

---

## Sekse en agorafobie

Hanneke Rijken<sup>1</sup>, Corine de Ruiter<sup>2</sup>, Bert Garssen<sup>3</sup> en Floor Kraaimaat<sup>1</sup>

### 1. Inleiding

Bij agorafobische patiënten die zich voor behandeling aanmelden, zijn vrouwen veel talrijker dan mannen. Thorpe & Burns (1983) rapporteren in hun overzicht dat gemiddeld 80% van de agorafobici van het vrouwelijk geslacht is. Chambless (1985) noemt een verhouding mannen:vrouwen van 1:4. Zij suggereerde dat het aantal mannelijke agorafobici in feite groter is (Chambless, 1982). Dit zou volgens haar ten dele worden veroorzaakt door het feit dat mannen zich minder vaak aanmelden voor behandeling van hun agorafobie maar naar de alcohol grijpen om hun angst de baas te blijven. Pas als dit uit de hand blijkt te lopen zoeken ze behandeling, maar dan voor alcoholverslaving. Over mannelijke agorafobici is ook minder bekend omdat in behandelingsonderzoeken mannen vaak uit de proefgroep worden verwijderd om een grotere homogeniteit te verkrijgen.

Redenen voor het verschil in prevalentie van agorafobie tussen mannen en vrouwen kunnen worden gezocht in biologische, psychologische en sociaal-culturele factoren. Deze factoren zijn uiteraard niet los van elkaar te zien.

Er zijn aanwijzingen dat de hormonale veranderingen tijdens de menstruele cyclus van invloed zijn op de angstklachten. Uit klinische observaties blijkt dat bij ongeveer de helft van de vrouwen met een paniekstoornis, met of zonder agorafobie, in de week voor de menstruatie de angst en het aantal paniekaanvallen groter is (Breier, Charney & Heninger, 1986). Kraaimaat & Veeninga (1984) vonden dat de combinatie van negatieve 'life stress' en het op kunstmatige

1 Vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Utrecht, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht.

2 Vakgroep Algemene Pedagogiek, Rijksuniversiteit Leiden.

3 Afdeling Medische Psychologie, Academisch Ziekenhuis, Universiteit van Amsterdam.

wijze beëindigen van de menstruele cyclus (door tweezijdige ovariëctomie) leidde tot een toename van agorafobische klachten. Hoewel ver verwijderd van de klinische praktijk, worden andere aanwijzingen ook wel gezocht in onderzoeken naar de mate van conditioneerbaarheid. Zo bleek uit experimenteel onderzoek van Asso & Beech (1975) en Villa & Beech (1977, 1978) dat fobische en normale vrouwen in de premenstruele fase sneller een geconditioneerde huidgeleidingsrespons verwerven en dat deze reactie langzamer uitdooft dan in andere fasen van de menstruele cyclus. Deze experimenten werden, in een methodologisch verbeterde opzet, gerepliceerd door Van der Molen, Merkelbach & Van den Hout (1988) en de resultaten waren ongeveer gelijk aan die van Beech c.s. Overigens vonden Hedlund & Chambless (1987) in een – niet gepubliceerd – onderzoek naar aversieve conditionering geen verschillen tussen vrouwen in de premenstruele en vrouwen in de intermenstruele fase. In dit onderzoek was, in tegenstelling tot de eerder genoemde, wel een proefgroep mannen betrokken. Vrouwen vertoonden in beide fasen van de menstruele cyclus een sterkere mate van conditionering dan mannen. Interessant is dat ook in conditioneringsexperimenten met biologisch relevante stimuli géén verschillen tussen de seksen werden geconstateerd (Frederikson, Hugdahl & Öhman, 1976). Zowel bij mannen als bij vrouwen werd de huidgeleidingsreactie bij deze stimuli sneller dan bij neutrale stimuli aangeleerd en doofde deze reactie ook langzamer uit. Het is de vraag of deze conditioneringsexperimenten inderdaad meer licht werpen op de vraag waarom agorafobie meer bij vrouwen voorkomt. Agorafobie is een complex verschijnsel dat zich niet laat vangen in simpele S-R ketens. Zo blijkt alleen al het soort stimulus dat in het experiment wordt gebruikt, bijvoorbeeld of het biologisch relevant of neutraal is, van invloed te zijn op de verschillen in respons tussen de seksen. Belangrijker is misschien het feit dat vrouwen, in onderzoek naar de verschillen in lichamelijke klachten tussen mannen en vrouwen, méér klachten rapporteren (o.a. Van den Brekel, 1987) en in onderzoek naar angstklachten méér angst (o.a. Katkin & Hoffman, 1976; Kirkpatrick, 1984).

