

## GENDERPROBLEMATIEK: HET ZWAKKE GESLACHT HEROVERWOGEN<sup>o</sup>

P.T. Cohen-Kettenis\*

Volgens de historicus Laqueur (1990) werd in de androcentrische Griekse samenleving ervan uitgegaan dat er maar één sekse bestond. Deze sekse was de mannelijke. Natuurlijk was men zich wel bewust van lichamelijke verschillen tussen mannen en vrouwen, maar de vrouw werd beschouwd als een enigszins gemankeerde man. Dit idee heeft vele eeuwen bestaan. Zoals Nemesius, bisschop van Emesa, het in de vierde eeuw na Christus plastisch formuleerde: 'die van hun zitten aan de binnenkant, niet erbuiten'. De vagina zou een naar binnen gekeerde penis zijn, de labiae waren de voorhuid, en de ovaria de testikels.

Nu wil ik het vandaag niet zozeer over de lichamelijke geslachtelijkheid hebben, maar vooral over de psychische en sociale kanten van het man of vrouw zijn. Voor deze aspecten wordt in de Engelstalige literatuur de term 'gender', afkomstig van het Latijnse 'genus', gebruikt. In Nederlandse vakkringen spreken wij 'gender' al jaren op zijn Nederlands uit in termen als genderidentiteit, genderrollen en gendercodes.

Tot op zekere hoogte is het Griekse beeld van één sekse tot zo'n twee eeuwen geleden dominant geweest in onze Westerse cultuur. Voor wetenschappers had dat voordelen. Men hoefde zich immers slechts te verdiepen in de ene sekse; alle 'afwijkingen' waren een kwestie van gradatie. Na de Franse revolutie veranderde dit. Gelijkeid voor allen werd zo belangrijk dat in toenemende mate een politieke druk ontstond ten gunste van de rechten van de vrouw.

Waarschijnlijk daardoor werden in die tijd man-vrouw verschillen ineens vergroot. Zij werden niet langer benoemd als verschillen in gradatie, maar als verschillen in soort. Het benadrukken van elk miniem onderscheid werd sindsdien ook in wetenschappelijke geschriften regelmatig aangetroffen. Bij al die aandacht voor verschillen raakten de overeenkomsten op de achtergrond: het leek alsof mannen en vrouwen nergens meer gelijk in konden zijn.

Ook onze huidige wereld is doordrenkt van genderbetekenissen. Relevante, maar vooral irrelevante attributen, handelingen en eigenschappen wordt een gendercode toegekend: een krachtige stellingname is 'mannentaal', onnozel gekwek is 'vrouwenpraat'. Dat dit soort coderingen niet tot levende wezens beperkt blijft, blijkt uit gendercodes van gewone alledaagse voorwerpen: een damesfiets is anders gebouwd dan een herenfiets en de knoepjes op een jasje zitten, hoewel daar geen biologische reden voor bestaat, bij dames aan de andere kant dan bij heren.

Kortom, het herkennen van genderverschillen behoort tot het dagelijks leven. We staan er mee op, en gaan er mee naar bed.

- \* Prof. Dr. P.T. Cohen-Kettenis, klinisch psycholoog, AZU, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Postbus 85500, 3508 GA Utrecht.
- o Samenvatting van de rede, uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de Genderontwikkeling en Psychopathologie van Kinderen en Adolescenten vanwege de Stichting Nederlands Gender Centrum bij de Faculteit Geneeskunde aan de Universiteit Utrecht op 9 november 1993. Geaccepteerd voor publicatie 8 februari 1994.

### **De normale ontwikkeling: verwerven van kennis over gender**

Om het als mens te redden in een wereld waarin zoveel zaken door gendercodes gekleurd zijn, moet een kind al jong een aanzienlijke hoeveelheid kennis over 'gender' opdoen. Het moet weten tot welke groep hij/zij behoort en tot welke groep anderen behoren. Het moet weten wat de kenmerken van deze groep zijn, en hoe deze kenmerken in zijn/haar omgeving worden gewaardeerd. Het moet ook weten welke afwijkingen van de norm worden getoleerd en welke worden afgekeurd.

Vooraanstaande ontwikkelingspsychologen, waaronder Kohlberg, Fagot, Martin, Maccobby en Jacklin, hebben zowel theoretisch als empirisch veel aandacht besteed aan dit proces van gender-leren.

