

DEPRESSION, KVINDER OG KULTUR

Birgit Petersson

Der findes store forskelle i depressionsraten i forskellige kulturer, ligesom kvinder rapporterer 2-3 gange så hyppigt depression som mænd. Der er i de senere år sket en stadig udbredelse af især det amerikanske diagnosesystem DSM, som ikke medinddrager de kulturelle forskelle. De historiske forskelle, ændringerne i diagnosesystemerne og konsekvenserne af disse diskuteres.

Viden om depressioner har ændret sig, således de sociale faktors betydning er blevet tydeligere. Undersøgelsesmetoderne er blevet mere valide, omend disse stadig ikke eller kun i mindre omfang inddrager de kulturelle forskelle. Der er bl.a. stor kulturel forskel i hvilke følelser der er socialt accepteret for mænd og kvinder i forskellige samfund.

Nyere undersøgelser peger på at de sociale forskelle mellem mænd og kvinder samt kønsrolleforventninger er af afgørende betydning for kønsforskellene. De ændringer, der ses i mænd og kvinders sociale forhold, ikke mindst i de Skandinaviske lande, hvor kvinder nu har været på arbejdsmarkedet siden 1960, synes at påvirke hyppigheden af depression hos de to køn.

Der er et stigende behov for at være opmærksom på kulturelle forskelle, når mennesker fra forskellige kulturer henvender sig om hjælp til psykiske eller somatiske problemer. Et behov, der er vokset i takt med den internationalisering, der har fundet sted ikke mindst i de senere år. I virkeligheden har behovet eksisteret gennem mange år i samfund med stor indvandring fx USA og Storbritannien, men man har ofte ignoreret eller måske ikke ønsket at se de kulturelle forskelles betydning for udviklingen af sygdomme.

Der er også en stigende erkendelse af, at man ikke uden problemer kan bruge et vestligt diagnosesystem i andre kulturer end de vestlige. Alligevel synes ikke mindst det amerikanske diagnosesystem DSM at gå sin sejrsgang hen over verden. Hvorfor? Jeg skal ikke komme ind på dybere forklaringer i denne sammenhæng, men vil dog pege på medicinalindustriens endda meget store interesse i et vestligt diagnosesystem. Med et så

dant i hånden giver det mulighed for, at den medicalisering, der har fundet sted i den vestlige verdens psykiatri siden 1950-erne, kan udbredes til den øvrige verden. Dette kan blandt andet illustreres ud fra lægevidenskabelige kongresser, hvor medicinalindustrien finansierer en stor del af disse, ligesom de inviterer grupper af psykiatere fra tredieverdens lande med, som aldrig selv ville have kunnet finansiere rejse og ophold.

Men der er selvfølgelig også fordele ved et fælles diagnosesystem. Forskningsmæssigt er det i dag bl.a. meget svært at sammenligne studier, fordi der er brugt forskellige diagnostiske redskaber. Det vil altså være en fordel, hvis vi vidste, at vi talte om de samme ting, når vi fx taler om hyppigheden af depressioner. Men hvad nu hvis det er et bedrag, og vi faktisk ikke taler om de samme ting? Eller blot taler om en lille del af problemet, fordi det har andre udtryksformer? Derfor er det vigtige spørgsmål: Har det nu så stor betydning, hvilken kultur, der er tale om? Er hovedsygdommene, fx depression og skizofreni, ikke bare de samme uanset hvor de opstår i verden? Hvis ikke, hvilken betydning har det så, at der er kulturelle forskelle?

I denne forbindelse er depression et godt eksempel på kulturforskelle og deres betydning, som kan bruges både i forskning, forebyggelse og behandling.

Diagnoser

Der er ret store kulturelle forskelle på den amerikanske og europæiske diagnosticering. Verdenssundhedsorganisationen WHO har valgt det europæiske diagnosesystem ICD som sit, mens forskningsverdenen mere og mere har valgt DSM-systemet. Det europæiske har sit udspring i den tyske psykiater Emil Kraepelin's arbejder fra sidst i 1800-tallet. Det amerikanske udspringer fra den schweiziske psykiater Adolf Meyers arbejde. Han udvandrede til USA, hvor han blev professor i Baltimore. Hans hovedopfattelse var, at depressioner skyldtes individets mistilpasning til miljøet, mens Kraepelin mente, der var tale om endogene faktorer i forhold til udviklingen af bl.a. depression.

