel af te sluiten en geen steun of hulp van anderen te vragen dient in de behandeling van mannen vaker aan de orde te komen.

In de Vrouwenhulpverlening (VHV) was het een belangrijk doel om vrouwen te emanciperen uit de psychische en sociale beperkingen van de traditionele vrouwenrol en de voortdurende zorg voor anderen (vergelijk Van Mens-Verhulst, 1992). In dit kader werd 'empowerment' een belangrijke doelstelling voor behandeling. De later ontwikkelde mannenhulpverlening (MHV) probeerde mannen juist meer los te maken van de druk om sterk, stoer en rationeel te zijn, evenals de druk om met andere mannen te concurreren en carrière te maken (Van Elst, 1999). Cruciaal in de behandeling van depressie is de verbetering van de zelfbeleving (Nicolai, 1997). Binnen de Vrouwenhulpverlening probeert men het zelfgevoel van vrouwen te verbeteren en hun gevoel van autonomie te versterken zodat ze zich niet meer voortdurend opofferen en wegcijferen. Het doel is een gezonder *evenwicht tussen autonomie en verbondenheid* met anderen. Bij depressieve mannen die lijden aan een te sterk ontwikkelde autonomie en een gebrek aan emotionele verbondenheid met anderen is het behandeldoel juist om hun emotionele isolement te doorbreken, en hen te leren om vaker hulp te vragen aan anderen en dit niet te zien als strijdig met mannelijkheid (Cochran en Rabinowitz, 2000).

Het verbeteren van het sociale steunnetwerk is belangrijk bij zowel het herstel van de depressie als bij preventie van terugval. Uit onderzoek van Harris, Brown en Robinson (1999) blijkt dat zogenaamde *befriendings-projecten* goed werken bij vrouwen. Daarbij kregen vrouwen die langer dan twaalf maanden depressieve klachten hadden tenminste eenmaal per week bezoek van een vrouwelijke vertrouwenspersoon. Deze bood een luisterend oor en ondernam verschillende activiteiten met de cliënt, zoals wandelen of boodschappen doen. Ook bij alleenstaande mannen kunnen dergelijke *befriendings-projecten* mogelijk een belangrijke rol spelen.

Hoewel dit meestal niet het eerste doel is van de behandeling van depressie, is het bij vrouwen en mannen die in slechte financiële omstandigheden verkeren, slechte woonomstandigheden hebben of werkloos zijn, wenselijk om na te gaan in hoeverre *verbetering van de sociale en maatschappelijke situatie* mogelijk is. Na psychotherapie kan hulp vanuit het maatschappelijk werk relevant zijn om terugval te voorkomen (Van Mens-Verhulst, 2001). Bij vrouwen is daarbij vaak meer aandacht gewenst voor terugkeer op de arbeidsmarkt, terwijl het bij mannen vaak belangrijk is dat ze

wat betreft hun privé-leven uit hun sociale isolement komen.

Depressie gaat vaak gepaard met moeheid en energieverlies, gebrek aan eetlust of juist teveel eten, en slapeloosheid of juist teveel slapen. Daarom is bij de behandeling van depressie ook de *verbetering van de lichamelijke conditie belangrijk*. Doelen daarbij zijn verbetering van de voeding en het eetpatroon, verbetering van het slaappatroon en van de lichaamsbeweging. Bosscher (1993) heeft aangetoond dat *running* therapie effectief is in de behandeling van depressie. Aangezien depressieve vrouwen vaak lichamelijk passief zijn kunnen ze wat betreft de verbetering van de lichamelijke conditie leren van de meer op sport gerichte activiteiten van mannen (zoals joggen en fietsen). Omdat veel depressieve mannen zich emotioneel afsluiten van anderen kunnen ze van vrouwen leren om meer gezamenlijke activiteiten te ondernemen.

