

Genderverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik

Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)

M. TEN HAVE, C. SCHOEMAKER, W. VOLLEBERGH

ACHTERGROND Er is weinig bekend over de mate waarin de resultaten van onderzoeken over gender/sekseverschillen in psychische stoornissen en hulpzoekgedrag uit Amerikaanse en Canadese onderzoeken ook gelden voor Nederland.

DOEL Het vaststellen van gender/sekseverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik bij volwassenen die niet in instellingen verblijven, en het vergelijken van de resultaten met die van Amerikaanse en Canadese onderzoeken.

METHODE De gegevens komen uit de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), een prospectief cohortonderzoek naar psychische problematiek onder volwassenen. Een gestandaardiseerd psychiatrisch interview, het Composite International Diagnostic Interview 1.1 (CIDI), is gebruikt voor het vaststellen van DSM-III-R-diagnosen (Diagnostic and statistical manual of mental diseases, 3de herziene druk). Voor de analyses zijn chi-kwadraattoetsen toegepast.

RESULTATEN Vrouwen en mannen verschillen niet in de eenjaarsprevalentie en de driejaarsincidentie van ten minste één DSM-III-R-stoornis. Gender/sekseverschillen zijn er wel voor de verschillende hoofdgroepen van psychische stoornissen. Bij vrouwen komen vaker (voor het eerst) stemmingsstoornissen en angststoornissen voor. Bij mannen komen middelenstoornissen vaker (voor het eerst) voor. Vrouwen ervaren ook vaker beperkingen als gevolg van psychische problemen, en zoeken vaker hulp in zowel de eerstelijnsgezondheidszorg als de geestelijke gezondheidszorg – ook na correctie voor het vóórkomen van psychische stoornissen.

CONCLUSIE Deze in Nederland gevonden gender/sekseverschillen in psychische stoornissen en hulpzoekgedrag bevestigen de resultaten uit eerdere Amerikaanse en Canadese onderzoeken.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 6, 367-375]

TREFWOORDEN genderverschillen, psychische stoornissen, sekseverschillen, zorggebruik

Er zijn de afgelopen dertig jaar veel boeken geschreven over de vraag waarom vrouwen meer kans lopen op een psychische stoornis dan mannen. In de loop der jaren zijn daarvoor verschillende verklaringen geopperd, die we hier niet zullen bespreken. We concentreren ons in dit artikel op de kwaliteit van het gepresenteerde cij-

fermateriaal over sekseverschillen in de prevalentie van psychische stoornissen. Dat cijfermateriaal is in de afgelopen dertig jaar sterk verbeterd.

In de boeken uit het begin van de jaren zeventig werden alleen cijfers gepresenteerd over aantallen opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (Chesler 1972). Daaruit bleek

dat vrouwen veel vaker werden opgenomen dan mannen. Nadeel van deze cijfers was dat ze geen betrouwbaar beeld hoefden te geven van de prevalenties in de gehele bevolking, omdat het goed mogelijk is dat vrouwen vaker hulp zoeken dan mannen.

In de loop van de jaren zeventig werden daarom de eerste grootschalige bevolkingsonderzoeken uitgevoerd. Deze leverden enige informatie op over het vóórkomen van klachten en symptomen bij mannen en vrouwen in de bevolking. Vrouwen bleken veel meer klachten en symptomen te rapporteren dan mannen (Al-Issa 1980; Goldman & Ravid 1980). Nadeel van deze onderzoeken was dat het niet was uitgesloten dat vrouwen, hoewel zij méér klachten rapporteerden, toch even vaak een stoornis hadden. Ook werden stoornissen in het gebruik van alcohol of drugs in deze bevolkingsonderzoeken zelden meegenomen (Kessler e.a. 1979).

