

Mannetjesputters of vrouwtjesputters, wat maakt het uit?

Janneke van Mens-Verhulst

Wereldwijd is tweederde van alle depressieve klachten afkomstig van vrouwen en eenderde van mannen. Over dit verschil in prevalentie weten we inmiddels zeker dat dat niet biologisch, psychologisch of methodologisch kan worden verklaard, maar dat er vooral psychosociale en sociale factoren in het spel zijn. Wat betekent dit voor hulpverlening en preventie, als die maatwerk willen leveren?

Aan de ene kant ligt het zorggebruik van vrouwen aanzienlijk hoger dan dat van mannen - met name in de alternatieve zorg, maar ook in de eerstelijnszorg (voor de kenners: een odds-ratio van 1,63). Aan de andere kant geeft toch 33 % van de geïnterviewde vrouwen met depressieve klachten aan dat ze weliswaar behoefte heeft aan professionele hulp, maar deze niet daadwerkelijk zoekt - tegen 19% van de mannen (Bijl en Ravelli, 1998).

In dit artikel verdiep ik me in de factoren die een rol spelen in de ontwikkeling en behandeling van depressie aan de hand van het stress-coping model en aangevuld met wat we weten over seksespecifieke klachtenpresentatie, reacties vanuit het hulpverleningssysteem en de condities die bevorderlijk zijn voor verandering. Die factoren behandel ik per sekse, waarbij ik begin met de vrouwelijke helft. Daarbij praat ik over vrouwen even objectiverend als ik over mannen zal doen, dus alsof ik er *niet* bij hoor. Onderwijl weten u en ik wel beter, natuurlijk.

Vrouwen

Stressoren in vrouwenlevens zijn veelal geen eenmalige, ingrijpende gebeurtenissen maar chronisch van aard. Het gaat dan om:

- de culturele waarden en normen van wat 'hoort'.

Voor de meeste vrouwen geldt nog steeds de plicht van het zorgen voor anderen.

- de daadwerkelijke zorglast. Denk bijvoorbeeld aan de zogenoemde sandwichvrouwen, ingeklemd tussen de zorg voor het eigen gezin en de ouders? al of niet in combinatie met een baan.
- de discriminatie op het werk en in de openbare sfeer, waaronder 'voortdurend beoordeeld worden op je uiterlijk'.
- gebrek aan sociale steun en sociaal isolement.
- miskend verlies ten gevolge van abortus, ongewenste kinderloosheid of het afstaan van een kind.
- armoede: de bijstand is in feite een vrouwenzaak.
- gebrek aan sociale erkenning als huisvrouw en moeder, maar ook als kinderloze vrouw.
- seksueel misbruik en ander geweld - daadwerkelijk ervaren of als permanente dreiging.

In tegenstelling tot de gangbare opvatting lijken multiple rollen (zoals de combinatie van baan en gezin) te beschermen tegen depressie: ze voorzien in bronnen van steun, bieden vele mogelijkheden voor het ervaren van de eigen competenties en voor compensatie van de ene sfeer in de andere sfeer.

Overigens moet de invloed van de onderscheiden stressoren wel per leeftijdscohort anders worden ingeschat. Waar vrouwen tot ongeveer 1985 leden onder het 'oude moeten' van trouwen, kinderen en huishouden, lijden de jonge vrouwen van tegenwoordig onder het 'nieuwe moeten': juist degenen die thuis willen blijven bij hun kinderen moeten zich nu verantwoorden, terwijl de anderen - als 'macha's' - vaak moeten proberen *en carrière en geslaagd moederschap te verwezenlijken.*

De copingstijl van vrouwen is in het algemeen meer geconcentreerd op emoties en emotiemanagement. Bij depressieve vrouwen blijkt vooral het piekeren dominant te zijn. Dat is het repetitief (chronisch) en passief denken over de eigen emotionele reacties. Nolen-Hoeksema en collega's (1999) noemen dat de cyclus van wanhoop en passiviteit.

Het lijkt er vaak op dat die emotionele copingstijl vrouwen wordt kwalijk genomen, omdat hij zo ineffectief zou zijn. Die stijl moet echter wel worden begrepen tegen de achtergrond van de in cultureel, sociaal en

financieel opzicht aanwezige onmacht in vrouwenlevens - en dan kan het wel eens heel realistisch zijn te proberen de situatie te aanvaarden. Ook kan het zijn dat die stijl van passieve emotionele coping ooit functioneel was in hun leven, maar inmiddels disfunctioneel is geworden.