Antidepressiva

Depressieve vrouwen zijn eerder geneigd om over hun gevoelens te praten en kiezen daarom eerder voor psychotherapie dan voor antidepressiva. Mannen daarentegen vinden het moeilijker om over hun gevoelens te praten en slikken daarom liever pillen (Mutsaers, 2005). Omdat mannen de oorzaak van een depressie vaak zien als iets biologisch, zien ze vaak meer heil in pillen dan praten. De vraag is of ze hier ook meer baat bij hebben. Uit onderzoek van Gijsbers van Wijk (2002) blijkt dat dit niet zo is: met alleen farmacotherapie verbeterden meer vrouwen (47%) dan mannen (24%). Met een gecombineerde behandeling herstelden evenveel vrouwen (57%) als mannen (61%). Dit wordt verklaard doordat mannen minder gewend zijn om te praten over hun emoties, waardoor psychotherapie voor hen juist een meerwaarde heeft. Vrouwen hadden vooral baat bij 'rust in het hoofd' en daar zorgen antidepressiva voor. Omdat vrouwen meer gewend zijn met anderen over hun emoties te praten had psychotherapie voor hen minder meerwaarde dan voor mannen.

Bij onderzoek naar *sekseverschillen in de effectiviteit van antidepressiva* werden interessante resultaten gevonden. Zo bleek dezelfde dosering van antidepressiva sekseverschillen op te leveren in de mate waarin de effectieve stoffen in de bloedspiegels aangetoond werden (Gijsbers Van Wijk, Dekker, Peen, 2002). Dit werd verklaard door sekseverschillen in lichaamsgewicht en vetgehalte: vrouwen wegen meestal

minder, maar hebben een hoger vetgehalte. Verder bleek uit onderzoek dat de dosering bij vrouwen ook afgestemd moet worden op hun leeftijd en menopauzale fase. Zo reageren vrouwen in de periode vóór de menopauze slechter op tricyclische antidepressva en beter op SSRIs (selectieve seretonine heropnameremmers) en MAO's (monoamine oxidase remmers) (Kornstein 1997; Kornstein & McEnany, 2000). SSRI's hebben voor vrouwen minder nadelige bijwerkingen zoals gewichtstoename. Uit een vergelijkend onderzoek van Kornstein, Schatzberg en Thase (2000) naar het gebruik van antidepressiva bij 235 mannen en 400 vrouwen bleek dat vrouwen beter reageerden op sertraline (57% remissie) dan op imipramine (46% remissie), terwijl mannen beter reageerden op imipramine (62% remissie) dan op sertraline (45% remissie). Vrouwen in de postmenopauzale fase reageerden echter evengoed op beide soorten antidepressiva. Verondersteld wordt dat vrouwelijke hormonen de respons op SSRI's bevorderen en de respons op tricyclische antidepressiva verminderen (Kornstein, Schatzberg en Thase, 2000).

Ook onderzoek naar een *gecombineerde behandeling met zowel antidepressiva als psychotherapie* leverde interessante sekseverschillen op. Zo werden in een onderzoek van Frank, Carpenter en Kupfer (1988) 180 vrouwen en 50 mannen vergeleken die zowel antidepressiva (150-300 mg imipramine) als psychotherapie kregen. Van de mannen bleek 49% na acht weken verbeterd te zijn tegenover 32% van de vrouwen (p.<0,05). Maar na zestien weken was er geen sekseverschil meer. Enkele jaren later vonden Gijsbers van Wijk, Dekker, Peen (2002) eveneens dat mannen in de eerste vier weken sneller reageerden op een gecombineerde behandeling van antidepressiva én cognitieve gedragstherapie, terwijl vrouwen tussen vier en acht weken beter reageerden op farmacotherapie.

Wat betreft de *bijwerkingen van antidepressiva* zijn er eveneens verschillen gevonden. Zo vinden vrouwen gewichtstoename meestal erg vervelend en stoppen om die reden met antidepressiva (Noordenbos, 2007). Mannen ervaren de vermindering van hun seksuele functioneren vaak als een lastige bijwerking. Stereotype beeldvorming over de bijwerkingen dient echter vermeden te worden. Daarom is het wenselijk om zowel bij vrouwen als mannen gericht te vragen naar de mate waarin ze last hebben van bijwerkingen en desgewenst de dosering aan te passen, of een ander medicijn voor te schrijven.