Selv om der siden er sket en tilnærmelse af de to diagnosesystemers krav til fx sygdommen depression, så er der dog stadig forskelle. I DSM kræves, at diagnosen depression tidligst bruges mindst 2 måneder efter et alvorligt tab fx dødsfald. Indtil da er der tale om en sorgreaktion. Sammenligner man diagnosekriterierne, er der også en tendens til en mere for dømmende holdning i ICD, dette afspejler sig bl.a. i kriterierne for mani. Om der er forskel på, hvordan diagnoserne bruges i praksis, og om det også afspejler en mere humanistisk holdning i den amerikanske psykiatri, vides ikke.

Vestlige psykiatere er klar over vanskelighederne ved diagnosticeringen. Den danske psykiater Bech (1993) har i en gennemgang af de moderne sygdomsklassifikationer peget på vanskelighederne ved netop depressionsdiagnosen ved at citere Wing: »at lave en diagnose er, først at iagttage en tilstand, dernæst at lave en teori omkring den«.

I American Psychiatric Association (1994) har man i den seneste udgave af DSM, DSM -IV, gjort opmærksom på, at der er kulturelle forskelle i udtryksformene for depression, mens det slet ikke er tilfældet i ICD. Den stigende grad af somatisering, jo nærmere vi kommer landende omkring Middelhavet, Mellemøsten og i Latinamerika, nævnes. Det samme gælder opfattelsen af depression som forårsaget af dæmoner, som findes i bl.a. afrikanske lande.

Ser man historisk på udviklingen af diagnosesystemerne, kan der peges på forskellige faser ud fra den erfaring, man har draget ud fra klinisk arbejde og senere fra forskningsprojekter. Oprindeligt blev diagnoserne dannet ud fra de kliniske iagttagelser, først midt i 1900-tallet begynder man at medinddrage befolkningsundersøgelser. Det betød, at sygdommene i psykiatriens »barndom« blev beskrevet ud fra svære kliniske og oftest hospital-sanbragte tilfælde. Først senere fik man øje på de mindre invaliderende lidelser uden for hospitalerne.

Til de forskningsprojekter, som man kan kalde fase I undersøgelser, hører kliniske undersøgelser med strukturerede diagnostiske systemer (Petersson og Kastrup (1995), Prior (1999), Romans (1998)). Blandt de kendte er Stirling County og Manhattan-Midtown undersøgelserne, men også Samsøundersøgelsen i Danmark hører til denne gruppe. I disse undersøgelser fandtes en høj frekvens af psykisk sygdom i befolkningen, men kun ganske få havde kontakt med behandlingssystemet. I langt de fleste af undersøgelserne var der meget store kønsforskelle i psykiske symptomer. I Stirling County-undersøgelsen rapporterede fx 66% af kvinderne mod 45% af mændene psykisk stress.

I fase II undersøgelserne brugtes diagnostiske interview med forskellige scales fx det semistrukturerede PSE. Disse undersøgelser er lavet i en lang række lande, og allerede her viser der sig meget store forskelle i symptomrapporteringen landende og kønnene imellem. Undersøger man interviewskemaet, så viser det sig, at der er langt flere spørgsmål, der omhandler symptomer, som oftest findes hos kvinder fx angst, fobier og depression, mens de mere udadrettede og antisociale symptomer kun er fåtallige. Der er altså en indbygget kønsbias. Korrigerer man fx for alkoholisme og psykopati, så bliver kønsforskelle samlet ikke så udtalte. Ser man derimod på forskellene landene imellem, så er disse stadig udtalte, fx findes 7,5% af hollandske kvinder at have psykiske problemer vurderet ud fra PSE mod 22,6% i Grækenland og 27% i Uganda. Det er dog vigtigt at huske, at netop nationale forskelle i de accepterede udtryksmåder ikke er medinddraget, og som jeg senere skal illustrere ud fra forskellig accept af

følelser, udtrykker disse forskelle ikke reel sygelighed. Holland er i denne sammenhæng interessant, for her findes kun en lille kønsforskel 7,5% af kvinderne mod 7,2% af mændene rapporterer psykiske problemer. I Grækenland er tallene henholdsvis 22,6% og 8,6%.

