

# Het zwakke geslacht

## Sociaal-culturele notities

CHRISTIEN BRINGREVE

**Brinkgreve C. Het zwakke geslacht. Sociaal-culturele notities. Huisarts Wet 1995; 38(9): 431-5.**

**Samenvatting** Psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek laat bij tal van ziektebeelden een overwicht van vrouwen zien. Naast biologische en psychologische verklaringen zijn sociologische benaderingen naar voren gekomen, met als centrale begrippen cultuur, (on)macht, sociale rol en positie, strijdige eisen en rolconflicten. In dit artikel wordt de sociologische benadering uitgewerkt aan de hand van drie ziektebeelden: hysterie, depressie en het chronisch moeheidssyndroom. De – soms impliciete – hypothesen in deze beschouwingen worden geordend en er wordt ingegaan op de verhouding tussen het globale sociologische niveau en de individuele benadering.

Prof.dr. C. Brinkgreve, hoogleraar sociale wetenschappen, Vakgroep ASW, Postbus 80140, 3508 TC Utrecht.

### Inleiding

Psychiatrisch-epidemiologisch onderzoek laat bij tal van ziektebeelden een overwicht van vrouwen zien. Zo komt depressie ongeveer tweemaal zoveel voor bij vrouwen als bij mannen. Voor fobieën geldt hetzelfde; vooral onder agorafobici is het aantal vrouwen relatief hoog (2,5 maal zoveel). Onder de lijdens aan anorexia nervosa is het vrouwelijk overwicht het grootst: tien maal zoveel vrouwen als mannen staan geregistreerd als 'anorexieten'. En ook het recente, nog tamelijk mysterieuze chronische moeheidssyndroom komt veel meer voor bij vrouwen, en wordt als nieuwe vrouwenziekte gezien.

De verklaring voor deze discrepantie is eeuwenlang vooral gezocht in het vrouwelijk lichaam: in haar orgaanstelsel, met de baarmoeder als vitaal en kwetsbaar orgaan, en in haar gevoelige zenuwstelsel. Na deze biologische verklaringen ontwikkelden zich psychologische theorieën die de verklaring voor het veelvuldig lijden van vrouwen elders zochten: in het seksuele geweld dat haar ooit was aangedaan, of in de verdringing van haar driften en innerlijke conflicten. Pas vrij recent kwamen sociologische verklaringen naar voren. Hierin zijn voortplantingsorganen, zenuwstelsels en psychische conflicten naar de achtergrond verdwenen, en wordt gewezen op het belang van maatschappelijke omstandigheden, cultuur en machtsverhoudingen tussen de seksen. In deze verklaringen circuleren begrippen als onderdrukking, patriërchaat, rol en rolconflict.<sup>1,2</sup>

Een sociologische benadering kan op verschillende manieren gestalte krijgen. Ziekten – vooral onbegrepen ziekten – kunnen gezien worden als culminatiepunt van spanningen in een cultuur,<sup>3</sup> of – een heel andere invalshoek – als projectiescherm voor de preoccupaties van mensen in een bepaalde tijd.<sup>4</sup> Een andere vorm van de gerichtheid op de *waarneming* van de ziekte – en niet op de ziekte zelf – is het onderzoeken van de opkomende en weg ebende golven van aandacht voor bepaalde ziekten of problemen.<sup>5,6</sup> Deze aandacht zegt iets over een cultuur, over wat mensen

bezighoudt, over de preoccupaties in een samenleving, zoals slankheid, of werk en carrière; dat laatste zou dan verband kunnen houden met hedendaagse klachten over moeheid en stress, met als bijbehorende ziektebeelden het chronisch moeheidssyndroom en burn out.

Van een vergelijkbare breedheid zijn de beschouwingen over de manieren waarop opvattingen over vrouwelijkheid doorwerken in een cultuur: in de belemmeringen die deze voor vrouwen kunnen vormen en de innerlijke spanningen die op grond hiervan kunnen optreden, maar ook in de manier waarop vrouwen beoordeeld worden. En véroordeeld, als ze afwijkend gedrag en gevoel tonen, in sommige gevallen als 'psychisch gestoord'.