Specifieke diagnostische criteria en betrouwbare instrumenten om psychische stoornissen in bevolkingsonderzoeken vast te stellen kwamen pas in de loop van de jaren tachtig beschikbaar (Weissman & Klerman 1992). De bevolkingsonderzoeken van na deze periode maakten het mogelijk het vóórkomen van specifieke psychische stoornissen vast te stellen. De eerste grootschalige bevolkingsonderzoeken die gebruikmaakten van diagnostische classificatiestelsels, zoals de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM), vonden plaats in de Verenigde Staten en Canada (Robins & Regier 1991; Bland e.a. 1988). Uit deze kwalitatief betere onderzoeken kwam een genuanceerder beeld van de sekseverschillen naar voren. Zo werd duidelijk dat vrouwen niet meer psychische stoornissen hebben dan mannen. Vrouwen verschillen wel in het vóórkomen van bepaalde typen psychische stoornissen. Zij hebben bijvoorbeeld vaker stemmingsstoornissen en angststoornissen. Bij mannen komen vaker misbruik en afhankelijkheid van alcohol en drugs voor. In deze onderzoeken werd ook gevraagd naar het hulpzoekgedrag, dat niet meer werd beperkt tot de psychiatrische zie-

kenhuizen. Een belangrijke bevinding was dat vrouwen meer gebruikmaakten van ambulante geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen, vooral in de eerstelijnszorg (Leaf e.a. 1985; Leaf & Bruce 1987). Hoe dit sekseverschil begrepen moet worden, is nog steeds onderwerp van discussie.

In dit artikel gaan wij na of de resultaten uit deze Amerikaanse en Canadese onderzoeken ook gelden voor Nederland door gegevens te analyseren uit de *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study* (NEMESIS), een prospectief bevolkingsonderzoek naar het vóórkomen en beloop van psychische stoornissen en zorggebruik bij ruim 7000 volwassen Nederlanders. Wij gaan in op drie vragen: (1) wat zijn de sekseverschillen in het vóórkomen van psychische stoornissen; (2) wat zijn de sekseverschillen in de consequenties van deze stoornissen; (3) wat zijn de sekseverschillen in de mate waarin (ambulante) zorg wordt gebruikt wegens psychische problemen.

METHODE

NEMESIS is een prospectief cohortonderzoek bij 18- tot 65-jarigen en telt 3 meetmomenten (1996, 1997 en 1999). Bij de eerste meting zijn 7.076 mensen geïnterviewd, bij de tweede meting 5.618 (79,4%), bij de derde meting 4.848 (68,5%). De respons op de eerste meting was 64,2% voor huishoudens en 69,7% voor volwassenen. De respondenten vormen een optimale afspiegeling van de Nederlandse bevolking voor wat betreft sekse, burgerlijke staat en stedelijkheid. Alleen de leeftijdscategorie 18-24 jaar is significant ondervertegenwoordigd; in de steekproef is 8,4% in de leeftijd van 18-24 jaar tegenover 14,1% in de bevolking. De uitval op de tweede en derde meting hangt, na correctie voor de invloed van sociaal-demografische kenmerken, nauwelijks samen met psychopathologie (De Graaf e.a. 2000).

Het kerninstrument in NEMESIS is het *Composite International Diagnostic Interview 1.1* (CIDI) (Smeets & Dingemans 1993), ontwikkeld door de World Health Organization (WHO) (World Health Organization 1990; Robins e.a.

TABEL 1 Definitie van begrippen betreffende het vóórkomen van psychische stoornissen (DSM-III-R)

Prevalente psychische stoornissen	Het vóórkomen van hoofdgroepen van DSM-III-R-stoornissen in de afgelopen 12 maanden
Psychische comorbiditeit	Het vóórkomen van 2 of meer DSM-III-R-stoornissen in de afgelopen 12 maanden
Somatische comorbiditeit	Het vóórkomen van ten minste 1 DSM-III-R-stoornis en ten minste 1 somatische aandoening, uit een lijst van 31 somatische aandoeningen, waarvoor men onder behandeling is van een arts, in de afgelopen 12 maanden
Incidente psychische stoornissen	Het voor het eerst in het leven voldoen aan de criteria van een DSM-III-R-stoornis tussen meting 1 en meting 3
Langdurig herstel van psychische stoornissen	Het niet meer voldoen aan de criteria van een DSM-III-R-stoornis tussen meting 1 en meting 3, na het vóórkomen van een DSM-III-R-stoornis in de 12 maanden vóór meting 1

