

---

# MEDIAAN

## Vrouwen en depressies

### Inleiding

Vrouwen worden twee keer zo vaak depressief dan mannen, als het gaat om unipolaire depressies.

Een op de vijf vrouwen kan in haar leven een depressieve periode doormaken. In de loop der jaren heb ik me gespecialiseerd in de vrouwenhulpverlening (VHV). Dit is een vorm van hulpverlening waarbij er geen sprake is van het hanteren van stereotypen met betrekking tot de sekserollen van vrouwen en mannen. Er wordt rekening gehouden met de socialisatie van vrouwen. De positie van vrouwen wordt gerelateerd aan de maatschappelijke context. In dit artikel zal ik in gaan op een aantal verklaringsmodellen over unipolaire depressies op sociologisch, psychologisch en biologisch gebied. Vervolgens wil ik de praktijk aanhalen door het beschrijven van een aantal aspecten die ik van belang acht in de behandeling van depressieve vrouwen. Tot slot wil ik een aantal kernpunten van het SPV beroep met betrekking tot VHV noemen.

### Sociologische verklaringsmodellen

De piek van de depressies ligt bij vrouwen tussen de 20 en de 40 jaar die getrouwd zijn en kinderen hebben. Bij vrouwen uit de lagere sociale klasse komt depressie gemiddeld vier keer zoveel voor dan bij vrouwen in de middenklasse.

Door hun lagere sociaal economische positie kunnen zij minder vaak een beroep doen op bijvoorbeeld kinderopvang of het inhuren van huishoudelijke steun. Gehuwde vrouwen blijken kwetsbaarder

te zijn dan ongehuwde vrouwen.

Middels onderzoek is aangetoond dat er een causaal verband bestaat tussen het huwelijk (en de eventuele problemen) en het ontstaan van depressieve klachten bij vrouwen.

Daarentegen blijkt het huwelijk voor mannen juist een beschermende factor te zijn. Het hebben van kinderen, toch algemeen beschouwd als een grote vervulling en een bron van bevrediging, dragen statistisch gezien belangrijk bij tot depressies onder vrouwen.

De afwezigheid van social support verhoogd de kans op depressieve klachten. Zeker voor buitenshuis werkende vrouwen met kleine kinderen is de aanwezigheid van sociale steun met name door de partner van groot belang. Hoe meer mannen delen in het huishouden en zorgend werk des te lager de gemiddelde depressiescore van vrouwen.

Zelfwaardering of beter het gebrek hieraan, en het gebrek aan sociale steun geeft een verhoogd risico op het ontstaan van depressies.

Ook geeft een gebrek aan steun een verhoogde kwetsbaarheid voor "life events". Alhoewel vrouwen niet meer "ernstige gebeurtenissen" meemaken dan mannen, is er wel sprake van een grotere kwetsbaarheid voor de gevolgen van deze ernstige gebeurtenissen.

Samenvattend kunnen we de volgende variabelen noemen die "risico verhogend" zijn voor het verkrijgen van een depressie;

- Behorende tot de lagere sociale klasse.
- Gehuwd zijn.

- De aanwezigheid van jonge kinderen.
- De afwezigheid van social support.
- Een verhoogde kwetsbaarheid voor de gevolgen van life-events.

Naast de eerder genoemde risicofactoren beschrijft C. Brinkgreve in haar artikel Het zwakke geslacht (1995) nog een tweetal risicofactoren.

Deze zijn:

- 1) Verlies van moeder in de vroege jeugd (voor het elfde jaar) door scheiding of door overlijden. Niet het verlies zelf is de grootste risicofactor, maar met name de zorg voor het jonge meisje daarna. Als deze onvoldoende is kan het meisje een gebrekkig gevoel van eigenwaarde ontwikkelen.
- 2) Gebrek aan full-time of parttime werk buitenshuis. Huisvrouwen hebben een lage sociale status. Door een economische afhankelijkheid hebben ze minder zeggenschap c.q. minder macht over hun eigen leven. Hierdoor ontstaat een chronisch laag zelfbeeld en hebben ze weinig aspiraties. Tevens is er sprake van een rol restrictie (=beperking).  
De meeste mannen hebben twee rollen te weten; partner, ouder en werknemer. Hiermee krijgen ze ook twee soorten bevrediging, terwijl deze vrouwen er maar een hebben. Huishoudelijk werk is over het algemeen frustrerend en geeft weinig bevrediging. De rol van de huisvrouw is vaak ongestructureerd, er is genoeg tijd om te piekeren.