De grotere prevalentie van agorafobie bij vrouwen is ook wel toegeschreven aan de socialisatieprocessen die voor mannen en vrouwen verschillend zijn. Zo beschouwt Fodor (1974) agorafobie als een uiting van extreem vrouwelijk gedrag, dat wil zeggen afhankelijkheid, en het vermijden van autonomie en verantwoordelijkheid. Dit gedrag wordt door 'de maatschappij' positief bekrachtigd. Met behulp van de Personal Attributes Questionnaire (PAQ; Spence & Helmreich, 1978) is onderzocht of voor deze hypothese ondersteuning kan worden gevonden. De PAQ bevat een mannelijkheids- en een vrouwelijkheidschaal. Een hogere mate van mannelijkheid, dat wil zeggen meer instrumenteel, assertief en actief gedrag, blijkt bij zowel man-

nen als vrouwen samen te hangen met minder algemene psychopathologie (Whitley, 1983) en, in een proefgroep van opgenomen alcoholici, met minder angststoornissen (Chambless, Cherney, Caputo & Rheinstein, 1987). Bij agorafobici bleek een negatieve significante correlatie te bestaan tussen mannelijkheid en gerapporteerde vermijding (Chambless & Mason, 1986). Op grond van dergelijk transversaal onderzoek kan uiteraard niets worden geconcludeerd over een mogelijk causaal verband: het feit dat men veel situaties vermijdt, kan maken dat men zichzelf als minder instrumenteel, assertief en actief beleeft.

Ook de lagere sociaal-economische positie van vrouwen kan een reden zijn voor de verschillen in prevalentie. Het is bekend dat (geestelijke) gezondheidsproblemen in het algemeen meer voorkomen naarmate de sociaal-economische positie slechter is. In een vergelijkend onderzoek tussen sociale fobici en agorafobici trof Van Zuuren (1983) belangrijke verschillen aan met betrekking tot werk, inkomen en opleiding, en wel ten nadele van de agorafobici. Bovendien zijn agorafobici relatief vaker gehuwd en huisvrouw, hetgeen, ten eerste, maakt dat ze voor hun inkomen afhankelijk zijn van hun partner en, ten tweede, tot gevolg heeft dat hun leefomstandigheden vaak worden gekenmerkt door relatieve sociale isolatie en weinig afwisselende arbeid.

Bekijken we een aantal andere psychologische kenmerken zoals depressiviteit, 'locus of control', de mate van angst en de mate van vermijding bij mannelijke en vrouwelijke agorafobici, dan worden in de literatuur tegenstrijdige resultaten vermeld. Zo vindt Mavissakalian (1985) dat agorafobische mannen en vrouwen op deze maten niet verschillen. Chambless & Mason (1986) rapporteren dat de vrouwelijke agorafobici in hun onderzoek iets depressiever zijn en meer angst rapporteren dan de mannelijke. Gournay (1989) treft echter geen verschillen aan tussen de seksen. Voorts zijn er aanwijzingen in de literatuur dat vrouwen meer baat zouden hebben dan mannen bij (exposure-)therapie (Mavissakalian, 1985). Deze bevinding werd in het onderzoek van Chambless & Mason (1986) en van Gournay (1989) niet bevestigd. Tenslotte verschillen bovengenoemde onderzoeken in de hoeveelheid uitvallers tijdens de therapie.

Gezien de onduidelijke resultaten besloten we het onderzoek van Mavissakalian uit 1985 te repliceren. We zullen in de eerste plaats nagaan of er verschillen zijn tussen mannelijke en vrouwelijke agorafobici wat betreft een aantal demografische en psychologische variabelen. In de tweede plaats onderzoeken we of er bij agorafobische patiënten die een kortdurende behandeling kregen verschil is in therapie-effecten tussen de mannelijke en de vrouwelijke patiënten.