DSM-III-R = *Diagnostic and statistical manual of mental diseases*, 3de herziene druk

1988). Dit is een volledig gestructureerd interview om psychische stoornissen vast te stellen, en kan door getrainde leken worden afgenomen. Diagnostiek vindt na het interview plaats, door met een computerprogramma de klinisch relevante symptomen te combineren tot diagnoses volgens de DSM-III-R (American Psychiatric Association 1987) of de ICD-10 (International Classification of Diseases). In NEMESIS zijn de volgende DSM-III-R-diagnosen opgenomen: stemmingsstoornissen (depressie, dysthymie, bipolaire stoornis), angststoornissen (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, obsessieve compulsieve stoornis), middelenstoornissen (alcohol- en drugsmisbruik en afhankelijkheid, ook in verband met sedativa, hypnotica en anxiolytica), eetstoornissen (anorexie, boulimie), schizofrenie en andere niet-affectieve psychotische stoornissen.

Een uitgebreide beschrijving van de doelstellingen, steekproeftrekking, non-respons, meetinstrumenten en kwaliteitsbewaking binnen NEMESIS is te vinden in Bijl, Van Zessen, Ravelli e.a. 1998.

Analyses Sekseverschillen in het vóórkomen, in de consequenties van psychische stoornissen en in de mate waarin voor psychische problemen zorg wordt gebruikt, zijn onderzocht met chikwadrattoetsen. Hiervoor zijn gegevens van de drie metingen van NEMESIS geanalyseerd. De berekeningen zijn gecorrigeerd voor de ondervertegenwoordiging van 18- tot 24-jarigen binnen de respondentengroep.

Vóórkomen van psychische stoornissen In tabel 1 staan de door ons gehanteerde definitie met betrekking tot het vóórkomen van psychische stoornissen.

Consequenties van psychische stoornissen De functionele beperkingen zijn gemeten met twee schalen uit de *medical outcomes study (MOS)-Short Form Health Survey* (Stewart e.a. 1988; Ware & Sherbourne 1992), te weten 'rolfunctioneren psychisch' en 'rolfunctioneren sociaal'. De eerste schaal, bestaande uit drie items, heeft betrekking op problemen bij het werk of andere dagelijkse bezigheden in de afgelopen vier weken als gevolg van psychische problemen. De tweede schaal, met

twee items, heeft betrekking op problemen in de sociale contacten en activiteiten met gezin, vrienden of anderen in de afgelopen vier weken als gevolg van lichamelijke of psychische problemen.

Zorggebruik Onder medicatie wordt verstaan het gebruik van slaapmiddelen, tranquillizers, pijnstillers, antidepressiva of antipsychotica ten tijde van het eerste interview.

Eerstelijnszorg of geestelijke gezondheidszorg (ggz) hebben wij gedefinieerd als 'het bezoeken van zorgvoorzieningen wegens eigen psychische problemen (inclusief alcohol- of drugsproblemen) in de afgelopen twaalf maanden. Tot de eerstelijnszorg rekenen wij de huisarts, bedrijfsarts, het algemeen maatschappelijk werk, de thuiszorg/wijkverpleging, en de crisisdienst. De ggz omvat RIAGG (regionale instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg), psychiatrische polikliniek, vrijgevestigde psychiater/psycholoog/psychotherapeut, psychiatrische deeltijdbehandeling, opname in een psychiatrisch ziekenhuis en ambulante verlosingszorg.

Onder onvervulde zorgbehoefte verstaan wij de behoefte aan professionele zorg wegens psychische problemen in de afgelopen twaalf maanden, waarbij deze hulp niet gezocht is.