#### *Categoriseren*

Uit deze lijn van onderzoek blijkt onder andere dat de allereerste schreden op het genderpad al heel jong worden gezet. Eén van de, waarschijnlijk aangeboren, vermogens die baby's bezitten is dat van het categoriseren (Papousek en Papousek, 1982). Nu hebben zelfs baby's geen gebrek aan genderinformatie. Zoals hun ouders worden ook zij erdoor overspoeld. Trotse ouders en grootouders staan borg voor een omgeving die niets te raden overlaat. De babykamer, -kleertjes en -knuffels en zelfs luiers zijn in kleur en vorm aangepast aan de sekse van het kind: roze en rond voor de meisjes, blauw en hoekig voor jongens. Begrijpelijk dus dat zij al snel in staat zijn een perceptueel onderscheid tussen gendercategorieën te maken. Dit vermogen is ons duidelijk geworden uit zogeheten habituatie-experimenten. Deze gaan als volgt:

Baby's reageren op gezichten. Wanneer zij bij herhaling verschillende gezichten te zien krijgen uit één categorie (bijvoorbeeld foto's van een aantal mannen) verliezen zij op den duur hun interesse in deze klasse van stimuli. Ook foto's van andere mannen wekken geen reactie meer op. Maar op foto's uit een nieuwe categorie, in dit voorbeeld vrouwen, reageren zij wél weer.

Zulke categorische perceptie van visuele informatie treedt op omstreeks de negende maand van het eerste levensjaar. Als het om auditieve informatie gaat, dus om stemmen, zijn baby's al eerder in staat tot een onderscheid in gender-categorieën (Fagot en Leinbach, 1993).

#### *Benoemen*

Al vóór het eerste jaar kan een baby dus de twee klassen onderscheiden. Wat het betekent om tot één van die klassen te behoren, weet het nog niet. Evenmin weet het of het zelf een jongen of meisje is.

Het besef zelf een jongen of meisje te zijn, ontwikkelt een kind tussen het tweede en derde jaar. Kort erna kan het ook anderen als man of vrouw benoemen. Genitale verschillen kent zo'n peuter dan nog nauwelijks. Deze worden dan ook niet als indelingscriterium gebruikt. Het vaart eerder op kenmerken als kleding en haardracht. Dit zelf-benoemen is een mijlpaal in de ontwikkeling. Vanaf dat moment wordt het gedrag van het kind er sterk door beïnvloed. Weten dat je een meisje bent, maakt dat je andere dingen gaat doen dan toen je dat nog niet wist. Zo zijn tweejarige meisjes die al weten dat zij een meisje zijn (benoemers), ineens minder agressief dan meisjes die zich nog niet als meisje kunnen benoemen (Fagot, Leinbach en Haga, 1986). Bij jongens treden zulke verschillen in agressief gedrag niet op.

Het vermogen tot zelf-benoemen is ook een mijlpaal omdat vanaf dat moment het kind zelf

actief gaat deelnemen aan zijn/haar genderontwikkeling. Twee- tot drie-jarigen die zichzelf al als jongen of meisje kunnen benoemen, brengen ongeveer 80% van hun tijd op een speelzaal in groepen van hun eigen sekse door. Zolang zij nog niet weten tot welke groep zij behoren, is dit percentage slechts 50% (Fagot, 1985). Het lijkt erop alsof zij dan al tot op zekere hoogte hun eigen omgeving kiezen. Deze is er één die voornamelijk uit seksegenoten bestaat. Het is in deze groepjes dat zij de jaren die volgen, een groot deel van hun tijd gaan doorbrengen. Zij ontwikkelen zich daarin in aparte culturen met eigen gedragscodes, beïnvloedingsstrategieën en een eigen functioneel gebruik van de taal (Maccoby en Jacklin, 1987).

#### *Genderschema's*

Kinderen zijn informatieverwerkende wezens. Blootgesteld aan steeds nieuwe informatie over de seksen, moeten zij deze in zich snel uitbreidende netwerken van kennis inpassen. Deze netwerken of structuren worden wel schema's (in dit geval gender-schema's) genoemd (Martin, 1991).

Gender-schema's zijn georganiseerde kennis-structuren over mannen en vrouwen. Zij bepalen op welke informatie uit de omgeving het kind aandacht richt en als relevant selecteert, welke informatie het onthoudt en welke informatie wordt vervormd. De kennis, die in de schema's besloten ligt, gebruikt het kind als standaard, niet alleen om het eigen gedrag aan te toetsen, maar ook om het eigen gedrag te sturen.

Zo zal een jongetje, in wiens schema voor 'mannelijkheid' het stoer-zijn centraal staat, vooral aandacht hebben voor en signalen oppikken over stoerheid van andere jongens (attentie en perceptie). Tekens van stoerheid zal hij beter onthouden dan andere (retentie). Bovendien zal hij regelmatig nagaan of zijn eigen gedrag wel stoer genoeg is (toetsing). Doorstaat hij bij herhaling de toets der stoerheid niet, dan komt zijn gevoel van mannelijkheid onder druk te staan. En ziet hij een keer een meisje stoer doen, dan is de kans groot dat hij achteraf haar gedrag als 'niet echt stoer' beoordeelt of zich later meent te herinneren dat het eigenlijk om een jongetje ging (distorsie). Het zijn vooral deze vervormingen in de interpretatie en de opslag van informatie die duidelijk maken hoezeer affectieve drijfveren de informatieverwerking kunnen beïnvloeden.

