

TRIMBOS KERNCIJFERS PSYCHISCHE STOORNISSEN

RESULTATEN VAN NEMESIS
(NETHERLANDS MENTAL HEALTH
SURVEY AND INCIDENCE STUDY)

Saskia van Dorsselaer

Ron de Graaf

Jacqueline Verdurmen

Hedda van 't Land

Margreet ten Have

Wilma Vollebergh

TRIMBOS KERNCIJFERS PSYCHISCHE STOORNISSEN

RESULTATEN VAN NEMESIS
(NETHERLANDS MENTAL HEALTH SURVEY AND INCIDENCE STUDY)

Saskia van Dorsselaer
Ron de Graaf
Jacqueline Verdurmen
Hedda van 't Land
Margreet ten Have
Wilma Vollebergh

COLOFON

Financiering

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Auteurs

Mevr. drs. S. van Dorsselaer

Dhr. dr. ir R. de Graaf

Mevr. dr. J. Verdurmen

Mevr. dr. H. van 't Land

Mevr. dr. M. ten Have

Mevr. prof. dr. W.A. M. Vollebergh

Productiebegeleiding

Dhr. drs. P. Anzion

Vormgeving en druk

Ladenius Communicatie BV

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl.
Onder vermelding van artikelnummer AFO649.
U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 10: 90-5253-533-7

ISBN-13: 978-90-5253-533-3

©2006 Trimbos-instituut, Utrecht, The Netherlands

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16b en 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of enkele gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers of andere compilatiewerken dient men zich tot de uitgever te wenden.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

VOORWOORD

In 1991 verscheen *Psychiatric Disorders in America*, een verslag van het eerste grote psychiatrisch-epidemiologische onderzoek met werkelijk betrouwbare uitkomsten. Ik was op de jaarvergadering van de American Psychiatric Association, waar het met de nodige nadruk gepresenteerd werd. In mijn exemplaar van hun boek schreven Lee Robins en Darrel Regier, de belangrijkste auteurs en onderzoekers, 'To Paul, best wishes in your epidemiological work on psychiatric disorders in the Netherlands'.

Het is er bij mij niet meer van gekomen, maar in 1994 kon het Trimbos-instituut een lang gekoesterde wens in uitvoering nemen: de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study, inmiddels beter bekend als de NEMESIS-studie. Natuurlijk is de NEMESIS-studie schatplichtig aan het grote Amerikaanse voorbeeld, maar in veel opzichten was het ook alweer een betere en completere studie onder een naar verhouding veel grotere steekproef uit de bevolking: 20.000 in de VS, 7000 in NL. In 1997 konden de eerste resultaten van het NEMESIS-onderzoek naar het vóórkomen, het ontstaan en het beloop van psychische stoornissen worden gepubliceerd. Sindsdien zijn er tientallen publicaties op basis van het NEMESIS-materiaal verschenen in Nederlandse, maar vooral internationale tijdschriften, waaronder de hoogst gewaardeerde op het gebied van de psychiatrie en de psychiatrische epidemiologie.

De bijlagen achter in dit boek geven een overzicht van de vele publicaties, het boek zelf bevat de kerncijfers uit het onderzoek, geordend naar de aard van de stoornis. Daar is behoefte aan, want de collega's van het Trimbos-instituut worden regelmatig benaderd door medewerkers van GGZ-instellingen, belangengroeperingen en behandelaren met vragen over de prevalentie van psychische stoornissen onder specifieke bevolkingsgroepen. Dit boek zal in veel van die vragen kunnen voorzien, eventueel in combinatie met het *Trimbos Zakboek Psychische Stoornissen* (De Tijdstroom, 2005), dat ook meer klinisch relevante informatie bevat.

Actuele gegevens zijn van groot belang voor een accurate inschatting van de ontwikkeling van de geestelijke gezondheid en de beschikbare zorg in Nederland. Inmiddels zijn de voorbereidingen in gang gezet voor een tweede NEMESIS-studie, die naar verwachting in 2008 zal kunnen worden uitgevoerd. Door vergelijking met de uitkomsten van de eerste studie (en de herhalingen daarvan) kan ons inzicht in de spreiding en ontwikkeling van psychische stoornissen nog verder verdiept worden.

Prof. dr. Paul Schnabel

Voorzitter Wetenschappelijke Raad Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid

INHOUD

1.	INLEIDING	7
1.1	Opbouw	12
2.	RESULTATEN	13
2.1	Enigerlei psychische stoornis	13
2.2	Enigerlei stemmingsstoornis	17
2.2.1	Depressieve stoornis	21
2.2.2	Dysthymie	25
2.2.3	Bipolaire stoornis	29
2.3	Enigerlei angststoornis	32
2.3.1	Sociale fobie	37
2.3.2	Enkelvoudige of specifieke fobie	41
2.3.3	Agorafobie	45
2.3.4	Paniekstoornis	49
2.3.5	Gegeneraliseerde angststoornis	53
2.3.6	Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)	57
2.4	Enigerlei middelenstoornis	61
2.4.1	Enigerlei alcoholstoornis	65
2.4.1.1	Alcoholmisbruik	68
2.4.1.2	Alcoholafhankelijkheid	70
2.4.2	Enigerlei drugsstoornis	72
2.4.2.1	Drugsmisbruik	76
2.4.2.2	Drugsafhankelijkheid	78
2.5	Enigerlei eetstoornis	81
2.5.1	Anorexia nervosa	84
2.5.2	Boulimia nervosa	85
2.6	Schizofrenie	87
3	SAMENVATTING	91
Bijlage I	Nemesis-publicaties in artikelen en boeken	95
Bijlage II	Kernpublicaties van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG)	109

1. INLEIDING

In 1994 gaf het ministerie van VWS opdracht aan het Trimbos-instituut om een landelijk representatieve bevolkingsstudie naar geestelijke gezondheid en zorggebruik in de geestelijke gezondheidszorg uit te voeren. Het is de eerste landelijke studie naar geestelijke gezondheid in de algemene bevolking in Nederland. NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) werd uitgevoerd in de jaren 1996-1999, en leverde in de loop van de tijd een grote hoeveelheid gegevens op, waar tot op de dag van vandaag beleidsmakers, professionals en universitaire onderzoekers hun voordeel mee doen.

In NEMESIS werd een grote representatieve steekproef (7000) van de Nederlandse bevolking (18-64 jaar) longitudinaal onderzocht. De belangrijkste doelstellingen van het onderzoek laten zich als volgt omschrijven:

- Het geven van een overzicht van de stand van zaken voor wat betreft de geestelijke gezondheid in de algemene bevolking (het vóórkomen en ontstaan van psychische stoornissen en hun onderlinge samenhang)
- Het opsporen van determinanten van psychische stoornissen en daarmee een bepaling van de belangrijkste risico-indicatoren en risicogroepen
- Inzicht geven in de gevolgen van psychische stoornissen, niet alleen voor de betreffende personen maar ook voor de samenleving als geheel (functionele beperkingen, kosten als gevolg van ziekteverzuim)
- Onderzoeken van de hulpvragen (vraagkant van de zorg, mate van zorggebruik en onvervulde zorgbehoefte)
- Bestuderen van de toegankelijkheid en het bereik van de geestelijke gezondheidszorg

Onderzoeksmethode

NEMESIS is het eerste onderzoek waarbij een volledig gestructureerd psychiatrisch interview is afgenomen bij een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar. Het is een longitudinaal onderzoek met drie meetmomenten: 1996, 1997 en 1999. Dit betekent dat alle respondenten, zowel degenen met als zonder stoornis op het eerste meetmoment, drie jaar werden gevolgd. In deze uitgave worden alleen resultaten van de eerste meting gepresenteerd.

Diagnostisch instrument

De diagnoses zijn gebaseerd op de DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, derde herziene versie), een classificatiesysteem van psychische stoornissen. Het diagnostisch interview dat is gebruikt om deze diagnoses vast te stellen is de CIDI (Composite International Diagnostic Interview), versie 1.1.

CIDI

De CIDI is een door de WHO (Wereld Gezondheidsorganisatie) ontwikkeld gestructureerd interview. Het is ontworpen om te worden gebruikt door getrainde interviewers die geen klinici zijn. Inmiddels wordt de CIDI wereldwijd toegepast. Uit testen in veldonderzoek van de WHO blijkt het een goed instrument voor bijna alle diagnoses. Alleen acute psychotische ziektebeelden kunnen moeilijk worden bepaald in een gestructureerd interview. In NEMESIS zijn daarom extra interviews afgenomen door klinici (psychiaters in opleiding) wanneer er sprake was van psychotische symptomen.

De CIDI bevat vragen naar symptomen van een psychische stoornis. Op basis van de antwoorden op de vragen naar symptomen, en de last die men daarvan ondervindt, wordt bepaald of een respondent voldoet aan alle criteria van een stoornis. Tevens wordt gevraagd wanneer de stoornis voor het eerst en voor het laatst optrad.

DSM

De DSM beschrijft, naast een aantal symptomen, ook een bepaalde hiërarchie bij het toekennen van een diagnose. Eén symptoom kan immers een rol spelen bij verschillende stoornissen. In het algemeen geldt dat de zwaarste stoornis dan de doorslag geeft. Zo kan een persoon niet tegelijkertijd de diagnose depressieve stoornis en bipolaire stoornis krijgen. De depressie is in dat geval een onderdeel van de bipolaire stoornis.

Onderzochte psychische stoornissen

Stemmingsstoornissen

- Depressieve stoornis
- Dysthymie
- Bipolaire stoornis

Angststoornissen

- Sociale fobie
- Enkelvoudige of specifieke fobie
- Agorafobie
- Paniekstoornis
- Gegeneraliseerde angststoornis
- Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)

Middelenstoornissen

- Alcoholstoornissen: Alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid
- Drugsstoornissen: Drugsmisbruik en drugsafhankelijkheid

Eetstoornissen

- Anorexia nervosa
- Boulimia nervosa

Schizofrenie

Overige aspecten

Om te bepalen welke aspecten samenhangen met het vóórkomen (prevalentie), het ontstaan en een ongunstig beloop van bepaalde psychische stoornissen, werd naast het diagnostisch instrument ook een aantal andere vragenlijsten afgenomen. Bij de keuze van deze zogenaamde risico-indicatoren lieten we ons leiden door het zogenaamde 'stresskwetsbaarheidmodel'. Dit model geeft aan dat bij het ontstaan van psychische stoornissen naast stressvolle gebeurtenissen ook psychische kwetsbaarheid een rol speelt. Derhalve werden de volgende aspecten gemeten in NEMESIS:

- *Sociaal-demografische kenmerken*: geslacht, leeftijd, opleiding, urbanisatiegraad, woonsituatie, werksituatie en somatische aandoeningen.
- *Levensgebeurtenissen*: het hebben meegemaakt van recente positieve levensgebeurtenissen, negatieve levensgebeurtenissen, slepende conflicten en recente of minder recente traumatische gebeurtenissen.
- *Kwetsbaarheidsindicatoren*: jeugdtrauma (verwaarlozing, psychische of fysieke mishandeling, of seksueel misbruik in de jeugd), aanwezigheid van stoornissen bij de ouders, sociale steun en persoonlijkheidskenmerken, zoals externe of interne beheersingsoriëntatie ('mastery'), neuroticisme en zelfwaardering.

Steekproef

In NEMESIS werd gebruik gemaakt van een zogenaamde getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproefprocedure. Eerst werd een steekproef van 90 gemeenten getrokken. Daarna werden binnen deze gemeenten willekeurig privé-huishoudens (adressen) geselecteerd uit het bestand van PTT-postafgiftepunten. In grote gemeenten werden meer huishoudens getrokken dan in kleine gemeenten. De geselecteerde huishoudens ontvingen een introductiebrief met een oproep tot deelname. Deze was ondertekend door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Direct daarna volgde een telefonische benadering door de interviewers. Huishoudens zonder telefoon of met een geheim nummer (18%) werden thuis bezocht. Per huishouden werd aselekt één respondent gekozen; degene die het laatst jarig was geweest. Deze moest tenminste 18 en ten hoogste 64 jaar zijn en de Nederlandse taal voldoende beheersen. Personen die niet direct bereikbaar waren (vanwege ziekenhuisopname, op reis, detentie en dergelijke) werden op een later tijdstip opnieuw benaderd. Respondenten kregen geen financiële vergoeding, maar slechts een kleine attentie na afloop van het gesprek.

Veldwerk

Bij het veldwerk was een groot aantal interviewers betrokken: in de eerste ronde waren dit 90 interviewers, allen ervaren in wetenschappelijke gegevensverzameling. Zij hadden een vierdaagse training gehad op het WHO-CIDI-trainingscentrum van het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. De kwaliteit van het veldwerk werd continu gecontroleerd. Zo is met willekeurig gekozen respondenten persoonlijk

contact opgenomen om hun oordeel te vragen over het interview en de interviewer. Voorts werd van iedere interviewer diens gerealiseerde interviewrespons bijgehouden, en zijn alle binnengekomen interviews door de onderzoekers gecontroleerd op eventuele onvolkomenheden en toelichtingen bij antwoorden. Al deze maatregelen maakten een constante bewaking van de voortgang en de kwaliteit van het veldwerk mogelijk.

Respons en representativiteit

In totaal zijn in de eerste meting 7076 personen geïnterviewd, met een respons van 70%. Vergeleken met de Nederlandse bevolking kwamen de respondenten goed overeen qua sekse, burgerlijke staat en mate van urbanisatie. Alleen 18-24-jarigen waren ondervertegenwoordigd. Het is niet uit te sluiten dat juist de weigeraars leden aan psychische stoornissen. Om dat na te gaan werd aan de weigeraars gevraagd of ze een korte vragenlijst over psychische problematiek, de GHQ-12 (General Health Questionnaire met 12 vragen), wilden laten afnemen. Bij 44% van de weigeraars konden die gegevens worden verzameld. De GHQ-score verschilde nauwelijks tussen respondenten en weigeraars. Dus waarschijnlijk hebben de weigeraars niet meer psychische stoornissen dan de mensen in het onderzoek. Een jaar later werden 5618 personen opnieuw geïnterviewd en twee jaar daarna in 1999 namen 4796 van de personen van de tweede ronde deel aan de derde meting van NEMESIS.

Statistische analyses

De percentages die in de tabellen in dit boek zijn weergegeven, zijn zogenaamde 'gewogen' resultaten. Hoewel de deelnemers aan de eerste ronde van NEMESIS representatief waren voor de Nederlandse bevolking, zouden kleine afwijkingen in de representativiteit van de respons toch voor vertekening kunnen zorgen. Met behulp van een weegfactor wordt dit risico weggenomen. De resultaten zijn gewogen voor leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en urbanisatiegraad.

Bij de statistische analyses worden uitspraken gedaan over verschillen tussen groepen. We spreken van een significant verschil als er met een zekere waarschijnlijkheid kan worden gesteld dat de verschillen groot genoeg zijn om niet aan het toeval te kunnen worden toegeschreven. Daarbij is de grootte van de groep waarover een percentage wordt berekend erg belangrijk. Toeval kan in een kleine groep een grotere rol spelen dan in een grote groep. Daarom kan men niet bij elk verschil in percentages eenzelfde resultaat verwachten.

In de tabellen in dit boek staat vermeld of er een significant verschil is tussen de percentages van mannen en vrouwen. Bij elke bevolkingscategorie staat voor de totale groep én voor mannen en vrouwen apart aangegeven of de verschillen in de percentages statistisch significant zijn. Al deze toetsen werden met behulp van een chi-kwadraat-toets gedaan. Significante verschillen zijn alleen aangegeven bij een p-waarde van kleiner dan 0,01.

In hoofdstuk 3 wordt voor de hoofdgroepen stoornissen een overzichtstabel gegeven van de bevolkingsgroepen die een verhoogd of verlaagd risico op een stoornis hebben. De resultaten zijn gebaseerd op bivariate logistische regressie analyses. In dit soort berekeningen vergelijkt men groepen mensen met een referentiegroep (bijvoorbeeld alleenstaanden ten opzichte van mensen die met een partner en kinderen wonen).