### Psychologische verklaringsmodellen

#### **Het cognitieve model van Beck en Greenberg**

Zij gaan ervan uit dat denkfouten de oorzaak zijn van het optreden van

depressieve klachten. Deze denkfouten bestaan uit het koesteren van negatieve gedachten over zichzelf (ik ben toch niets waard) de neiging om te generaliseren (als er eenmaal iets slechts gebeurt, zal dat altijd gebeuren), en de selectieve aandacht, bijvoorbeeld als iemand zich vastbijt in details en de context niet in de gaten houdt. Dit wordt ook wel de "trits van Beck" genoemd.

Hoe negatiever het zelfbeeld en hoe negatiever de kijk op het leven en de toekomst, des te eerder een depressie ontstaat en des te langer zij zal duren.

#### **Een tweede model bevat de theorie van de "aangeleerde hulpeloosheid van Seligman"**

Volgens dit model schrijven depressieve mensen, wanneer zij het gevoel missen voldoende controle te hebben, negatieve gebeurtenissen toe aan interne i.p.v. externe factoren. Het feit dat iemand zich niet in staat voelt de gevolgen van het eigen gedrag te kunnen overzien kunnen uitmonden in gevoelens van hopeloosheid en zelfbeschuldiging.

#### **Het interactie model**

Het interactie model gaat uit van de opvatting dat individuen hun gevoel van eigenwaarde ontleen aan anderen. Het individu ontvangt sociale goedkeuring, steun, erkenning etc. Zijn deze interacties pathologisch dan mist het individu de sociale goedkeuring en daalt het gevoel van eigenwaarde. Als deze cyclus negatief verloopt dan bestaat de kans (uiteindelijk) op een depressie.

#### **Het psychoanalytische model**

Volgens Freud ontstaan depressies na het verlies van een object. Een object is een persoon aan wie iemand emotioneel gehecht is. Depressies kunnen worden gekenmerkt

door zelfbeschuldiging, zelfdenigrering en de neiging tot zelfbestaffing. Dit kennen we niet alleen van depressieve mensen, maar ook van veel vrouwen die klinisch niet depressief zijn. Zij boren zichzelf de grond in, ontkennen hun prestaties of geven zichzelf van alles de schuld. In de moderne psychodynamische theorieën wordt niet alleen de nadruk gelegd op het verlies van een persoon, een gevoel, of op het verloren gaan van idealen, maar ook op onvervulbare verwachtingen, teleurstellingen en krenkingen in een relatie met een belangrijke ander. De internalisering van boosheid wordt nog eens versterkt door een opvoeding van meisjes die gericht is op het inhouden van boosheid en verdriet. Hetzelfde geldt voor de opdracht zoveel mogelijk lief, aardig en behulpzaam te zijn, waardoor ze vervreemden van zichzelf.

### Het biologische model

Albersnagel e.a. (1990) geven een drietal verklaringen;

- Gedacht kan worden aan een verstoring van het neurotransmitter systeem, met name het noradrenale en serotonerge systeem; Genetische factoren spelen mogelijk een rol bij het ontstaan van depressies, alhoewel er geen duidelijke x-chromosoom gebondenheid is aangetoond. Vervolgens zijn er de hormonaal gerelateerde fenomenen; deze zijn; pre-menstruele klachten. Deze zijn meestal niet zo ernstig, maar een depressie kan in deze periode ontstaan of verergeren.
- de menopauze. Deze periode laat geen toename van het aantal depressies zien;
- post-partum periode. In deze periode,

een fase van grote hormonale veranderingen, is er sprake van een verhoogd risico op een depressie.