RESULTATEN

Psychische stoornissen

Prevalentie psychische stoornissen Vrouwen hebben een hogere prevalentie van stemmingsstoornissen, angststoornissen en eetstoornissen dan mannen. Bij mannen komen vaker misbruik en afhankelijkheid van alcohol en drugs (verder aangeduid met middelenstoornissen) voor. Er zijn geen sekseverschillen voor schizofrenie en alle stoornissen tezamen (zie tabel 2). Over één jaar gerekend maakt ongeveer een kwart van de volwassenen een psychische stoornis door.

Leeftijd bij ontstaan psychische stoornissen De leeftijd bij het ontstaan van een psychische stoornis ligt tussen de 20 en 30 jaar. Angststoornissen, middelenstoornissen en eetstoornissen ontstaan gemiddeld tussen de 20 en 23 jaar; stemmingsstoornissen en schizofrenie ontstaan gemiddeld na het 24ste jaar. De gemiddelde leeftijd bij het ontstaan van stemmingsstoornissen verschilt 2 jaar tussen vrouwen (28,5 jaar) en mannen (30,8 jaar) ($p = 0,000$). Bij mannen ontstaan middelenstoornissen op iets jongere leeftijd: 23,2 jaar tegenover 25,7 jaar bij vrouwen ($p = 0,003$). Er zijn geen sekseverschillen in de gemiddelde leeftijden

TABEL 2 Jaarprevalentie* (percentages) van DSM-III-R-diagnosen naar sekse in NEMESIS, 1996 (Bijl, Ravelli & Van Zessen (1998))

DSM-III-R-diagnose	Mannen (n = 3299)	Vrouwen (n = 3777)	Significantie (p-waarde)
Stemmingsstoornis	5,7	9,7	0,000
Angststoornis	8,3	16,6	0,000
Middelenstoornis	14,1	3,5	0,000
Schizofrenie	0,2	0,2	niet-significant
Eetstoornis	0,2	0,6	0,008
Ten minste 1 stoornis	23,5	23,6	niet-significant

* gecorrigeerd voor de ondervetegenwoordiging van 18- tot 24-jarigen

NEMESIS = Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study

DSM-III-R = Diagnostic and statistical manual of mental diseases, 3de herziene druk

bij het ontstaan van angststoornissen, schizofrenie, eetstoornissen en alle stoornissen tezamen.

Psychische comorbiditeit Comorbiditeit, het tegelijkertijd vóórkomen van meerdere stoornissen, komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Over 1 jaar gerekend heeft 10,4% van de vrouwen 2 of meer psychische stoornissen, tegen 6,2% van de mannen ($p = 0,000$). Deze percentages komen overeen met die van somatische comorbiditeit: over 1 jaar gerekend heeft 13% van de vrouwen naast een psychische stoornis een somatische aandoening waarvoor zij onder behandeling zijn van een arts, tegen 8,5% van de mannen ($p = 0,000$).

Als wij kijken naar de combinaties tussen de 3 grootste hoofdgroepen van stoornissen, dan valt op dat vrouwen een hogere prevalentie hebben van het tegelijkertijd vóórkomen van stemmingsstoornissen en angststoornissen dan mannen (5,9% tegenover 2,8%, $p = 0,000$). Bij mannen komt vaker de combinatie angststoornissen en middelenstoornissen voor (2% tegenover 1,3% bij vrouwen, $p = 0,03$). Er zijn geen sekseverschillen in het tegelijkertijd vóórkomen van stemmingsstoornissen en middelenstoornissen.

Incidentie De incidentie van psychische stoornissen over 3 jaar gerekend is 11,9%. Dit percentage verschilt niet voor vrouwen en mannen. De incidentie van stemmingsstoornissen en angststoornissen is bij vrouwen hoger. Van de vrouwen die in 1996 niet eerder een psychische stoornis hebben doorgemaakt, krijgt 7,2% een stemmingsstoornis en 7,9% een angststoornis binnen een periode van 3 jaar (tegenover respectievelijk 4,4% en 3,4% bij mannen in dezelfde situatie, beide $p = 0,000$). Bij mannen komen vaker incidente middelenstoornissen voor (6,7% tegen 2,4% bij vrouwen over een periode van 3 jaar gerekend, $p = 0,000$).