Veel vrouwen gaan ook actief op zoek naar sociale steun, maar daarbij vormen de *zorgschulden* die juist vrouwen (in tegenstelling tot mannen) opbouwen als ze zelf een beroep doen op sociale steun van anderen, wel een probleem.

Qua klachtenpresentatie zijn vrouwen doorgaans gemakkelijker in het uiten van hun gevoelens. Ze hebben niet zo'n schroom hun emotionele problematiek te presenteren in de spreekkamer van de dokter en geven daarbij meteen de context aan: het huwelijk, de kinderen, het werk, de relatie met anderen. Bij de RIAGG-intake gaat dat niet anders. Vrouwen met depressieve klachten melden in het intakegesprek dikwijls interpersoonlijke problemen, met als symptomen 'zich niet goed voelen', 'geprikkelde zijn', 'veel huilen'. (Tannen noemt hun communicatiestijl meer contactgericht dan informatieverricht.) Daarbij hebben ze dan behoefte aan medeleven (een luisterend oor), hechten aan verbondenheid en willen graag erkend worden in hun eigen identiteit (zorgend of niet, ambitieus of niet; of allebei).

In geval de vrouw deel uitmaakt van een heteroseksueel koppel, kan ze door de reactie van haar mannelijke partner op het uiten van haar depressieve gevoelens nog extra (chronische) stress ervaren: namelijk, wanneer hij volgens een manspecifiek patroon reageert - dus met probleemoplossing in plaats van empathie. Dit extra risico loopt ze ook bij een hulpverlener (man of vrouw) die geen empathie toont.

De hulpverleningsrespons hangt natuurlijk af van het pad dat de depressieve vrouw volgt. Huisartsen beschikken over een duidelijk protocol. Ik ga daar nu niet verder op in, behalve dat ik constateer dat dat protocol niet seksespecifiek is uitgewerkt en dat huisartsen zich er niet altijd aan houden; ook niet als het het voorschrijven van medicijnen betreft.

Over de RIAGG-intake weten we, dankzij het onder-

zoek van Fijjje de Boer (1994), dat het meestal de hulpverleners zijn die de stemming van een vrouw benoemen als depressief, en dat zij daarbij vooral sociale omstandigheden en interpersoonlijke problemen als oorzaak aanwijzen.

In de behandeling staat de sekserol doorgaans niet ter discussie. De traditionele GGZ-opvatting is dat vrouwen gebaat zijn bij het aanvaarden van hun sociale rol, want daarmee kunnen ze conflicten vermijden. (Dat wordt niet expliciet zo gesteld, maar er wordt wel impliciet naar gehandeld.) Tegelijkertijd worden hen wel 'mannelijke' oplossingen aangeboden, zoals 'aan zichzelf denken', 'nee zeggen' of 'grenzen stellen'.

Wat waarschijnlijk veel te weinig gebeurt, is dat er ook aandacht wordt besteed aan verbetering van de sociale en financiële omstandigheden en de culturele onmacht en dat er gewerkt wordt aan een betere lichamelijke conditie, bijvoorbeeld door aerobics (Nolen-Hoeksema e.a., 1999; Stoppard, 2000).

Over *condities voor verandering* van vrouwen weten we onder andere dat *erkenning* van identiteit en kracht en *herkenning* van de problematiek door de hulpverlener (M/V) essentieel is. In het verleden is vaak beweerd dat die alleen van vrouwelijke therapeuten zou kunnen komen, maar daarover wordt nu genuanceerder gedacht. Ik kom daar straks op terug.

Contact met andere vrouwen is heilzaam, zo weten we. Uit een recent Brits onderzoek (met controlegroepen) van Harris, Brown & Robinson (1999) blijkt dat zogenoemde *befriendings*projecten erg goed werken. Het ging daarbij echter om chronisch depressieve vrouwen - dus met langer dan twaalf maanden klachten. Zij kregen over een langere periode tenminste eenmaal per week bezoek van een vrouwelijk vertrouwenspersoon die een luisterend oor bood en samen met hen activiteiten ondernam. Belangrijkste factoren in het positieve effect bleken te zijn: het maken van een nieuwe start en een normale (!) vorm van gehechtheid. Het effect was overigens minder positief wanneer er in diezelfde periode nieuwe stressoren optraden en de vaardigheden tekort schoten

Uit de Nederlandse praktijk werd al in 1996 gemeld dat voor vijftigplus vrouwen ondersteunings-groepen nut-

tig zijn, mits de groep gesloten is en een zekere homogeniteit van problematiek heeft. Daarbij is het van belang dat de mogelijkheid wordt geboden na afloop door te gaan met zelfgeorganiseerde ondersteuningsgroepen (Bruininks en Loenen Martinet).