Wat betreft *therapietrouw en dropout* zijn eveneens sekseverschillen gevonden. Meer mannen dan vrouwen maken een psychotherapie niet af (Cochran & Rabinowitz, 2000). Uit onderzoek van Thase,Reynolds, Frank (1994) naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij depressie bleken mannen significant minder therapiesessies te volgen dan vrouwen, doordat ze snel resultaat verwachten en teleurgesteld raakten als dit te lang duurde. Warren (1983) toonde aan dat mannen vaak met de therapie stopten op het moment waarop de depressie afnam en er in de psychotherapie meer werd ingegaan op de achterliggende factoren, zoals het niet mogen uiten van negatieve gevoelens van falen en zwakte, het altijd flink en sterk moeten zijn, verlies van gevoel van mannelijkheid bij verlies van werk en status, conflicten met opgroeiende kinderen die hun vader niet meer gehoorzamen en dergelijke. Het krijgen van inzicht in de relatie tussen deze achterliggende factoren en depressieve klachten is van groot belang om terugval te voorkomen. Als mannen te vroeg stoppen

met de psychotherapie lopen ze het risico op terugval (Warren, 1983).

Conclusie

De constatering dat vrouwen twee keer zo vaak depressief worden als mannen is discutabel, omdat mannen hun klachten anders uiten dan vrouwen en vaker alcoholproblemen ontwikkelen, waardoor depressieve klachten veelal onzichtbaar blijven. Ook is er sprake van een genderbias in de diagnostische kenmerken van depressie in de DSM-IV die meer op vrouwen zijn afgestemd. Ondanks deze kritische kanttekeningen is het beeld dat vrouwen twee keer zo vaak depressief zijn toch nog dominant, omdat het overeenkomt met het gangbare en stereotype vrouwbeeld. Wanneer de diagnostische kenmerken worden gewijzigd in de volgende DSM-V zullen de sekseverschillen in de prevalentie van depressie minder groot blijken te zijn en mogen we verwachten dat depressieve mannen minder over het hoofd worden gezien.

Ook de wijze waarop mannen depressieve klachten beleven, voor zichzelf verklaren en de manier waarop ze hier mee omgaan, draagt ertoe bij dat ze minder snel voor depressieve klachten hulp vragen en dus ook niet als zodanig gediagnosticeerd worden. Mannen zien depressie namelijk als een vorm van falen die niet past bij de traditionele opvattingen over mannelijkheid, ze verklaren depressie als iets wat hen van buitenaf overkomt, en ze reageren er op door er niet met anderen over te praten en hun gevoelens niet te uiten.

Zowel bij de diagnosestelling als bij de behandeling van depressie is aandacht voor seksespecifieke aspecten gewenst. Wat betreft de onderwerpen die aan bod komen in de behandeling is bij vrouwen aandacht voor hun asymmetrische machtspositie in het gezin en de samenleving van belang, evenals ervaringen met lichamelijk en seksueel geweld, hun overinvestering in zorgtaken en gebrek aan autonomie en hun financiële afhankelijkheid. Bij mannen zal vaker aandacht geschonken moeten worden aan hun gevoel te falen als ze niet voldoen aan het traditionele beeld van mannen als kostwinner en carrièremaker. Ook hun emotionele isolement is een belangrijk thema. Wat betreft de doelen van de behandeling is het wenselijk dat vrouwen leren om meer zelfvertrouwen te krijgen en betere vaardigheden te leren om voor zichzelf op te komen. Mannen zullen juist meer moeten leren om hun kwetsbaarheid aan de orde te stellen, hun gevoelens en behoeften te uiten en hulp aan anderen te vragen, zonder daarbij hun gevoel van mannelijkheid te verliezen.