Een risicofactor voor een post-partum depressie is een familie anamnese met een affectieve stoornis. Kortom; Biologische factoren kunnen de verhouding in depressies, waarbij vrouwen twee keer zo vaak depressief worden dan mannen slechts ten dele verklaren.

### ***Wat betekent het voorgaande nu voor de praktijk?***

Er is geen eenduidige verklaring te geven voor het ontstaan van depressies bij vrouwen. Het is een samenspel van verschillende factoren in verschillende dimensies waarbij cognities, oorzakelijke momenten, individuele gebeurtenissen en overlevingsstrategieën een belangrijke rol spelen. Belang dient dan ook gehecht te worden aan sociale steun, de sociale context, het gebruik c.q. misbruik van macht.

Vrouwenhulpverlening is een vorm van hulpverlening die het hierboven genoemde uitwerkt. Problemen worden niet geïndividualiseerd doch geplaatst in een maatschappelijke context. Bewustwording van het feit dat de depressieve klachten gerelateerd worden aan de maatschappelijke context kan een eerste aanzet zijn tot verandering bij vrouwen met depressieve klachten.

### ***Hoe zet ik nu het bovenstaande om in mijn dagelijkse praktijk als SPV?***

Allereerst wil ik benadrukken, en dat klinkt misschien als een open deur dat in de therapeutische relatie een respectvolle houding belangrijk is. Zou gebleken is uit de reeds genoemde verklaringsmodellen hebben veel vrouwen een negatief zelfbeeld

en zijn gevoelig voor sociale interacties.

Een zorgvuldige klachteninventarisatie is van belang om de ernst van de depressie in te schatten en is van belang voor het opstellen van het behandelplan. Indien nodig kan een medicatieconsult worden aangevraagd bij een arts of psychiater. Hierbij geef ik zowel de vrouw als haar omgeving uitleg over depressies en de mogelijke behandelvormen.

De biografische anamnese kan helderheid geven over het gezin van herkomst, de normen en waarden die werden gehanteerd, afkomstig uit welke sociale klasse, en de ontwikkeling van de gender identiteit.

Eventuele familiale belasting t.a.v. psychiatrische stoornissen kunnen worden nagevraagd. Door de verschillende socialisatieprocessen van mannen en vrouwen is het zelfvertrouwen en de zelfwaardering bij vrouwen vaak minder sterk ontwikkeld dan bij mannen.

Ik sta dan ook altijd stil bij het zelfbeeld van de vrouw.

In welke mate is er sprake van waardering voor zichzelf? Is er waardering van anderen? Spelen schuldgevoelens een rol? Hoe is de lichaamsbeleving en de seksualiteit? Het zelfbeeld kan verhoogd worden door stil te staan bij de goedlopende terreinen. Schuldgevoelens kunnen beïnvloed worden door stil te staan bij de vraag of ze reëel zijn of niet.

In vrouwengroepen (een belangrijke behandelvorm in de VHV) op RIAGG 'S zijn dit veelbesproken thema's.

Ten aanzien van het eigen gezin vraag ik naar de relatie met partner. Is de vrouw hier tevreden over of spelen relatieproblemen een rol in de depressieve klachten. Taakverdeling, rollen, mate van support zijn ge-

spreksthemata's.

Indien de vrouw kinderen heeft dan zal ik stil staan bij de verantwoordelijkheid voor de verzorging en opvoeding. Ik vraag haar of ze tevreden is met de wijze waarop ze de kinderen heeft opgevoed, en hoe de kinderen dit hebben ervaren.

Tot slot wil ik nog de inventarisatie van het sociale netwerk noemen. Dit geeft inzicht hoe vrouwen hun tijd doorbrengen. Belangrijk is om na te vragen of de vrouw hier tevreden over is. Is ze alleen maar aan het zorgen voor zieke, eenzame burens en zorgbehoeftige ouders of heeft ze ook tijd en ruimte voor zichzelf?

### **Het eigene van de SPV**

Samenvattend wil ik kort aangeven wat voor mij het eigene is van mijn beroep als SPV.

Zoals U gemerkt heeft opereer ik vanuit de VHV, met name in de sociologische dimensies terwijl ik de psychologische en biologische aspecten niet uit het oog verlies.

Mijns inziens is dit een belangrijk kenmerk van de SPV; zicht hebben op en kunnen interveniëren op deze drie niveau's. Indien nodig treed ik op als intermediair tussen de depressieve vrouw en de arts. Het benadrukken van de sterke kanten van de vrouw is zowel in de VHV als voor de SPV een belangrijk aspect.

Ik geef psycho educatie aan de vrouw en haar omgeving over depressies. Als laatste overeenkomst wil ik het in kaart brengen van het sociaal netwerk noemen.

Mevr. A. Rijnders

*Sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam bij de afdeling Volwassenen Riagg Rotterdam-Zuid e.o.*

### Geraadpleegde literatuur

Albersnagel, F.A. (red.)  
Depressies.  
1990, Deventer: Loghum Slaterus.

Box, A.  
Depressie en competentie.  
1988, Utrecht: LOP.

Brinkgreve, C.  
Het zwakke geslacht. Sociaal culturele  
notities.  
1995, Huisarts Wet 38 (9):43.

Carter, A.S.  
Phenomenology and treatment of  
depressed women.  
1992, Psychotherapy. Vol 29, nr 4.

Kaplan, A.G.  
Het zelf-in-relatie; implicaties voor  
depressie bij vrouwen.  
1988, Eindhoven: De Els.

Klijn, W.  
Depressie en Gender:  
1994, Een workshop onder leiding van  
Peggy Papp.

Nicolai, N.  
Vrouwenhulpverlening en psychiatrie.  
1992, Amsterdam: SUA.

Pajer, K. M.D.,  
New strategie in the treatment of  
depression in women.  
1995, J. Clin. Psychiatry; 56  
(suppl. 2)

Paykel, E.S.  
Depression in women.  
1991, British Journal of Psychiatry, 158  
(suppl. 10)

### Een conferentie met een ander geluid...

#### Verslag van de conferentie Voorbij het product

Op 17 september j.l. werd in de RAI in Amsterdam de conferentie *Vorbij het product* georganiseerd. Naar nieuwe verhoudingen tussen cliënten, professionals en managers in de zorg, het welzijnswerk en de dienstverlening. Ruim 600 deelnemers leverden ieder op een eigen wijze een actief aandeel. De dag werd geopend door *Harry Kunneman*, hoogleraar aan de Universiteit voor de Humanistiek. Hij zette de toon door de noodzaak van het actieve aandeel van de gebruiker bij de geleverde dienst(en) in de zorg te benadrukken. Niet de "geleerde heren" maar de gebruiker aan het woord op een zoektocht naar rijpere vormen en andere woorden voor zorg.

*Jan Willem Duyventak*, hoogleraar opbouwwerk mocht vervolgens als enige in het ochtend programma nog plenair de zaal toespreken. Hij pakte zijn kans door te benadrukken dat de kritiek van Hans Acherhuis op de markt van welzijn en geluk uiteindelijk een paradoxaal effect heeft gehad. Uiteindelijk heeft het geleid tot meer markt gericht werken. Hij hield een pleidooi voor meer pluriformiteit waarbij hij de wereld verbeterende opbouwwerkers en de marktwerkende managers beide als extreme uitersten wilden zien. Hij pleitte voor een open debat over methodieken, voor het zoeken naar ambivalenties en wilde aandacht voor de vraag wanneer autonomie een

verworvenheid is en wanneer het leidt tot ellende en passiviteit.

Met andere woorden veel aandacht voor de contextualiteit.