In dit artikel geef ik een indruk van de sociologische benadering aan de hand van drie ziektebeelden: hysterie, depressie en het chronische moeheidssyndroom. Hier van uitgaand kunnen hypothesen en verdere vragen worden geformuleerd met betrekking tot de vraag waarom vrouwen verhoudingsgewijs zo veelvuldig lijden aan psychische problemen. Ik hoop met deze noties de biologische en psychologische benaderingen te kunnen completeren.

### Hysterie

Aan hysterie is vanuit vrouwenstudies veel aandacht besteed. Hysterie was een ziekte waaraan eind vorige eeuw veel vrouwen leden, met als symptomen verlammingen, blindheid, doofheid en spraakeloosheid, zonder dat hiervoor een neurologische basis werd gevonden. De oorzaken werden afwisselend gezocht in hun op drift geraakte baarmoeder, in de koude en vochtige sappen van vrouwen en in hun gevoelige zenuwstelsel.

Ook bij Sigmund Freud, die eind vorige eeuw zijn praktijk voor zenuwzieken opende, gingen deze vrouwen te rade, en zij waren degenen die hij begon te behandelen met zijn psychische geneeswijze. De oorzaak van de hysterische verschijnselen zag Freud in seksuele traumata: seksuele vergripen die hun door hun ouders of

ouderen in hun vroege jeugd waren aangedaan. Later verliet hij voor een deel deze gedachte, en verplaatste hij zijn aandacht naar het rijk der verbeelding. Er zouden in veel gevallen geen reële seksuele vergripen hebben plaatsgevonden, maar het betrof hier fantasieën, wensen en angsten van kleine kinderen ten opzichte van hun ouders.

Deze gedachte van het gefantaseerde karakter van de seksuele verhalen van patiënten heeft lang doorgewerkt in het psychiatrie en psychotherapeutisch denken, en vele generaties therapeuten blind gemaakt voor het veelvuldig voorkomen van incest en andere vormen van seksueel geweld die kinderen, en vooral meisjes, worden aangedaan. Om dit verlaten van de 'traumatheorie' is Freud de laatste jaren vanuit feministische kring hevig bekritiseerd. Allerlei latere psychische stoornissen, zoals dissociatieverschijnselen, 'borderline'-gedrag, gynaecologische klachten en ook hysterie, worden thans in verband gebracht met vroegere ervaringen van seksueel geweld.<sup>7,8</sup>

Afgezien van deze hernieuwde aandacht voor seksueel geweld als oorzaak van latere psychische stoornissen wordt vanuit feministisch perspectief over hysterie vooral geschreven in termen van gedragsrestricties en rolconflicten. Deze literatuur gaat vooral over de hysterie waar vrouwen rond de eeuwwisseling aan leden. De 'grote hysterie' die vrouwen toen veelal vertoonden, zou heden ten dage – mede als gevolg van de psychofarmaca – verdwenen of in elk geval sterk verminderd zijn.

Toch staat hysterie nog steeds vermeld in de psychiatrische statistieken, en ook nu nog zijn de patiënten in meerderheid vrouwen. In een inmiddels klassiek geworden artikel wijst de Amerikaanse hoogleraar geschiedenis en psychiatrie Caroll Smith-Rosenberg op een aantal factoren in de negentiende-eeuwse Amerikaanse samenleving die hysterie tot een reële gedragsoptie voor vrouwen maakten: de discontinuïteit tussen ideaal en werkelijkheid in vrouwenlevens, de rol-inconsistenties tussen de opvoeding als meisje en het leven als volwassen vrouw, de botsing tussen de

centrale rollen van de 'ware vrouw' (zacht, emotioneel, afhankelijk, teer, kwetsbaar) en de 'ideale moeder' (verdragen van lichamelijke pijnen, vermoeidheid, opgeslotenheid in het gezin), en de frustraties als er ook nog andere idealen en ambities waren dan het moederschap.<sup>9</sup> De meisjesopvoeding leidde tot 'egozwaktes', die makkelijk leidden tot hysterisch gedrag. De culturele waarden waarin vrouwen werden grootgebracht, maakten de hysterie tot een toegankelijk gedragspatroon. En tenslotte was hysterie een manier om macht uit te oefenen in het gezin, waarbinnen de machtsverhouding tussen mannen en vrouwen veel ongelijker was dan nu het geval is. Kortom: een onmachtige manier om macht uit te oefenen, en de enige manier waarop vrouwen hun vijandigheid en agressie konden en mochten uiten.