De tabellen

In de tabellen in dit boek staat de frequentie van het vóórkomen van 23 psychische stoornissen of groepen stoornissen vermeld. Deze tabellen worden steeds voorafgegaan door een beschrijving van de symptomen van de stoornissen en de voorwaarden waaraan moet worden voldaan voor het krijgen van een diagnose. Daarbij wordt het classificatiesysteem DSM-III-R gehanteerd, de derde herziene versie van de Diagnostic and Statistic Manual of mental disorders. Daarnaast werden de jaarboeken van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) geraadpleegd¹. Van iedere stoornis of groep stoornissen worden twee tabellen weergegeven; één tabel die het vóórkomen van de stoornis ooit in het leven betreft en één tabel over het vóórkomen van de stoornis in de afgelopen 12 maanden. Een uitzondering hierop vormen de stoornissen anorexia nervosa en boulimia nervosa. Omdat deze stoornissen bij zeer weinig mensen vóórkomen worden alleen de tabellen betreffende het vóórkomen van deze stoornissen ooit in het leven gegeven.

1 De Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid is in 2002 ontstaan op initiatief van het ministerie van VWS en voorziet beleidsmakers en professionals in de gezondheidszorg van actuele, betrouwbare, beleidsrelevante en wetenschappelijke informatie over de geestelijke volksgezondheid en de geestelijke gezondheidszorg. Onder de vlag van de NMG verschijnen jaarlijks diverse publicaties met beleidsrelevante informatie. Ook verschijnt er ieder jaar een jaarboek waarin de evidence based kennis over de belangrijkste psychische stoornissen wordt samengevat. Een Wetenschappelijke Raad onder voorzitterschap van prof. dr. Paul Schnabel is ingesteld om de kwaliteit van de producten te toetsen. Inmiddels zijn er drie jaarboeken van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid verschenen.

Elke tabel geeft percentages voor de totale bevolking en voor mannen en vrouwen apart. Er worden gegevens gepresenteerd van de volgende bevolkingsgroepen:

- tien-jaars leeftijdsgroepen
- opleidingsniveau
- urbanisatiegraad (mate van verstedelijking)²
- woonsituatie
- werksituatie
- het hebben van een lichamelijke aandoening
- het hebben van ouders met een psychische stoornis.

Niet voor iedere stoornis worden de groepen even gedetailleerd weergegeven. Bij stoornissen die in de totale bevolking bij minder dan 2 procent voorkomen is voor een minder gedetailleerde tabel gekozen, echter wel voor dezelfde bevolkingsgroepen als hierboven.

1.1 OPBOUW

In hoofdstuk 1 wordt de opzet van de studie en de manier waarop de stoornissen zijn vastgesteld besproken. Vervolgens wordt in hoofdstuk 2 het vóórkomen van psychische stoornissen in Nederland bij verschillende bevolkingsgroepen weergegeven. Omdat dit rapport voornamelijk is bedoeld als naslagwerk, wordt er niet inhoudelijk op de cijfers ingegaan. Vergelijkingen met andere bevolkingsgroepen (zoals jongeren en ouderen) of met andere landen zullen dan ook niet worden gemaakt.

In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de bevolkingsgroepen die een verhoogde kans hebben op het vóórkomen van psychische stoornissen in de afgelopen twaalf maanden. Hierbij beperken we ons tot het weergeven van de cijfers voor de hoofdgroepen van stoornissen (enigerlei psychische stoornis, stemmingsstoornissen, angststoornissen en middelenstoornissen).

Tenslotte is er een uitgebreid literatuuroverzicht bijgevoegd (bijlage 1) waarin de nationale en internationale wetenschappelijke publicaties en de rapporten ten behoeve van het beleid, die NEMESIS heeft opgeleverd, worden vermeld. Er wordt besloten met een overzicht van de kernpublicaties van de Nationale Monitor Geestelijk Gezondheid (bijlage 2).

2 Urbanisatiegraad wordt onderverdeeld in 5 categorieën:

zeer laag	minder dan 500 adressen/km ²
laag	500-1000 adressen / km ²
matig	100-1500 adressen / km ²
hoog	1500-2500 adressen / km ²
zeer hoog	meer dan 2500 adressen / km ²

2. RESULTATEN

2.1 ENIGERLEI PSYCHISCHE STOORNIS

De tabellen op de volgende twee pagina's geven het vóórkomen weer van enigerlei psychische stoornis. Iemand heeft één of meer van de afzonderlijke stoornissen uit de groep stemmingsstoornissen, angststoornissen, stoornissen in middelengebruik, eetstoornissen of schizofrenie gehad. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze stoornissen verwijzen wij naar de specifieke paragrafen van deze stoornissen.

Stemmingsstoornissen

- Depressie

- Dysthymie

- Bipolaire stoornis

Angststoornissen

- Sociale fobie

- Enkelvoudige of specifieke fobie

- Agorafobie

- Paniekstoornis

- Gegeneraliseerde angststoornis

- Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis)

Middelenstoornissen

- Alcoholstoornissen: Alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid

- Drugsstoornissen: Drugsmisbruik en drugsafhankelijkheid

Eetstoornissen

- Anorexia nervosa

- Boulimia nervosa

Schizofrenie

Van alle mensen, mannen en vrouwen, heeft 41,2% ooit in het leven een psychische stoornis gehad. Voor alle mannen geldt dit voor 42,5 % en voor alle vrouwen voor 39,8%. In de afgelopen twaalf maanden heeft 23,3% van de totale bevolking een psychische stoornis gehad.

TABEL 2.1A: ENIGERLEI PSYCHISCHE STOORNIS, OOI IN HET LEVEN (%)

	<i>mannen</i>		<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	42,5		39,8	41,2
Leeftijd				
18-24 jaar	53,2	*	39,9	46,5
25-34 jaar	45,2		40,4	42,9
35-44 jaar	44,6		44,1	44,3
45-54 jaar	38,9		38,9	38,9
55-64 jaar	29,0 ▲		33,5 ▲	31,3 ▲
Opleiding				
Lager onderwijs	42,7		46,3	44,7
Lbo, mavo	42,4		41,6	41,9
Mbo, havo, vwo	44,2		38,5	41,5
Hbo, universiteit	41,0		36,5	39,1
Urbanisatiegraad				
Zeer laag	37,0		34,8	36,0
Laag	37,6		37,6	37,6
Matig	44,1		39,2	41,7
Hoog	44,2		41,2	42,6
Zeer hoog	49,3 ▲		46,0 ▲	47,7 ▲
Woonsituatie				
Met partner met kinderen	38,8		35,9	37,3
Met partner zonder kinderen	37,9		36,9	37,4
Alleenstaande ouder	48,8		60,2	58,1
Alleenstaand	52,4		48,8	50,8
Bij ouders	46,2		36,1	42,4
Met anderen	62,0 ▲		46,4 ▲	54,7 ▲
Werksituatie				
Betaald werk	40,9		40,3	40,7
Huisvrouw/-man	60,1	*	37,3	38,2
Student	48,0		38,4	43,3
Werkloos, arbeidsongeschikt	62,1		55,1	59,7
Gepensioneerd, anders	28,0 ▲	*	40,0 ▲	32,4 ▲
Lichamelijke aandoening				
Nee	38,5		35,8	37,3
Ja	47,6 ▲	*	42,8 ▲	44,9 ▲
Psychiatrisch verleden ouders				
Nee	37,3	*	33,5	35,5
Ja	56,1 ▲		52,5 ▲	54,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

bijvoorbeeld woonsituatie: bij mensen die met een partner en kinderen wonen (37,3%) komen psychische stoornissen minder vaak voor dan bij alleenstaanden (50,8%)

TABEL 2.1B: ENIGERLEI PSYCHISCHE STOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	23,3	23,2	23,3
Leeftijd			
18-24 jaar	39,1	28,5	33,8
25-34 jaar	25,5	22,8	24,1
35-44 jaar	23,2	25,6	24,3
45-54 jaar	18,4	21,1	19,7
55-64 jaar	11,6 ▲	*	18,3 ▲
Opleiding			
Lager onderwijs	22,8	33,1	28,5
Lbo, mavo	23,5	26,7	25,3
Mbo, havo, vwo	25,2	*	22,3
Hbo, universiteit	21,3	19,3 ▲	20,4 ▲
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	17,2	20,2	18,6
Laag	19,3	21,9	20,6
Matig	26,2	22,2	24,2
Hoog	26,1	22,9	24,5
Zeer hoog	27,0 ▲	29,0 ▲	28,0 ▲
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	17,4	20,2	18,8
Met partner zonder kinderen	18,0	20,7	19,3
Alleenstaande ouder	35,6	39,4	38,7
Alleenstaand	33,5	27,7	30,9
Bij ouders	35,4	26,5	32,1
Met anderen	42,0 ▲	30,4 ▲	36,6 ▲
Werksituatie			
Betaald werk	21,2	20,8	21,1
Huisvrouw/-man	38,2	23,8	24,4
Student	34,2	26,3	30,3
Werkloos, arbeidsongeschikt	38,0	42,7	39,6
Gepensioneerd, anders	14,1 ▲	21,8 ▲	16,9 ▲
Lichamelijke aandoening			
Nee	20,4	18,3	19,5
Ja	26,9 ▲	26,8 ▲	26,8 ▲
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	19,0	18,8	18,9
Ja	34,4 ▲	32,1 ▲	33,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

bijvoorbeeld werksituatie: bij mensen die werkloos of arbeidsongeschikt zijn (39,6%) komen psychische stoornissen vaker voor dan bij werkenden (21,1%)

2.2 ENIGERLEI STEMMINGSSTOORNIS

De tabellen op de volgende twee pagina's geven het vóórkomen weer van enigerlei stemmingsstoornis. Een persoon heeft dan één of meer van de hieronder beschreven stoornissen gehad. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze stoornissen verwijzen wij naar de specifieke paragrafen van deze stoornissen.

- *Depressieve stoornis* lemand voelt zich minstens twee weken achter elkaar somber of heeft geen interesse of plezier meer in allerlei zaken, en heeft daarnaast een aantal andere klachten, zoals concentratieproblemen, moeite met slapen, vermoeidheid of verlies aan energie, gevoelens van waardeloosheid en gedachten aan de dood.
- *Dysthymie* lemand heeft een depressieve stemming die minstens twee jaar duurt, maar die niet altijd even sterk aanwezig is. Daarnaast is sprake van nog twee klachten die bij een depressieve stoornis horen.
- *Bipolaire stoornis* lemand heeft perioden van depressiviteit die worden afgewisseld met perioden van grote activiteit, drukte of opwindning. In laatstgenoemde perioden heeft hij of zij een abnormale en voortdurende uitgelaten of juist geprikkelde stemming. Kenmerken zijn onder andere een overdreven gevoel van eigenwaarde of grootheidsideeën, verminderde behoefte aan slaap, veel spraakzamer zijn dan normaal en makkelijk afgeleid zijn.

Van alle mensen, mannen en vrouwen heeft 19,1% ooit in het leven een stemmingsstoornis gehad. Van de stemmingsstoornissen komt de depressieve stoornis het vaakst voor (15,2%), gevolgd door dysthymie en bipolaire stoornis (respectievelijk 6,3% en 1,9%).

TABEL 2.2A: ENIGERLEI STEMMINGSSTOORNIS, OOI IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	13,7	*	24,7		19,1
Leeftijd					
18-24 jaar	8,3	*	22,5		15,4
25-34 jaar	12,8	*	26,4		19,5
35-44 jaar	17,5	*	28,2		22,8
45-54 jaar	15,4	*	26,0		20,5
55-64 jaar	11,4 ▲		16,3 ▲		13,9 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	15,6	*	28,1		22,5
Lbo, mavo	13,7	*	25,0		20,0
Mbo, havo, vwo	13,5	*	24,5		18,6
Hbo, universiteit	13,5	*	23,3		17,7
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	10,6	*	20,3		15,2
Laag	12,9	*	21,0		16,9
Matig	12,2	*	26,2		19,2
Hoog	15,2	*	25,0		20,3
Zeer hoog	17,0	*	30,6 ▲		23,5 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	12,3	*	22,3		17,4
Met partner zonder kinderen	11,3	*	19,8		15,5
Alleenstaande ouder	27,4		45,3		42,0
Alleenstaand	23,1	*	33,7		27,8
Bij ouders	6,7	*	19,3		11,4
Met anderen	11,5 ▲		30,5 ▲		20,4 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	12,3	*	24,6		17,2
Huisvrouw/-man	36,9		22,4		23,0
Student	6,8	*	23,2		14,9
Werkloos, arbeidsongeschikt	29,0	*	42,0		33,4
Gepensioneerd, anders	12,2 ▲	*	26,4 ▲		17,4 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	11,0	*	21,6		15,5
Ja	17,0 ▲	*	26,9 ▲		22,5 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	10,7	*	19,1		14,7
Ja	21,5 ▲	*	35,7 ▲		29,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.2B: ENIGERLEI STEMMINGSSTOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	<i>mannen</i>		<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	5,7	*	9,7	7,7
Leeftijd				
18-24 jaar	4,6		9,9	7,2
25-34 jaar	5,8	*	10,5	8,1
35-44 jaar	7,4	*	11,5	9,4
45-54 jaar	5,9		9,4	7,6
55-64 jaar	3,6		6,0	4,8 ▲
Opleiding				
Lager onderwijs	8,7		15,1	12,2
Lbo, mavo	5,8	*	11,5	9,0
Mbo, havo, vwo	5,8		6,7	6,2
Hbo, universiteit	5,0	*	8,7 ▲	6,6 ▲
Urbanisatiegraad				
Zeer laag	4,1		6,8	5,4
Laag	4,6	*	8,1	6,3
Matig	4,3	*	10,3	7,3
Hoog	7,4		10,3	8,9
Zeer hoog	8,1 ▲	*	13,0 ▲	10,4 ▲
Woonsituatie				
Met partner met kinderen	4,9	*	8,7	6,9
Met partner zonder kinderen	4,2		5,6	4,9
Alleenstaande ouder	16,2		21,9	20,9
Alleenstaand	10,2		14,7	12,2
Bij ouders	3,5		10,1	6,0
Met anderen	4,6 ▲		17,8 ▲	10,7 ▲
Werksituatie				
Betaald werk	4,7	*	8,2	6,1
Huisvrouw/-man	20,0		9,3	9,7
Student	3,9		10,6	7,2
Werkloos, arbeidsongeschikt	13,5	*	28,2	18,5
Gepensioneerd, anders	5,4 ▲		10,5 ▲	7,3 ▲
Lichamelijke aandoening				
Nee	4,2	*	7,3	5,5
Ja	7,6 ▲	*	11,5 ▲	9,8 ▲
Psychiatrisch verleden ouders				
Nee	3,9	*	7,0	5,3
Ja	10,5 ▲	*	15,3 ▲	13,1 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.2.1 DEPRESSIEVE STOORNIS

Symptomen en diagnose:

Depressie moet niet worden verward met de 'gewone' neerslachtigheid die iedereen wel eens heeft. De neerslachtigheid bij depressie is heviger en klaart na een paar dagen niet vanzelf op. Bovendien tast depressie het dagelijks functioneren aan.

Iemand heeft een depressie wanneer hij of zij gedurende tenminste twee weken minstens één van de volgende twee kernsymptomen heeft:

- een zeer neerslachtige stemming gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag
- een ernstig verlies van interesse in alle of bijna alle activiteiten gedurende het grootste deel van de dag, bijna elke dag

Daarnaast dienen nog andere symptomen bijna dagelijks aanwezig te zijn:

- eetproblemen (heel veel of juist heel weinig eten) of veranderingen in het gewicht
- slaapgebrek of juist te veel slapen
- geagiteerd en rusteloos zijn of juist geremd
- vermoeidheid en verlies van energie
- gevoelens van waardeloosheid of overmatige schuldgevoelens
- concentratieproblemen, vertraagd denken en besluiteloosheid
- terugkerende gedachten aan dood of zelfdoding

Er is sprake van depressieve stoornis wanneer minimaal vijf symptomen tegelijk aanwezig zijn, inclusief neerslachtige stemming en/of interesseverlies.