Daarna startte onder leiding van Anil Ramdas (presentator bij de VPRO) en Geert van der Laan (hoogleraar grondslagen van het maatschappelijkwerk) een interactief leerproces. Mensen uit de praktijk worden in twee rondes van zes personen geïnterviewd over de vernieuwingen waaraan zij werken. Het doel: ervaringen, visies en emoties uit een groot aantal sectoren een stem te laten krijgen. Ik zal proberen van een aantal deelnemers mij opvallende opmerkingen aan jullie over te brengen. Als eerste kwam *Wilma Boevink* aan het woord. Wilma is lid van de cliëntenbeweging en als onderzoekster werkzaam bij het Trimbos instituut. Zij vertelde over haar ervaringen tijdens haar opnamen in een psychiatrisch ziekenhuis. Er is daar absoluut geen aandacht voor je persoonlijke historie. Je wordt gereduceerd tot een probleem. Niemand vraagt hoe kom je hier terecht of wat vind je ervan om hier te zijn. Kritiek geven op de behandeling tijdens de opname is bijna onmogelijk. Je kunt pas later als je terug kijkt op je ervaringen de kritiek beter formuleren en uiten. Er werd haar gevraagd of er in de afgelopen 10-15 jaar iets is veranderd. Ze was er niet erg enthousiast over. Er is een beweging gaande waarin de cliënten participatie wordt gestimuleerd. Dat gaat de goede kant op maar het is momenteel nog teveel afhankelijk van de beschikbare subsidies aldus Wilma. Wat gebeurd er als de subsidie kraan wordt dicht gedraaid. Dan wordt pas duidelijk hoe groot de

overtuiging is dat gebruikers een actief aandeel moeten leveren om een kwalitatief goede zorg te ontwikkelen. *Heel interessant was haar verhaal over de combinatie van rollen in haar persoon zowel onderzoeker als cliënt. In de praktijk vindt men dit heel erg lastig en oefent men als het ware druk uit om het op te splitsen. Je bent onderzoeker of je bent cliënt, maar beide in een persoon dat geeft verwarring!*

De volgende gaste, Liesbeth Reitsma, voorzitter van de MS-vereniging, stelde dat een mens met een handicap of chronische ziekte goed in staat is een actief en vol leven te leiden. Maar... met een handicap gaan mensen je mijden. Dat doet zeer want je blijft als mens dezelfde met interesses, gevoelens en behoefte aan gewonen dingen. Alleen ....door je ziekte reageert je lijf anders.

Douwe van Houten, hoogleraar aan de universiteit voor Humanistiek, stelde het **zorg-taylorisme** aan de orde. Taylor (1902) is de uitvinder van de lopende band. In een dergelijk proces is iedere taak omschreven en gestandaardiseerd. Het verantwoordelijkheidsgevoel voor het proces wordt afgedwongen en de top van het bedrijf bepaald de strategische doelen. Het gaat daarbij met name om resultaatijd. Hij pleitte ervoor ruimte voor aandachtstijd in het proces mee te nemen. Aandacht voor de cliënt, aandacht voor collega's, aandacht voor de organisatie, aandacht voor de omgeving en maatschappij, aandacht voor jezelf. Geesje Thomassen van Vriendendienst Zoetermeer vertelde vervolgens hoe Vriendendienst aandacht verpakt.

*Bart Willemsen* organisatie adviseur van de regiopolitie in Gelderland deponeerde de stelling dat er gestuurd moet worden vanaf de straat. Het veiligheidsvraagstuk, maar ook het gezondheidsvraagstuk, is iets van de mensen thuis. Zij moeten de politie, de dokter, de thuiszorg, de gemeente, etc. sturen. Dat betekent in de praktijk dat je moet leren van de dagelijkse dingen die voorbij komen. Het belang van een politiemans op straat ontleent hier mede z'n betekenis aan. Leren is externe afhan-kelijkheid omzetten in interne sturing.

*Andries Baart* is hoogleraar opbouw en activeringswerk aan de Katholieke Theologische Universiteit en houdt zich speciaal bezig met de presentiebenadering. Een interventie moet wortelen in presentie. "Er zijn met" is de basis voor "Er zijn voor". Zorg begint met toewending naar de leefwereld van de cliënt. Je moet een cliënt in totaal erkennen en hem niet z'n probleem onteigenen.