Genderrol-gedrag wordt natuurlijk niet alleen via cognities beïnvloed. Ouders maken hun kinderen duidelijk welk gedrag al dan niet gewenst is, door middel van aanmoediging of ontmoediging (Fagot en Leinbach, 1989; Lytton en Romney, 1991). En zelfs al doen ouders het niet zelf, er zijn altijd wel tantes, opa's of buurvrouwen die jongens om hun mannelijk en meisjes om hun vrouwelijk gedrag prijzen.

#### **Genderontwikkeling en psychopathologie**

Kinderen leren over 'gender' in een omgeving waarin de meningen daaromtrent nog steeds sterk gepolariseerd zijn. Sinds de Franse revolutie is daarin niet veel veranderd. Het zal niemand verbazen dat zich in het langdurige en complexe proces van genderontwikkeling gemakkelijk 'ontsporingen' kunnen voordoen. 'Genderontwikkeling en psychopathologie' omvat de studie van deze 'ontsporingen'; met name de consequenties ervan voor het psychisch functioneren. Van dit vakgebied wil ik op drie deelgebieden nader ingaan.

In de eerste plaats is dat het gebied van de a-typische (lichamelijke) geslachtsontwikkeling; hierbij gaat het om problemen rond het man of vrouw zijn. In de tweede plaats bespreek ik het

gebied van de genderidentiteitsstoornissen; hierbij gaat het om problemen met het zich man of vrouw voelen. Het derde gebied is dat van de genderrollen; hier gaat het problemen geassocieerd met het zich als man of vrouw (moeten) gedragen.

De eerste twee soorten problemen komen wij tegen op het gender-spreekuur van onze afdeling. Patiënten melden zich met concrete vragen en problemen op het gebied van gender. Met de problemen rond mannelijk/vrouwelijk gedrag worden wij vooral geconfronteerd in theorievorming en onderzoek, wanneer wij ons verdiepen in de sekseverdeling van kinderpsychiatrische stoornissen in het algemeen.

Behandelaars hebben in hun dagelijkse patiëntencontacten te maken met mensen die zich om lichamelijke of geestelijke redenen niet welbevinden. Mannen en vrouwen melden zich op verschillende aantallen en met zeer verschillende klachten bij gezondheidszorginstanties (De Bakker, Claessens en Van de Velden, 1991).

Voor de behandelaar staat dit gegeven niet voorop. Hoewel de bejegening van mannelijke en vrouwelijke patiënten nogal eens verschilt, wordt de patiënt behandeld, ongeacht zijn of haar sekse, en ongeacht of de klacht geslachtsgebonden is. Ook de patiënten zelf staan niet stil bij een mogelijk verband tussen de klacht en hun sekse. Voor hen staat hun lijden centraal. Zij voelen zich ziek of ongelukkig als mens, niet speciaal als man of vrouw.

#### *A-typische geslachtsdifferentiatie*

Vormt het geslacht bij de meeste patiënten nauwelijks een factor van betekenis, bij bepaalde patiënten vormt nu juist het man- of vrouw-zijn de kern van hun probleem. Bij deze patiënten is de fysieke geslachtsontwikkeling niet volledig in één richting (de mannelijke of vrouwelijke) verlopen. Ik ben hier aangekomen bij het eerste deelgebied dat ik wil bespreken.

De geslachtsontwikkeling of geslachtsdifferentiatie voltrekt zich grotendeels al vóór de geboorte. Wanneer er in de cellen van het embryo een Y-chromosoom aanwezig is, differentiëren de gonaden zich tot testes; bij afwezigheid van een Y-chromosoom worden het ovaria. Wanneer deze testes vervolgens bepaalde hormonen - nl. androgenen - afscheiden, worden, zowel in- als uitwendig, mannelijke genitalia aangelegd. Bij afwezigheid daarvan wordt een kind geboren met vrouwelijke genitalia.

Soms worden er kinderen geboren bij wie het genitale geslacht niet eenduidig weergeeft of het om een jongen dan wel een meisje gaat. De geslachtsorganen kunnen bij de geboorte zo ambigu zijn dat het niet duidelijk is of we te maken hebben met een lichamenlijk te weinig vermannelijkt jongetje of met een overmatig gemasculiniseerd meisje. Het meest gehanteerde criterium voor de categorisatie van de mensheid, namelijk het genitale, is dan niet bruikbaar.