Iemand die rouwt om het verlies van een geliefde persoon kan klachten hebben die lijken op depressie. Men spreekt in zo'n geval niet van depressie, behalve als de klachten langer dan twee maanden aanhouden.

TABEL 2.2.1A: DEPRESSIEVE STOORNIS, OOI IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	10,7	*	19,8		15,2
Leeftijd					
18-24 jaar	6,1	*	16,9		11,5
25-34 jaar	9,5	*	22,0		15,7
35-44 jaar	13,9	*	23,7		18,7
45-54 jaar	13,1	*	20,6		16,8
55-64 jaar	8,5 ▲		11,6 ▲		10,1 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	13,2		16,9		15,3
Lbo, mavo	10,3	*	19,7		15,6
Mbo, havo, vwo	10,7	*	20,5		15,3
Hbo, universiteit	10,7	*	20,1		14,7
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	8,6	*	15,5		11,9
Laag	9,6	*	16,9		13,2
Matig	9,6	*	20,8		15,2
Hoog	12,0	*	20,7		16,5
Zeer hoog	13,7	*	24,8 ▲		19,0 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	9,8	*	17,8		13,9
Met partner zonder kinderen	8,8	*	16,5		12,6
Alleenstaande ouder	25,3		36,1		34,1
Alleenstaand	17,9	*	26,9		21,9
Bij ouders	4,8	*	14,6		8,5
Met anderen	9,4 ▲		25,2 ▲		16,8 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	10,0	*	20,8		14,3
Huisvrouw/-man	30,4	*	16,4		17,0
Student	4,4	*	17,6		10,9
Werkloos, arbeidsongeschikt	20,9	*	32,8		25,0
Gepensioneerd, anders	9,1 ▲	*	23,6 ▲		14,4 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	8,4	*	18,5		12,7
Ja	13,6 ▲	*	20,8		17,6 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	8,6	*	15,2		11,7
Ja	16,4 ▲	*	29,1 ▲		23,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.2.1B: DEPRESSIEVE STOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	4,1	*	7,3		5,7
Leeftijd					
18-24 jaar	2,8		7,9		5,4
25-34 jaar	3,8	*	8,2		6,0
35-44 jaar	5,1	*	9,1		7,0
45-54 jaar	4,8		6,2		5,5
55-64 jaar	3,2		3,9 ▲		3,6
Opleiding					
Lager onderwijs	7,3		8,4		7,9
Lbo, mavo	3,9	*	8,7		6,6
Mbo, havo, vwo	4,3		5,6		4,9
Hbo, universiteit	3,5	*	6,5		4,8 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	2,1	*	5,1		3,5
Laag	3,4		6,1		4,7
Matig	3,3	*	7,3		5,3
Hoog	5,4		8,0		6,8
Zeer hoog	6,1 ▲		9,8		7,8 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	3,7	*	6,1		4,9
Met partner zonder kinderen	2,8		4,5		3,7
Alleenstaande ouder	14,1		17,7		17,1
Alleenstaand	7,3		10,1		8,5
Bij ouders	2,2		9,0		4,8
Met anderen	4,6 ▲		14,6 ▲		9,3 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	3,5	*	6,5		4,7
Huisvrouw/-man	17,4	*	6,0		6,5
Student	2,1		7,4		4,7
Werkloos, arbeidsongeschikt	8,4	*	23,6		13,5
Gepensioneerd, anders	4,4 ▲		8,3 ▲		5,9 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	2,9	*	6,1		4,3
Ja	5,6 ▲	*	8,1		7,0 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	2,9	*	5,0		3,9
Ja	7,2 ▲	*	11,8 ▲		9,7 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.2.2 DYSTHYMIE

Symptomen en diagnose

Het belangrijkste kenmerk van dysthymie is een chronisch depressieve stemming die het grootste deel van de dag aanwezig is, op meer dagen wel dan niet, gedurende tenminste twee jaar. Personen die lijden aan dysthymie omschrijven hun stemming als verdrietig of terneergeslagen.

Van dysthymie wordt gesproken als tenminste twee van de volgende symptomen lange tijd aanwezig zijn, gedurende twee jaar voor volwassenen. De symptomen mogen nooit langer dan twee maanden *afwezig* zijn:

- Slechte eetlust of juist te veel eten
- Slaapgebrek of juist te veel slapen
- Gebrek aan energie of vermoeidheid
- Gering gevoel van eigenwaarde
- Slecht kunnen concentreren of besluiteloos zijn
- Gevoelens van hopeloosheid.

TABEL 2.2.2A: DYSTHYMIE, OOIT IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	3,8	*	8,9		6,3
Leeftijd					
18-24 jaar	2,2		6,6		4,4
25-34 jaar	2,6	*	6,9		4,7
35-44 jaar	4,2	*	10,0		7,0
45-54 jaar	5,2	*	11,3		8,1
55-64 jaar	4,6	*	9,3		7,0 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	3,8	*	16,4		10,7
Lbo, mavo	5,0	*	10,1		7,9
Mbo, havo, vwo	3,5	*	7,3		5,2
Hbo, universiteit	2,8	*	6,4 ▲		4,3 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	3,9	*	8,1		6,0
Laag	4,3	*	9,4		6,8
Matig	3,0	*	9,4		6,2
Hoog	4,1	*	8,3		6,3
Zeer hoog	3,5	*	8,9		6,1
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	3,7	*	7,9		5,8
Met partner zonder kinderen	2,9	*	7,7		5,3
Alleenstaande ouder	8,3		16,5		15,0
Alleenstaand	6,3	*	12,6		9,1
Bij ouders	1,5		4,8		2,7
Met anderen	3,3 ▲		6,5 ▲		4,8 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	2,6	*	7,1		4,4
Huisvrouw/-man	12,7		10,2		10,3
Student	2,1		6,9		4,5
Werkloos, arbeidsongeschikt	12,1		17,4		13,9
Gepensioneerd, anders	5,6 ▲	*	13,0 ▲		8,3 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	3,0	*	6,2		4,4
Ja	4,7	*	10,8 ▲		8,1 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	3,0	*	6,9		4,8
Ja	5,8 ▲	*	12,9 ▲		9,6 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.2.2B: DYSTHYMIE, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	1,6	*	3,5		2,5
Leeftijd					
18-24 jaar	1,1		3,5		2,3
25-34 jaar	1,0		2,3		1,6
35-44 jaar	2,0		3,7		2,8
45-54 jaar	2,4		4,4		3,3
55-64 jaar	1,3	*	3,8		2,6
Opleiding					
Lager onderwijs	2,9		8,3		5,8
Lbo, mavo	2,3	*	4,7		3,7
Mbo, havo, vwo	1,3		1,5		1,4
Hbo, universiteit	0,8		2,1 ▲		1,4 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	1,9		2,7		2,3
Laag	1,3	*	3,8		2,6
Matig	1,0	*	3,5		2,2
Hoog	1,7		3,3		2,5
Zeer hoog	2,0		3,7		2,8
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	1,6		3,0		2,3
Met partner zonder kinderen	1,0		2,5		1,7
Alleenstaande ouder	5,1		7,5		7,0
Alleenstaand	2,5		4,8		3,5
Bij ouders	0,9		3,2		1,8
Met anderen	1,6		6,5 ▲		3,9 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	0,9	*	2,3		1,4
Huisvrouw/-man	5,4		4,1		4,2
Student	0,5		3,4		1,9
Werkloos, arbeidsongeschikt	7,1		11,4		8,6
Gepensioneerd, anders	2,3 ▲		3,7 ▲		2,8 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	1,1		1,6		1,3
Ja	2,2	*	4,8 ▲		3,6 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	1,0	*	2,6		1,8
Ja	3,0 ▲		5,2 ▲		4,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.2.3 BIPOLAIRE STOORNIS

De bipolaire stoornis wordt ook wel manisch-depressieve stoornis genoemd. De term bipolair geeft aan dat de stemming twee extremen kan vertonen: van tijd tot tijd extreem uitgelaten of juist extreem neerslachtig.

Symptomen en diagnose

Iemand heeft een bipolaire stoornis als hij of zij episodes doormaakt met een tenminste enkele dagen tot weken aanhoudende uitgelaten of prikkelbare stemming (manische of hypomane episodes). Dat uit zich als overdreven vrolijk zijn maar ook snel boos zijn.

Daarnaast is vaak sprake van minstens drie van de volgende verschijnselen:

- druk praten, drukker dan gewoonlijk
- het gevoel hebben alles aan te kunnen
- weinig slapen
- overactief zijn, aandacht wordt gemakkelijk afgeleid door niet terzake doende prikkels
- dingen doen zonder rekening te houden met nadelige gevolgen (bijvoorbeeld midden in de nacht harde muziek draaien, te veel geld uitgeven, impulsief nieuwe (seksuele) relaties aangaan)
- toenemen van doelgerichte activiteit of psychomotorische agitatie
- gedachtevlucht, gevoel dat de gedachten jagen

Een bipolaire stoornis is dermate ernstig dat er duidelijke problemen in het werk of de gewone sociale activiteiten of relaties ontstaan. Als de symptomen gepaard gaan met problemen in het functioneren (ruzies, onverantwoorde uitgaven of andere activiteiten) spreekt men van een manie, als dat niet het geval is van een hypomanie.

Vrijwel alle mensen met een bipolaire stoornis maken naast (hypo)manische episodes ook depressieve episodes door. Overigens worden de (hypo)manische en depressieve episodes afgewisseld door periodes zónder een veranderde stemming.

TABEL 2.2.3A: BIPOLAIRE STOORNIS, OOI IN HET LEVEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	1,6	2,2	1,9
Leeftijd			
18-24 jaar	1,9	3,4	2,6
25-34 jaar	2,6	2,7	2,6
35-44 jaar	1,8	2,1	1,9
45-54 jaar	0,9	2,0	1,5
55-64 jaar	0,4	0,8	0,6 ▲
Opleiding			
Lager onderwijs, lbo, mavo	1,5	2,5	2,0
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	1,7	2,0	1,8
Urbanisatiegraad			
Platteland	1,1	1,5	1,3
Stad	2,0	2,7	2,3 ▲
Woonsituatie			
Met partner	1,2	1,7	1,4
Zonder partner	2,6 ▲	3,5 ▲	3,0 ▲
Werksituatie			
Betaald werk	1,5	2,3	1,8
geen betaald werk	2,1	2,2	2,1
Lichamelijke aandoening			
Nee	1,3	1,6	1,4
Ja	2,1	2,7	2,4 ▲
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	0,9	1,5	1,2
Ja	3,5 ▲	3,6 ▲	3,6 ▲

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.2.3B: BIPOLAIRE STOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	1,1	1,1	1,1
Leeftijd			
18-24 jaar	1,5	1,1	1,3
25-34 jaar	1,8	1,2	1,5
35-44 jaar	1,2	1,1	1,1
45-54 jaar	0,5	1,5	1,0
55-64 jaar	0,0	0,6	0,3
Opleiding			
Lager onderwijs, lbo, mavo	1,0	1,5	1,3
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	1,1	0,8	1,0
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,7	0,7	0,7
Stad	1,3	1,4	1,3
Woonsituatie			
Met partner	0,7	0,9	0,8
Zonder partner	1,7	1,8	1,8 ▲
Werksituatie			
Betaald werk	1,0	1,0	1,0
geen betaald werk	1,4	1,4	1,4
Lichamelijke aandoening			
Nee	0,9	0,8	0,8
Ja	1,2	1,4	1,3
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	0,5	0,8	0,7
Ja	2,5 ▲	1,8	2,1 ▲

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.3 ENIGERLEI ANGSTSTOORNIS

De tabellen op de volgende twee pagina's geven het vóórkomen weer van enigerlei angststoornis. Iemand heeft één of meer van hieronder beschreven angststoornissen gehad. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze stoornissen verwijzen wij naar de specifieke paragrafen van deze angststoornissen.

Sociale fobie Iemand is heel bang voor bepaalde sociale situaties, vooral als daar een prestatie van hem of haar wordt verwacht. Hij of zij is bijvoorbeeld niet in staat in het openbaar te spreken. Vaak heeft de persoon gevoelens van schaamte en angst voor afwijzing. Als het mogelijk is, probeert men de situatie te vermijden.

Enkelvoudige of specifieke fobie Iemand heeft een grote angst voor één bepaald ding, dier of situatie (bijvoorbeeld angst voor spinnen, wateroppervlakten, vliegen). De angst moet wel zo groot zijn dat iemand daardoor in het dagelijks leven beperkt wordt.

Agorafobie Wanneer iemand uit vrees voor een sterke angst menigten gaat mijden en situaties waar hij niet snel genoeg uit weg kan komen, is er sprake van agorafobie (ook wel pleinvrees genoemd).

Paniekstoornis Iemand heeft aanvallen van ernstige ongefundeerde angst, die optreedt zonder dat daar directe aanleiding voor is, en die gepaard gaan met een aantal andere klachten, zoals ademnood, hartkloppingen, transpireren en angst om de controle over zichzelf te verliezen.

Gegeneraliseerde angststoornis Iemand maakt zich, beduidend meer dan normaal en zonder echt duidelijke reden, langdurig vreselijk druk over algemene zaken.

Obsessieve-compulsieve stoornis (dwangstoornis) Iemand heeft gedachten die steeds terugkeren of voert bepaalde handelingen dwangmatig uit. Dwanggedachten zijn gedachten of ideeën die telkens terugkomen en beleefd worden als opgedrongen. Daarom probeert de betrokkene deze gedachten te negeren of te onderdrukken, of te neutraliseren door een andere gedachte of handeling. Dwanghandelingen zijn zich herhalende gedragingen als reactie op een dwanggedachte (bijvoorbeeld zeer herhaald controleren van de buitendeur of handenwassen).

Van de hoofdgroepen van psychische stoornissen zijn de angststoornissen de meest voorkomende; 19,3% van de mensen heeft ooit in het leven één of meer angststoornissen gehad. Enkelvoudige en sociale fobie komen het meeste voor (10,1% en

7,8%, ooit in het leven) gevolgd door paniekstoornis (3,8%), agorafobie (3,4%), en gegeneraliseerde angststoornis (2,3%). De obsessief-compulsieve stoornis is de minst voorkomende angststoornis (0,9%).