Fase III undersøgelserne er større epidemiologiske undersøgelser fx ECA-undersøgelsen, hvor der også bruges diagnostiske interview, men som nu er ændret således, at der er en bedre balance mellem antallet af symptomer, der findes for henholdsvis mænd og kvinder. Undersøgelsen viste stadig overvægt af angst, depression og fobi hos kvinder og antisocial adfærd og misbrug hos mænd. Hyppigheden af depression hos kvinder er 2-3 gange så høj som hos mænd, men i den samlede symptomrapportering er kønsforskellene stort set ophævet.

Der er nu en lang række undersøgelser af denne type igang mange steder i verden, men selv om nogle af ratingscales er valideret i forskellige kulturer, så må man igen stille spørgsmålstegn ved, hvad det er, der måles. Fx bruges depression ikke i de arabiske lande om andet end sorg, mens der, for det vi vil betegne som depression, bruges termer som »en trykkende stemning« (Hamdi og medarbejdere 1997). I andre lande er forskellene i udtryksmåder endnu større, ikke mindst når vi ser på de psykosomatiske symptomer.

Kønsforskelle og forekomst

Stort set alle studier viser, at kvinder, når der ses bort fra den manio-depressive psykose, udvikler depression 2-3 gange så hyppigt som mænd. Nogle studier tyder på, at kønsratioen nok er lidt anderledes blandt helt unge, bl.a. har Ernst og Angst (1992) i en follow-up undersøgelse over 7 år vist, at unge mænd næsten lige så hyppigt havde depressioner som kvinder. Men hvor mænd fik færre depressioner med alderen, forblev andelen af kvinder med depression høj. I den unge aldersgruppe er psykopatologien hos unge kvinder i dag kendetegnet ved spiseforstyrrelser, depression er her oftest en reaktion på spiseforstyrrelsen. Andelen af kvinder med depression i den vestlige verden topper i 30-45 års alderen, i modsætning til hvad man skulle tro, da forbruget af antidepressiv medicin er stigende med stigende alder.

Gjerde og medarbejdere (1988) fandt i en observationsundersøgelse af 18 årige mænd og kvinder, at de depressive mænd var mere aggressive og gav udtryk for fremmedfølelse, mens kvinder var mere introspektive med skyldfølelse og lav selvfølelse. Men interessant er, at en sideløbende selvrapporteringsundersøgelse viste, at mændene oplevede skyldfølelse og lav selvfølelse, mens kvinderne rapporterede aggressivitet og fremmedfølelse. Ser man på den kønssocialisering som vi finder i den vestlige verden, så afspejler dette de kønsrollemanifestationer og forventninger, der er til henholdsvis mænd og kvinder. Flere forfattere har da også peget på, at kvinder på mange måder kan siges at opdrages til depression. Hvor drenge

i større grad opdrages til uafhængighed og udadrettet adfærd, opdrages kvinder til intimitet og afhængighed. Selv om der er tale om kønsrollestereotyper er der dog ingen tvivl om, at billedet af »the rational man« og »the emotionel woman« viser sig i de fleste undersøgelser.

Ud fra denne iagttagelse kan man stille spørgsmålet, om depression hos kvinder og mænd overhovedet skal have samme udtryksform, når man tager den forskellige forventning til mænd og kvinders adfærd i betragtning. Hvis depression fx er en følge af belastning, vil den så have samme udtryksform hos mænd og kvinder? Vil mænds »depression« ikke være præget af større aggression og måske endda vold i modsætning til kvinders, der er præget af den mere indadrettede adfærd? I dag mener en del forskere, at mænds antisociale adfærd, vold, misbrug og kriminalitet skal ses som en depressiv udtryksform med den udtryksform, der er følgen af den forskellige socialisering.