In het algemeen wordt als setting voor vrouwen de seksehomogene groep aanbevolen, omdat zij daarin goed steun kunnen vinden bij elkaar en samen het/hun leven kunnen bespreken; en omdat zij in zo'n groep beter hun onmacht en macht kunnen exploreren. Ze voelen zich dan vrijer in het oefenen van ander, 'mannelijk' gedrag. Begeleiders van het mannelijk geslacht moeten zich realiseren dat een seksestereotiepe interactie met deelnemers waarschijnlijk hun depressieve gedrag (passiviteit en afhankelijkheid) versterkt.

Al deze zaken zouden dus beter maatwerk voor 'vrouwtjesputters' kunnen opleveren.

Mannen

Stressoren in mannenlevens zijn misschien vaker zogenoemde ingrijpende gebeurtenissen, maar er zijn toch ook een aantal chronische stressoren die vaak niet worden onderkend - zo waarschuwt de mannenhulpverlening. Dat zijn bijvoorbeeld de situaties waarin het naleven van de mannelijkheidscoderingen in gevaar komen. Met mannelijkheidscoderingen worden bedoeld de geïnternaliseerde boodschappen over de rol en het gedrag dat mannen behoren te vertonen (Elst, 1999). Ik noem er enkele die in verband met depressie bijzonder relevant zijn. Een echte man

- verdient de kost voor zichzelf en voor degenen die van hem afhankelijk zijn
- onderscheidt zich door sterker, beter en sneller te zijn; concurreert
- is zelfstandig, onafhankelijk en kan alles
- heeft geen hulp nodig
- heeft zichzelf onder controle, is niet bang en huilt niet (met andere woorden: wat hij doet, is beheerst en rationeel) - is geen slachtoffer

De enige *emotie* die bij de mannelijkheidscoderingen gepast is, is woede.

Als deze coderingen worden nageleefd terwijl de omstandigheden dat eigenlijk niet toelaten, of als deze

coderingen om persoonlijke redenen niet meer kunnen worden nageleefd, dan kan mannelijkheid een ziekmakende factor zijn. Als mannen er dan toch naar blijven streven om aan de normen en waarden te voldoen, overschrijden ze langdurig hun fysiek en mentaal incasseringsvermogen, soms tot ze er - letterlijk - 'dood bij neer vallen'.

Veel mannen hebben de subjectieve ervaring afgesneden te zijn van andere mensen en leven daardoor in een psychisch isolement. Voor hun bescherming en geruststelling zijn ze aangewezen op hun vrouwelijke partner. Anders gezegd: ze besteden hun depressies uit aan vrouwen en worden zelf pas depressief als er geen vrouw meer is om het aan uit te besteden. Vaak denken ze dan dat een nieuwe relatie de oplossing is voor hun problemen.

Ook 'ingrijpende gebeurtenissen' moeten in het licht van deze coderingen worden begrepen: een vrouwelijke partner die gaat werken, kan de rol van kostwinner ondermijnen; een partner die je verlaat, betekent dat je hebt gefaald, niet alleen als partner maar ook in je mannelijkheid.

Als ik zeg dat de *copingstijl* van mannen enerzijds vermijdend en anderzijds actief probleemoplossend is, vertel ik u waarschijnlijk niets nieuws. Maar tegen de achtergrond van de mannelijkheidscoderingen is wel beter te begrijpen *waarom* die strategie favoriet is. Het 'onder controle houden', de zelfbeheersing en de autonomie passen uitstekend bij het 'almachtsidee', evenals het 'niet nodig hebben van anderen'. Het 'afsnijden van gevoelens en ervaringen' helpt dan bij het realiseren van - de voorgeschreven - rationaliteit. Die manier van opereren beschermt tegen depressie, totdat er sprake is van langdurige problematiek of reële onmachtssituaties, want die zijn niet meer met rationele probleemoplossing te verhelpen. Daarvoor is aanvaarding nodig.

Mannen onderdrukken hun gevoelens van hulpeloosheid en machteloosheid dus langer dan vrouwen. En ze wachten langer met het uiten ervan. Als ze zeuiten, gebeurt dat meestal niet in woorden, maar in daden: een extra blokje omgaan met de hond, meer dan gewoonlijk voor de televisie hangen, muziek draaien of computerspelletjes spelen.