TABEL 2.3A: ENIGERLEI ANGSTSTOORNIS, OOIT IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	13,8	*	25,0		19,3
Leeftijd					
18-24 jaar	11,2	*	22,8		17,0
25-34 jaar	14,9	*	23,9		19,3
35-44 jaar	14,6	*	28,8		21,6
45-54 jaar	14,9	*	24,7		19,7
55-64 jaar	11,7	*	23,2		17,5
Opleiding					
Lager onderwijs	18,3	*	35,8		28,0
Lbo, mavo	14,6	*	28,8		22,6
Mbo, havo, vwo	14,5	*	22,6		18,3
Hbo, universiteit	11,7	*	17,9 ▲		14,3 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	11,0	*	24,0		17,2
Laag	11,3	*	25,3		18,3
Matig	12,6	*	22,8		17,7
Hoog	16,9	*	25,7		21,4
Zeer hoog	17,2 ▲	*	27,1		21,9 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	13,2	*	24,3		18,9
Met partner zonder kinderen	12,8	*	23,6		18,1
Alleenstaande ouder	12,7	*	37,0		32,5
Alleenstaand	18,3	*	26,5		21,9
Bij ouders	10,4	*	21,6		14,7
Met anderen	17,4		22,5 ▲		19,8 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	13,0	*	23,3		17,1
Huisvrouw/-man	27,5		26,7		26,7
Student	9,6	*	24,2		16,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	22,3	*	34,1		26,3
Gepensioneerd, anders	13,7 ▲	*	23,9		17,4 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	10,7	*	20,7		15,0
Ja	17,7 ▲	*	28,1 ▲		23,5 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	10,9	*	21,0		15,7
Ja	21,5 ▲	*	33,0 ▲		27,7 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.3B: ENIGERLEI ANGSTSTOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	8,3	*	16,6		12,4
Leeftijd					
18-24 jaar	7,6	*	17,8		12,7
25-34 jaar	10,1	*	15,4		12,7
35-44 jaar	9,0	*	18,8		13,8
45-54 jaar	7,6	*	16,2		11,8
55-64 jaar	5,8	*	14,4		10,2
Opleiding					
Lager onderwijs	12,1	*	26,9		20,3
Lbo, mavo	9,5	*	20,5		15,7
Mbo, havo, vwo	9,0		13,0		10,9
Hbo, universiteit	5,7 ▲	*	10,8 ▲		7,9 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	6,3	*	15,6		10,8
Laag	6,4	*	16,5		11,4
Matig	7,3	*	15,8		11,5
Hoog	11,8		15,5		13,7
Zeer hoog	9,6 ▲	*	19,6		14,4
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	7,4	*	15,7		11,7
Met partner zonder kinderen	7,5	*	15,4		11,4
Alleenstaande ouder	8,1	*	27,0		23,5
Alleenstaand	12,6		16,9		14,5
Bij ouders	6,2	*	17,0		10,3
Met anderen	8,2 ▲		15,9 ▲		11,8 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	8,0	*	14,2		10,4
Huisvrouw/-man	16,4		19,1		19,0
Student	5,9	*	16,2		11,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	13,4	*	28,0		18,3
Gepensioneerd, anders	6,8 ▲	*	14,8 ▲		9,8 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	6,5	*	12,6		9,1
Ja	10,6 ▲	*	19,5 ▲		15,5 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	6,1	*	13,5		9,6
Ja	14,0 ▲	*	22,7 ▲		18,7 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.3.1 SOCIALE FOBIE

Symptomen en diagnose

Iemand heeft sociale fobie als:

- Men een intense en irrationele angst heeft voor het verkeren in het gezelschap van anderen, vooral als daar een prestatie van die persoon wordt verwacht, bijvoorbeeld spreken in het openbaar, in aanwezigheid van anderen schrijven of vragen beantwoorden. De persoon is bang door anderen negatief te worden beoordeeld. Hij of zij kan ook bang zijn voor de eigen reactie op de angst, zoals verlegenheid, blozen of trillen.
- De betrokkene probeert de gevreesde sociale situaties te vermijden. Als dat niet mogelijk is, doorstaat men het met intense angst.
- De angst in sociale situaties en het vermijdingsgedrag het dagelijkse functioneren sterk verstoren.
- De betrokkenen zich ervan bewust is dat zijn of haar angst onredelijk en overdreven is.

TABEL 2.3.1A: SOCIALE FOBIE, OOIT IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	5,9	*	9,7		7,8
Leeftijd					
18-24 jaar	4,1		8,8		6,5
25-34 jaar	6,8		9,8		8,3
35-44 jaar	6,2	*	12,1		9,1
45-54 jaar	7,1		8,5		7,7
55-64 jaar	3,9	*	8,2		6,1
Opleiding					
Lager onderwijs	9,6		16,1		13,2
Lbo, mavo	6,5	*	11,1		9,1
Mbo, havo, vwo	4,5	*	8,5		6,4
Hbo, universiteit	6,0		6,9 ▲		6,4 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	4,8	*	9,9		7,2
Laag	5,5	*	9,2		7,4
Matig	5,3		7,9		6,6
Hoog	6,7		9,5		8,2
Zeer hoog	7,1	*	12,2		9,6
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	5,5	*	8,9		7,2
Met partner zonder kinderen	4,9	*	8,3		6,6
Alleenstaande ouder	5,0		16,4		14,3
Alleenstaand	9,1		12,2		10,4
Bij ouders	3,8		9,5		6,0
Met anderen	10,5 ▲		8,2 ▲		9,4 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	5,8	*	8,3		6,8
Huisvrouw/-man	4,1		10,5		10,2
Student	4,1		10,7		7,4
Werkloos, arbeidsongeschikt	8,3		15,9		10,9
Gepensioneerd, anders	6,4		11,7		8,3 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	5,2	*	8,1		6,4
Ja	6,8	*	10,9 ▲		9,1 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	4,4	*	7,6		5,9
Ja	9,9 ▲	*	14,0 ▲		12,1 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.3.1B: SOCIALE FOBIE, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	3,5	*	6,1		4,8
Leeftijd					
18-24 jaar	2,7		6,5		4,6
25-34 jaar	4,6		5,4		5,0
35-44 jaar	3,6	*	6,9		5,2
45-54 jaar	3,4		5,9		4,6
55-64 jaar	2,0	*	5,8		4,0
Opleiding					
Lager onderwijs	6,8		11,1		9,2
Lbo, mavo	4,1	*	8,0		6,2
Mbo, havo, vwo	2,4		3,6		3,0
Hbo, universiteit	3,3		4,3 ▲		3,7 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	2,3	*	6,3		4,2
Laag	2,8	*	5,5		4,1
Matig	3,3		5,1		4,2
Hoog	4,7		5,3		5,0
Zeer hoog	4,2	*	8,7		6,4
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	3,0	*	5,4		4,2
Met partner zonder kinderen	2,7	*	5,1		3,9
Alleenstaande ouder	3,7		10,4		9,1
Alleenstaand	6,1		7,6		6,8
Bij ouders	2,3		7,0		4,1
Met anderen	4,4		6,3		5,3 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	3,4		4,9		4,0
Huisvrouw/-man	2,8		7,5		7,3
Student	3,3		6,4		4,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	3,4	*	10,7		5,9
Gepensioneerd, anders	3,9		4,9 ▲		4,3 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	3,1		4,5		3,7
Ja	3,9	*	7,2 ▲		5,8 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	2,4	*	4,6		3,5
Ja	6,1 ▲		9,1 ▲		7,7 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.3.2 ENKELVOUDIGE FOBIE

Symptomen en diagnose

Voor de enkelvoudige fobie, ook wel specifieke fobie genoemd, gelden de volgende criteria:

- Een duidelijke en aanhoudende angst die overdreven of onredelijk is, uitgelokt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifiek voorwerp of situatie (bij voorbeeld vliegen, hoogten, dieren, een injectie krijgen, of bloed zien).
- Blootstelling aan de angstwekkende prikkel veroorzaakt bijna zonder uitzondering een onmiddellijke angstreactie, die de vorm kan krijgen van een situatiegebonden angst of een paniekaanval.
- Betrokkene is zich ervan bewust dat de angst overdreven of onredelijk is.
- De angstwekkende situatie wordt vermeden of doorstaan met intense angst of lijden.
- De vermijding, de angstige verwachting of het lijden in de gevreesde situatie belemmeren in sterke mate de normale routine, het functioneren in het werk of de studie, de sociale activiteiten of relaties met anderen, of er is een duidelijk lijden door het hebben van de fobie.

TABEL 2.3.2A: ENKELVOUDIGE FOBIE, OOI IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	6,6	*	13,6		10,1
Leeftijd					
18-24 jaar	7,1		13,0		10,1
25-34 jaar	6,8	*	13,4		10,0
35-44 jaar	7,5	*	15,2		11,2
45-54 jaar	6,2	*	14,2		10,1
55-64 jaar	5,0	*	11,3		8,2
Opleiding					
Lager onderwijs	9,0	*	20,9		15,6
Lbo, mavo	7,1	*	16,7		12,5
Mbo, havo, vwo	8,5		12,3		10,3
Hbo, universiteit	3,9 ▲	*	7,6 ▲		5,4 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	5,4	*	11,5		8,4
Laag	4,7	*	16,2		10,4
Matig	5,6	*	11,8		8,6
Hoog	8,1	*	13,4		10,9
Zeer hoog	9,2 ▲	*	14,7		11,8
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	5,8	*	13,9		10,0
Met partner zonder kinderen	6,6	*	12,5		9,5
Alleenstaande ouder	5,9		20,4		17,7
Alleenstaand	8,1	*	13,1		10,3
Bij ouders	6,9		12,6		9,1
Met anderen	5,5		13,3		9,1
Werksituatie					
Betaald werk	6,4	*	12,9		9,0
Huisvrouw/-man	8,8		14,4		14,2
Student	4,8		10,6		7,7
Werkloos, arbeidsongeschikt	11,5		19,5		14,3
Gepensioneerd, anders	4,3	*	14,8		8,2 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	4,5	*	11,2		7,3
Ja	9,2 ▲	*	15,4 ▲		12,7 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	4,9	*	11,0		7,8
Ja	11,0 ▲	*	18,9 ▲		15,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.3.2B: ENKELVOUDIGE FOBIE, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	4,1	*	10,1		7,1
Leeftijd					
18-24 jaar	5,2		10,7		8,0
25-34 jaar	4,4	*	9,4		6,9
35-44 jaar	4,4	*	11,2		7,7
45-54 jaar	3,2	*	10,1		6,5
55-64 jaar	3,6	*	8,9		6,3
Opleiding					
Lager onderwijs	5,3	*	17,5		12,0
Lbo, mavo	4,7	*	12,9		9,3
Mbo, havo, vwo	6,0		8,7		7,2
Hbo, universiteit	1,7 ▲	*	4,6 ▲		2,9 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	4,0	*	8,2		6,0
Laag	3,2	*	10,9		7,0
Matig	4,1	*	9,2		6,6
Hoog	4,8	*	10,4		7,7
Zeer hoog	4,6	*	11,4		7,9
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	3,4	*	10,1		6,9
Met partner zonder kinderen	4,2	*	9,4		6,8
Alleenstaande ouder	2,2		14,8		12,5
Alleenstaand	5,3	*	9,8		7,3
Bij ouders	4,7		9,6		6,5
Met anderen	3,8		7,6		5,6
Werksituatie					
Betaald werk	4,0	*	9,1		6,0
Huisvrouw/-man	5,3		11,3		11,1
Student	2,6		7,0		4,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	8,1		15,0		10,5
Gepensioneerd, anders	2,6	*	11,7		5,9 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	2,6	*	7,8		4,8
Ja	6,0 ▲	*	11,7 ▲		9,2 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	3,2	*	8,1		5,5
Ja	6,7 ▲	*	14,0 ▲		10,7 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.3.3 AGORAFOBIE

Symptomen en diagnose

Iemand heeft agorafobie als hij of zij een sterke angst heeft om op plaatsen of in situaties te zijn waaruit ontkomen moeilijk zou kunnen zijn. Hiervan kan ook sprake zijn in situaties waar het niet mogelijk is om hulp te krijgen in het geval dat zich plotseling verschijnselen zouden voordoen die zouden kunnen leiden tot hulpbehoefendheid of ernstige verlegenheid. Voorbeelden van deze verschijnselen zijn: duizeligheid of vallen, depersonalisatie of verlies van realiteitszin, verlies van controle over de blaas- of darmfuncties, braken of hartklachten.

Als gevolg van deze angst beperkt iemand het reizen of bestaat de behoefte zich door iemand te laten vergezellen als men van huis moet ofwel worden situaties waarin de agorafobie voorkomt doorstaan met een intense angst. Voorbeelden van situaties die vermeden worden door mensen met agorafobie zijn: alleen buitenshuis zijn, temidden van een menigte of in een rij wachtenden staan, allen op een brug staan, met het openbaar vervoer reizen.

Agorafobie kan in meer of mindere mate het dagelijks functioneren aantasten. Dit is afhankelijk van de aard van het vermijdingsgedrag dat vaak met agorafobie gepaard gaat.

Agorafobie kan voorkomen met en zonder paniekstoornis. In de volgende tabellen wordt alleen het vóórkomen van agorafobie zónder paniekstoornis gegeven.

TABEL 2.3.3A: AGORAFOBIE, OOIT IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	1,9	*	4,9		3,4
Leeftijd					
18-24 jaar	0,7	*	4,1		2,4
25-34 jaar	1,6	*	4,0		2,8
35-44 jaar	2,3	*	5,8		4,1
45-54 jaar	1,6	*	5,3		3,4
55-64 jaar	3,2		5,2		4,2
Opleiding					
Lager onderwijs	2,2		6,7		4,7
Lbo, mavo	2,0	*	5,5		4,0
Mbo, havo, vwo	2,1		4,1		3,1
Hbo, universiteit	1,4	*	4,3		2,6
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	1,4	*	4,7		3,0
Laag	1,8		3,8		2,8
Matig	1,5	*	4,3		2,9
Hoog	2,6	*	5,5		4,1
Zeer hoog	2,0	*	6,3		4,0
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	1,7	*	5,1		3,4
Met partner zonder kinderen	2,1	*	4,5		3,3
Alleenstaande ouder	1,3		6,4		5,5
Alleenstaand	2,6		4,8		3,6
Bij ouders	0,9		3,3		1,8
Met anderen	0,0		8,4		3,9
Werksituatie					
Betaald werk	1,6	*	4,0		2,6
Huisvrouw/-man	9,0		5,4		5,6
Student	0,3	*	6,2		3,2
Werkloos, arbeidsongeschikt	4,2		8,6		5,7
Gepensioneerd, anders	2,0 ▲		5,0		3,1 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	1,5	*	3,7		2,4
Ja	2,4	*	5,7 ▲		4,3 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	1,4	*	3,8		2,5
Ja	3,0 ▲	*	7,2 ▲		5,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.3.3B: AGORAFOBIE, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	0,9	*	2,2		1,6
Leeftijd					
18-24 jaar	0,4		3,0		1,7
25-34 jaar	0,7		2,0		1,3
35-44 jaar	1,6		2,1		1,8
45-54 jaar	0,6		1,7		1,2
55-64 jaar	1,4		2,3		1,8
Opleiding					
Lager onderwijs	0,6	*	4,3		2,6
Lbo, mavo	1,2		2,2		1,7
Mbo, havo, vwo	1,3		1,8		1,5
Hbo, universiteit	0,5	*	2,0		1,1
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	0,3		1,7		1,0
Laag	1,1		1,6		1,4
Matig	0,7		2,1		1,4
Hoog	1,4		2,0		1,7
Zeer hoog	1,1	*	3,5		2,2
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	0,8		1,8		1,3
Met partner zonder kinderen	0,8		1,7		1,3
Alleenstaande ouder	0,0		3,9		3,2
Alleenstaand	1,7		2,3		2,0
Bij ouders	0,6		3,3		1,6
Met anderen	0,0		7,2		3,4
Werksituatie					
Betaald werk	0,7		1,4		1,0
Huisvrouw/-man	5,8		2,3		2,5
Student	0,3	*	4,2		2,2
Werkloos, arbeidsongeschikt	2,9		6,0		4,0
Gepensioneerd, anders	0,7 ▲		2,7 ▲		1,5 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	0,7		1,4		1,0
Ja	1,3	*	2,7		2,1 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	0,7	*	1,5		1,1
Ja	1,7 ▲		3,5 ▲		2,7 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.3.4 PANIEKSTOORNIS

Van een *paniekaanval* wordt gesproken als ernstige gevoelens van angst onverwacht optreden, zonder dat er een directie aanleiding voor is. Iemand heeft *paniekstoornis* als hij of zij bij herhaling paniekaanvallen krijgt en zich aanhoudend zorgen maakt over het krijgen van een volgende aanval of over de gevolgen van de aanvallen.

Symptomen en diagnose

Een paniekaanval gaat gepaard met minstens vier symptomen uit onderstaande lijst.