Ria Roelofs, psychotherapeute, borduurde hierop verder door te stellen dat in de benadering van de cliënt de ontmoeting centraal moet staan. Zij noemde een voorbeeld uit de praktijk waarin een consulent bij de sociale dienst een persoonlijkheidsstoornis van een van haar cliënten volledig omzeilde. Ze wist niet wat ze er mee moest dus stelde ze het ook niet aan de orde met als gevolg dat de cliënt voor een belangrijk deel in het gesprek werd genegeerd. Er was absoluut geen sprake van een ontmoeting.

*Adriaan Bekman*, organisatie deskundige, liet zien hoe belangrijk het is een veranderingsproces in een organisatie als initiator zelf te doorleven. Ingrijpen in een proces

zonder je te realiseren wat dat voor de uitvoerders betekent kan leiden tot veel frustraties en belemmeringen. Hij stelde dat het streven naar een perfecte organisatie een illusie is.

Een organisatie moet zich wel aan drie belangrijke regels houden:

- Niet meer geld uitgeven dan er beschikbaar is.
- Elkaar helpen en samenwerken. De hulpverlener helpt de cliënt in z'n proces en de cliënt helpt de hulpverlener in het proces.
- Tijd nemen om na te denken. Als het niet goed gaat, de organisatie stop zetten en nadenken.

Tot slot nog een geruststellende opmerking van Bekman. Improvisatie lukt prima in een organisatie met intelligente mensen.

Volgens Manda Broekhuis, bedrijfskundige en werkzaam aan de RijksUniversiteit Groningen is er een groot verschil tussen een product en een dienst. Een product is concreet en fysiek en kan vaak goed aan een lopende band worden geproduceerd. Mensen die het produceren zijn inwisselbaar.

Bij het leveren van diensten zijn de cliënten co-producenten en is er sprake van een persoonlijke relatie met de aanbieder. De cliënt moet tevreden zijn, de dienst moet professioneel verantwoord en maatschappelijk aanvaardbaar zijn. In een dergelijke situatie is het waanzin alles te standaardiseren.

Opvallend was dat regelmatig werd geconstateerd dat mensen zich vaak geholpen voelen door hulpverleners die in overtreding zijn. Hulpverleners die op een of andere wijze van de protocollen, regels en wetten afwijken om iemand met een specifieke vraag te kunnen helpen doen dat omdat ze binnen de standaarden

geen mogelijkheden meer zien om mensen met vaak heel specifieke problemen te kunnen helpen. Het geeft aan dat je in de hulpverlening niet te ver kunt gaan met inkaderen en regelen. Improvisatie is een waardevolle eigenschap van mensen.

*Harry Kunneman* stelde in z'n samenvattende slotbetog aan het einde van een zeer boeiende ochtend, dat loopgraven en illegaliteit soms nodig zijn voor goed af te leveren werk. Hij zette een aantal centrale spanningsvelden tegenover elkaar:

- Normatieve professionaliteit versus technische professionaliteit.
- Presentie benadering versus interventie benadering.
- Ruimte voor eigen verhaal versus standaardisering.
- Emotionele betrokkenheid versus bureaucratie.
- Aandachtstijd versus Resultaattijd.
- Burger versus consument.

In een toelichting haalde hij Martha Nussbaum aan met haar Cultivering

Humanity.

De ontwikkeling van een kritisch wereldburgerschap door kritisch zelfonderzoek, openheid naar andere culturen en vormen van menszijn en narratieve verbeeldingskracht.

De conferentie werd 's middags voortgezet in een dertigtal work-shops. Voor de GGZ belangrijke bijdragen waren o.a. Het behandelplan als "praatstuk", de straat advocaat, de cliënt als co-producent, belevingsgerichte zorg in de verpleegkunde, kwartiermaken, communicatie over psychosen, vriendendiensten, de patiënt in de burgerrol, dwangpreventie en creativiteitsbevordering in de straatzorg.

De conferentie "Voorbij het product.." kan gezien worden als een kritisch signaal naar beleidsmakers die een product gerichte aanpak zien als haarlemmerolie voor een beter beheer van de zorg.

1 oktober 1998,  
Kees Onderwater