Ook andere auteurs wijzen erop dat hysterische symptomen en toevallen vrouwen in staat stelden hun woede en ongenoegen met hun leven te uiten op een sociaal geaccepteerde manier,<sup>10</sup> op een manier die slechts een overdrijving vormde van de stereotype vrouwelijke persoonlijkheid uit die tijd. Een vergelijkbare redenering volgt Els Bransen in haar proefschrift in wording over het premenstrueel syndroom: voor sommige vrouwen zou deze diagnose een erkenning betekenen voor hun premenstruele klachten, en daarmee een geaccepteerde grond voor het uiten van woede en irritatie die anders niet geuit mogen worden (vanwege het nog altijd bestaande beeld dat vrouwen lief, aardig en zacht moeten zijn).

Al is het voorafgaande een historische beschouwing, toch worden hier condities genoemd die nog altijd in meerdere of mindere mate gelden voor vrouwen. Vrouwen worden minder beperkingen opgelegd dan in de vorige eeuw, maar nog altijd zijn de restricties waaronder vrouwen in veel gevallen leven groter dan bij mannen het geval is. Ook is er nog altijd sprake van discontinuïteit tussen de eisen en verwachtingen die jegens vrouwen gelden (lief, aardig en zorgzaam, maar ook zelfbewust, assertief en autonoom) – een discontinuïteit die gemakkelijk tot innerlijke

conflicten kan leiden. Het stellen van duidelijke grenzen dat door menige hedendaagse vrouw als probleem wordt ervaren, kan hiermee samenhangen, evenals de 'egozwakte' die vrouwen nog altijd zou kenmerken.<sup>11</sup> De duiding van hysterie als onmachtige manier om macht uit te oefenen en vijandigheid te tonen, lijkt haar geldigheid niet verloren te hebben in een tijd waarin de sekseverhoudingen nog altijd gekenmerkt worden door ongelijkheid en onderschikking.

## Depressie

Depressie komt twee keer zoveel voor bij vrouwen als bij mannen. Bij vrouwen uit lagere klassen met kinderen thuis komt depressie gemiddeld vier keer zoveel voor als bij middenklasse-vrouwen (20 versus 5 procent).<sup>12</sup> De piek ligt bij vrouwen tussen de 20 en 40 jaar die getrouwd zijn en kinderen hebben.<sup>13</sup> Dit suggereert op zijn minst een sociale verklaring.<sup>14</sup> Kinderen, toch algemeen beschouwd als een grote vervulling en een bron van bevrediging, dragen statistisch gezien belangrijk bij tot depressie onder vrouwen.

Dit verband komt al direct anders te liggen als er gekeken wordt naar de hulp die de moeder krijgt: als ze goede kinderopvang heeft – wat samenhangt met inkomen en dus met sociale klasse – en/of een man die meehelpt, dan zakt de depressiecore flink.<sup>15</sup> Lagere sociale klasse, kinderen thuis, afwezigheid van 'social support' zijn stevige sociale depressieverhogers. Ernstige gebeurtenissen – 'life events' – kunnen leiden tot depressies, maar vrouwen hebben niet met meer life events te maken dan mannen. Ze hebben wél een grotere kwetsbaarheid voor de effecten van life events, vooral als ze thuis zitten met kleine kinderen, geen werk hebben en geen sociale steun, kortom als ze in bepaalde sociale omstandigheden verkeren.