- ademnood
- duizeligheid
- hartkloppingen
- trillen of beven
- transpireren
- misselijkheid
- depersonalisatie (het gevoel van verlies over de eigen persoonlijkheid)
- pijn of een onaangenaam gevoel op de borst
- verdovende of tintelende gevoelens
- opvliegers of koude rillingen
- angst om dood te gaan
- angst om gek te worden of de controle over zichzelf te verliezen

Er wordt onderscheid gemaakt tussen paniekstoornis met en zonder agorafobie. In de volgende tabellen staan de prevalenties van beide soorten paniekstoornis tezamen.

TABEL 2.3.4A: PANIEKSTOORNIS, OOIT IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	1,9	*	5,7		3,8
Leeftijd					
18-24 jaar	1,5		4,0		2,7
25-34 jaar	2,0	*	5,9		3,9
35-44 jaar	2,1	*	7,2		4,6
45-54 jaar	2,3	*	6,1		4,1
55-64 jaar	1,4	*	3,9		2,7
Opleiding					
Lager onderwijs	2,6		8,5		5,8
Lbo, mavo	2,0	*	7,1		4,8
Mbo, havo, vwo	1,8	*	4,5		3,1
Hbo, universiteit	1,8	*	3,8 ▲		2,7 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	1,7	*	4,7		3,1
Laag	1,4	*	5,2		3,3
Matig	1,5	*	6,4		3,9
Hoog	3,0		5,9		4,5
Zeer hoog	2,0	*	6,0		3,9
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	1,5	*	5,5		3,6
Met partner zonder kinderen	2,1	*	5,5		3,8
Alleenstaande ouder	4,1		8,4		7,6
Alleenstaand	2,8	*	6,4		4,4
Bij ouders	0,6	*	4,4		2,1
Met anderen	3,3		2,2		2,8
Werksituatie					
Betaald werk	1,6	*	5,0		3,0
Huisvrouw/-man	3,5		6,4		6,3
Student	1,5		3,7		2,6
Werkloos, arbeidsongeschikt	3,2	*	11,1		5,9
Gepensioneerd, anders	3,3		6,1		4,3 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	1,6	*	4,9		3,0
Ja	2,4	*	6,3		4,5 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	1,2	*	4,0		2,5
Ja	3,8 ▲	*	9,1 ▲		6,6 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.3.4B: PANIEKSTOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	1,1	*	3,4		2,2
Leeftijd					
18-24 jaar	1,1		3,1		2,1
25-34 jaar	1,3	*	3,4		2,3
35-44 jaar	1,2	*	3,7		2,4
45-54 jaar	1,1	*	3,9		2,5
55-64 jaar	0,5	*	2,2		1,4
Opleiding					
Lager onderwijs	1,4		4,1		2,9
Lbo, mavo	1,2	*	4,7		3,2
Mbo, havo, vwo	0,9		2,1		1,5
Hbo, universiteit	1,0		2,3 ▲		1,6 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	0,8		2,7		1,7
Laag	0,8	*	3,0		1,9
Matig	0,4	*	3,9		2,1
Hoog	2,2		3,1		2,7
Zeer hoog	1,2	*	4,0		2,5
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	0,7	*	3,0		1,9
Met partner zonder kinderen	1,1	*	3,0		2,0
Alleenstaande ouder	2,2		6,1		5,4
Alleenstaand	2,0		3,9		2,8
Bij ouders	0,6		4,0		1,9
Met anderen	1,7		2,2		1,9
Werksituatie					
Betaald werk	0,9	*	2,2		1,4
Huisvrouw/-man	1,6		4,7		4,5
Student	0,8		1,9		1,3
Werkloos, arbeidsongeschikt	2,0	*	9,3		4,5
Gepensioneerd, anders	2,1		3,6 ▲		2,7 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	1,0	*	2,3		1,5
Ja	1,2	*	4,1 ▲		2,9 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	0,7	*	2,2		1,4
Ja	2,0 ▲	*	5,6 ▲		4,0 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.3.5 GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS

Symptomen en diagnose

Mensen met een gegeneraliseerde angststoornis zijn voortdurend angstig en bezorgd over alledaagse dingen. Ze hebben moeite deze zorgen en angsten onder controle te houden. Daarnaast moeten tenminste drie van de volgende symptomen voortdurend aanwezig zijn gedurende een periode van minstens zes maanden:

- Een constant gevoel van onrust en spanning
- Snel vermoeid zijn
- Moeite hebben met concentreren
- Geïrriteerdheid of prikkelbaarheid zijn
- Spierspanning hebben
- Verstoorde slaap hebben (moeilijkheden in slaap te vallen of door te slapen, rusteloze niet verkwikkende slaap)

Een gegeneraliseerde angststoornis veroorzaakt lijden en beperkingen in het dagelijks functioneren.

TABEL 2.3.5A: GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS, OOI IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	1,6	*	2,9		2,3
Leeftijd					
18-24 jaar	1,7		1,6		1,7
25-34 jaar	1,3		2,7		2,0
35-44 jaar	1,2	*	3,1		2,2
45-54 jaar	1,7		3,4		2,5
55-64 jaar	2,6		3,5		3,1
Opleiding					
Lager onderwijs	0,9	*	7,8		4,7
Lbo, mavo	2,0		3,5		2,8
Mbo, havo, vwo	1,8		1,5		1,6
Hbo, universiteit	1,1		2,2 ▲		1,6 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	0,8		3,0		1,8
Laag	1,0		2,5		1,7
Matig	1,7		2,9		2,3
Hoog	1,9		3,8		2,9
Zeer hoog	2,6		2,4		2,5
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	1,4		2,7		2,0
Met partner zonder kinderen	1,4		2,9		2,1
Alleenstaande ouder	2,2		5,1		4,6
Alleenstaand	2,1		3,2		2,6
Bij ouders	1,8		2,2		1,9
Met anderen	3,1		3,0		3,1
Werksituatie					
Betaald werk	1,2	*	2,9		1,9
Huisvrouw/-man	10,8	*	3,0		3,4
Student	0,7		1,7		1,2
Werkloos, arbeidsongeschikt	3,9		5,1		4,3
Gepensioneerd, anders	2,6 ▲		2,1		2,4 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	1,2		1,9		1,5
Ja	2,1		3,6 ▲		3,0 ▲
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	1,3	*	2,5		1,9
Ja	2,5		3,8		3,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.3.5B: GEGENERALISEERDE ANGSTSTOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	0,8	1,5	1,2
Leeftijd			
18-24 jaar	1,1	1,3	1,2
25-34 jaar	0,9	2,1	1,5
35-44 jaar	0,6	1,7	1,1
45-54 jaar	1,0	1,3	1,1
55-64 jaar	0,8	0,7	0,7
Opleiding			
Lager onderwijs	0,5	4,6	2,8
Lbo, mavo	1,2	1,7	1,5
Mbo, havo, vwo	1,0	0,8	0,9
Hbo, universiteit	0,4	0,9 ▲	0,6 ▲
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	0,3	1,4	0,8
Laag	0,7	0,9	0,8
Matig	0,7	1,7	1,2
Hoog	1,1	2,2	1,7
Zeer hoog	1,3	1,2	1,3
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	0,7	1,4	1,0
Met partner zonder kinderen	0,6	1,1	0,9
Alleenstaande ouder	2,2	3,9	3,6
Alleenstaand	1,1	1,3	1,2
Bij ouders	1,4	1,7	1,5
Met anderen	0,0	3,0	1,4
Werksituatie			
Betaald werk	0,7	1,3	1,0
Huisvrouw/-man	5,2	1,6	1,7
Student	0,0	1,7	0,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	2,1	2,4	2,2
Gepensioneerd, anders	0,3 ▲	1,1	0,6
Lichamelijke aandoening			
Nee	0,6	1,2	0,8
Ja	1,2	1,7	1,5
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	0,6	1,4	1,0
Ja	1,4	1,6	1,5

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.3.6 OBESSIEF-COMPULSIEVE STOORNIS

De obsessief-compulsieve stoornis wordt ook wel OCD (afkorting van ‘obsessive compulsive disorder’) of dwangstoornis genoemd.

Symptomen en diagnose

Voor een obsessief-compulsieve stoornis gelden de volgende criteria:

- Iemand heeft dwanggedachten (ook obsessies genaamd) of verricht dwanghandelingen (ook compulsies of dwangrituelen genaamd).
- De persoon is zich ervan bewust dat deze dwanggedachten of dwanghandelingen overdreven of onredelijk zijn.
- De dwanggedachten of dwanghandelingen veroorzaken veel leed, kosten veel tijd of komen in botsing met het normale gedrag van betrokkene of met het werk, de sociale activiteiten of de relaties.

Dwanggedachten (obsessies) worden als volgt gedefinieerd:

- Er is sprake van terugkerende en hardnekkige gedachten, impulsen of voorstellingen die ervaren worden als opgedrongen en zinloos, en die duidelijke angst of lijden veroorzaken.
- Deze gedachten, impulsen of voorstellingen zijn niet eenvoudig een overdreven bezorgdheid over problemen uit het dagelijks leven.
- De persoon probeert die gedachten, impulsen of voorstellingen te negeren of te onderdrukken, of ze te neutraliseren met andere gedachten of handelingen.

Inhoudelijk hebben obsessies vaak betrekking op besmetting met ziekte of vuil, fouten maken met rampzalige gevolgen, eigen agressief gedrag, ongewenste seksuele gedachten, en godlaster.

Dwanghandelingen (compulsies) worden als volgt gedefinieerd:

- Er is sprake van zich herhalende gedragingen (b.v. handen wassen, controleren) of mentale bezigheden (b.v. bidden, tellen) waartoe men zich gedwongen voelt in reactie op een dwanggedachte.
- De gedragingen of mentale bezigheden zijn gericht op het voorkómen of verminderen van het lijden, of op het voorkómen van een bepaalde gevreesde gebeurtenis of situatie. Ze tonen echter geen realistische samenhang met hun doel of ze zijn buitensporig.

Inhoudelijk zijn compulsies onder andere te onderscheiden in: controleren en geruuststelling vragen, schoonmaken en wassen, symmetrie handhaven en ordenen (o.a. tellen), overmatig bidden, en hamsteren of verzamelen.

TABEL 2.3.6A: OBSESSIEF-COMPULSIEVE STOORNIS, OOI IN HET LEVEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	0,9	0,8	0,9
Leeftijd			
18-24 jaar	1,2	0,5	0,8
25-34 jaar	1,4	1,1	1,2
35-44 jaar	0,8	1,4	1,1
45-54 jaar	0,7	0,6	0,7
55-64 jaar	0,3	0,1	0,2
Opleiding			
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,9	1,0	0,9
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	1,0	0,7	0,8
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,6	0,5	0,6
Stad	1,2	1,0	1,1
Woonsituatie			
Met partner	0,5	1,0	0,7
Zonder partner	1,8 ▲ *	0,5	1,2
Werksituatie			
Betaald werk	0,8	0,9	0,8
geen betaald werk	1,5	0,8	1,0
Lichamelijke aandoening			
Nee	0,8	0,7	0,7
Ja	1,1	0,9	1,0
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	0,7	0,4	0,6
Ja	1,4	1,6 ▲	1,5 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.3.6B: OBSESSIEF-COMPULSIEVE STOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	0,5	0,4	0,5
Leeftijd			
18-24 jaar	0,4	0,3	0,3
25-34 jaar	1,1	0,4	0,7
35-44 jaar	0,6	0,7	0,6
45-54 jaar	0,1	0,3	0,2
55-64 jaar	0,2	0,1	0,1
Opleiding			
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,8	0,6	0,7
Mbo, havo, vwo, hbo, universiteit	0,4	0,2	0,3
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,1	0,3	0,2
Stad	0,8	0,5	0,6 ▲
Woonsituatie			
Met partner	0,3	0,5	0,4
Zonder partner	1,0 ▲ *	0,2	0,6
Werksituatie			
Betaald werk	0,3	0,3	0,3
geen betaald werk	1,2 ▲	0,5	0,8
Lichamelijke aandoening			
Nee	0,4	0,1	0,3
Ja	0,7	0,6 ▲	0,6
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	0,3	0,3	0,3
Ja	1,0	0,6	0,8 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.4 STOORNISSEN IN MIDDELENGBRUIK

De tabellen op de volgende twee pagina's geven het vóórkomen weer van enigerlei stoornis in het gebruik van alcohol of drugs. Dat wil zeggen dat iemand één of meer van hieronder beschreven stoornissen heeft gehad. Voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze stoornissen verwijzen wij naar de specifieke paragrafen van deze stoornissen.

Alcohol- en drugsmisbruik. Iemand gebruikt alcohol of drugs veelvuldig ondanks problemen die dat veroorzaakt, maar er is (nog) geen sprake van verslaving.

Alcohol- en drugsafhankelijkheid. Iemand gebruikt alcohol of drugs veelvuldig, en er is sprake van verslaving die zich uit in symptomen zoals meer en langer gebruiken dan men van plan was, weinig succesvolle pogingen om te minderen en onthoudingsverschijnselen.

Alcoholmisbruik is de meest voorkomende stoornis in middelengebruik; 19,4% van alle mannen en 3,9% van alle vrouwen heeft ooit in het leven alcoholmisbruik gehad, 11,7% van de totale bevolking. Alcoholafhankelijkheid komt bij minder mensen voor (5,5%). 1,8% van alle mensen, mannen en vrouwen, is ooit in het leven afhankelijk geweest van één of meerdere drugs en 1,5% van de totale bevolking heeft ooit drugsmisbruik gehad.

TABEL 2.4A: ENIGERLEI MIDDELENSTOORNIS, OOI IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	29,7	*	7,4		18,7
Leeftijd					
18-24 jaar	47,1	*	14,1		30,6
25-34 jaar	33,5	*	7,5		20,7
35-44 jaar	31,1	*	7,8		19,7
45-54 jaar	23,3	*	4,6		14,2
55-64 jaar	13,3 ▲	*	4,1 ▲		8,6 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	30,2	*	6,3		17,0
Lbo, mavo	29,5	*	6,4		16,6
Mbo, havo, vwo	31,4	*	7,4		20,2
Hbo, universiteit	28,1	*	9,4		20,2 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	25,7	*	4,3		15,4
Laag	24,3	*	5,5		15,0
Matig	32,9	*	6,5		19,8
Hoog	29,8	*	8,9		19,0
Zeer hoog	35,7 ▲	*	11,5 ▲		24,2 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	25,8	*	4,3		14,8
Met partner zonder kinderen	25,7	*	6,7		16,3
Alleenstaande ouder	30,4	*	11,5		15,0
Alleenstaand	36,9	*	11,8		25,8
Bij ouders	38,9	*	13,2		29,2
Met anderen	45,9 ▲	*	13,3 ▲		30,7 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	29,2	*	7,4		20,5
Huisvrouw/-man	38,9	*	4,9		6,3
Student	39,7	*	15,9		28,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	38,9	*	13,7		30,3
Gepensioneerd, anders	13,5 ▲	*	5,5 ▲		10,6 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	29,4	*	6,4		19,6
Ja	30,1	*	8,1		17,8
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	25,9	*	5,1		16,0
Ja	39,8 ▲	*	12,0 ▲		24,8 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4B: ENIGERLEI MIDDELENSTOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	14,1	*	3,5		8,9
Leeftijd					
18-24 jaar	33,0	*	9,1		21,0
25-34 jaar	15,7	*	3,8		9,9
35-44 jaar	12,7	*	3,1		8,0
45-54 jaar	8,2	*	1,1		4,8
55-64 jaar	4,3 ▲	*	1,6 ▲		2,9 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	10,8	*	2,3		6,1
Lbo, mavo	13,3	*	2,5		7,3
Mbo, havo, vwo	15,7	*	4,3		10,4
Hbo, universiteit	14,0	*	4,6		10,0 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	9,5	*	1,8		5,8
Laag	11,2	*	2,0		6,6
Matig	18,6	*	3,6		11,2
Hoog	15,2	*	3,8		9,3
Zeer hoog	15,7 ▲	*	6,2 ▲		11,2 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	8,7	*	1,1		4,8
Met partner zonder kinderen	9,2	*	3,0		6,1
Alleenstaande ouder	18,4	*	6,0		8,3
Alleenstaand	21,6	*	6,1		14,8
Bij ouders	29,9	*	10,0		22,4
Met anderen	30,9 ▲		10,2 ▲		21,2 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	12,4	*	3,5		8,8
Huisvrouw/-man	21,0	*	1,4		2,2
Student	28,7	*	10,7		19,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	22,0	*	7,7		17,2
Gepensioneerd, anders	7,4 ▲		3,2 ▲		5,9 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	14,0	*	3,1		9,4
Ja	14,3	*	3,8		8,4
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	12,0	*	2,4		7,4
Ja	19,8 ▲	*	5,8 ▲		12,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.4.1 ENIGERLEI ALCOHOLSTOORNIS

Symptomen en diagnose

Er is sprake van *alcoholmisbruik* als iemand een patroon van onaangepast alcoholgebruik heeft blijkend uit minstens één van de volgende twee punten:

- De persoon gebruikt bij voortduring alcohol hoewel dit een sociaal, beroepsmatig, psychisch of lichamelijk probleem in stand houdt.
- Men drinkt herhaaldelijk in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden onder invloed).