Langdurig herstel Het percentage respondenten dat over een periode van 3 jaar gerekend niet meer voldoet aan de criteria van een DSM-III-R-stoornis is 44,3%. Dit percentage verschilt niet voor vrouwen en mannen. Vrouwen herstellen

minder snel van stemmingsstoornissen en angststoornissen dan mannen. Van de vrouwen met een stemmingsstoornis in 1996 is 46,6% hiervan hersteld in 1997-1999 (tegenover 64,8% bij de mannen, $p = 0,001$). Bij angststoornissen zijn de herstelpercentages binnen een periode van 3 jaar 49% voor vrouwen en 62,1% voor mannen ($p = 0,004$). Er zijn geen sekseverschillen in het langdurig herstel van middelenstoornissen.

CONSEQUENTIES VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN

Vrouwen ervaren duidelijk meer functionele beperkingen als gevolg van psychische stoornissen dan mannen. Van de vrouwen met een psychische stoornis heeft 30,5% problemen bij het werk of andere dagelijkse bezigheden als gevolg van psychische problemen (tegenover 22,9% bij mannen in dezelfde situatie, $p = 0,001$), en heeft 60,4% problemen in de sociale contacten met gezin, vrienden, burens of anderen als gevolg van lichamelijke of psychische problemen (tegenover 48,8% bij mannen in dezelfde situatie, $p = 0,000$).

ZORGGEBRUIK

Vrouwen maken meer gebruik van professionele zorg wegens psychische problemen en gebruiken vaker medicijnen dan mannen. Zestien procent van de vrouwen bezocht over een periode van 1 jaar gerekend een eerstelijnsvoorziening of ggz-voorziening (tegenover 9,8% van de mannen, $p = 0,000$), en 17,4% gebruikte ten tijde van het interview enigerlei vorm van medicatie, variërend van slaapmiddelen, tranquillizers, pijnstillers en antidepressiva tot antipsychotica (tegenover 9,4% bij mannen, $p = 0,000$). Deze sekseverschillen in zorggebruik en medicatie blijven bestaan na correctie voor het vóórkomen van een psychische stoornis. Ondanks dat vrouwen meer zorg gebruiken, geven zij toch vaker dan mannen aan in het afgelopen jaar behoefte te hebben gehad aan professionele hulp vanwege psychische problemen, maar deze niet gezocht te hebben (zie tabel 3).

TABEL 3 Zorggebruik en zorgbehoefte wegens psychische stoornissen bij mannen en vrouwen (percentages), gecorrigeerd voor het vóórkomen van een psychische stoornis, NEMESIS 1996

	Mannen (n = 3299)	Vrouwen (n = 3777)	Significantie (p-waarde)
Zorggebruik/behoefte van de totale groep respondenten			
Medicatie *	9,4	17,4	0,000
Eerstelijnszorg	7,8	13,7	0,000
Geestelijke gezondheidszorg	4,9	7,1	0,000
Eertelijnszorg óf geestelijke gezondheidszorg	9,8	16,0	0,000
Onvervulde zorgbehoefte	4,1	8,4	0,000
Zorggebruik/behoefte van degenen met een DSM-III-R-diagnose			
Medicatie	15,2	29,4	0,000
Eerstelijnszorg	19,7	34,8	0,000
Geestelijke gezondheidszorg	12,2	18,7	0,000
Eerstelijnszorg óf geestelijke gezondheidszorg	23,1	39,4	0,000
Onvervulde zorgbehoefte	9,9	23,9	0,000

* Medicatie is het gebruik van slaapmiddelen, tranquillizers, pijnstillers, antidepressiva of antipsychotica ten tijde van het interview

NEMESIS = Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study

DSM-III-R = Diagnostic and statistical manual of mental diseases, 3de herziene druk