(Gebrek aan) zelfwaardering blijkt ook voor depressie een belangrijke noemer, die sterk correleert met de (afwezigheid van) steun van een intieme naaste ('core tie': man, minnaar). In geval van lage zelfwaardering en gebrek aan steun bestaat een sterk verhoogd risico op depressie.<sup>16</sup>

Dat de band met intimi hier belangrijk is, blijkt ook uit het gegeven dat echtscheiding en echtelijke twisten gebeurtenissen zijn die zeer vaak voorafgaan aan depressie.<sup>14</sup>

Als we de gegevens systematiseren, blijkt er een duidelijk verband te bestaan tussen depressie en sociale klasse, sociale rol en positie, en sociale steun. Een hogere sociaal-economische positie hangt samen met een lagere depressiescore. De huisvrouwrol heeft een lage sociale status, wat samenhangt met een lage zelfwaardering. Sociale steun blijkt een cruciale factor: of buitenshuis werken voor vrouwen met kleine kinderen een gunstig effect heeft, hangt af van de steun die ze krijgt.<sup>14</sup> Hoe meer mannen delen in het huishoudelijk en zorgend werk, des te lager de gemiddelde depressiescore van vrouwen.<sup>15</sup>

De laagste depressiescore zien we bij vrouwen die buitenshuis werken en geen kinderen hebben, of die wel werken en kinderen hebben, maar kunnen steunen op goede opvang of de zorg hiervoor kunnen delen met hun echtgenoot. De depressiescore stijgt als vrouwen thuis zitten met kinderen, en is het hoogst – tweemaal zo hoog als bij de eerste categorie – bij vrouwen die buitenshuis werken, kleine kinderen hebben en de steun missen van een goed kinderopvang of hulp van hun echtgenoot.<sup>15</sup>

### **Chronisch moeheidssyndroom**

Er valt een parallel te trekken – zoals onlangs gedaan werd in een artikel in *Psychological Medicine* – tussen het chronisch moeheidssyndroom en de neurasthenie of zenuwzwakte die rond de eeuwwisseling zo welig onder vrouwen tierde.<sup>17</sup> Deze werd toen verklaard uit de ‘intellectuele overinspanning’ die van vrouwen zou zijn geëist, ten tijde van de eerste feministische golf; haar gevoelige zenuwstelsel zou daar niet tegen zijn opgewassen.<sup>18, 19</sup> Een van de belangrijkste symptomen was moeheid, aldus de Amerikaanse neuroloog George Beard, die in 1869 de term neurasthenie voor het eerst gebruikte. Naast de diepe moeheid van lichaam en

geest noemde hij als kenmerken dat de aandoening geheel organisch was en vooral voorkwam in goed opgeleide en professionele klassen. De kwaal zou verder grotendeels voortkomen uit omgevingsfactoren, en de behandeling bestond uit rust.

De auteur van dit artikel, de Londense psychiater Wessely, beschouwt het huidige chronische moeheidssyndroom als herleving van de oude neurasthenie. Ook in de toeschrijving aan het tijdsgewricht vallen parallellen te trekken. Net als nu werden rond de eeuwwisseling de haast, de hoge emotionele druk en de rusteloosheid van het sociale leven aansprakelijk gesteld voor de zo vaak geconstateerde staat van uitputting. Kortom, externe omgevingsfactoren.

Ook de gedachte van vergiftiging – de veronderstelling dat het lichaam ziek wordt gemaakt door de omgeving, vergiftigd door voedsel of slechte lucht – gold toen en nu.

Het blijft natuurlijk de vraag waarom vrouwen hiervoor gevoeliger zouden zijn dan mannen. Als men denkt aan ‘intellectuele overinspanning’ zou toen en nu gewezen kunnen worden op de vele inconsistenties in de verwachtingen jegens vrouwen, aan de overgang van oude naar nieuwe eisen van mondigheid en autonomie. Als men denkt aan een vorm van lichamelijke vergiftiging, zou men weer terecht kunnen komen bij het gevoeliger zenuwstelsel van vrouwen, of bij de moderne variant: haar hormoonhuishouding. Op dit gebied valt duidelijk nog veel onderzoek te doen; kennis van vroegere aandoeningen en diagnostische beschouwingen kan hierbij vruchtbaar zijn.

### **Hypothesen**

De grondgedachten of de – soms impliciete – hypothesen in deze en andere hier niet behandelde sociologische literatuur vallen als volgt te ordenen.

Het vaker voorkomen van psychische klachten bij vrouwen wordt allereerst verklaard uit de *ongelijke machtsverhouding* tussen de seksen. Met andere woorden: uit de onderdrukking van vrouwen, haar onmacht, machteloosheid of ondergeschikte

positie. Deze verklaring blijft zeer globaal, en wordt op verschillende manieren uitgewerkt. Klachten en symptomen worden gezien als uiting van *onderdrukking of onmacht*, of als onmachtige poging om macht over anderen – in veel gevallen de echtgenoot – te verkrijgen. Waanzin of psychische stoornissen worden ook gezien als *protest of revolte*, als poging om aan de onderdrukking te ontsnappen. Hierin komt de meer romantische visie op waanzin naar voren die we ook uit de antipsychiatrie kennen. Deze benadering valt verder uit te werken in de zin van waanzin als regelvertreding of grensoverschijding. Dit kan ook uitgetild worden boven het individuele niveau, en bekeken als cultuurvernieuwing of cultuurkritiek. Of, zoals de filosoof *Van der Haegen* uitwerkt: hysterie als kritiek op de ‘westerse rationaliteit’. De weerstand van de hystericus betekent in haar visie niet alleen een doorbreking van de familiale orde, maar tevens een versterking van de symbolische orde.<sup>20</sup>

Een andere verklaringsgrond voor het vaker voorkomen van psychische klachten bij vrouwen wordt gezocht in de *strijdigheid van de eisen* die vrouwen worden gesteld, met andere woorden: in de ‘tegengestelde cultuuropdrachten’ die vrouwen krijgen. Bekend is de slopende reeks van ‘vrouw, moeder, minnares’, waaraan recent ook nog de ambitieuze carrièremakende vrouw is toegevoegd. Al deze ‘rollen’ zouden verschillende en in veel gevallen ook strijdige eisen aan vrouwen stellen. Het interessantst is deze benadering als we kijken naar de conflicten tussen de idealen en eisen waarmee vrouwen als jong meisje zijn grootgebracht, en de eisen die in hun volwassen vrouwenbestaan worden gesteld. Dit wordt gedaan voor de hysterie van rond de eeuwwisseling en voor de huidige anorexia nervosa.

Een hypothese die meer de verschijningsvorm dan de oorzaak betreft, zou de *karikatuurhypothese* kunnen worden genoemd: hysterie wordt dan beschouwd als overdrijving van de vrouwelijkheidsidealen van toen, anorexia als overdrijving van de slankheidsidealen van nu. Of meer in de zin van uitbreiding: sommige vormen van psychopathologie kunnen gezien wor-

den als uitbreiding van het 'seks-rolgedrag', zoals passiviteit en depressie bij vrouwen, en agressie en sociopathisch gedrag bij mannen.

Een minder vaak gehoorde verklaring van psychische klachten is de these van de *sociogenetische regressie*, die vooral voor fobieën is uitgewerkt: de gedachte dat in de onbegrijpelijke angsten van mensen, in veel gevallen vrouwen, het vermijdingsgedrag dat paste in vroeger tijden herhaald wordt. De uitgaansverboden die vroeger golden, zijn de straatangsten van nu geworden; de sociale afstand die vroeger passend werd geacht, herhaalt zich nu als hinderlijke verlegenheid of sociale fobie.<sup>21</sup>

In de recente aandacht voor 'sociale omstandigheden' als verklaringbron voor de hogere klachtenscore van vrouwen klinkt als vaste melodie de beperkingen van het moeder- en huisvrouwbestaan: het eentonige, geïsoleerde, ongestructureerde karakter hiervan en het lage prestige dat het geniet. Naast die eentonigheid van het thuisvrouwbestaan, of de prikkelarmoede, wordt er de laatste tijd op gewezen dat juist het teveel aan prikkels of de overbelasting die de combinatie van buitenshuis werk en de opvoeding van kinderen voor vrouwen met zich mee kan brengen, tot allerlei klachten en kwalen zou leiden. De meeste moeheidsklachten doen zich voor bij vrouwen die buitenshuis werken en kleine kinderen hebben. Hier ligt een interessant verschil met moeheidsklachten van mannen, die juist het sterkst optreden als ze geen werk hebben. De betekenis van werk verschilt nog altijd aanzienlijk voor de seksen, maar ook het hebben van kinderen: dit laatste belast de ene seks duidelijk veel meer dan de andere.<sup>23</sup>

Beide veronderstellingen zouden nader onderzocht moeten worden, op een systematischer wijze dan tot nu toe het geval is geweest, met inachtneming van verschillende factoren die betekenis en belasting sterk kunnen beïnvloeden. Ook hier lijkt, net als bij depressie, sociale klasse een belangrijke factor. Hoe hoger de sociaal-economische positie, des te meer mogelijkheden om huishoudelijke steun en kinderopvang te verkrijgen, wat de last aan-

zienlijk kan verlichten. Verder blijkt uit depressie-onderzoek duidelijk hoe groot de betekenis is van een helpende man thuis, niet alleen voor de sfeer maar ook voor de vermindering van moeheid en depressie bij vrouwen.