Om van deze stoornis te kunnen spreken moeten verschijnselen ervan minstens één maand aanwezig zijn of zich over een langere periode bij herhaling voordoen.

Van *alcoholafhankelijkheid* is sprake als de persoon minstens aan drie van de volgende criteria voldoet:

- Men drinkt vaak grotere hoeveelheden of langer dan men van plan was.
- Men wil beslist minderen of stoppen met drinken of heeft zonder succes geprobeerd dit te doen.
- Er wordt veel tijd gestoken in het verkrijgen van alcoholhoudende drank en in de consumptie ervan. Ook kan veel tijd nodig zijn om van de naweeën van gebruik te bekomen.
- Iemand heeft een sterke gewenning of tolerantie. Drinken van dezelfde hoeveelheid heeft minder effect dan eerder. Of: de persoon moet minstens de helft meer drinken om dronken te worden of een ander gewenst effect te bereiken.
- Bij stopzetting of onderbreking van drinken is er sprake van ontwenningverschijnselen, ook wel onthoudingsverschijnselen genoemd, zoals een kater.
- Het drinken heeft vaak tot doel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te voorkomen.
- De persoon verkeert frequent onder invloed of vertoont onthoudingsverschijnselen wanneer hij belangrijke verplichtingen heeft op het werk, op school of thuis of op momenten waarop dit gevaarlijk is (bijvoorbeeld in het verkeer).
- De persoon offert vanwege het drinken sociale en beroepsmatige activiteiten en (andere) besteding van vrije tijd op.
- Iemand gaat door met drinken al kent men de nadelen daarvan voor het functioneren of de gezondheid.

Wil er sprake zijn van de stoornis, dan moeten de verschijnselen minstens één maand aanhouden of zich herhaaldelijk voordoen over een langere periode.

In de volgende tabellen wordt eerst het vóórkomen van enigerlei alcoholstoornis (alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid tezamen) weergegeven en vervolgens het vóórkomen van alcoholmisbruik en –afhankelijkheid apart.

TABEL 2.4A : ENIGERLEI ALCOHOLSTOORNIS, OOIT IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	28,3	*	5,8		17,2
Leeftijd					
18-24 jaar	44,8	*	10,9		27,9
25-34 jaar	31,9	*	6,3		19,3
35-44 jaar	29,0	*	5,8		17,6
45-54 jaar	22,5	*	3,8		13,4
55-64 jaar	13,3 ▲	*	2,8 ▲		7,9 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	29,0	*	2,5		14,4
Lbo, mavo	27,7	*	4,8		14,9
Mbo, havo, vwo	29,9	*	6,4		18,9
Hbo, universiteit	27,2	*	7,7 ▲		19,0 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	25,5	*	3,9		15,2
Laag	23,5	*	4,2		13,9
Matig	31,8	*	5,0		18,5
Hoog	28,1	*	7,5		17,5
Zeer hoog	32,7 ▲	*	8,0 ▲		20,9 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	25,1	*	3,3		13,9
Met partner zonder kinderen	24,7	*	5,8		15,3
Alleenstaande ouder	28,4	*	7,9		11,7
Alleenstaand	33,5	*	9,1		22,7
Bij ouders	37,4	*	9,5		26,9
Met anderen	44,6 ▲	*	10,0 ▲		28,4 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	27,9	*	6,2		19,2
Huisvrouw/-man	23,8	*	3,6		4,5
Student	39,7	*	12,7		26,4
Werkloos, arbeidsongeschikt	37,1	*	7,3		26,9
Gepensioneerd, anders	13,2 ▲	*	4,3 ▲		9,9 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	28,2	*	5,1		18,4
Ja	28,5	*	6,3		16,1
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	24,8	*	3,9		14,9
Ja	37,5 ▲	*	9,5 ▲		22,4 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.1A : ENIGERLEI ALCOHOLSTOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	13,5	*	2,9		8,2
Leeftijd					
18-24 jaar	31,4	*	7,3		19,3
25-34 jaar	14,7	*	3,3		9,1
35-44 jaar	12,1	*	2,4		7,4
45-54 jaar	8,0	*	1,1		4,7
55-64 jaar	4,3 ▲	*	1,0 ▲		2,6 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	10,1	*	0,0		4,5
Lbo, mavo	12,5	*	1,9		6,5
Mbo, havo, vwo	15,0	*	4,0		9,9
Hbo, universiteit	13,6	*	4,1 ▲		9,6 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	9,5	*	1,8		5,8
Laag	10,6	*	1,4		6,1
Matig	17,7	*	2,7		10,3
Hoog	14,5	*	3,4		8,8
Zeer hoog	14,6 ▲	*	5,0 ▲		10,0 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	8,4	*	0,7		4,5
Met partner zonder kinderen	8,7	*	2,9		5,8
Alleenstaande ouder	18,4	*	3,9		6,6
Alleenstaand	20,2	*	5,2		13,6
Bij ouders	28,8	*	7,6		20,8
Met anderen	29,6 ▲	*	8,0 ▲		19,5 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	11,8	*	3,1		8,3
Huisvrouw/-man	12,1	*	0,9		1,4
Student	28,7	*	9,4		19,1
Werkloos, arbeidsongeschikt	21,0	*	3,8		15,2
Gepensioneerd, anders	7,1 ▲		2,7 ▲		5,5 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	13,4	*	2,6		8,8
Ja	13,6	*	3,0		7,7
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	11,5	*	1,9		7,0
Ja	18,5 ▲	*	4,7 ▲		11,1 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.1.1A: ALCOHOLMISBRUIK, OOI IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	19,4	*	3,9		11,7
Leeftijd					
18-24 jaar	29,0	*	8,7		18,8
25-34 jaar	22,2	*	4,1		13,3
35-44 jaar	19,5	*	3,8		11,8
45-54 jaar	15,8	*	1,8		9,0
55-64 jaar	9,9 ▲	*	1,7 ▲		5,8 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	16,7	*	1,7		8,4
Lbo, mavo	18,3	*	3,2		9,8
Mbo, havo, vwo	20,8	*	4,4		13,1
Hbo, universiteit	19,6	*	5,0		13,4 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	18,9	*	3,0		11,2
Laag	14,3	*	2,6		8,5
Matig	20,9	*	4,1		12,5
Hoog	20,6	*	5,8		13,0
Zeer hoog	22,5 ▲	*	3,5		13,5 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	19,5	*	2,2		10,6
Met partner zonder kinderen	16,8	*	3,9		10,4
Alleenstaande ouder	16,2	*	5,4		7,4
Alleenstaand	19,2	*	5,6		13,2
Bij ouders	26,8	*	8,0		19,7
Met anderen	20,9		4,1 ▲		13,0 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	19,7	*	4,0		13,4
Huisvrouw/-man	15,7	*	2,7		3,2
Student	27,4	*	9,9		18,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	21,1	*	2,8		14,9
Gepensioneerd, anders	7,3 ▲	*	2,1 ▲		5,4 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	19,0	*	3,5		12,4
Ja	19,9	*	4,1		11,1
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	18,3	*	2,7		10,9
Ja	22,2	*	6,2 ▲		13,6 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.1.1B: ALCOHOLMISBRUIK, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	7,3	*	1,8		4,6
Leeftijd					
18-24 jaar	18,1	*	5,7		11,9
25-34 jaar	8,4	*	2,2		5,3
35-44 jaar	5,4	*	1,1		3,3
45-54 jaar	4,7	*	0,3		2,6
55-64 jaar	2,1 ▲	*	0,4 ▲		1,2 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	2,9	*	0,0		1,3
Lbo, mavo	5,7	*	1,1		3,1
Mbo, havo, vwo	9,1	*	2,6		6,0
Hbo, universiteit	8,0	*	2,4		5,6 ▲
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	5,4	*	1,5		3,5
Laag	4,7	*	0,5		2,6
Matig	9,9	*	2,0		6,0
Hoog	9,0	*	2,5		5,6
Zeer hoog	7,4 ▲	*	2,3		4,9 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	4,8	*	0,4		2,5
Met partner zonder kinderen	4,7	*	1,8		3,2
Alleenstaande ouder	8,0		2,6		3,6
Alleenstaand	9,6	*	2,9		6,6
Bij ouders	19,3	*	6,1		14,3
Met anderen	7,3 ▲		2,0 ▲		4,9 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	6,7	*	1,8		4,7
Huisvrouw/-man	5,9	*	0,5		0,7
Student	18,4		8,0		13,3
Werkloos, arbeidsongeschikt	8,0	*	1,1		5,6
Gepensioneerd, anders	2,7 ▲		0,9 ▲		2,0 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	7,0	*	1,5		4,6
Ja	7,8	*	1,9		4,5
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	7,1	*	1,3		4,3
Ja	7,9	*	2,7 ▲		5,1

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.1.2A: ALCOHOLAFHANKELIJKHEID , OOI IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	8,9	*	1,9		5,5
Leeftijd					
18-24 jaar	15,9	*	2,2		9,0
25-34 jaar	9,7	*	2,1		6,0
35-44 jaar	9,5	*	2,0		5,8
45-54 jaar	6,7	*	2,0		4,4
55-64 jaar	3,3 ▲	*	1,0		2,2 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	12,3	*	0,8		6,0
Lbo, mavo	9,5	*	1,6		5,1
Mbo, havo, vwo	9,1	*	2,0		5,8
Hbo, universiteit	7,6	*	2,7		5,5
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	6,6	*	1,0		3,9
Laag	9,2	*	1,6		5,4
Matig	10,9	*	1,0		6,0
Hoog	7,5	*	1,7		4,5
Zeer hoog	10,1	*	4,4 ▲		7,4 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	5,7	*	1,2		3,3
Met partner zonder kinderen	7,9	*	1,9		4,9
Alleenstaande ouder	12,2	*	2,6		4,3
Alleenstaand	14,3	*	3,5		9,5
Bij ouders	10,6	*	1,5		7,2
Met anderen	23,7 ▲		5,9		15,4 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	8,1	*	2,2		5,7
Huisvrouw/-man	8,1	*	0,9		1,2
Student	12,3	*	2,7		7,6
Werkloos, arbeidsongeschikt	16,0	*	4,5		12,1
Gepensioneerd, anders	5,9 ▲		2,2 ▲		4,5 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	9,2	*	1,6		6,0
Ja	8,6	*	2,1		5,0
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	6,5	*	1,2		4,0
Ja	15,4 ▲	*	3,3 ▲		8,9 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.1.2B: ALCOHOLAFHANKELIJKHEID, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	6,2	*	1,1		3,7
Leeftijd					
18-24 jaar	13,2	*	1,7		7,4
25-34 jaar	6,3	*	1,1		3,8
35-44 jaar	6,7	*	1,3		4,1
45-54 jaar	3,3	*	0,8		2,1
55-64 jaar	2,2 ▲		0,6		1,4 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	7,2	*	0,0		3,2
Lbo, mavo	6,7	*	0,8		3,4
Mbo, havo, vwo	6,0	*	1,4		3,8
Hbo, universiteit	5,6	*	1,6		3,9
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	4,1	*	0,3		2,3
Laag	6,0	*	0,9		3,4
Matig	7,8	*	0,6		4,2
Hoog	5,5	*	0,9		3,1
Zeer hoog	7,2	*	2,7 ▲		5,1
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	3,7	*	0,3		1,9
Met partner zonder kinderen	4,0	*	1,1		2,5
Alleenstaande ouder	10,3	*	1,4		3,0
Alleenstaand	10,7	*	2,3		7,0
Bij ouders	9,5	*	1,5		6,5
Met anderen	22,2 ▲		5,9 ▲		14,6 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	5,1	*	1,3		3,6
Huisvrouw/-man	6,3	*	0,4		0,7
Student	10,2	*	1,3		5,8
Werkloos, arbeidsongeschikt	13,0	*	2,8		9,5
Gepensioneerd, anders	4,4 ▲		1,8		3,4 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	6,4	*	1,1		4,1
Ja	5,8	*	1,1		3,2
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	4,4	*	0,7		2,6
Ja	10,6 ▲	*	2,0 ▲		6,0 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.4.2 ENIGERLEI DRUGSSTOORNIS

Bij de diagnose voor stoornissen in drugsgebruik worden de volgende drugs en medicijnen met verslavende eigenschappen verstaan:

Drugs – Cannabis - Hallucinogene middelen ofwel tripmiddelen (zoals LSD, Magic Mushrooms, mescaline) - Opiaten (zoals heroïne , morfine, codeïne) – Cocaine - Amfetamine (zoals amfetamine, speed, efedrine) - Andere drugs (MDMA, PCP, lijm, solutie)

Medicijnen - Kalmeringsmiddelen of tranquilizers (zoals librium, valium, diazepam, oxazepam, seresta) - Slaapmiddelen (zoals amytal, barbital, rohypnol, andere barbituraten)

Symptomen en diagnose

De voorwaarden voor een diagnose drugs- (of medicijn-) misbruik of -afhankelijkheid zijn dezelfde als bij alcoholmisbruik en - afhankelijkheid. Deze voorwaarden worden hier herhaald.

Voor *drugsmisbruik* geldt dat de persoon bij voortduring het middel gebruikt hoewel dit een sociaal, beroepsmatig, psychisch of lichamelijk probleem in stand houdt óf het middel herhaaldelijk gebruikt in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk is (bijvoorbeeld autorijden onder invloed).

Van *drugsafhankelijkheid* is sprake als men minstens aan drie van de volgende criteria voldoet:

- Iemand gebruikt vaak grotere hoeveelheden of langer dan men van plan was
- Men wil beslist minderen of stoppen met gebruik of heeft zonder succes geprobeerd dit te doen
- Iemand steekt veel tijd in het verkrijgen het middel en in de consumptie ervan. Ook kan veel tijd nodig zijn om van de naweeën van gebruik te bekomen
- Er treedt sterke gewenning (tolerantie) op; gebruik van dezelfde hoeveelheid heeft minder effect dan eerder
- Stopzetting of onderbreking resulteert in ontwenningsverschijnselen
- Gebruik heeft vaak tot doel om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te voorkomen
- Iemand verkeert frequent onder invloed of vertoont onthoudingsverschijnselen wanneer men belangrijke verplichtingen heeft op het werk, op school of thuis of op momenten waarop dit gevaarlijk is (bijvoorbeeld in het verkeer)
- Men offert vanwege het gebruik sociale en beroepsmatige activiteiten en (andere) besteding van vrije tijd op
- Men gaat door met het gebruik al kent men de nadelen daarvan voor functioneren of gezondheid.

Wil er sprake zijn van de stoornis, dan moeten de verschijnselen minstens één maand aanhouden of zich herhaaldelijk voordoen over een langere periode.