Qua *klachtenpresentatie* wachten mannen lang voordat ze een hulpvraag stellen (zoals ze vaak ook moeite hebben de weg te vragen). Als het toch zo ver komt, dan prefereren ze medische boven psychische hulp. Melden ze zich eenmaal aan bij de Riagg, dan presenteren ze zichzelf ook als 'depressief' en rapporteren ze verschijnselen als 'slecht slapen en liggen te malen'. Hun communicatie is informatie- en niet contactgericht.

In de *hulpverlening* wordt vaak geoordeeld dat mannen hun gevoelens te weinig tonen en dat de hulpverlening hen dat moet leren. Je zou dat een 'vrouwelijke' norm kunnen noemen, of een norm van geëmancipeerde mannelijkheid. Mannen worden door hulpverlenenden dikwijls negatief geëtiketteerd als: star, gesloten, ongemotiveerd, dwingend, beschuldigend of agressief. Of in psychiatrische termen: externaliserend, vermijdend, anti-sociaal, egocentrisch en narcistisch. Hun pogingen tot oplossing (zoals overplaatsing aanvragen als je lijdt onder het gedrag van je baas) worden bijvoorbeeld als vlucht geduid, waarbij vergeten wordt om het feit dat ze in beweging zijn gekomen, positief te waarderen.

Depressies - verborgen achter alcohol- of drugsverslaving, werkverslaving, avontuurtjes, obsessief sporten of internetten - worden vaak niet onderkend (Elst, 1999). Wordt de depressie wel onderkend, dan wijst de RIAGG-intaker vaak persoonlijke of sociale problemen aan als oorzaak.

Valkuil van met name mannelijke hulpverleners is dat ze geen raad weten met slachtofferervaringen van mannen en dat ze - als die al gesignaleerd worden - adviezen gaan geven. Daarmee suggereren ze nog meer almacht, in de cliënt en vanuit zichzelf, in plaats van de onmacht onder ogen te zien.

Mannen leren liever iets dan dat ze worden geholpen *om te veranderen*. Ze hebben erkenning nodig van zowel hun kracht als hun schuld en angst. Dat betekent dat er allereerst inzicht aanwezig moet zijn in hun oplossingsstrategieën (als harde werker, als slachtoffer of als dader), maar dat die strategieën ook worden aanvaard door de hulpverlenende; en dat zij als cliënt ook zelf dat inzicht krijgen aangeboden. Het betekent tevens dat er begrip moet zijn voor de schuld die man-

nen voelen (dat zij niet aan hun coderingen voldoen) en de angst die zij hebben voor contact in het algemeen en in de hulpverlening in het bijzonder. Vragen als 'wat denk je?' of 'wat doe je?' leveren meer op dan vragen naar 'wat voel je?'. Observaties voorleggen als 'ik merk dat je stil bent' werkt beter dan een normatieve opmerking als 'wat ben je stil' - die gemakkelijker als verwijt is op te vatten.

Een groep is voor mannen niet automatisch een geschikte omgeving. Hun contacten onderling kenmerken zich vaak door competitie en strijd (in de sport en in hun baan). Verbondenheid is moeilijk te realiseren. Een mannengroep biedt echter wel een kans op het opdoen van wij-ervaringen en het verbreken van isolement door het ontdekken van gemeenschappelijkheden in individuele belevingen en gedragingen. Zo kan er ook een andere, eigen en bevredigender, invulling van mannelijkheid ontstaan.

Begeleiders van het vrouwelijk geslacht moeten zich realiseren dat de contacten met vrouwen vanuit mannen meestal worden gekenmerkt door aantrekking en het verlangen naar het ontvangen van zorg enerzijds en afweer tegen teveel zorg en veiligheid anderzijds. Dikwijls zal dit dilemma van geborgenheid en vrijheid ook tijdens de interventie spelen.

Wat mannen nodig hebben, is ruimte voor het leren leven met vragen; ze moeten elke vraag met een nieuwe vraag beantwoord krijgen. Hun veranderingsweg loopt van buiten naar binnen. (Duindam, 1999)

Seksespecifieke preventie

Wat betekenen deze empirische en klinische bevindingen nu voor maatwerk in een preventie cursus? Ik beperk me hier tot de doelstellingen, thema's en setting.

Qua *doelstelling* is het ten eerste is zaak dat zowel vrouwen als mannen zich een *variatie* in copingstijlen (probleem-oplossing of emotionele regulatie; actief of passief, confronterend of vermijdend) eigen maken en leren deze situationeel adequaat in te zetten, bijvoorbeeld naar gelang er sprake is van een macht- of onmachtssituatie en naarmate die onmacht korter of langer zal duren. Ten tweede zou het goed zijn als ze

zich bewust zouden worden van hun seksespecifieke coderingen; dus, dat vrouwen zich bezinnen op hun zorgpatronen en zichzelf onafhankelijk gedrag gaaf toestaan; en dat mannen (qua gevoel) contact krijgen met wat ze doen (in plaats van alleen maar 'te doen'). Hun verbindend vermogen versterken en hun (cultureel geïnduceerde) isolement leren doorbreken. Ten derde bepleit ik meer aandacht voor lichamelijk sterker worden, maar dan ook op vrouw- of manspecifieke wijze. Daarnaast is het mijns inziens belangrijk dat de doelen zoals ze worden gesteld in hun sociaal-culturele context worden bekeken. Assertiviteit en onafhankelijk gedrag zijn uit emancipatorisch oogpunt voor onze cultuur natuurlijk toe te juichen, maar daarbinnen kunnen we er niet aan voorbij gaan dat er voor vrouwen nog steeds een culturele rem werkt op dat gedrag - al verschilt de kracht van die rem per klasse, religie en etnische groep.

Andere en extra doelen brengen nieuwe *thema's seksespecifieke accenten* in beeld. Algemene mannethema's zijn bijvoorbeeld: arbeid, relaties, partnerschap en vaderschap, isolement, verslaving, agressie en relaties (in termen van hartstocht, verstand en seksualiteit). Algemene vrouwenthema's zijn o.a. uiterlijk, zorg, gebrek aan erkenning, verbondenheid, moederschap en 'de combinatie' van betaald werk en moederschap. Geweld is een thema voor beide sekse, maar staat per sekse in een andere context. Een ander moet natuurlijk qua leeftijdsgroep worden aangepast en in relatie tot depressie worden gebracht. Verder moeten we er op bedacht zijn dat dezelfde thema's een andere betekenis kunnen hebben voor mannen en vrouwen - zowel in de manier waarop het hun identiteit raakt als qua mogelijkheden om er wat aan te doen.

Setting. Van een sekseheterogene groep (dus mannen en vrouwen) denken we dat daarin vrouwen moeilijker experimenteren met agressief gedrag en meer geneigd zijn aan hun traditionele rolpatroon vast te houden, terwijl mannen het 'emotiewerk' dan toch aan de aanwezige vrouwen overlaten. De autoriteits- en intimiteitsdimensie worden dikwijls seksespecifiek ingevuld.

Een seksehomo-gene groep biedt een andere kwaliteit veranderruimte, zoals bleek uit het voorafgaande man/vrouwoverzicht. Belangrijke bijbehorende tip is daarbij het "Ark van Noach principe" aan te houden, dus van elke 'soort' (zwart/wit, oud/jong, hetero/homo of biseksueel) er minstens twee in de groep op te nemen om isolement tegen te gaan. (Boedjarath, 1994). De voordelen van seksehomo-gene werken kunnen overigens (tot op zekere hoogte) ook worden gerealiseerd binnen een sekseheterogene groep, door systematisch met seksehomo-gene subgroepen te werken.

Tenslotte nog het volgende: vermoedelijk heeft mijn verhaal naast een 'o ja?' en 'dat herken ik!' ook verschillende keren een 'ja maar'-reactie bij u opgeroepen. U zult zich niet in alle opzichten of misschien wel helemaal niet hebben herkend in de typering van de algemene situatie van vrouwen en mannen en ook de beschrijving van de mannelijke en vrouwelijke depressieve cliënten klopte vast niet op alle punten.

Dat kan ook niet anders. Mijn verhaal is gebaseerd op meerderheden en gemiddeldes. Dat is niet hetzelfde als een individuele man of vrouw. Het geeft hoogstens een aanwijzing van de waarschijnlijkheid dat je een bepaalde stressor, stijl of zorgbehoefte bij een vrouw of man (cliënt of hulpverlener) tegen zult komen. Dergelijke gemiddelde verschillen mag je echter niet verabsoluteren, want:

1. Naast verschillen is er heel veel overlap tussen de seksen! Er zijn mannen die piekeren en er zijn vrouwen die problemen vermijden in plaats van erover te praten. Genderrol-oriëntatie blijkt hierin een belangrijke intermedieërende variabele te zijn.
2. Iedere man of vrouw creëert een eigen identiteit uit de sekse-elementen die aangeboden worden tijdens hun leven. Een sekse *heb* je niet, maar *produceer* je - dagelijks. En dat doe je niet in je eentje, maar in wisselwerking met je sociale omgeving.
3. Er doen zich in de loop der tijd verschuivingen voor, zowel in opvattingen over mannelijkheid en vrouwelijkheid, als in de levens die door mannen en vrouwen worden geleefd. Daarom is historisering en contextualisering van individuele verhalen en doelgroepen zo belangrijk, bijvoorbeeld in

termen van het 'oude en het nieuwe moeten'.