Het chronische moeheidssyndroom valt niet zo duidelijk in verband te brengen met sociologische factoren als sociaal-economische status, sociale rol en positie, en de steun die vrouwen thuis krijgen. Het zoeken van ziek-makende factoren gaat op dit moment meer in de richting van lichamelijke verstoringen als gevolg van voedsel of een vergiftigd milieu. Maar het laatste woord is daar nog niet over gezegd en – net als bij neurasthenie – kan de aandacht ook weer verschuiven naar psychische verklaringen. Het verzet daartegen is echter groot, alsof daarmee gezegd zou worden dat het niet echt zou zijn (de eeuwige misvatting met betrekking tot de psychiatrie).

Sociologisch valt het chronische moeheidssyndroom te bezien als ziekte van deze tijd, als culminatiepunt van wat mis is in een cultuur, in de zin van een sterke vorm van de alom aanwezige rusteloosheid, spanning en een ongezond milieu – vergelijkbaar met de wijze waarop anorexia in sommige beschouwingen gezien wordt als overdrijving van het slankheidsideaal en hysterie van het gevoeligheidsideaal. Een bezwaar van deze verklaringen is hun breedheid en weinig specifieke karakter. Zo werden de haast en de rusteloosheid rond de eeuwwisseling ook al aangevoerd voor de toen opkomende neurasthenie.

### Tot slot

De speciale relatie tussen vrouwen en ziekte kan, zoals we zagen, verschillende oorzaken hebben. Vrouwen hebben andere lichamen dan mannen, en een andere psychosociale ontwikkeling. Vanouds is hierin de verklaring gezocht voor de seksverschillen in klachten en kwalen. Daarna kwamen sociale factoren in de belangstelling, zoals de ongelijke machtsverhouding tussen mannen en vrouwen, of de zware en tegenstrijdige eisen die aan vrouwen wor-

den gesteld. Deze sociologische verklaringen maken de lichamelijke en psychische verklaringen echter niet overbodig. Categorieën als machtsongelijkheid, repressie en strijdige eisen zijn te breed en blijven te oppervlakkig om individuele ziekten te kunnen verklaren. Zoals de socioloog de psycholoog een zekere blindheid voor de sociale context kan verwijten, zo kan de psycholoog tegenwerpen dat het sociologisch denken in termen van groepen en categorieën weinig inzicht biedt in de ontwikkeling van individuele symptomen. Het globale sociologische niveau vormt het brede raamwerk waarbinnen individuele levens zich afspelen, levens met hun eigen draaglast. Elk gezin, elke verhouding, elke figuratie waarbinnen individuele levens zich afspelen, vormen eigen variaties op de sociale en culturele vormen uit die periode, met hun eigen eisen, complexiteiten, opdrachten en belasting. Daarnaast is de individuele draagkracht van belang. Mensen verschillen in wat ze aankunnen, en in de psychische en sociale hulpbronnen die ze tot hun beschikking hebben. Door jeugdtrauma's zoals incest kan de kwetsbaarheid sterk vergroot zijn, kan iemand als het ware vleugellam zijn geworden, en steeds weer vervallen in angsten, depressies, en in zich herhalende gewelddadige verhoudingen.

Hoé de ontwikkeling van dergelijke symptomen precies in zijn werk gaat is natuurlijk een ingewikkeld verhaal. De uitdaging blijft om oog te hebben voor individuele verhalen en variaties en toch de bredere blik te behouden die in staat is sociaal-culturele patronen te onderkennen.