Ook bij het toedienen van antidepressiva, de dosering, en de bijwerkingen zal rekening gehouden moeten worden met de sekse van de cliënt. Wat betreft de relatie tussen de cliënt en de therapeut blijkt een *gendermatch* vaak goed te werken, maar het belangrijkste is dat de cliënt zelf kan kiezen tussen een mannelijke of vrouwelijke behandelaar. Het is van belang dat de hulpverlening evolueert naar een behandeling op maat, waarbij zowel rekening gehouden wordt met verschillen tussen vrouwen en mannen als tussen vrouwen en mannen onderling.

Noten

1. Dit artikel vloeit voort uit een onderzoek naar de meerwaarde van sekse- en cultuurspecifieke behandeling van depressie dat werd uitgevoerd bij TransAct, het landelijk expertise centrum seksespecifieke zorg en seksueel geweld in Utrecht, en werd gefinancierd door ZonMw. Commentaar graag naar Noordenbos@FSW.Leidenuniv.nl.

2. In de *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM) van de *American Psychiatric Association* staan alle kenmerken van de verschillende psychiatrische en psychische stoornissen vermeld.

Literatuur

Angold, A. Costello, E.J. & Worthman, C.M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*, 28, p. 51-61.

Bijl, R.V. & Ravelli (1998). Psychische stoornissen, zorggebruik en zorgbehoeften. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 76, p. 446-502.

Borra, R. (2002). Transculturele diagnostiek in de praktijk. In: E. van Meekeren, A. Limburg-Okken & R. May (red.) *Culturen binnen psychiatriemuren. Gezondheidszorg in een multiculturele samenleving*, pp. 64-70.

Bosscher, R. (1993) Running and mixed physical exercises with depressed psychiatric patients. *International Journal of Sport Psychology*, 24, 170-184.

Buis, W. (1997). Depressie. In: Lagro-Janssen, T. & Noordenbos, G. (1997). *Sekseverschillen in ziekte en gezondheid*. SUN, Nijmegen, pp. 236-254.

Chodorow, N. (1979) *Feminism and psychoanalytic theory*. New Haven: Yale University Press.

Cochran, S.V. en Rabinowitz, F.E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.

Culbertson, F.M (1997). Depression and gender. An international review. *American Psychologist*, 52, 25-31.

Ebmeier, K. Donaghey, C. en Steele, J.D. (2006). Recent developments and current controversies in depression, *Lancet*, 367, pp. 153-167.

Egeland, J.A. & Hostetter, A.M. (1983) Amish study. I: Affective disorders among the Amish, 1975-1980. *American Journal of Psychiatry*, 140, p. 56-61.

Elst, T. van (1999) 'Met mij is niets aan de hand. Hoe mannen problemen hanteren'. In: Duindam, V. *Ruimte voor mannen*. Amsterdam: Van Gennep, pp. 153-162.

Gijsbers van Wijk, C.M.T., Dekker, J. Peen, J. e.a. (2002). Depressie bij mannen en vrouwen; sekseverschillen in behandeluitkomsten van farmacotherapie en gecombineerde therapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, p. 301-311.

Frank, E., Carpenter, L.L. & Kupfer, D.J. (1988). Sex differences in recurrent depression; are there any that are significant? *American Journal of Psychiatry*, 145, p. 41-45.

Harris, T., Brown, G.W. & Robinson, R. (1999). Befriending as an intervention for chronic depression among women in an inner city. Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 174, p. 219-224.

Kessler, R.C., Brown, R.L.K. & Broman, C.L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behaviour*, 22, p. 49-64.

Komter, A. (1978). *Geestelijke gezondheid; verschillende maatstaven voor vrouwen en mannen*. Amsterdam: Van Gennep.

Kornstein, S.G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, p. 18-27.

Kornstein, S.G. & McEnany, G. (2000). Enhancing pharmacologic effects in the treatment of depression in women. *Journal of Clinical psychiatry*, 61, 18-27.