4. Sekseverschillen zijn niet de enige relevante verschillen. Etniciteit, leeftijd, seksuele voorkeur en klasse spelen daar op vergelijkbare wijze doorheen en verdienen ook permanente aandacht. (Mens-Verhulst, 1996, 1997).

(Deze tekst is een bewerking van een lezing die Janneke van Mens-Verhulst op 21 juni 2000 hield voor preventiewerk(st)ers, in verband met de cursus *In de put, Uit de put* (Zie Cuijpers 1999). Bewerking door Tonja van den Ende)

Janneke van Mens-Verhulst is bijzonder hoogleraar aan de Universiteit voor Humanistiek voor de theorie en praktijk van de vrouwengezondheidszorg, in het bijzonder de geestelijke gezondheidszorg.

Literatuur

- Bijl, R.V. en Ravelli, A. (1998) 'Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)'. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 76: 446-57.
- Boedjarath, I. (1994). 'Over oude principes en nieuwe doelgroepen'. In J. van Mens-Verhulst & L. Schilder. *Debatten in de Vrouwenhulpverlening*. Amsterdam: Babylon-De Geus: 55-73
- Boer, F. de (1994). *De interpretatie van het verschil. De vertaling van klachten van mannen en vrouwen in de Riagg*. Proefschrift. Universiteit van Amsterdam.
- Bruininks, J. en Loenen Martinet, L. van (1996). 'Netwerken bij de Riagg voor vrouwen in sociaal isolement'. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 12: 1290-1296
- Cuijpers, P. (1999) *In de put Uit de put. Zelf depressiviteit overwinnen*. Cursusmap. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Harris, T., Brown, G.W. & Robinson, R. (1999). 'Befriending as an Intervention for Chronic Depression

- among Women in an Inner City.' I. Randomised Controlled Trial. *British Journal of Psychiatry* 174: 219-24
- Duindam, V. red. (1999) *Ruimte voor mannen. In de hulpverlening, in de wetenschap, in de alternatieve hoek*. Amsterdam: Van Gennep.
- Elst, T. van (1999) 'Mannengroepen in Nederland. Tendensen en Perspectieven'. *Werken met Mannen* 2 (4): 1.
- Loo, J. van der (1997) *Mannen en intake*. Utrecht: Transact.
- Mens-Verhulst, J. van (1996), *Vrouwenhulpverlening: diversiteit als bron van zorg. Oratie*. Utrecht: Universiteit voor Humanistiek.
- Mens-Verhulst, J. van (1997) 'Gelijkheid is niet goed genoeg in de feministische hulpverlening'. *Reken-schap*. 156-170
- Nolen-Hoeksema, (1990) *Sex Differences in Depression*. Stanford CA: Stanford University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. & Grayson, A. (1999) 'Explaining the Gender Differences in Depressive Symptoms'. *Journal of Personality and Social Psychology* 77: 1061-1072.
- Ridder, D. de (2000). 'Gender, Stress and Coping: 'Do Women Handle Stressful Situations Differently from Men?' In L. Sheir & J.S. St. Lawrence (eds), *Women, Health and the Mind*. London: John Wiley & Sons.
- Santfort, Th., Graaf R. de, Bijl, R.V., Schnabel, P. (submitted) 'Sexual Orientation and Mental Health'. *Arch. Gen Psychiatry*
- Schilder, L. (1999). 'Gender-specifieke hulpverlening in het maatschappelijk werk'. In G. van der Stouw (red) *Maatschappelijk werk 2. Verkenning in doelgroepen en werkvelden*. Groningen: Wolters Noordhoff.
- Stoppard, J. M. (2000) *Understanding Depression. Feminist social constructionist approaches*. London/ New York: Routledge.
- Tannen, D. (1993), *Je begrijpt me gewoon niet. Hoe vrouwen en mannen met elkaar praten*. Amsterdam: Ooievaar.