Behandelaars van uiteenlopende disciplines, zoals endocrinologen, urologen, plastisch chirurgen en psychologen, komen dan bijeen om, op basis van andere dan genitale overwegingen, een geslacht toe te wijzen. In zo'n team moet een dramatische en moeilijke beslissing worden genomen. Welke keuze precies gemaakt wordt is o.a. afhankelijk van de ernst van de aandoening. De mogelijkheden om via chirurgische en hormonale weg zodanig in te grijpen dat het kind eenduidig kan opgroeien als man of vrouw, zullen worden afgewogen. Maar ook is van belang wat de wensen en mogelijkheden van de ouders zijn. Door de instelling van gespecialiseerde teams in enkele universitaire klinieken is getracht de medische en psychologische opvang van deze kinderen te optimaliseren. Daarmee wordt gepoogd de kans op ontsporingen in hun genderontwikkeling klein te houden. Hierbij is een goede psychologische begeleiding van ouders en kind onontbeerlijk. Ouders moeten soms een grote omslag in denken maken over hun jonggeborene. Twijfel over het eigen geslacht kan ook bij het kind zelf

rijzen. De zelfbeleving als man of vrouw (de genderidentiteit) raakt dan onvoldoende in het kind verankerd en een lange lijdensweg kan het gevolg zijn. Door hun onzekerheid over wat zij zijn, zenden deze kinderen ambivalente signalen naar anderen uit. De verwarring van hun omgeving wakkert vervolgens hun eigen twijfels weer aan. Zo komen zij in een neergaande spiraal terecht. Deze kinderen dreigen dan niet alleen emotioneel, maar ook sociaal in de knel te komen. Tijdige begeleiding is van cruciaal belang. Ervaring met patiënten die onvoldoende of te laat werden geholpen, leert ons dat in zulke gevallen ernstige psychiatrische problemen of suïcidaliteit het gevolg kunnen zijn.

#### *Genderidentiteitsstoornissen*

Naast patiënten met problemen op het gebied van hun lichamelijke ontwikkeling tot man of vrouw, bestaat er ook een groep met geheel andere problemen op gendergebied. Hiermee kom ik aan het tweede deelgebied dat ik zal bespreken, dat van de genderidentiteitsstoornissen.

In de meest extreme vorm vinden wij bij deze patiënten een complete tegenstelling tussen hun sekse, en hun gevoel van man of vrouw zijn, hun genderidentiteit. Bij deze groep is de geslachtsontwikkeling wel volledig in de mannelijke of vrouwelijke richting verlopen. Toch komt hun zelfgevoel, hun genderidentiteit, niet overeen met hun lichaam: al vanaf jonge leeftijd voelen zij zich behoren tot het geslacht waarin zij niet worden opgevoed. Ouders van meisjes zeggen dat hun dochter altijd al beweerde dat ze een jongetje was. Ze werd boos of verdrietig als iemand 'zij' of 'haar' tegen haar zei. Zij speelde het liefst met vriendjes en als zij een jurkje aan moest, maakte zij scènes. Terugkijkend naar deze periode zeggen deze meisjes dat ze dachten later vanzelf een jongenslichaam te krijgen. Het omgekeerde patroon zien we bij jongetjes. Het opvallende bij deze kinderen is dat het niet gaat om een voorbijgaande fase. Zij doen al zo vanaf hun peutertijd, zij doen het doorlopend en het is terug te vinden in al hun levensgebieden: spel, vriendjes, school, kleding, uiterlijk en lichaamsbeleving. Als zij ouder worden, ontstaat het besef van de misprijzende blikken, die hun gedrag oproept. In een omgeving waar kritisch wordt gelet op passend genderrol-gedrag, persen zij zich in toenemende mate in het keurslijf van de verwachtingen. Bij een deel van deze kinderen blijft de spanning tussen uiterlijk en innerlijk bestaan tot na de puberteit. Deze is zó groot dat zij uiteindelijk, als transseksuelen, vragen om een geslachtsaanpassing.

Hierbij wordt de diagnose gesteld in een uitvoerige eerste diagnostische fase. Voldoen zij aan de criteria, dan volgt een tweede fase, de zg. 'real life test'. Deze kan één of meer jaren duren. Pas als deze fase met gunstig gevolg is doorlopen, worden zij chirurgisch en juridisch over de grens heengetild die in onze maatschappij tussen de seksen is aangebracht.

Maar niet elke genderidentiteitsstoornis is meteen transseksualiteit. Money (1980) beschreef als eerste mannelijke patiënten die zich als vrouw beleven en een sociale rol als vrouw hebben, maar om uiteenlopende redenen niet bereid zijn zich lichamelijk aan het andere geslacht aan te passen. Ondanks hun mannenlichaam leven zij volledig en permanent als vrouw. Hij noemt hen gyneamimeticen. Er is ook een vrouwelijke variant bekend. Zij worden andromimeticen genoemd.

Dit is slechts één voorbeeld van een niet-transseksueel genderidentiteitsprobleem. Er zijn er vele: de heterogeniteit in deze groep is groot. Dat geldt zowel voor de mate van genderverwarring als de wensen voor behandeling.

Geslachtsaanpassing is maar voor een beperkte groep de aangewezen oplossing. Voor anderen is een verzoening van genderidentiteit met het lichamelijke geslacht mogelijk door middel van psychotherapie. En soms blijft het wringen tussen geslacht en genderidentiteit.

Het kan dan nodig zijn met de patiënt te zoeken naar een bevredigende tussenoplossing.

De genoemde patiëntengroepen maken ons duidelijk dat de natuur ons meer te bieden heeft dan twee seksen die lichamelijk en psychisch volledig in één richting gedifferentieerd zijn. In dit verband is het goed om stil te staan bij andere culturen, waarin de maatschappelijke sekse-indeling niet een twee-, maar bijv. een driedeling is. In Oman heeft de zg. Xanith noch de status van man, noch die van vrouw. De Xanith is een man, maar één die zich vrijelijk tussen vrouwen begeeft en hun sociale leven deelt. Voor andere mannen is dit streng verboden. Hij draagt kleding die door geen van beide seksen wordt gedragen en gebruikt make-up en parfum. Hij gebruikt wel zijn mannennaam. Er zijn meer culturen beschreven waarin mannen, die zich niet conformeren met gangbare mannelijke gedragspatroon een aparte status hebben, zoals de Berdaches in Noord-Amerika en de Acault in Birma (Reid, Cohen-Kettenis en Gooren, 1993).

Een indeling van de mensheid in man/vrouw is dus noch historisch, noch biologisch, noch cross-cultureel een absoluut gegeven. Hoe gewenst is het dan om het leven van mensen zo strak te organiseren rond deze indeling? Hoe goed is het voor mensen om hen op grond van deze indeling bepaald gedrag dwingend op te leggen en ander gedrag te onderdrukken?

#### *Genderrol-problemen*

Met deze vraag ben ik gekomen bij het derde problematische gendergebied. Rigide genderrolgedrag kan mensen remmen in hun ontplooiingsmogelijkheden of overmatige druk op hen leggen. Ook dat kan psychisch lijden veroorzaken. De hieruit voortvloeiende problemen kunnen een breed gebied bestrijken. In feite kunnen zij de hele psychopathologie van de kindertijd beslaan.

#### *Genderverschillen*

Een opvallend gegeven is dat genderdifferentiatie-problemen veel meer voorkomen bij jongens dan bij meisjes (Zucker en Green, 1992). Dit is geen op zichzelf staand fenomeen. Gegevens, die tussen 1984 en 1991 over patiënten van onze afdeling voor Kinderpsychiatrie werden verzameld, geven het volgende beeld. Wij vonden in alle brede diagnostische categorieën van de gangbare psychiatrische classificatie-systemen DSM-III en DSM-III-R een oververtegenwoordiging van het aantal jongens. Het gaat hier o.a. om de categorieën cognitieve stoornissen (zowel algemene mentale retardatie, als specifieke leerstoornissen (bijvoorbeeld dyslexie of rekenstoornissen), aandachts- en concentratiestoornissen (waaronder autisme) en zelfs, enigszins tegen de verwachting in, emotionele stoornissen (dwz. angst en depressie).

Deze gevonden sekse-ratio is geen toevallige bevinding. In andere klinische populaties wordt in grote lijnen hetzelfde aangetroffen. Ook uit epidemiologisch onderzoek blijkt een oververtegenwoordiging van jongens in de meeste categorieën (Eme, 1984). Psychopathologie komt bij prepuberale kinderen in het algemeen dus veel meer voor bij jongens dan bij meisjes. Dit fenomeen geldt zeker niet uitsluitend voor stoornissen rond de lichamelijke geslachtsontwikkeling en de genderidentiteit. Hoe kunnen wij dit verklaren?

#### *Psychologische factoren*

De bekende Engelse kinderpsychiater Michael Rutter (1970) stelde dat jongens slechter dan meisjes reageren op negatieve gebeurtenissen in hun leven. Uit een studie waarin reacties van kinderen op uiteenlopende 'moeilijke omstandigheden' werden vergeleken, bleek bij jon-

gens, maar niet bij meisjes, een relatie tussen het optreden van antisociale stoornissen en het hebben van een ouder met een psychiatrische stoornis (Rutter, 1970). Jongens reageren ook in cognitief, emotioneel en sociaal opzicht slechter dan meisjes op huwelijksproblemen en echtscheiding van hun ouders (Emery, 1982; Kurder, 1981). En, als kinderen slecht reageren op zorg door anderen dan hun moeder, zijn het vaker jongens dan meisjes. De empirische literatuur suggereert dat jongens stress minder gemakkelijk hanteren dan meisjes. Verwachtingen die al vóór de puberteit een extra druk op hen leggen en de manier waarop jongens problemen leren hanteren, zouden hieraan wel eens debet kunnen zijn.

Wanneer tegenslagen op school of thuis moeten worden verwerkt, kan het nodig zijn emoties als teleurstelling of verdriet te uiten. Maar gedragingen die niet goed passen binnen de gender-rol worden, vooral voor jongens, zeer negatief gewaardeerd (Feinman, 1981): jongens moeten hun tegenslagen dragen 'als mannen'; 'Grote jongens huilen niet'; 'Afhankelijk gedrag is kinderachtig'. Deze houding vinden we niet alleen bij opvoeders. Ook jongens onderling houden overschrijding van gendergrenzen scherp in de gaten. Het is dus niet zo vreemd dat jongens 'oplossingsstrategieën' ontwikkelen die weliswaar bij jongens 'passen', maar niet altijd de meest adequate zijn. Denk bijvoorbeeld aan 'dwarssliggen', ruzie zoeken of erop los slaan.