## 2. Methode

### Proefpersonen

In het onderzoek werden patiënten met de diagnose angststoornis betrokken. De meeste patiënten waren afkomstig van de Polikliniek Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht, ook werden zij verwezen door andere instellingen voor geestelijke gezondheidszorg of meldden zij zichzelf aan. DSM-III-R diagnoses (American Psychiatric Association, 1987) werden gesteld aan de hand van een gestructureerd interview, het 'Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised' (ADIS-R; DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell & Blanchard, 1983; Nederlandse versie: De Ruiter, Garssen, Rijken & Kraaimaat, 1987). Twee klinisch psychologen die ervaring hadden met patiënten met angststoornissen, bepaalden vervolgens in consensus welke patiënten voldeden aan de DSM-III-R criteria voor paniekstoornis met agorafobie. Deze klinisch psychologen scoorden ook de ernst van de paniekaanvallen en van de agorafobische vermijding op vijf-puntschaaltjes volgens DSM-III-R criteria. In dit deel van het onderzoek participeerden 88 agorafobische patiënten, 36 mannen en 52 vrouwen.

### Meetinstrumenten

Door de patiënten werden de volgende vragenlijsten ingevuld.

- Symptom Checklist-90 (SCL-90; Derogatis, Lipman & Covi, 1973; Arrindell & Ettema, 1986).
- Vragenlijst Beleving Lichamelijke Gewaarwordingen. Op deze lijst geeft de patiënt aan hoe angstig hij of zij is voor veertien sensaties als duizeligheid, bonzen van het hart en benauwdheid. Er wordt gescoord op een vijf-puntsschaal, lopend van 0 (helemaal niet bang) tot 4 (heel erg bang). De somscore kan variëren van 0 tot 56. In een steekproef van 141 patiënten met diverse angststoornissen is de interne consistentie van deze lijst bepaald. Cronbach's alpha was 0,90.
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1979).
- Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1987).

De patiënten die later aan de behandeling deelnamen vulden ook nog de volgende vragenlijsten in.

- Fear Survey Schedule III (FSS-III; Wolpe & Lang, 1964; Arrindell, Emmelkamp & Van der Ende, 1984). Bij de analyse is alleen de agorafobieschaal gebruikt.
- Fobische angst- en vermijdingsschalen (Watson & Marks,

1971). Op een negenpuntsschaal wordt aangegeven voor 4 typisch agorafobische situaties in welke mate men deze situaties vreest en vermijdt. Bij de analyse zijn de somscores van beide schalen gebruikt.

### Procedure

Van bovengenoemde groep van 88 agorafobici begonnen 49 patiënten aan een kortdurende behandeling. Veertig patiënten, te weten 16 mannen en 24 vrouwen, maakten de behandeling af. De behandeling werd gestaakt door 6 mannen en 3 vrouwen. Vooral bij de mannen in het onderzoek deden zich tijdens de behandeling 'life events' voor zoals echtscheiding of ernstige ziekten in de familie waarna ze de behandeling afbraken. Ook het feit dat de behandeling niet aansloot bij hun verwachtingen werd zowel door mannen als door vrouwen als reden genoemd om met de behandeling te stoppen.

Er waren drie behandelingscondities die elk acht individuele zittingen van een uur omvatten: 1. ademhalingstraining en cognitieve herstructurering (AC); 2. stapsgewijze exposure in vivo (EX); en 3. vier zittingen ademhalingstraining en cognitieve herstructurering, gevolgd door vier zittingen exposure (AC + EX). Details over de behandelingen staan vermeld in De Ruiter, Garssen, Rijken & Kraaimaat (1989).

De patiënten werden willekeurig verdeeld over de drie behandelingscondities. Er werd getracht de sekseverdeling over de drie behandelingscondities gelijk te houden. Er waren zes mannen en zeven vrouwen in de AC-groep, vijf mannen en acht vrouwen in de EX-groep, en vijf mannen en negen vrouwen in de AC + EX-groep. Wat betreft leeftijd of duur van de klachten waren er geen significante verschillen tussen de drie condities. Alle therapeuten in dit onderzoek waren vrouwen zodat een eventueel effect van de sekse van de therapeut niet kon worden onderzocht.