DISCUSSIE

Pas sinds een tiental jaren zijn er betrouwbare gegevens beschikbaar over sekseverschillen in het vóórkomen van psychische stoornissen in de bevolking. De resultaten van de nieuwste onderzoeken nuanceren het bestaande beeld. Uit NEMESIS – een grootschalig bevolkingsonderzoek onder ruim 7000 Nederlanders – blijkt dat vrouwen en mannen niet verschillen in de prevalentie van ten minste één DSM-III-R-stoornis. Sekseverschillen zijn er wel voor de verschillende hoofdgroepen van psychische stoornissen. Bij vrouwen komen vaker (voor het eerst) stemmingsstoornissen en angststoornissen voor. Bij mannen komen middenstoornissen vaker (voor het eerst) voor. Deze bevindingen komen overeen met die uit Amerikaanse en Canadese onderzoe-

ken (Kessler e.a. 1994; Eaton e.a. 1989; Bland e.a. 1988). Vrouwen ervaren ook vaker beperkingen als gevolg van psychische problemen en zoeken vaker hulp in zowel de eerstelijnszorg als de ggz. Twee Canadese onderzoeken bevestigen onze bevinding dat vrouwen sneller hulp zoeken dan mannen, ook als gecorrigeerd wordt voor de invloed van psychische stoornissen en andere sociaal-demografische kenmerken (Lefebvre e.a. 1998; Lin e.a. 1996). Dit artikel toont dus aan dat de eerder in het buitenland gevonden sekseverschillen in psychische stoornissen en hulpzoekgedrag ook in Nederland optreden.

Hoe zijn deze sekseverschillen nu te verklaren? Mannen lijken hun problemen meer te externaliseren, door misbruik van alcohol en drugs en agressief gedrag. Bij vrouwen komen vaker internaliserende problemen voor, zoals

depressies en angsten. Vrouwen en mannen verschillen in het vóórkomen van comorbide stoornissen. Dit komt mede doordat stoornissen die vaker bij vrouwen voorkomen, zoals stemmingsstoornissen en angststoornissen, veel vaker gepaard gaan met andere psychische stoornissen en somatische aandoeningen dan typische ‘mannenstoornissen’ zoals misbruik en afhankelijkheid van alcohol en drugs (Ravelli e.a. 1998). Opvallend is dat vrouwen minder snel herstellen van stemmingsstoornissen en angststoornissen dan mannen. Daarvoor zijn meerdere verklaringen mogelijk. Het kan zijn dat vrouwen meer ernstige symptomen hebben, of vaker een terugval van problemen rapporteren – een chronischer en/of meer recidiverend beloop – dan mannen. Zij lijken in ieder geval meer beperkingen te ervaren als gevolg van psychische stoornissen. Dit vraagt om nader onderzoek. De vraag waarom vrouwen vaker dan mannen hulp zoeken voor psychische problemen, ook na correctie voor het vóórkomen van meerdere psychische stoornissen, blijft vooralsnog onbeantwoord. Diverse verklaringen zijn denkbaar, zoals de wijze waarop vrouwen met problemen omgaan en de consequenties die zij ervaren van psychische problemen. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen welke waarde deze hebben om de gevonden sekseverschillen in zorggebruik te kunnen verklaren.

Ten slotte: wij vonden geen sekseverschil in de gemiddelde leeftijd bij het ontstaan van schizofrenie, terwijl eerdere (klinische) onderzoeken hebben aangetoond dat vrouwen deze stoornis op een latere leeftijd ontwikkelen dan mannen. Het aantal volwassenen bij wie schizofrenie in NEMESIS is vastgesteld, is echter te gering om een sekseverschil in ontstaansleeftijd van schizofrenie aan te kunnen tonen.