In de volgende tabellen wordt eerst het vóórkomen van enigerlei drugsstoornis (drugsmisbruik en drugsafhankelijkheid tezamen) weergegeven en vervolgens het vóórkomen van drugsmisbruik en –afhankelijkheid apart.

TABEL 2.4.2A: ENIGERLEI DRUGSSTOORNIS, OOIT IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	3,7	*	2,5		3,1
Leeftijd					
18-24 jaar	8,2		7,0		7,6
25-34 jaar	4,2	*	1,7		3,0
35-44 jaar	4,8	*	2,4		3,6
45-54 jaar	1,5		1,2		1,3
55-64 jaar	0,0 ▲	*	1,4 ▲		0,7 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs	5,0		4,0		4,5
Lbo, mavo	3,6		2,5		2,9
Mbo, havo, vwo	4,3	*	2,0		3,2
Hbo, universiteit	3,0		2,7		2,9
Urbanisatiegraad					
Zeer laag	1,2		1,0		1,1
Laag	2,3		1,5		1,9
Matig	3,9		1,7		2,8
Hoog	3,8		3,4		3,6
Zeer hoog	7,2 ▲		4,6 ▲		6,0 ▲
Woonsituatie					
Met partner met kinderen	1,7		1,1		1,4
Met partner zonder kinderen	2,3		1,7		2,0
Alleenstaande ouder	8,4		5,0		5,6
Alleenstaand	7,8		4,2		6,2
Bij ouders	5,6		6,0		5,8
Met anderen	8,5 ▲		9,2 ▲		8,9 ▲
Werksituatie					
Betaald werk	3,1		2,0		2,7
Huisvrouw/-man	18,8	*	1,5		2,2
Student	6,4		6,8		6,6
Werkloos, arbeidsongeschikt	6,1		6,5		6,2
Gepensioneerd, anders	1,9 ▲		3,4 ▲		2,4 ▲
Lichamelijke aandoening					
Nee	3,6	*	1,9		2,8
Ja	3,9		2,9		3,4
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	2,6		1,8		2,2
Ja	6,7 ▲	*	3,9 ▲		5,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.2B: ENIGERLEI DRUGSSTOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	1,6	0,9	1,3
Leeftijd			
18-24 jaar	5,6	2,9	4,3
25-34 jaar	2,0	0,6	1,3
35-44 jaar	1,1	0,9	1,0
45-54 jaar	0,2	0,0	0,1
55-64 jaar	0,0 ▲	0,7 ▲	0,3 ▲
Opleiding			
Lager onderwijs	1,5	2,3	1,9
Lbo, mavo	1,8	0,9	1,3
Mbo, havo, vwo	2,1	0,6	1,4
Hbo, universiteit	1,0	0,8	0,9
Urbanisatiegraad			
Zeer laag	0,5	0,3	0,4
Laag	0,8	0,6	0,7
Matig	1,8	1,0	1,4
Hoog	1,7	1,1	1,4
Zeer hoog	3,2	1,4	2,3 ▲
Woonsituatie			
Met partner met kinderen	0,5	0,4	0,5
Met partner zonder kinderen	0,5	0,3	0,4
Alleenstaande ouder	2,2	2,4	2,4
Alleenstaand	3,8	1,4	2,7
Bij ouders	3,2	3,2	3,2
Met anderen	8,5 ▲	4,2 ▲	6,5 ▲
Werksituatie			
Betaald werk	1,2	0,6	1,0
Huisvrouw/-man	8,8 *	0,6	0,9
Student	3,8	2,1	3,0
Werkloos, arbeidsongeschikt	2,4	3,9	2,9
Gepensioneerd, anders	1,0 ▲	1,3 ▲	1,1 ▲
Lichamelijke aandoening			
Nee	1,4	0,6	1,1
Ja	1,9	1,1	1,4
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	1,1	0,6	0,9
Ja	2,8 ▲	1,4	2,1 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.2.1A: DRUGSMISBRUIK, OOIT IN HET LEVEN (%)

	<i>mannen</i>		<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	2,0		1,1	1,5
Leeftijd				
18-24 jaar	3,9		4,2	4,1
25-34 jaar	2,4	*	0,6	1,5
35-44 jaar	2,6	*	1,0	1,8
45-54 jaar	0,7		0,4	0,5
55-64 jaar	0,0 ▲		0,4 ▲	0,2 ▲
Opleiding				
Lager onderwijs, lbo, mavo	1,6		1,1	1,3
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	2,2		1,2	1,7
Urbanisatiegraad				
Platteland	0,6		0,7	0,7
Stad	2,8 ▲	*	1,4	2,1 ▲
Woonsituatie				
Met partner	0,9		0,5	0,7
Zonder partner	4,1 ▲		2,6 ▲	3,4 ▲
Werksituatie				
Betaald werk	2,0		1,2	1,7
geen betaald werk	1,7		1,0	1,2
Lichamelijke aandoening				
Nee	2,0	*	0,6	1,4
Ja	1,9		1,5	1,7
Psychiatrisch verleden ouders				
Nee	1,1		1,0	1,0
Ja	4,1 ▲	*	1,4	2,7 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.2.2B: DRUGSMISBRUIK, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	<i>mannen</i>		<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	0,6		0,3	0,5
Leeftijd				
18-24 jaar	1,7		1,8	1,7
25-34 jaar	1,1	*	0,1	0,6
35-44 jaar	0,5		0,1	0,3
45-54 jaar	0,0		0,0	0,0
55-64 jaar	0,0 ▲		0,0 ▲	0,0 ▲
Opleiding				
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,3		0,3	0,3
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	0,9		0,3	0,6
Urbanisatiegraad				
Platteland	0,1		0,2	0,1
Stad	1,0 ▲		0,4	0,7 ▲
Woonsituatie				
Met partner	0,2		0,0	0,1
Zonder partner	1,5 ▲		1,0 ▲	1,3 ▲
Werksituatie				
Betaald werk	0,6		0,3	0,5
geen betaald werk	0,6		0,3	0,4
Lichamelijke aandoening				
Nee	0,7		0,1	0,4
Ja	0,6		0,5	0,5
Psychiatrisch verleden ouders				
Nee	0,3		0,3	0,3
Ja	1,5 ▲	*	0,2	0,8

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.2.2A: DRUGSAFHANKELIJKHEID, OOI IN HET LEVEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	2,1	1,5	1,8
Leeftijd			
18-24 jaar	5,6	3,5	4,6
25-34 jaar	2,1	1,2	1,6
35-44 jaar	2,5	1,4	2,0
45-54 jaar	0,9	0,8	0,8
55-64 jaar	0,0 ▲	1,1 ▲	0,5 ▲
Opleiding			
Lager onderwijs, lbo, mavo	2,9	1,9	2,3
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	1,6	1,1	1,4
Urbanisatiegraad			
Platteland	1,2	0,8	1,0
Stad	2,7	1,9 ▲	2,3 ▲
Woonsituatie			
Met partner	1,3	0,9	1,1
Zonder partner	3,8 ▲	2,8 ▲	3,3 ▲
Werksituatie			
Betaald werk	1,8	1,2	1,6
geen betaald werk	3,2	1,8	2,2
Lichamelijke aandoening			
Nee	1,8	1,3	1,6
Ja	2,5	1,6	2,0
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	1,6	0,9	1,3
Ja	3,4 ▲	2,6 ▲	3,0 ▲

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.4.2.2B: DRUGSAFHANKELIJKHEID, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	1,0	0,7	0,8
Leeftijd			
18-24 jaar	4,3	1,5	2,9
25-34 jaar	0,8	0,5	0,7
35-44 jaar	0,7	0,8	0,7
45-54 jaar	0,2	0,0	0,1
55-64 jaar	0,0 ▲	0,7	0,3 ▲
Opleiding			
Lager onderwijs, lbo, mavo	1,5	0,9	1,1
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	0,7	0,4	0,6
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,6	0,4	0,5
Stad	1,3	0,8	1,1
Woonsituatie			
Met partner	0,3	0,4	0,3
Zonder partner	2,4 ▲	1,3 ▲	1,9 ▲
Werksituatie			
Betaald werk	0,8	0,5	0,7
geen betaald werk	1,8	0,9	1,2
Lichamelijke aandoening			
Nee	0,7	0,5	0,6
Ja	1,4	0,7	1,0
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	0,8	0,4	0,6
Ja	1,5	1,2	1,3

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.5 EETSTOORNISSEN

De tabellen op de volgende twee pagina's geven weer bij welk percentage van de bevolking enigerlei eetstoornis voorkomt. Dit zijn mensen die ofwel anorexia nervosa ofwel boulimia nervosa hebben gehad.

De afzonderlijke stoornissen anorexia en boulimia nervosa komen bijzonder weinig voor (respectievelijk 0,1% en 0,6%). Daarom worden van de afzonderlijke stoornissen alleen de percentages gegeven van mensen die ooit in hun leven anorexia of boulimia nervosa hebben gehad.

Symptomen en diagnose

Iemand heeft *anorexia nervosa of magerzucht* als aan de volgende criteria wordt voldaan:

- Men weigert het lichaamsgewicht te handhaven op of boven de grens van vijftachtig procent van het te verwachten gewicht voor mensen van dezelfde leeftijd en lengte (voor volwassenen wordt hiervoor meestal een Body Mass Index (BMI: lengte in meters gedeeld door het kwadraat van het gewicht in kilo's) van maximaal 17,5 als maat gehanteerd).
- Er is een intense angst om aan te komen terwijl er in werkelijkheid sprake is van ondergewicht. De persoon heeft een stoornis in de lichaamsbeleving. Dit uit zich in ontkenning van de ernst van het huidige lage lichaamsgewicht, een vertekend beeld van het eigen lichaam, of in een onevenredig groot belang van het gewicht of lichaamsvorm voor het gehele zelfbeeld.
- Bij vrouwen en meisjes na de eerste menstruatie: het wegblijven van de menstruatie gedurende drie opeenvolgende cycli. Wanneer de menstruatie alleen kunstmatig kan worden opgewekt door toediening van hormonen, zoals de anticonceptiepil, voldoet iemand óók aan dit criterium.

De diagnose *boulimia nervosa* wordt gesteld als aan de volgende criteria is voldaan:

- Iemand heeft terugkerende eetbuien. Er is sprake van een eetbui als iemand in een beperkte tijd (bijvoorbeeld twee uur) een grote hoeveelheid voedsel naar binnen werkt en het gevoel heeft geen controle meer te hebben over het eetgedrag tijdens deze eetbuien.
- Er is een terugkerende pogingen het eenmaal ingeslikte voedsel op onnatuurlijke wijze snel weer kwijt te raken, om zo gewichtstoename te voorkomen (bijvoorbeeld vinger in de keel steken, vasten, laxeer- of plasmiddelen slikken, klyasma's en overmatige lichaamsbeweging).
- Beide gedragingen - eetbuien en pogingen tot gewichtsafname - komen twee maal per week of vaker voor, zeker drie maanden lang.
- Het oordeel dat de persoon over zichzelf heeft wordt zeer sterk bepaald door preoccupaties over lichaamsvorm en gewicht.

TABEL 2.5A: ENIGERLEI EETSTOORNIS, OOI IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen	totaal
Totaal	0,2	*	1,3	0,7
Leeftijd				
18-24 jaar	0,0		1,4	0,7
25-34 jaar	0,4	*	2,1	1,2
35-44 jaar	0,2	*	2,0	1,1
45-54 jaar	0,3		0,1	0,2
55-64 jaar	0,0		0,1 ▲	0,1 ▲
Opleiding				
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,1	*	1,2	0,7
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	0,3	*	1,4	0,8
Urbanisatiegraad				
Platteland	0,0	*	1,1	0,5
Stad	0,3	*	1,4	0,9
Woonsituatie				
Met partner	0,2	*	1,0	0,6
Zonder partner	0,3	*	1,9	1,1
Werksituatie				
Betaald werk	0,1	*	1,3	0,6
geen betaald werk	0,5		1,2	1,0
Lichamelijke aandoening				
Nee	0,1	*	1,2	0,6
Ja	0,3	*	1,3	0,9
Psychiatrisch verleden ouders				
Nee	0,1	*	0,8	0,4
Ja	0,5	*	2,1 ▲	1,4 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.5B: ENIGERLEI EETSTOORNIS, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	mannen		vrouwen	totaal
Totaal	0,2	*	0,6	0,4
Leeftijd				
18-24 jaar	0,0		0,8	0,4
25-34 jaar	0,4		0,8	0,6
35-44 jaar	0,2		1,0	0,6
45-54 jaar	0,1		0,0	0,1
55-64 jaar	0,0		0,0	0,0
Opleiding				
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,1	*	0,7	0,4
Mbo, havo, vwo, hbo, universiteit	0,2		0,4	0,3
Urbanisatiegraad				
Platteland	0,0	*	0,6	0,3
Stad	0,3		0,5	0,4
Woonsituatie				
Met partner	0,1	*	0,5	0,3
Zonder partner	0,3		0,7	0,5
Werksituatie				
Betaald werk	0,1		0,5	0,3
geen betaald werk	0,3		0,7	0,6
Lichamelijke aandoening				
Nee	0,1		0,4	0,2
Ja	0,2		0,7	0,5
Psychiatrisch verleden ouders				
Nee	0,1		0,4	0,2
Ja	0,4		0,9	0,7 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.5.1A: ANOREXIA NERVOSA, OOI IN HET LEVEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	0,0	0,2	0,1
Leeftijd			
18-24 jaar	0,0	0,4	0,2
25-34 jaar	0,0	0,2	0,1
35-44 jaar	0,0	0,4	0,2
45-54 jaar	0,2	0,0	0,1
55-64 jaar	0,0	0,0	0,0
Opleiding			
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,0	0,2	0,1
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	0,1	0,2	0,1
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,0	0,1	0,1
Stad	0,1	0,2	0,1
Woonsituatie			
Met partner	0,1	0,1	0,1
Zonder partner	0,0	0,4	0,2
Werksituatie			
Betaald werk	0,0	0,2	0,1
geen betaald werk	0,2	0,1	0,2
Lichamelijke aandoening			
Nee	0,0	0,2	0,1
Ja	0,1	0,2	0,1
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	0,0	0,1	0,0
Ja	0,1	0,4	0,3 ▲

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.5.2A: BOULIMIA NERVOSA, OOI IN HET LEVEN (%)

	mannen		vrouwen		totaal
Totaal	0,2	*	1,1		0,6
Leeftijd					
18-24 jaar	0,0		1,1		0,5
25-34 jaar	0,4	*	1,9		1,2
35-44 jaar	0,2	*	1,8		1,0
45-54 jaar	0,1		0,1		0,1
55-64 jaar	0,0		0,1 ▲		0,1 ▲
Opleiding					
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,1	*	1,1		0,7
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	0,2	*	1,2		0,6
Urbanisatiegraad					
Platteland	0,0	*	1,0		0,5
Stad	0,3	*	1,2		0,7
Woonsituatie					
Met partner	0,1	*	1,0		0,5
Zonder partner	0,3	*	1,5		0,9
Werksituatie					
Betaald werk	0,1	*	1,1		0,5
geen betaald werk	0,3		1,2		0,9
Lichamelijke aandoening					
Nee	0,1	*	1,1		0,5
Ja	0,2	*	1,1		0,7
Psychiatrisch verleden ouders					
Nee	0,1	*	0,8		0,4
Ja	0,4	*	1,9 ▲		1,2 ▲

* significant verschil tussen mannen en vrouwen ($p < 0,01$)

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)

zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

2.6 SCHIZOFRENIE

Symptomen en diagnose

Schizofrenie is een complex ziektebeeld met vaak ernstige psychische en sociale gevolgen. De diagnose schizofrenie wordt gesteld aan de hand van symptomen die in wisselende combinaties voorkomen.