Verder trekken jongens, meer dan meisjes, onderling met elkaar op in grote groepen (Maccoby en Jacklin, 1987). Dominant gedrag en een competitieve instelling (beide typisch 'mannelijk' gedrag) zijn noodzakelijk voor het bereiken en handhaven van een goede positie in de sociale hiërarchie. Jongens die deze eigenschappen niet of nauwelijks bezitten, dreigen randfiguren te worden of anderszins buiten de boot te vallen. Tenslotte worden jongens op het gebied van sommige intellectuele vaardigheden hoger ingeschat dan meisjes (bijv. Baker en Entwisle, 1987). Kun je hier als jongen niet aan voldoen, dan is de val van het voetstuk een harde.

#### *Biologische factoren*

Maar is de oververtegenwoordiging van jongens in de kinderpsychiatrie nu alleen maar toe te schrijven aan te hoge verwachtingen of te rigide rolgedrag? Dit is zeker niet het geval. Het is al langer bekend dat de sterfte van jongens al voor de geboorte hoger ligt dan van meisjes en dat mannen korter leven (Verbrugge, 1985; Wingard, 1984). Vanzelfsprekend kunnen de verschillen in psychiatrische problemen ook worden gezocht op het lichamelijke vlak. Ik noem enkele voorbeelden.

Voor gender-verschillen in cognitieve defecten zijn wel genetische verklaringen gegeven. De ontdekking van het fragiele X-syndroom, een X-gebonden mentale retardatie die zich bij jongens wel, maar bij meisjes niet altijd openbaart, ondersteunt een genetische verklaring van althans enkele vormen van mentale retardatie (Turner, Brookwell, Daniel, Selikowitz en Zilbowitz, 1980).

Fysieke stress vóór, tijdens en na de geboorte kan eveneens tot defecten in intellectuele capaciteiten leiden. Ik heb al genoemd dat jongens voor de geboorte vaker sterven dan meisjes. Maar zij ondervinden ook meer nadelige gevolgen van de complicaties van hun moeders' zwangerschap en bevalling (Mc Millen, 1979).

Bij het ontstaan van leerstoornissen worden ook geslachtshormonen, vooral testosteron, als bepalende factor genoemd (Kirkpatrick, Campbell, Wharry en Robinson, 1993). Blootstelling aan hoge testosteronspiegels vóór de geboorte zou namelijk interfereren met het normale patroon van neuronale migratie en ontwikkeling.

Tenslotte wordt de latere rijping van het mannelijk organisme als verklaring voor de gevonden sekseverschillen genoemd. Vanaf het midden van de foetale periode liggen meisjes in fysieke rijping voor op jongens (Garai en Scheinfeld, 1968; Tanner, 1978). Tanner (1970, 1978) heeft aangetoond dat een dergelijke fysieke voorsprong ook zijn weerslag heeft op het intellectuele functioneren: fysiek rijpere kinderen doen het, al op hun 6e jaar, beter op intelligentietests dan onrijpere kinderen.

De genoemde factoren spelen mijns inziens evenzeer een voorname rol bij genderverschillen in andere gebieden van de kinderpsychiatrie. Genetische factoren zijn van invloed bij stoornissen als autisme. De relatieve onrijpheid van het centraal zenuwstelsel van jongens en hun grotere gevoeligheid voor hersendysfuncties maken dat zij meer kans lopen op concentratie- en gedragsstoornissen. Testosteron tenslotte beïnvloedt het energie- en activiteitsniveau en predisponeert daarmee misschien tot druk en agressief gedrag (Reinisch, Ziemba-Davies en Sanders, 1991).

Ik vat deelgebied drie samen. Jongens hebben in aanleg ten opzichte van meisjes een verhoogde kans op een scala van aandoeningen. Kinderpsychiatrische stoornissen moeten daar zeker onder worden gerekend. Maar dit risico neemt mijns inziens onnodig toe doordat de omgeving er een schepje bovenop doet. Tegen hun mogelijkheden in worden aan jongens andere (vaak hogere) eisen gesteld dan zij aankunnen. Hierbij wordt te weinig rekening gehouden met hun gemiddelde ontwikkelingsachterstand.

### *Conclusies*

Uit de hiervoor genoemde gegevens lijkt een tweetal terminologische conclusies gerechtvaardigd.