Voor het meten van het effect van de behandeling werd gebruik gemaakt van een aantal van de bovengenoemde vragenlijsten. Deze vragenlijsten werden door de patiënten ingevuld op drie tijdstippen: vier weken voor de start van de behandeling (voormeting 1), vlak voor de behandeling (voormeting 2) en na de behandeling (nameeting).

Bij de statistische analyse werden Chi-kwadraattoetsen gebruikt bij nominale variabelen en t-toetsen en variantie-analyses bij intervalvariabelen.

### 3. Resultaten

Analyse van de demografische en psychologische variabelen

Er waren geen significante verschillen tussen de 36 mannelijke en de 52 vrouwelijke agorafobiepatiënten wat betreft demografische variabelen zoals leeftijd (mannen: gem. 34,8 jaar,  $sd = 7,9$ ; vrouwen: gem. 34,0 jaar,  $sd = 10,9$ ), opleidingsniveau en burgerlijke staat. Van de mannen was 88% gehuwd of woonde samen met een partner, van de vrouwen 75%. Evenmin was er verschil wat betreft de duur van de klachten (mannen: gem. 64,9 maanden,  $sd = 62,3$ ; vrouwen: gem. 59,6 maanden,  $sd = 57,1$ ). Psychotrope medicatie werd door 56% van de mannen en 52% van de vrouwen gebruikt.

In de periode dat de klachten begonnen had 81% van de mannen en 46% van de vrouwen betaald werk buitenshuis. Ter vergelijking: in 1985 maakte 86,2% van de mannen tussen de 25 en 49 jaar in Nederland deel uit van de werkzame beroepsbevolking. Voor de vrouwen in dezelfde leeftijdscategorie was dit 41,3% (CBS, 1987). De percentages mannen en vrouwen van onze patiëntengroep die buitenshuis werk verrichtten, wijken dus bij de aanvang van de klachten niet veel af van de landelijke gemiddelden.

Hoe de werksituatie van de patiënten is op het moment dat zij zich aanmelden voor het onderzoek en/of de behandeling ziet u in tabel 1.

Tabel 1. Werksituatie van mannen en vrouwen in percentages op het moment van aanmelding voor onderzoek en/of behandeling (afgerond).

	bezigheden buitenshuis		bezigheden binnenshuis	
	werk	school/student	uitkering	huisvrouw
mannen	43%	6%	52%	0%
vrouwen	14%	4%	28%	55%

Op het moment van 'assessment' is het percentage mannen dat bezigheden buitenshuis heeft gedaald van 81 naar 49, het percentage vrouwen van 46 naar 18. Er is dus sprake van een drastische terugval in bezigheden buitenshuis bij zowel mannen als vrouwen.

Er werden geen verschillen tussen mannen en vrouwen aangetroffen op de psychologische vragenlijsten, dat wil zeggen de SCL-90, Vragenlijst Beleving Lichamelijke Gewaarwordingen, STAI en IOA. Alleen de mate van vermijden van agorafobische situaties, die aan de hand van het gestructureerde interview werd vastgesteld, was voor vrouwen groter dan voor mannen ( $t$ -test,  $p = 0,04$ ).

### Resultaten van de behandeling

De gemiddelde scores en standaarddeviaties voor mannen en vrouwen bij de voormetingen 1 en 2 en bij de nameting staan vermeld in tabel 2.

Tabel 2. Gemiddelde scores (en standaarddeviaties) voor mannelijke ( $N = 16$ ) en vrouwelijke ( $N = 24$ ) agorafobische patiënten.