De symptomen van schizofrenie zijn samen te vatten in vijf rubrieken:

- *Wanen.* Iemand met schizofrenie kan zich iets inbeelden dat niet klopt met de werkelijkheid. Voorbeelden:- men gelooft dat iemand anders of een hogere macht zijn gedachten en gedrag controleert. -De persoon heeft het idee achtervolgd te worden of het slachtoffer te zijn van een complot. (paranoïa).- men kan verder vinden dat gebeurtenissen of berichten in de media een betekenis hebben speciaal voor hem, zoals het naderend eind van de wereld (betrekkingswaan) .- Ook kan de persoon geloven dat hij of zij een bijzonder persoon is, zoals afgezaagt van God, of iemand met buitengewone gaven (identiteitswaan, grootheidswaan).
- *Hallucinaties.* Hallucinatie is een waarneming (horen, zien, ruiken enzovoort) die niet door anderen wordt gedeeld. ‘Stemmen horen’ en ‘dingen zien’ komen het meest voor. De stem kan constant commentaar, advies of opdrachten geven. De persoon kan de stem beantwoorden, waardoor het lijkt dat hij of zij in zichzelf praat.
- *Vervlakking van het gevoelsleven* Een persoon met schizofrenie kan de indruk wekken of zelf het idee hebben dat zijn gevoelens en emoties zijn verdwenen of afgestompt.
- *Onsamenhangende spraak.* Iemand met schizofrenie kan moeite hebben zijn gedachten te ordenen. De persoon springt bij het praten van de hak op de tak, verliest vaak de draad en is moeilijk te volgen, ook al door het gebruik van ongewone woorden en uitdrukkingen. Soms valt hij of zij stil en is communicatie praktisch onmogelijk.
- *Chaotisch en katatoon gedrag.* Men heeft gezichtsuitdrukkingen of lichaams-houdingen die raar overkomen of bewegingen die buitensporig lijken of een repeterend karakter hebben.

De diagnose schizofrenie wordt gesteld als de persoon minstens twee van deze verschijnselen vertoont en bovendien belemmerd is in sociaal of beroepsmatig functioneren. Soms is één symptoom uit deze rubrieken al voldoende voor de diagnose, namelijk als de wanen bizar zijn of de persoon (becommentariërende) stemmen hoort (gehoorshallucinaties). Er moeten gedurende een periode van ten minste zes maanden continu verschijnselen zijn van de stoornis.

Van alle Nederlanders heeft 0,3% ooit in het leven schizofrenie gehad, in de afgelopen twaalf maanden kwam dit bij 0,2% voor.

TABEL 2.6A: SCHIZOFRENIE, OOI IN HET LEVEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	0,4	0,3	0,3
Leeftijd			
18-24 jaar	0,0	0,3	0,1
25-34 jaar	0,4	0,4	0,4
35-44 jaar	0,4	0,7	0,5
45-54 jaar	0,8	0,2	0,5
55-64 jaar	0,0	0,1	0,1
Opleiding			
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,6	0,4	0,4
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	0,2	0,3	0,3
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,2	0,3	0,2
Stad	0,5	0,4	0,4
Woonsituatie			
Met partner	0,3	0,3	0,3
Zonder partner	0,4	0,4	0,4
Werksituatie			
Betaald werk	0,3	0,2	0,3
geen betaald werk	0,7	0,5	0,6
Lichamelijke aandoening			
Nee	0,3	0,6	0,4
Ja	0,4	0,2	0,3
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	0,2	0,3	0,2
Ja	0,9 ▲	0,4	0,6 ▲

▲ significant verschil tussen de categorieën van de bevolkingsgroep ($p < 0,01$)
zie voor uitleg tabel 2.1a en 2.1b

TABEL 2.6B: SCHIZOFRENIE, IN DE AFGELOPEN 12 MAANDEN (%)

	<i>mannen</i>	<i>vrouwen</i>	<i>totaal</i>
Totaal	0,2	0,2	0,2
Leeftijd			
18-24 jaar	0,0	0,3	0,1
25-34 jaar	0,4	0,3	0,3
35-44 jaar	0,2	0,3	0,3
45-54 jaar	0,3	0,1	0,2
55-64 jaar	0,0	0,0	0,0
Opleiding			
Lager onderwijs, lbo, mavo	0,3	0,2	0,2
Mbo, havo, vwo, Hbo, universiteit	0,2	0,2	0,2
Urbanisatiegraad			
Platteland	0,1	0,2	0,1
Stad	0,3	0,2	0,2
Woonsituatie			
Met partner	0,1	0,2	0,2
Zonder partner	0,4	0,2	0,3
Werksituatie			
Betaald werk	0,2	0,2	0,2
geen betaald werk	0,4	0,2	0,3
Lichamelijke aandoening			
Nee	0,2	0,3	0,2
Ja	0,3	0,1	0,2
Psychiatrisch verleden ouders			
Nee	0,1	0,2	0,1
Ja	0,5	0,2	0,3

3. SAMENVATTING

Dit boek is vooral bedoeld als naslagwerk. In hoofdstuk twee werd zo gedetailleerd mogelijk in tabellen het vóórkomen van psychische stoornissen in de volwassen bevolking van 18 tot 65 jaar in Nederland weergegeven.

Bij bestudering van de tabellen zal het niet onopgemerkt zijn gebleven dat psychische stoornissen bij bepaalde bevolkingsgroepen vaker voorkomen en dat dit vaak bij dezelfde bevolkingsgroepen het geval is. Mede daarom is er voor gekozen om niet elke tabel te beschrijven omdat dit zou hebben geresulteerd in een herhaling van constateringen.

Figuur 1 vat de resultaten uit de voorgaande tabellen samen en laat zien bij welke bevolkingsgroepen psychische stoornissen in de afgelopen twaalf maanden vaker voorkomen. Om een voorbeeld te geven: psychische stoornissen komen vaker voor in verstedelijkte gebieden. Dit betekent niet dat psychische stoornissen worden veroorzaakt door het leven in een stad. Het kan immers ook zijn dat de anonimiteit van de stad mensen met psychische problemen aantrekt.

Enigerlei psychische stoornis

Deze komen meer voor bij mensen:

- met een lagere leeftijd
- met een lager opleidingsniveau
- die wonen in stedelijke gebieden
- die alleen of bij hun ouders wonen
- student of werkloos zijn
- één of meer lichamelijke aandoening hebben
- ouders hebben met een verleden van psychische stoornissen

Enigerlei stemmingsstoornissen

Dit zijn: depressieve stoornis, dysthymie en bipolaire stoornis

Deze stoornissen komen meer voor bij mensen:

- van het vrouwelijk geslacht
- met een lager opleidingsniveau
- die wonen in stedelijke gebieden
- die alleen wonen of alleenstaande ouder zijn
- huisvrouw of – man zijn, werkloos of arbeidsongeschikt of student zijn
- één of meer lichamelijke aandoening hebben
- ouders hebben met een verleden van psychische stoornissen

Stemmingsstoornissen komen minder voor bij mensen :

- die met partner en zónder kinderen wonen

Enigerlei angststoornissen

Hieronder vallen de paniekstoornis, sociale fobie, enkelvoudige fobie, agorafobie, obsessief-compulsieve stoornis en gegeneraliseerde angststoornis.

Angststoornissen komen meer voor bij mensen:

- van het vrouwelijk geslacht
- met een lager opleidingsniveau
- die wonen in stedelijke gebieden
- die alleenstaande ouder zijn
- huisvrouw of – man zijn, werkloos of arbeidsongeschikt zijn
- één of meer lichamelijke aandoening hebben
- ouders hebben met een verleden van psychische stoornissen

Stoornissen in het middelengebruik

Dit zijn: alcoholmisbruik of – afhankelijkheid en drugsmisbruik of – afhankelijkheid

Deze stoornissen komen meer voor bij mensen:

- met een lagere leeftijd
- die wonen in stedelijke gebieden
- die alleen of bij hun ouders wonen
- werkloos of arbeidsongeschikt zijn of student zijn
- ouders hebben met een verleden van psychische stoornissen

Middelenstoornissen komen minder voor bij mensen :

- van het vrouwelijk geslacht
- met een lagere opleidingsniveau
- die huisvrouw of –man zijn

FIGUUR 1: OVERZICHT VAN DE SAMENHANG VAN VERSCHILLENDE BEVOLKINGSGROEPEN MET HET VÓÓRKOMEN VAN PSYCHISCHE STOORNISSEN IN DE AFGELOPEN TWAALF MAANDEN

	<i>Enigerlei psychische stoornis</i>	<i>Enigerlei stemmingsstoornis</i>	<i>Enigerlei angststoornis</i>	<i>Enigerlei middenstoornis</i>
Vrouw (t.o.v. man)		↑	↑	↓
Jongere leeftijd	↑			↑
Lagere opleiding	↑	↑	↑	↓
Stedelijk gebied	↑	↑	↑	↑
<i>Woonsituatie (t.o.v. mensen met partner en kinderen)</i>				
Met partner zonder kinderen		↓		
Alleenstaande ouder		↑	↑	
Alleenstaand	↑	↑		↑
Bij ouders	↑			↑
Bij anderen				
<i>Werksituatie (t.o.v. mensen met betaald werk)</i>				
Huisvrouw/man		↑	↑	↓
Student	↑			↑
Werkloos/arbeidsongeschikt	↑	↑	↑	↑
Pensioen/anders				
<i>Lichamelijke aandoening (t.o.v. geen lichamelijke aandoening)</i>				
Ouders met psychiatrisch verleden (t.o.v. geen ouders met psych. verleden)	↑	↑	↑	↑

↑ = grotere kans ↓ = kleinere kans $p < 0,01$

Voor leeftijd, opleiding en mate van verstedelijking zijn de uitslagen van trend analyses aangehouden: een jongere leeftijd, een lagere opleiding en een grotere mate van verstedelijking hangen samen met een grotere of kleinere kans op een psychische stoornis.

BIJLAGE 1 NEMESIS PUBLICATIES IN ARTIKELEN EN BOEKEN

NEDERLANDSTALIGE PUBLICATIES

1997

Bijl RV. *Schizofrenie*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 293-299.

Bijl RV, Rijk C de. *Depressie*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 300-308.

Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. *Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997; 141: 2453-2460.

Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. *Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. I. Doelstellingen, opzet en methoden*. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 1997; 141: 2448-2452.

Zessen G van, RV Bijl, Ravelli A, Rijk K de. *Voorkomen van psychische stoornissen: het NEMESIS project*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 860-869.

Zessen G van. *Seksueel gedrag*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 700-706.

Zwart W de, Bijl RV. *Afhankelijkheid van alcohol, drugs en andere middelen*. In: Maas IAM, Gijsen R, Lobbezoo IE, Poos MJJC (eds). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. I. De Gezondheidstoestand: een actualisering*. Bilthoven/Maarssen, RIVM, Elsevier/De Tijdstroom, 1997, p. 323-335.

1998

Bijl RV, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit, zorggebruik en zorgbehoefte. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).

Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 1998; 76: 446-457.

Ravelli A, Bijl RV, Zessen G van. Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 1998; 40: 531-544.

1999

Camp K van de, Bijl RV. *Psychische problemen, zorggebruik en behoefte aan zorg in Noord-Holland: 1999 en 2010*. Utrecht, Trimbos-instituut, 1999.

2000

Dorsselaer S van, Bijl RV. *Zorggebruik en zorgbehoefte in regio Oostelijk Utrecht, 2000 – 2010*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2000.

Perenboom R, Oudshoorn K, Herten L van, Hoeymans N, Bijl RV. *Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid: Bepaling afkappunten en wegingsfactoren voor de MHI-5 en GHQ-12*. Leiden, TNO Preventie en gezondheid, 2000 (TNO-rapport PG/VGZ/99.067).

2001

Have M ten, Bijl RV, Camp K van de. *Behoeft en bereik. Kwantitatieve verkenning van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in Oostelijk Zuid-Limburg, 1996-2010*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2001.

Have M ten, Vollebergh WAM. *Psychiatrische problematiek in drie grote steden van Nederland*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2001.

Spijker J, Bijl RV, Dekker J, Peen J. Psychiatrische morbiditeit in de grote steden. Een vergelijking van Amsterdam in het bijzonder met de drie overige grote steden (Den Haag, Rotterdam en Utrecht) tezamen en de rest van Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2001; 79: 155-161.

2002

Have M ten, Dorsselaer S van, Giesbers H, Veen A van der, WAM Vollebergh. *AGGZ op de kaart. Vraag en aanbod van ambulante geestelijke gezondheidszorg in regionaal perspectief*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2002.

Have M ten, Schoemaker C, Vollebergh WAM. Gendersverschillen in psychische stoornissen, consequenties en zorggebruik. Resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2002; 44: 367-375.

Laitinen-Krispijn S, Bijl R. *Werk, psyche en ziekteverzuim. Aard en omvang van psychische stoornissen, ziekteverzuim en zorggebruik in de beroepsbevolking*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2002.

Peen J, Bijl RV, Spijker J, Dekker J. Neemt de prevalentie van psychiatrische stoornissen toe met de stedelijkheidsgraad? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2002; 44: 225-235.

Sandfort TGM, Graaf R de, Bijl RV, Schnabel P. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. III. Psychiatrische stoornissen vaker bij homo- dan bij heteroseksuele personen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002; 146: 1687-1691.

Sandfort ThGM, Graaf R de, Bijl RV, Schnabel P. Reactie op J. Schippers' 'Homoseksualiteit en psychiatrische stoornissen: samenhang niet aangetoond'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002; 146: 1755-1756.

2003

Laitinen-Krispijn S, Schoemaker C. Psychische stoornissen en ziekteverzuim onder werkenden. In: Verbraak MJPM (red.). *Preventie van verzuim als gevolg van werkstress, burnout en overige psychische klachten. Achtergronden, instrumenten & interventies*, p. 45-68. Nijmegen, Cure & Care Publishers, 2003.

Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. IV. Duur van depressieve episoden. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2003; 147: 2025-2028.

Verdurmen J, Monshouwer K, Dorsselaer S van, Graaf R de. *Bovenmatig drinken in Nederland; Uitkomsten van de 'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study' (NEMESIS)*. Achtergrondstudie Nationale Drugmonitor (NDM). Utrecht, Bureau NDM, 2003.

Vollebergh WAM, Graaf R de, Have M ten, Schoemaker CG, Dorsselaer S van, Spijker J, Beekman ATF. *Psychische stoornissen in Nederland; overzicht van de resultaten van NEMESIS*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2003.

2004

Spijker J, Bijl RV, Graaf R de, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Depressie: langer durende episode niet zonder meer een verwijzindicatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2004; 148: 247-248.

Spijker J, Bijl RV, Nolen WA. Duur van depressieve episoden en voorspellers van beloop: resultaten van NEMESIS. *Huisarts en Wetenschap* 2004; 2: 70-73.

2005

Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van, Schoemaker C, Beekman ATF, Vollebergh WAM. Verschillen tussen etnische groepen in psychiatrische morbiditeit. Resultaten van NEMESIS. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2005; 60: 703-716.

Batelaan NM, Graaf R de, Balkom AJLM van, Vollebergh WAM, Beekman ATF. De epidemiologie van paniek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. In druk.

Depla M, Pot AM, Graaf R de, Dorsselaer S van, Sonnenberg C, Deeg D. *Ontwikkeling in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg door ouderen tot 2020*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2005.

INTERNATIONALE PUBLICATIES

1998

Bijl R.V, Zessen G van, Ravelli A. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 587-595.

Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): Objectives and design. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1998; 33: 581-586.

Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaxiola S, Bijl R, Borghes G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Vega WA, Wittchen H-U, Kessler RC. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors* 1998; 23: 893-907.

1999

Cuijpers P, Langendoen Y, Bijl RV. Psychiatric disorders in adult children of problem drinkers: prevalence, first onset, and comparison with other risk factors. *Addiction* 1999; 94: 1489-1498.

Os J van, Verdoux H, Bijl RV, Ravelli A. *Psychosis as an extreme of continuous variation in dimensions of psychopathology*. In: Gattaz WF, Häfner H (eds) