



IRIS SOMMER
PSYCHIATER EN
NEUROWETENSCHAPPER



‘We moeten een beetje opschieten’

Psychiater Iris Sommer ijvert voor sekse-specifieke behandeling van patiënten. Haar onderzoek naar het vrouwenbrein en psychosezorg laat zien dat dit geen overbodige luxe is.

TEKST HEDDA SCHUT BEELD TRYNTSJE NAUTA

Psychiater en neurowetenschapper Iris Sommer (Universitair Medisch Centrum Groningen) vindt dat medisch specialisten beter kunnen werken als ze meer oog hebben voor verschillen tussen man en vrouw. Ze onderzocht in het licht van sekse/gender vrouwen met een psychotische stoornis. Met deze overzichtsstudie, die verscheen in The Lancet Psychiatry, is ze genomineerd voor de Huibregtsprijs voor Maatschappij en Wetenschap 2022.

Je onderzocht het vrouwenbrein en psychosezorg. Wat waren je belangrijkste bevindingen?

‘Dat er nogal wat aanpassingen nodig zijn voor een goede diagnose en behandeling van vrouwen. Mannen voldoen meer dan vrouwen aan het bekende ziektebeeld van apathisch gedrag, wanen en hallucinaties. Voor jonge mannen van rond de 25 jaar die vaak ook blowen, is de huidige zorg optimaal ingericht. Bij mannen worden psychotische stoornissen ook eerder onderkend dan bij vrouwen, gemiddeld na twee jaar. Bij vrouwen is dat pas na gemiddeld 6,6 jaar. Het is lastig dat bij vrouwen een eerste psychose zich vooral uit in depressie, chaotisch gedrag en focusverlies, en minder in wanen en hallucinaties. De behandeling richt zich om die reden vaak op stemmingsklachten. Vrouwen kunnen op elke volwassen leeftijd psychotisch raken, ook rond de middelbare leeftijd of daarna. Dat maakt de juiste diagnose complexer. Daarnaast hebben zij ook andere doses medicatie of andere medicijnkeuze nodig.’

Geldt dit alleen voor jouw vakgebied?

‘Dat vrouwen soms andere doses of medicijnkeuze nodig hebben, is zeker niet uniek voor de psychiatrie. Vooralsnog wordt doorgaans niet seksspecifiek behandeld, wat de kans op overdosering voor vrouwen vergroot. Vrouwzijn is ook een van de belangrijkste risicofactoren voor bijwerkingen van medicijnen in het algemeen.’

‘Er zijn toch mensen die hangen aan de politiek correcte gedachte dat het mannen- en vrouwenbrein precies hetzelfde zijn’



Bernadet Santema, een collega uit het UMCG, liet met onderzoek naar hartfalen en de effectiviteit van medicatie zien dat de dosis bètablokkers en de gecombineerde groep medicijnen ACE-remmers/ARB's voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd eigenlijk gehalveerd moet worden. Het verbaast me niet als dit soort verschillen in effectiviteit van medicijnen ook voor andere specialismen geldt. Eind jaren negentig leerde ik in mijn artsenopleiding dat ik kinderen en ouderen anders en lager moest doseren. Over vrouwen anders doseren leerde ik niets.’

Wat levert meer onderzoek naar sekse- en genderverschillen op?

‘Aandoeningen zijn daarmee sneller te herkennen en beter op maat te behandelen. Daarin zit ook een urgentie,



want veel ziekenhuisopnames komen door medicatiebijwerkingen. Dat de medische wereld weinig oog had voor seksespecifieke farmacotherapie is geen slordigheid, desinteresse of misogynie. We dachten dat het voor de positie van vrouwen goed was om ook uit te gaan van biologische gelijkheid. Biologische verschillen, vooral in hersenen en gedrag, werden niet politiek correct bevonden. In sommige psychologische boeken is zelfs beweerd dat ze niet zouden bestaan. Aparte vrouwenziekenhuizen en mannen- en vrouwenafdelingen zijn verdwenen. Daar hebben we het kind met het badwater weggegooid. Ik denk dat het niet zo gek is om meisjes en vrouwen apart te bekijken, rekening houdend met hun hormonale status en met wat er rond de menopauze gebeurt. Want dat heeft effect op bijna alles. Dat mag best extra aandacht krijgen.'

'Dat vrouwen soms andere doses of medicijnkeuze nodig hebben, is zeker niet uniek voor de psychiatrie'

Wat moet er dan veranderen?

'Met meer onderzoek naar man-vrouwverschillen zijn we al een eind op weg. Dat is belangrijk voor bijvoorbeeld neurologen, longspecialisten, reumatologen, orthopedisch chirurgen en allergologen. Over medicatieonderzoek vragen The Lancet en andere wetenschappelijke tijdschriften al dat we per sekse analyseren en de resultaten apart aanleveren. Ook voor registratie van nieuwe geneesmiddelen is dat een vereiste. Maar het gaat om meer. De pathogenese tussen de seksen kan ook verschillen. Observatieel onderzoek zou gebaat zijn bij verplichte vermelding van de seksespecifieke resultaten. En ook op andere terreinen verdient sekse-specificiteit aandacht. Werken met artificial intelligence paradigma's bijvoorbeeld, vraagt alertheid of een aandoening wel goed wordt herkend bij beide seksen.'

Terug naar jouw onderzoek, waarin de invloed van geslachtshormonen een grote rol blijkt te spelen...

'In het onderzoek naar de biologische c.q. seksverschillen zie je dat geslachtshormonen een grote invloed hebben op de hersenen en dus op gedrag. Vrouwen in de vruchtbare leeftijd maken oestrogeen aan, dat hen een zekere bescherming biedt tegen verschillende psychiatrische en neurologische aandoeningen, zoals psychose. Als het oestrogeengehalte afneemt, kortdurend rond de menstruatie en definitief tijdens de menopauze, vermindert die bescherming. Daardoor ontstaan veel heftigere symptomen.'