Ten eerste: in het geval van mannen hebben wij te maken met een genus dat eerder bezwijkt in utero, dat zowel voor, tijdens als na de geboorte meer aandoeningen oploopt, het in de kindertijd lichamelijk en psychisch slechter doet en een kortere levensverwachting heeft. Hoe is nu het mogelijk dat dit geslacht wordt aangeduid als het 'sterke'? Het lijkt me dat we ons op deze uitdrukking moeten herbezinnen. Rijping en differentiatie gaan vaak samen. Wellicht is de tijd rijp om meer gedifferentieerd met het begrip 'zawak geslacht' om te gaan. Laten we per levensfase afwegen wie er eigenlijk de zwakste is. Daarmee voorkomen we misschien dat het 'ware' zwakke geslacht in de kindertijd nog langer gebukt moet gaan onder overschatting en overwaardering.

Ten tweede: het bestaan van individuen met stoornissen in de geslachtsontwikkeling maakt duidelijk dat classificatie van de seksen in slechts twee categorieën een oversimplificatie is. Omdat het voor de meesten van ons zo gemakkelijk is, zijn wij geneigd te doen alsof onze simplificaties de objectieve werkelijkheid weerspiegelen, maar dat doen zij niet. Zowel in de klinische praktijk als in onderzoek blijkt het onpraktisch om uit te gaan van een dichotomie. In dit geval zijn mijn bezwaren dus niet gericht tegen de algemene omschrijving van het vrouwelijk geslacht als zwak. Zwak is hier de conceptualisatie van geslacht zelf. Veel bruikbaar lijkt het om in deze context geslacht op te vatten als een combinatie van een aantal continue variabelen.

Cruciaal is verder het onderscheid tussen de begrippen geslacht en gender. Terwijl men in de praktijk van alledag redelijk met de losse en globale aanduiding geslacht uit de voeten kan, leidt deze term in mijn vakgebied tot verwarring en zelfs tot inadequate behandeling.



## Onderzoek en gender

Tot dusver is besproken op welke wijzen 'gender' verweven kan zijn met tal van stoornissen die binnen de kinderpsychiatrie worden aangetroffen, en hoe wij daar als behandelaar mee worden geconfronteerd.

De aandacht die aan 'gender' op het gebied van kinderpsychiatrisch onderzoek wordt besteed, is nog zeer beperkt. Dat is jammer, want het onderwerp leent zich, ook in professionele kringen, gemakkelijk tot speculaties. Professionals hebben elk zo hun eigen ideeën over de determinanten van mannelijkheid of vrouwelijkheid en over wenselijkheid van typische mannelijke of vrouwelijke kenmerken. Toch moeten zij hun patiënten op dit gebied adviseren en nemen zij ingrijpende beslissingen. Helaas worden veel van dergelijke adviezen vaak meer op basis van persoonlijke ervaringen en idiosyncratische theorieën genomen, dan op basis van degelijk empirisch onderzoek. Dat hoeft geen onwil of onvermogen te zijn. Talloze vragen waar men als behandelaar tegenaan loopt, zijn namelijk niet of onvoldoende onderzocht. De grote behoefte van klinici aan goede onderzoeksgegevens staat in schril contrast met de beschikbare informatie.

Van belang is verder dat in onderzoek meer rekening wordt gehouden met gender als relevante variabele. Patiënten of proefpersonen worden daarmee niet langer beschouwd als 'neuters' die opgroeien in een genderloze wereld. Dat zo'n extra accent op gender in de kinderpsychiatrie geen overbodige luxe is, blijkt uit een recente overzichtsstudie over de invloed van ouders op de psychopathologie van hun kind (Phares en Compas, 1992). Het bleek dat in 25% van bijna 600 artikelen geen onderscheid werd gemaakt tussen de invloed van vaders en die van moeders. Uit studies waarin dat wel gebeurde, bleek dat vaders wel degelijk een andere invloed op hun kind hebben dan moeders. In zekere zin worden daarmee de wetenschappelijke opvattingen over het geslacht van de vorige eeuwen, zoals door Laqueur beschreven, voortgezet.

Sommigen zullen beweren dat deze ontwikkeling een gunstige is. Mensen, eindelijk behandeld als mens. Geen beperking meer van de mogelijkheid van individuen om zich te ontwikkelen in welke richting zij maar wensen (Bem, 1993). Mannen kunnen dan immers zonder verlies van hun mannelijkheid achter de strijkplank gaan staan en vrouwen kunnen rustig wiskundig ingenieur worden. Een mensbeeld dat boven de geslachten staat, lijkt het nastreven waard.

Toch zou ik willen pleiten voor een erkenning van de verschillen. Het zou kortzichtig en zelfs onjuist zijn deze te ontkennen, zelfs al zijn sommige verschillen onnodig of ongewenst. Zo'n ontkening zou geen recht doen aan de specificiteit van de vrouwelijke en mannelijke ontwikkeling en daarmee een helder inzicht in de psychopathologie in de weg staan.

Laat mij hieraan toevoegen dat ik niet wil suggereren dat genderverschillen alleen verbonden zijn met pathologie, zorgen of ellende. Tenslotte brengen de verschillen tussen de seksen ons ook stimulatie en inspiratie. Maar met deze plezierige aspecten ben ik aangeland buiten het vakgebied van de 'genderontwikkeling en psychopathologie' en daarmee aan het eind van deze rede.