For mig betyder denne opfattelsesmåde, at det i fremtiden vil være nødvendigt at se på reaktioner på belastninger frem for egentlige sygdomme – måske endda adskille noget som sygdomme, fx den manio-depressive psykose – mens andet mere hensigtsmæssigt kan betragtes som reaktion på livsbegivenheder og belastninger, også selv om det får forskellige manifestationer alt efter personernes styrke forud for begivenheden. Den udvidelse af diagnoserne, som er sket i især DSM-systemet i de seneste udgaver er i hvert fald ikke hensigtsmæssig.

Hypoteser om udviklingen af depressioner

Forklaringerne på, hvorfor depressioner opstår, har haft forskellig karakter gennem de sidste århundreder. Ligesom de store befolkningsstudier følger de en historisk udvikling parallelt med den forskningstradition, der har udviklet sig i de forskellige perioder. Der er to hovedspørgsmål: Hvorfor udvikles depressioner overhovedet, og hvorfor hyppigst hos kvinder?

Blandt de tidligste forklaringer på kvinders overhyppighed af depressioner er de biologiske, hvor man forbinder kvinders depressioner med hormonelle forhold. Et eksempel på dette er myten om ophobning af depressioner i klimakteriet, der aldrig har kunnet bekræftes i befolkningsundersøgelser, tværtimod er der en faldende hyppighed med stigende alder. Myten var dog så sej, at den først blev fjernet fra lærebøgerne og diagnoselisterne op gennem 1990-erne. En anden er myten om depressioner forud for menstruationerne. Om disse findes eller ej har givet anledning til store stridigheder, senest i forbindelse med udarbejdelsen af DSM-IV. Denne strid resulterede i, at menstruationsproblemer kom med i diagnosebetegnelsen som Premenstrual dysphoric disorder (Gold og Severino 1994). Depressionen er et af hovedkriterierne for denne diagnose.

Fødselsdepressionen er ligeledes omdiskuteret. At nogle kvinder udvikler depressioner, er der ingen tvivl om, men der kan, som jeg senere skal vende tilbage til, med god grund sættes spørgsmålstegn ved hyppigheden og de udløsende faktorer.

Senere hypoteser, der har vundet stor interesse, er Seligmanns hypotese om tillært hjælpeløshed. Seligmann fremsatte denne hypotese efter at have vist, at rotter (og senere andre forsøgsdyr) udviklede apati, når de blev udsat for en række svære belastninger, fx forhindring i at få mad. Denne apati vedvarede, også efter forhindringerne var fjernet. Senere har Seligmann og medarbejdere fortsat deres forskning og har vist, at opgivelse over for opgaver, noget de har kunnet vise oftere er knyttet til kvinders adfærd end mænds, førte til depressioner. I de senere år er denne type forskning videreudviklet og har ført over til forskning omkring helbredsbevarende kræfter. Seligmann har stået for en del af denne forskning, men den nok mest kendte er Antonovsky (1991).

Den tredje forklaringsmodel er den psykosociale. Det har længe været kendt, at jo dårligere socioøkonomiske forhold, jo større er risikoen for psykisk sygdom. Men omkring depressioner mente man længe, at forholdene var anderledes, idet det ofte var kvinder fra højere sociale lag, der var indlagt.

Måske også derfor kom Brown og Harrison's undersøgelse af forholdene blandt grupper af engelske kvinder for nogle som en bombe, for andre som en åbenbaring. Brown og Harris (1978) påviste en række risikofaktorer i forhold til udvikling af depression: dårlig social status og hjemmeboende små børn, tab af en forælder i barnealderen osv. Men de viste også, ved at sammenligne forholdene i et øsamfund med storbyensamfundet, at socialt netværk virker beskyttede mod nogle af disse risikofaktorer.

Jack Bryø Jensen og jeg (1982) har på næsten samme tid lavet en tilsvarende undersøgelse, blot var det gravide kvinder, vi fulgte op gennem graviditeten og et halvt år efter fødslen. Halvdelen af kvinderne boede i København, den anden halvdel i Holbæk. Der var markant forskel på udviklingen af psykiske problemer, herunder depression. Igen var det socialt netværk og gode bolig- og arbejdsforhold i den lille by, som virkede beskyttende. Konklusionen, som vel ikke overrasker mange i dag, var, at sociale forhold var og er af stor betydning for udviklingen af psykisk sygelighed.