Dat kan nogal wat gevolgen hebben...

'Als een psychose niet wordt herkend, en daarmee niet behandeld, kan iemand blijven handelen vanuit zijn wanen. De periode dat iemand psychotisch is, moet zo kort mogelijk zijn. Hoe langer iemand onbehandeld blijft, hoe moeilijker het wordt zijn rol in de samenleving te blijven vervullen. We noemen dat duration of untreated psychosis. En dat is een negatieve voorspeller. Dit - maatschappelijke - verlies is vaak niet meer te



herstellen. Vrouwen raakten zo bijvoorbeeld de voogdij over hun kind kwijt, heel traumatisch.’

Wat vraagt goede behandeling dan vooral?

‘Antipsychotica zijn - net als andere medicijnen - vooral getest op mannen tot 45 jaar. Nu zien we dat doseringen voor mannen vaak veel te hoog zijn voor vrouwen. Bij veel antipsychotica gaan de afbraak en uitscheiding bij vrouwen langzamer dan bij mannen, waardoor te hoge concentraties in het bloed kunnen ontstaan. Dat oestrogeen grote invloed heeft op leverenzymen die veel medicijnen afbreken, is voor mijn vak heel relevant. Het antipsychoticum quetiapine bijvoorbeeld wordt sneller afgebroken bij een hoog oestrogeengehalte. Van veel andere antipsychotica remt oestrogeen juist de afbraak door leverenzymen. Voor bepaalde medicijnen hebben vrouwen dus een andere dosis nodig dan mannen, en die moet worden bijgesteld rond de menopauze. Nu dit nog niet gebeurt, worden vrouwen vaak te hoog gedoseerd. Meldingen over bijwerkingen voor antipsychotica en anti-depressiva bij het Lareb komen veel vaker van vrouwen.’

Wat kunnen medisch specialisten zelf doen?

‘Onderzoeken bijhouden die nu verschijnen. Doe nascholing en organiseer regelmatig congressen over dit thema, zodat iedereen weer goed bij de les is. En als je data hebt die zich goed lenen voor dit soort onderzoek, is het fantastisch er iets mee te doen. We weten nog lang niet genoeg. Gelukkig zien we steeds meer belangstelling. We zitten niet te slapen. De Federatie Medisch Specialisten is heel actief via het initiatief Gender en Gezondheid, dat kennis op dit terrein wil vergroten.’

En de houding naar patiënten. Speelt dat ook een rol?

‘Ik was zwanger van mijn eerste kind en mijn gynaecoloog, een oudere heer uit het Gooi, sprak alleen met mijn man: “Uw vrouw zus, uw vrouw zo”. Dat mijn verbaasde man de bal terugkaatste, hielp niet. Dat vond ik wel eh... Ik ging natuurlijk naar een andere gynaecoloog. Dit was lang geleden en deze specialisten zijn vast van een uitstervende soort. Ons vak is bij uitstek een contactueel beroep. Empathische bejegening van patiënten is een niet te onderschatten factor. Mannelijke en vrouwelijke specialisten kunnen dat allebei, maar hun bejegening is anders. Het onderzoek van hoogleraar Professional Performance Kiki Lombarts liet zien dat het geslacht van de specialist uitmaakt. In een studie van mijn team onder psychiaters bevestigden we dat.’

Krijg je ook tegengeluiden?

‘Jazeker, niet iedereen is laaiend enthousiast. Zeker in mijn vakgebied. De titel van mijn boek Het vrouwenbrein wekte ook wrevel op. Er zijn toch mensen die hangen aan

‘Observationeel onderzoek zou gebaat zijn bij verplichte vermelding van de seksespecifieke resultaten’

de politiek correcte gedachte dat het mannen- en vrouwenbrein precies hetzelfde zijn. Vanuit de historie willen we vrouwen niet het zwakkere geslacht laten zijn. Dat zijn ze ook niet, maar wel anders dan mannen. Om Frans de Waal aan te halen: “Je hoeft niet hetzelfde te zijn om gelijkwaardig te mogen zijn”.’

Wanneer ben jij tevreden?

‘Geneeskunde is nooit af. Zeker in mijn nog jonge vak psychiatrie. Voor optimale behandeling van vrouwen kunnen we nog grote stappen zetten. Dat moet ook echt. We gaan steeds verder richting zorg op maat. Personalized medicine is een soort heilige graal. Sommige vakgebieden, zeker de oncologie, zijn daar al ver mee. In de psychiatrie staan we er nog ver van af. Dus we moeten opschieten, de schouders eronder zetten en doorpakken. Seksespecifieke behandeling is een stapje op weg naar personalized medicine. En dat is heel haalbaar. We kunnen dat best in een jaar of drie voor elkaar hebben.’

Jullie hebben al een mooi initiatief.

‘Sinds februari 2021 bestaat de Alliantie Gender en GGZ, een samenwerkingsverband met ggz-professionals, cliënten, Women Inc. en wetenschappers. Ons manifest mochten we aan de koningin aanbieden. We timmeren enorm aan de weg door meer aandacht te vragen voor sekse- en genderdiversiteit, meer gendersensitief wetenschappelijk onderzoek en onderwijs en meer bewustwording over genderverschillen bij professionals en publiek. Ik ben trots op deze stoere club. Begin november hebben we het hele MECC in Maastricht afgeboekt voor het negende World Congress on Women’s Mental Health. Genderspecifieke psychiatrie krijgt hiermee een grote internationale impuls.’



Meer info over het congres:
iawmh2022.org