Kornstein, S.G., Schatzberg, A.F. en Thase M.E. (2000). Gender differences in treatment response to setraline versus imipramine in chronic depression. A*merican Journal of Psychiatry*, 157, p. 1445,-1452.

Krikke, H. Nijhuis H., Wesenbeek, R., Afmars, J. & Strubben, H. (2000). *Aan de grenzen: suïcidaal gedrag onder allochtone meisjes en jonge vrouwen. Reeks maatschappelijke gezondheidszorg*. Den Haag: Gemeente Den Haag.

Mens-Verhulst, J. van (1992) Gender-specifieke ontwikkelingen in de klinische psychologie. In: T. Top & J. Heesink (red.) *Psychologie en Sekse* (pp. 158-174). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Mens-Verhulst, J. van (2001). Mannetjesputters of vrouwtjesputters, wat maakt het uit?
Tijdschrift voor Humanistiek, 5, p. 34-40.

Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2005). *Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. CBO, Trimbos Instituut, Utrecht.

Murphy, G.E. (1998). Why women are less likely than men to commit suicide. *Comprehensive psychiatry*, 39, p. 165-175.

Mutsaers, K. (2005). *Het verhaal als remedie. Kwalitatief onderzoek naar de subjectieve beleving van depressie en de sekseverschillen daarin.* Afstudeerscriptie, Faculteit Sociale wetenschappen, Trace: Cultuur, Zorg en Welzijn. Universiteit Utrecht.

Nicolai, N. (1992). Vrouwen en depressie. In: N. Nicolai (1992). *Vrouwenhulpverlening en Psychiatrie* (pp. 99-120). Amsterdam: SUA.

Nicolai, N. (1997). *Vrouwenhulpverlening in de psychiatrie.* Amsterdam: Babylon De Geus.

Nolen-Hoeksema, S. (1990). *Sex differences in depression.* Stanford: Stanford University Press.

Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J.S. (1994) The emergence of gender differences in depression during adolescence. In: *Psychological Bulletin*, vol. 115, 3, p. 424-443.

Noordenbos, G. (2007). Onderzoek naar de meerwaarde van sekse- en cultuurspecifieke aspecten in de hulpverlening van depressie. Utrecht: TransAct/ ZonMw.

Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. Critical Review. *British Journal of Psychiatry*, 177, 486-492.

Pollack, W. & Levant, R. (Eds). (1998) *A new psychotherapy for men.* New York: Wiley and Sons.

Raimo, E.B. en Schukit, M.A. (1998). Alcohol dependence and mood disorders. *Addictive Behavior*, 23, p. 933-946.

Seligman,, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development and death.* San Francisco: Freeman.

Sweet, H. (2006). *Couples counseling with sad or silent men: implications for practice.* Paper presented at the August 2006 APA Convention, New Orleans LS. (hbsweet@mit.ed).

Thase, M.E., Reynolds C.F. & Frank, E. (1994). Do depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 151, p. 500-505.

Vaillant, G.E. (1993). Is alcoholism more often the cause or the result of depression? *Harvard Review Psychiatry*, 1, p. 94-99.

Warren, L.W. (1983). Male intolerance of depression: a review with implications for psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 3, p. 147-156.

Weissman, M.M. & Klerman, G.L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34, p. 98-111.

Westerbeek, J. (2000). Machteloosheid en miskenning: evolutionair-psychologische visies op depressie en sekseverschillen. In: *Psychologie & Maatschappij*, 92, p. 248-260.

Wolk, S.I. & Weissman, M.M. (1995). Women and depression. An Update. In: American Psychiatric Press; *Review of Psychiatry*, 14, p. 227-259.

Young, E.A. & Korszun, A. (1999). Women stress and depression: sex differences in hypothalamic-pituitary-adrenal axis regulation. In E. Leibenluft (red.). *Gender differences in mood and anxiety disorders* (pp. 31-52). Washington: American Psychiatric Press.