Schaal	voormeting 1		voormeting 2		nameting	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
SCL-90 angst	29,3 (7,7)	31,2 (7,4)	27,6 (8,6)	28,9 (9,2)	22,3 (8,7)	27,1 (11,0)
SCL-90 agorafobie	22,5 (7,5)	25,7 (6,2)	20,9 (7,1)	24,5 (6,3)	15,9 (6,2)	22,0 (7,8)
SCL-90 depressie	36,1 (11,5)	43,0 (11,4)	33,3 (12,7)	39,6 (13,6)	28,2 (14,7)	38,3 (16,5)
SCL-90 lich. klachten	30,3 (8,4)	35,2 (9,7)	30,6 (8,7)	32,3 (10,5)	25,7 (8,8)	29,8 (11,5)
FSS sociale fobie	2,4 (0,6)	2,6 (0,9)	2,4 (0,7)	2,4 (1,1)	2,1 (0,7)	2,3 (1,0)
FSS agorafobie	2,6 (0,6)	3,2 (0,6)	2,7 (0,8)	2,4 (0,9)	2,1 (0,7)	2,3 (0,9)
Beleving lich. gewaarwordingen	30,7 (7,7)	33,1 (11,4)	28,4 (10,8)	29,1 (10,4)	21,9 (11,7)	24,8 (11,4)
Fobische angstschaal	15,0 (6,2)	21,9 (6,5)	15,1 (7,7)	19,9 (7,9)	9,3 (5,3)	17,8 (9,7)
Fobische vermijdings-schaal	17,9 (6,3)	25,3 (6,1)	17,1 (8,4)	22,0 (8,5)	9,8 (7,3)	18,8 (10,3)

De effecten van de behandeling werden getoetst met covariantie-analyses. Hierbij werd voormeting 1 steeds gebruikt als covariant. Uit eerdere analyses was gebleken dat de behandeling resulteerde in een verbetering van de uitkomstvariabelen. Voor een uitvoerige beschrijving en discussie van de resultaten verwijzen we naar De Ruiter, Garssen, Rijken & Kraaimaat (1989). Omdat er géén differentieel effect tussen de drie behandelcondities werd aangetroffen, besloten we de drie behandelgroepen in de huidige studie als één groep te beschouwen. Uit de analyses bleek dat de mannelijke en de vrouwelijke patiënten niet van elkaar verschillen wat betreft het effect van de behandeling.

#### 4. Discussie

De mannelijke en vrouwelijke agorafobici uit ons onderzoek verschillen niet wat betreft angst en depressie. Wel blijken de vrouwen meer agorafobische situaties te vermijden en blijven mannen vaker buitenshuis werken, ondanks het feit dat ze klachten hebben. In grote lijnen komen deze bevindingen overeen met die van Mavissakalian (1985) en Gournay (1989). Alleen bij Chambless & Mason (1986) komen angst en depressie meer voor bij de vrouwelijke agorafobici, al zijn die verschillen klein.

Ook wat betreft het resultaat van een kortdurende behandeling zijn er in dit onderzoek direct na de behandeling geen verschillen te constateren tussen de seksen. Deze resultaten komen overeen met die van Chambless & Mason (1986) en Gournay (1989), al zijn de aard en de duur van de behandelingen niet geheel vergelijkbaar. Dit betekent dus dat *als* mannen agorafobie ontwikkelen, ze in ongeveer gelijke mate last hebben van klachten als vrouwen en evenzeer baat hebben bij een behandeling.

Wat betreft de sekseverschillen in frequentie van vóórkomen van agorafobie, gaan we even terug naar hetgeen we in de inleiding reeds vaststelden, namelijk dat vrouwen meer lichamelijke klachten rapporteren dan mannen. Juist bij agorafobie, waar de verscheidenheid aan lichamelijke verschijnselen en de angst voor die verschijnselen zo kenmerkend zijn, lijkt dit een belangrijk gegeven. Gijsbers van Wijk & Van Vliet (1989) leggen verband tussen de sekseverschillen bij het rapporteren van lichamelijke symptomen en de bevindingen van Pennebaker (1982). Uit zijn onderzoek blijkt onder meer dat bij de perceptie en rapportage van lichamelijke symptomen niet alleen de lichamelijke processen op zichzelf een rol spelen, maar ook de hoeveelheid en de kwaliteit van de informatie uit de omgeving, en de manier waarop die informatie cognitief wordt verwerkt. Gijsbers van Wijk & Van Vliet betogen in hun artikel dat vrouwen in het algemeen meer dan mannen met hun eigen lichamelijke processen en met die van anderen worden geconfronteerd. Dit laatste omdat ze de zorg hebben voor partner en kinderen. Voorts blijkt het waarnemen en rapporteren van lichamelijke klachten toe te nemen naarmate de omstandigheden minder eisen aan iemand stellen of zelfs saai zijn (Pennebaker, 1982). Aan deze omstandigheden lijkt voor huisvrouwen (zonder kinderen) te worden voldaan, evenals trouwens voor werkloze mannen. Verbrugge (1983) vond dat de zelfgerapporteerde gezondheid het hoogst was bij werkende getrouwde mannen en vrouwen met kinderen en laag was bij werkloze getrouwde mannen met of zonder kinderen en werkloze alleenstaande mannen. Mannen en vrouwen die niet in een van deze categorieën vielen rapporteerden de slechtste gezondheid. Chambless (1989) merkt op dat naarmate het aantal buitenshuis werkende vrouwen toeneemt, minder uitgebreid