Den socialpsykiatriske forskning har peget på, at forskellen mellem mænd og kvinders sociale liv kan være den måske væsentligste forklaring på kønsforskellene i depression. Næsten uanset hvordan man sammenligner mænd og kvinder, slår deres forskellige livsforhold igennem. Som eksempel kan nævnes læger, hvor kvindelige læger er langt mere belastede end mandlige, ligesom de har en høj selvmordprocent i modsætning til, hvad man ellers finder i samfundet (Korremann 1994). Det, at langt de fleste mandlige læger er gift med en partner, der har en kortere uddannelse

end dem selv, ligesom det, at en del af disse enten er hjemmearbejdende eller har nedsat arbejdstid, spiller ind på familiens samlede arbejdsbelastning. Man kan sige, at alt tyder på at mænd og kvinder kommer fra to forskellige kulturer, uanset hvor vi vender os hen i verden. Nyere undersøgelser, hvor mænd og kvinders sociale forhold ligner hinanden synes da også at udligne forskellen i hyppigheden af depressioner. Ligesom depressionsfrekvensen stiger i samfundsgrupper, hvor man er socialt udsatte (Romans 1998).

Kulturelle forskelle

Et af kriterierne for depression i den vestlige verden er skyldfølelse. Men meget tyder på, at dette især er knyttet til den kristne kultur, som også kan beskrives som en individualistisk kultur. Er man opvokset i en islamisk kultur, er denne præget af skam, og ydre prestige i forholdet mellem mennesker er meget iøjnefaldende. Disse samfund er da også meget mere præget af idealer og forestillinger om ære og skam (Benedict 1979). Dette er vi nødt til at medindrage i vores forståelse både af psykiske problemer, men også af de problemer der kan være mellem familier, hvor nogle føler sig eller er blevet svigtet og/eller bedraget, men også i måden man søger at løse disse konflikter på (Petersson 1999).

Men det er ikke kun i den muslimske kultur, også i mange østlige kulturer, bl.a. den japanske, har skam en styrende rolle. Dette kan i sig selv medføre, at man skjuler, hvis en i familien er syg, eller man omskriver det med andre ikke stigmatiserende betegnelser. Dette kan være en forklaring på, at man i højere grad anfører psykosomatiske symptomer i forbindelse med depression, fordi de psykosomatiske symptomer i mindre grad påkalder sig omgivelsernes misbilligelse. I disse kulturer vil man også være mindre tilbøjelige til at meddele sine problemer, fordi det er det ydre omdømme, ikke bare ens eget, men også familiens, der er i fare. Hamdi og medarbejdere (1997) nævner sprogbrug som »mit hjerte forgifter mig«, »som om der er skoldhedt vand over min ryg«, som eksempler på angivelse af depression ud fra deres undersøgelse af arabere.

I den buddhistiske kultur er det den enkelte persons skæbne, som er afgørende for lidelsesfulde tilstande, herunder depression. Depression er ikke en sygdom, men noget man rammes af på grund af tidligere ugeringer. Denne opfattelse er tæt forbundet med troen på reinkarnation. Undersøgelser af personer fra den buddhistiske kultur viser, at netop denne tro på skæbne synes at beskytte mennesker på den måde, at de kan tillægge begivenhederne en mening, som ikke giver anledning til skyld og skam, i modsætning til hvad vi finder i den vestlige kultur. Undersøgelser af fx tibetanske torturoverlevende viser, trods belastningssymptomer som flashbacks, fravær af depression, undgåelse og fortrængning (Lützer og Mathiasen 1998). Troen på at det er skæbnen, der rammer den pågældende, findes dog også blandt muslimske befolkningsgrupper, og også i den europæiske findes elementer af den, bl.a. i tanken om hybris og nemesis.