### Literatuur

- 1 Jansen W, Brinkgreve C. Waanzin en vrouwen. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger, 1991.
- 2 Meeuwesen L, Ruiters M, Westerbeek van Eerten J, Brinkgreve C. Vrouwen en gezondheid. Een overzicht van onderzoek naar gezondheidsklachten van vrouwen 1970-1990. Den Haag: Steo, 1991.
- 3 Bordo S. Psychopathology as the crystallization of culture. *Philosophical Forum* 1985-86; 17: 73-104.

- 4 Sontag S. Ziekte als metafoer. Baarn: Ant-hos, 1993.
- 5 Van 't Hof S. Anorexia nervosa: the histo-  
rical and cultural specificity. Lisse: Swets  
& Zeitlinger, 1994
- 6 Brinkgreve C, Van Daalen R. 'Huiselijk  
geweld'. *Amsterdams Sociologisch Tijd-  
schrift* 1991; 18(3): 138-64.
- 7 Boon SA, Van der Hart D. Dissociëren als  
overlevingsstrategie bij fysiek en seksueel  
geweld. *Trauma en dissociatie I. Maandbl  
Geest Volksgezondh* 1988; 11: 1197-1207.
- 8 Ensink BJ. Confusing realities. A study on  
child sexual abuse and psychiatric symp-  
toms. Amsterdam: VU University Press,  
1992.
- 9 Smith-Rosenberg C. The hysterical wo-  
man: sex roles and role conflict in nine-  
teenth-century America. In: Smith-Rosen-  
berg C. *Disorderly conduct. Visions of gen-  
der in Victorian America*. New York/Ox-  
ford: Oxford University Press, 1985: 197-  
216.
- 10 Satow R. Where has all the hysteria gone?  
*Psychoanalytic Rev* 1979/80; 66(4): 463-  
75.
- 11 Nicolai N. Vrouwenhulpverlening en psy-  
chiatrie. Amsterdam: Sua, 1992: 65-131.
- 12 Brown G, Harris T. Social origins of depres-  
sion. A study of psychiatric disorder in wo-  
men. London: Tavistock, 1978: 278.
- 13 Paykel ES. Depression in women. *Br J Psy-  
chiatry* 1991; 158: 22-9.
- 14 Brinkgreve C. Depressie en positie. Of:  
heeft de sociologie hier iets te bieden? In:  
Baneke JJ, Koerselman GF. *Psychoanalyse  
en depressie*. Amsterdam: Infobook, 1994.
- 15 Ross CE, Mirowsky J, Goldsteen K. The  
impact of the family on health: the decade  
in review. *J Marriage Family* 1990; 52:  
1059-78.
- 16 Brown GW, et al. Social support, self-es-  
teem and depression. *Psychol Med* 1986;  
16: 813-31.
- 17 Wessely S. Old wine in new bottles: neuras-  
thenia and 'ME'. *Psychol Med* 1990; 20:  
35-53.
- 18 Brinkgreve C. Psychoanalyse in Nederland,  
een vestigingsstrijd. Amsterdam: Arbei-  
derspers, 1984: 41-4.
- 19 Brinkgreve C. De zorg voor zenuwlijders in  
Nederland rond de eeuwwisseling en de  
opkomst van de psychoanalyse. In: Binne-  
veld JMW, et al. *Een psychiatrisch verle-  
den. Uit de geschiedenis van de psychiatrie*.  
Baarn: Ambo, 1982: 181-205.
- 20 Van der Haegen R. Mondige hysterie: een  
filosofische lezing van Freuds 'Dora'. In:  
Jansen W, Brinkgreve C. *Waanzin en vrou-  
wen*. Amsterdam, Lisse: Swets & Zeitlin-  
ger, 1991: 91-124.
- 21 De Swaan A. Uitgaansbeperking en uit-  
gaansangst; over de verschuiving van be-  
velshuishouding naar onderhandelings-  
huishouding. In: De Swaan A. *De mens is  
de mens een zorg. Opstellen 1971-1981*.  
Amsterdam: Meulenhoff, 1982: 31-50.
- 22 Gomperts W. De opkomst van de sociale  
fobie. Amsterdam: Bert Bakker, 1992.
- 23 Bensing JM, Schreurs K. Sekseverschillen  
bij moeheid. *Huisarts Wet* 1995; 38(9):  
412-21. ■