vermijdingsgedrag bij vrouwelijke agorafobici wordt aangetroffen dan zo'n vijftien jaar geleden.

Ten slotte wordt van vrouwen en meisjes in het algemeen nog steeds minder onafhankelijk, competent gedrag verwacht dan van mannen en jongens. Voor de klinische praktijk betekent dit dat het van belang blijft bij de behandeling van agorafobie veel aandacht te besteden aan het doen toenemen van de autonomie. En dit geldt dan uiteraard evenzeer voor mannen als voor vrouwen.

#### Summary

In most studies on agoraphobia women outnumber men (women:men ratio 4:1). Biological, psychological and socio-cultural factors may account for this gender discrepancy. In this study male and female agoraphobic patients are compared on a number of psychological and demographic variables. No differences were found except on agoraphobic avoidance, which was more severe among the women. Of the men 49% versus 18% of the women had a job or activities outside their home. Men and women benefited equally from a short-term treatment of either breathing retraining and cognitive restructuring, self exposure in vivo or a combination of both. This is in line with other research in this field. The findings are discussed in light of theories on the perception of physical symptoms and socio-cultural factors.

Keywords: gender, agoraphobia

#### Literatuur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistic Manual for Mental Disorders, third edition, Revised*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Arrindell, W.A., Emmelkamp, P.M.G. & van der Ende, J. (1984). Phobic dimensions: I. Reliability and generalizability across samples, gender and nations. *Advances in Behavior Research and Therapy* 6, 207-254.
- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90: Handleiding bij een multidimensionale psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Asso, D. & Beech, H.R. (1975). Susceptibility to the acquisition of a conditioned response in relation to the menstrual cycle. *Journal of Psychosomatic Research* 19, 337-344.
- Breier, A., Charney, D.S. & Heninger, G.R. (1986). Agoraphobia with panic attacks. *Archives of General Psychiatry* 43, 1029-1036.
- Brekel, E.J.G. van den (1987). Gezondheid en medische consumptie naar geslacht. *Maandbericht Gezondheidsstatistiek* 2, 5-55.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (1987). *Mannen en vrouwen naast elkaar*. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij.