LITERATUUR

- Al-Issa, I. (1980). *The psychopathology of women*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostical and statistical manual of mental disorders* (3de, herziene druk). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bijl, R.V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-595.
- Bijl, R.V., van Zessen, G., Ravelli, A., e.a. (1998). The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 581-586.
- Bland, R.C., Newman, S.C., & Orn, H. (1988). Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77 (Suppl.), 33-42.
- Clesler, Ph. (1972). *Women and madness*. New York: Doubleday & Co.
- Eaton, W.W., Kramer, M., Anthony, J.C., e.a. (1989). The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 163-178.
- Goldman, N., & Ravid, R. (1980). Community surveys: sex differences in mental illness. In M. Guttentag, S. Salasin & D. Belle (Red.), *The mental health of women* (pp. 31-56). New York: Academic Press.
- Graaf, R. de, Bijl, R.V., Smit, F., e.a. (2000). Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study: The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology*, 152, 1039-1047.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., e.a. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Reuter, J.A., & Greenley, J.R. (1979). Sex differences in the use of outpatient facilities. *Social Forces*, 58, 557-571.
- Leaf, P.J., & Bruce, M.L. (1987). Gender differences in the use of mental health-related services: a re-examination. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 171-183.
- Leaf, P.J., Livingston, M.M., Tischler, G.L., e.a. (1985). Contact with health professionals for the treatment of psychiatric and emotional problems. *Medical Care*, 23, 1322-1337.
- Lefebvre, J., Lesage, A., Cyr, M., e.a. (1998). Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 291-298.
- Lin, E., Goering, P., Offord, D.R., e.a. (1996). The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 572-577.

- Ravelli, A., Bijl, R.V., & van Zessen, G. (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 531-544.
- Robins, L.N., & Regier, D.A. (1991). *Psychiatric disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., e.a. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1069-1077.
- Smeets, R.M.W., & Dingemans, P.M.A.J. (1993). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.1*. Amsterdam/Geneva: World Health Organization.
- Stewart, A.L., Hays, R.D., & Ware, J.E., Jr. (1988). The MOS short-form general health survey. Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26, 724-735.
- Ware, J.E., Jr., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health status survey. I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-481.
- Weissman, M.M., & Klerman, G.L. (1992). Depression: current understanding and changing trends. *Annual Review of Public Health*, 13, 319-339.
- World Health Organization. (1990). *Composite International Diagnostic Interview (CIDI), Version 1.0*. Geneva: World Health Organization.

SUMMARY

Gender differences in mental disorders, consequences and service utilisation. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) – M. ten Have, C. Schoemaker, W. Vollebergh –

BACKGROUND Little is known about to what extent the results on gender/sex differences in mental disorders and help seeking behaviour from American and Canadian studies have more general validity to the Netherlands.

AIM To determine gender/sex differences in mental disorders, consequences and service utilization among non-institutionalized adults and to compare the results to the American and Canadian studies.

METHOD Data were derived from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), a prospective cohort study of psychopathology in adults. DSM-III-R diagnoses were based on a standardized psychiatric interview, the Composite International Diagnostic Interview 1.1 (CIDI). Chi squared tests have been used for analysing.

AUTEURS

M. TEN HAVE is doctorandus gezondheidswetenschappen en werkzaam als wetenschappelijk medewerker bij het programma Monitoring en Epidemiologie van het Trimbos-instituut.

C. SCHOEMAKER is psycholoog en senior wetenschappelijk medewerker bij het programma Monitoring en Epidemiologie van het Trimbos-instituut.

W. VOLLEBERGH is psycholoog en hoogleraar en werkzaam als programmahoofd Monitoring en Epidemiologie van het Trimbos-instituut.

Het onderzoek is uitgevoerd door het Trimbos-instituut.

Correspondentieadres: mevr. M. ten Have, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht. Telefoon: (030) 2971100, fax: (030) 2971111.

E-mail: mhavet@trimbos.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-2-2002.

RESULTS Women and men do not differ in the one year prevalence and the three years incidence of at least one DSM-III-R disorder. However, sex/gender differences do exist for the different main categories of mental disorders. Women have higher rates of (first time) mood and anxiety disorders. Men have higher rates of (first time) substance use disorders. Women are also more likely to report functional impairments that result from mental problems, and are more likely to use primary care and mental health services – also after adjustment for the presence of mental disorders.

CONCLUSION The sex/gender differences in mental disorders and help seeking behaviour in the Netherlands confirm results from previous American and Canadian studies.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 6, 367-375]

KEYWORDS gender differences, mental disorders, service utilization, sex differences