## Literatuur

- Baker, D.P. en D.R. Entwisle (1987). The influence of mothers' expectations of young children: A longitudinal study of how gender differences arise. *Social Forces*, 65: 670-694.

- Bakker, D.H. de, A.A.M.C. Claessens en J. van de Velden (1991). *Man-vrouw verschillen in gezondheid en medische consumptie*. NIVEL, Utrecht.
- Bem, S.L. (1993). *The lenses of gender*. Yale University Press, New Haven.
- Eme, R.F. (1984). Sex-role stereotypes and the epidemiology of child psychopathology. In C. Spatz Widom (Ed.). *Sex roles and psychopathology*. Plenum Press, New York.
- Emery, R. (1982). Interpersonal conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92: 310-330.
- Fagot, B.I. (1985). Changes in thinking about early sex role development. *Developmental Psychology*, 5: 83-98.
- Fagot, B.I. en M.D. Leinbach (1989). The young child's gender schema: environmental input, internal organization. *Child Development*, 60: 663-672.
- Fagot, B.I. en M.D. Leinbach (1993). Gender role development in young children: from discrimination to labeling. *Developmental Review*, 13: 205-224.
- Fagot, B.I., M.D. Leinbach en T. Hagan (1986). Gender labeling and the adoption of sex typed behaviors. *Developmental Psychology*, 22: 440-443.
- Feinman, S. (1981). Why is cross-sex-role behavior more approved for girls than for boys? A status characteristic approach. *Sex Roles*, 7: 289-300.
- Garai, J. en Scheinfeld (1968). Sex differences in mental and behavioral traits. *Genetic Psychology Monographs*, 77: 196-226.
- Kirkpatrick, S.W., P.S. Campbell, R.E. Wharry en S.L. Robinson (1993). Salivary testosterone in children with and without learning disabilities. *Physiology and Behavior*, 53: 583-586.
- Laqueur, T. (1990). *Making sex. Body and gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Kurdek, L. (1981). An integrative perspective on children's divorce adjustment. *American Psychologist*, 36: 856-866.
- Lytton, H. en D.M. Romney (1991). Parent's differential socialization of boys and girls: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 109: 267-296.
- Maccoby, E.E. en C.N. Jacklin (1987). Gender segregation in childhood. In H.W. Reese (Ed.). *Advances in child development and behavior*. Academic Press, New York.
- McMillen, M. (1979). Differential mortality by sex in fetal and neonatal deaths. *Science*, 204: 89-91.
- Martin, C.L. (1991). The role of cognition in understanding gender effects. In H.W. Reese (Ed.). *Advances in child development and behavior*. Academic Press, New York.
- Money, J. (1980). Love and lovesickness. *The science of sex, gender difference and pairbonding*. John Hopkins University Press, Baltimore.
- Papousek, H. en M. Papousek (1982). Infant-adult interactions: Their origins, dimensions, and failures. In T.M. Field, A. Huston, H.C. Quay, L. Troll en G.E. Finley (Eds.). *Review of human development*. Wiley, New York.
- Phares, V. en B.E. Compas (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: Make room for daddy. *Psychological Bulletin*, 110: 387-412.
- Reid, R., P.T. Cohen-Kettenis en L.J.G. Gooren (1993). *Psychiatric and psychological aspects of transsexualism*. Report on the occasion of the XXIIIrd Colloquy on European Law of the Council of Europe: Transsexualism, Medicine and Law. Strasbourg.
- Reinisch, J.M., M. Ziemba-Davis en S.A. Sanders (1991). Hormonal contributions to sexually dimorphic behavioral development in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 16: 213-278.
- Rutter, M. (1970). Sex differences in children's responses to family stress. In E. Anthony en C. Koupemik (Eds.). *The child in his family*. Wiley, New York.
- Scarr, S. en M. Eisenberg (1993). Child care research: Issues, perspectives and results. *Annual Review of Psychology*, 44: 613-644.
- Tanner, J.M. (1970). Physical growth. In P. Mussen (Ed.). *Carmichael's manual of child psychology* (vol 1.). Wiley, New York.
- Tanner, J.M. (1978). *Fetus into man: Physical growth from conception to maturity*. Open Books, London.
- Turner, G., R. Brookwell, A. Daniel, M. Selikowitz en M. Zilbowitz (1980). Heterozygous expression of X-linked mental retardation and chromosome maker. *New England Journal of Medicine*, 303: 662-664.
- Verbrugge, L.M. (1985). Gender and health: An update on hypothesis and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26: 156-182.
- Wingard, D.L. (1984). The sex differential in morbidity, mortality and lifestyle. *Annual Review of Public Health*, 5: 433-458.
- Zucker, K.J. en R. Green (1992). Psychosexual disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33: 107-151.