- Chambless, D.L. (1982). Characteristics of Agoraphobics. In: D.L. Chambless & A. Goldstein (Eds.), *Agoraphobia: Multiple Perspectives on Theory and Treatment*, pp. 1-18. New York: Wiley.
- Chambless, D.L. (1985). The relationship of severity of agoraphobia to associated psychopathology. *Behavior Research and Therapy* 23, 305-310.
- Chambless, D.L. & Mason, J. (1986). Sex, sex-role stereotyping and agoraphobia. *Behavior Research and Therapy* 24, 231-235.
- Chambless, D.L., Cherney, J., Caputo, G.C. & Rheinstein, B.J.G. (1987). Anxiety disorders and alcoholism: A study with inpatient alcoholics. *Journal of Anxiety Disorders* 1, 29-40.
- Chambless, D.L. (1988). Sekse en fobie. *Gedragstherapie* 21, 283-293.
- Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (1987). *Handleiding bij de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA): een zelfbeoordelingslijst voor het meten van sociale angst en sociale vaardigheden*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale: a preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* 9, 13-27.
- DiNardo, P.A., O'Brien, G.T., Barlow, D.H., Waddell, M.T. & Blanchard, E.B. (1983). Reliability of DSM-III anxiety disorder categories using a new structured interview. *Archives of General Psychiatry* 40, 1070-1074.
- Fodor, I.D. (1974). The phobic syndrome in women. In C. Franks & V. Burtler (Eds.), *Women in Therapy*. New York: Brunner.
- Frederikson, M., Hugdahl, K. & Öhman, A. (1976). Electrodermal conditioning to potentially phobic stimuli in male and female subjects. *Biological Psychology* 4, 305-314.
- Gournay, K. (1989). The behavioral treatment of agorafobia: the impact of sex role. In P.M.G. Emmelkamp, W.T.A.M. Everaerd, F. Kraaimaat & M.J.M. van Son (Eds.), *Fresh Perspectives on Anxiety Disorders. Annual Series of European Research in Behavior Therapy* 4. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Gijsbers van Wijk, C.M.T. & van Vliet, K.P. (1989). 'Het zieke geslacht'. Over sekseverschillen in morbiditeit, medische consumptie en de rapportage van lichamelijke symptomen. *Gedrag & Gezondheid* 17, 2, 59-68.
- Katkin, E.S. & Silver Hoffman, L. (1976). Sex Differences and Self-Report of Fear: A Psychophysiological Assessment. *Journal of Abnormal Psychology* 85, 607-610.
- Kirkpatrick, D.R. (1984). Age, gender and patterns of common intense fears among adults. *Behavior Research and Therapy* 22, 141-150.
- Kraaimaat, F.W. & Veeninga, A.T. (1984). Life stress and hysterectomy-oophorectomy. *Maturitas* 6, 319-325.
- Hedlund, M.A. & Chambless, D.L. (april 1987). Sex differences in aversive conditioning: A comparison of women at different phases of the menstrual cycle with men. Paper presented at the meeting of the Eastern Psychological Association, Arlington, VA.
- Mavissakalian, M. (1985). Male and female agoraphobia: Are they different? *Behavior Research and Therapy* 23, 4, 469-471.
- Molen, G.M. van der, Merkelbach, H. & van den Hout, M.A. (1988). The possible relation of the menstrual cycle to susceptibility to fear acquisition. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 19, 127-133.

- Pennebaker, J.W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1979). *Handleiding bij de Zelfbeoordelingsvragenlijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ruiter, C. de, Garssen, B., Rijken, H. & Kraaimaat, F. (1987). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised: Nederlandse vertaling en bewerking*. Vakgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Ruiter, C. de, Garssen, B., Rijken, H. & Kraaimaat, F. (1989). Over de causale rol van hyperventilatie bij paniek en agorafobie: tegenstrijdige onderzoeksresultaten. *Gedragstherapie* 22, 75-92.
- Spence, J.T. & Helmreich, R.L. (1978). *Masculinity and Femininity*, Austin: University of Texas Press.
- Thorpe, G.L. & Burns, L.E. (1983). *The agoraphobic syndrome*. London: Wiley.
- Verbrugge, L.M. (1982). Sex differences in health. *Public Health Reports* 97, 417-437.
- Villa, G. & Beech, H.R. (1977). Vulnerability and conditioning in relation to the human menstrual cycle. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 16, 69-75.
- Villa, G. & Beech, H.R. (1978). Vulnerability and defensive reactions in relation to the human menstrual cycle. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 17, 93-100.
- Whitley, B.E. (1983). Sex role orientation and self-esteem: a critical meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology* 44, 765-778.
- Watson, J.P. & Marks, I.M. (1971). Relevant and irrelevant fear in flooding: A cross-over study of phobic patients. *Behavior Therapy* 2, 275-293.
- Wolpe, J. & Lang, P.J. (1964). A Fear Survey Schedule for use in behavior therapy. *Behavior Research and Therapy* 2, 27-30.
- Zuuren, F.J. van (1983). De verwevenheid van fobische angsten met maatschappelijke rollen. In: A.P. Visser, E. van der Vliert, E.J.H. ter Heine, & J.A.N. Winnubst (Eds.). *Rollen. Persoonlijke en sociale invloeden op gedrag*. Meppel: Boom.