I visse afrikanske kulturer tillægges ydre forhold årsagen til depression hos mennesker, denne årsagsforklaring synes at modvirke internalisering af følelser, der kunne medføre skyld- og skamfølelse. I andre kulturer betragtes sorg som en åndelig oplevelse (Eisenbruch 1990), ligesom det i nogle lande er almindeligt at hallucinere i forbindelse med alvorlige tab, symptomer der i vores kulturkreds oftest betragtes som tegn på en alvorlig psykisk lidelse. Det findes dog som forbigående fænomener på belastning også i vores kultur, bl.a. oplever mange, at en afdød endnu er i rummet længe efter dennes død. En af de kvinder, jeg fulgte i graviditetsundersøgelsen, havde en periode af ca. en uges varighed (godt en måned efter fødslen), hvor hun hørte barnet græde døgnet rundt på trods af at det ikke græd, men ofte sov godt, når hun gik hen og så til det.

Kulturelle forskelle på tilladte følelser

Hvis det er meget skamfuldt at udtrykke bestemte følelser i en kultur, vil disse ikke eller meget sjældent vise sig i det pågældende samfund. Nogle følelser opleves, men man fortæller ikke om dem. Derfor kan man, som Kirmayer og medarbejdere (1998) anfører, ikke slutte at der er tale om fravær af disse følelser. Det er fx langt lettere for vietnamesere at give udtryk for følelser i anonyme spørgeskemaer og navnlig på fremmedsprog. Dette problem er jeg ofte stødt på, men på en lidt anden måde, idet jeg i en årrække medvirkede på tolkekurser, hvor en ny tolk skulle oversætte for mig, mens en øvet hørte på og korrigerede fejl. Det slog aldrig fejl, at skamfulde begivenheder ikke blev oversat, og selv de øvede tolke indrømmede, at de indimellem kunne have svært ved at oversætte ting, som var belastende for deres egen kultur.

Ikke mindst i den japanske kultur er det forbudt at udtrykke uvenlige følelser, i hvert fald i det offentlige rum, noget der ikke forsvinder, selv når personerne flytter til et vestligt land. Men ellers er der stor forskel på de følelser, der er tilladte i forskellige kulturer. Fischer og Manstead (2000) har undersøgt kønsforskelle i følelser i forskellige kulturer og finder, i lighed med de tidligere omtalte forhold, at dette har en sammenhæng med, om der er tale om individualistiske eller mere kollektive kulturer. Således synes frygt at være mindre udtalt hos mænd i kollektive kulturer, både når man sammenligner med kvinder fra samme kultur og med mænd og kvinder fra mindre kollektive kulturer. Det samme gælder skam- og skyldfølelse. Når det gælder sørgmodighed og afsky, scorer kvinder fra individualistiske kulturer højest. Det synes som om, at mænd i den vestlige kultur opmuntres til at undgå situationer, som kan true deres status som individualistiske mænd, mænd med »magt over følelserne«. Forfatterne viser også, at disse forskelle er større, jo mere individualistisk et land er. Selv inden for den vestlige verden er der store forskelle, således scorer USA, Sverige og Holland højt, hvad angår individualisme, mens fx Polen, Portugal og det tidligere Jugoslavien scorer lavt. Heller ikke i andre ver-

densdele kan man overføre normer fra et land til et andet, der er store kulturelle forskelle i »tilladelsen« til at udtrykke følelser og friheden til at være selvstændig. I dette er der selvfølgelig ikke lavet en vurdering af, hvad der er bedst, blot en påpejning af forskelle. Selv om vi i den vestlige verden mener, at individualismen giver en stor frihed, er der dog fordele og ulemper ved begge former. Madden og medarbejdere (2000) har set på depression og angst i relation til køn og finder, når de sammenholder disse fund med »tilladelsen til« at udtrykke følelser, at dette i de individualistiske samfund – det vil sige primært Nordamerika, Vesteuropa, Australien og New Zealand – er med til at fastholde kvinder i underordnede positioner, hvor de ellers har fået mulighed for at deltage aktivt i det økonomiske og politiske liv. Om disse kønsforskelle vil ændres, som meget tyder på, når mænd og kvinder analyseres ud fra samme sociale vilkår, er spændende at følge i fremtiden. Aktuelt analyserer jeg selv, så godt det kan lade sig gøre, stress blandt mænd og kvinder i samme faggrupper og søger at identificere mænd og kvinder med samme sociale forhold, altså personer som analyseres for egentlige kønsforskelle. Det, der foreløbig kan vises, er, at kvinder, i alle de undersøgte faggrupper, angiver at være mere stressede end mændene. Men mænd med partnere med længerevarende uddannelser end dem selv er de mest stressede. Det kan betyde, at det er svært at være socialiseret til at være rigtig mand, når ens kvindelige partner pludselig er den, der har de traditionelt mandlige værdier i familien: høj status, høj indkomst osv. Men det kan også betyde, at den omsorg for familien, som kvinder traditionelt tilføjer gennem dobbeltarbejde, nu er mandens dobbeltarbejde, med den øgede risiko for udvikling af depression og andre sygdomme, som den nyeste forskning synes at vise.

LITTERATUR

- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM IV*. Washington: American Psychiatric Association.
- ANTONOVSKY, A (1991): *Hälsans mysterium. Natur och kultur*. Stockholm, 1991
- BECH, P. (1993): *Rating scales for psychopathology, health status and quality of life*. Berlin: Springer-Verlag.
- BENEDICT, R. (1979): *The chrysanthemum and the sword. Patterns of japanese culture*. Tuttle Company, Tokyo.
- BROWN, G.W., HARRIS, T. (1978): *The Social origins of Depression*. Tavistock, London.
- EISENBRUCH, M. (1990): The cultural Bereavement Interview. *Psychiatry Clinics of North America*;13:715-35
- ERNST, C. & ANGST, J. (1992): The Zurich Study. *European Archives of Psychiatry and Neuro-Science*;241:220-30
- Fischer, A.H. & Manstead, A.S.R. (2000): The relation between gender and emotion in different cultures. In Fischer AH (ed). *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. Cambridge University Press, Cambridge.

- GJERDE, P.F., BLOCK, J. & BLOCK, J.H. (1988): Depressive symptoms and personality during late adolescence. *Journal of abnormal Psychology*;97:475-86.
- GOLD, J.H. & SEVERINO, S.K. (1994): *Premenstrual Dysphorias*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- HAMDI, E., AMIN, Y. & ABOU-SALEH, M.T. (1997): Problems in validating endogenous depression in the arab culture by contemporary diagnostic criteria. *Journal of Affective Disorders*;44:131-43.
- JENSEN, J.B. & PETERSSON, B. (1992): Psykiske og sociale forhold hos førstegangs fødende i paranatalperioden. *Ugeskrift for Læger*,11;46:3449-53
- KIRMAYER, L.J., DAO, T.H.T. & SMITH, A. (1998): Somatization and psychologization. In Okpaku S (ed) *Clinical Methods in Transcultural Psychiatry*. American Psychiatric Press, Washington DC.
- KORREMANN, G. (1994): Læger og køn – spiller det en rolle?, *TemaNord*: 597
- LÜTZER, S. & MATHIASSEN, S.S. (1998): Om ukuelighed. I Jørgensen U, Mathiasen SS (red) *At overleve vold*. Klim, Århus.
- MADDEN, T.E., BARRETT, L.F. & PIETROMONACO, P.R. (2000): Sex differences in anxiety and depression: Empirical evidence and methodological questions. In Fischer AH (ed) *Gender and emotion: Social psychological perspectives*. Cambridge University Press, Cambridge.
- MIRDAL, G.M. (1999): Mellem sundhed og sygdom: Refleksioner over somatisering. *Psyke & Logos*;20:60-74
- PETERSSON, B. (1999): *Tilgivelse*. Aschehoug, København.
- PETERSSON, B. & KASTRUP, M. (1995): Gender and mental health. *Ballière's Clinical Psychiatry*; vol 1;2:329-46
- PRIOR, P.M. (1999): *Gender and Mental Health*. Macmillan Press, London.
- ROMANS, S.E. (1998): Gender differences in psychiatric disorders. In Romans SE (ed) *Folding back the shadows*. University of Otago Press, Dunedin NZ.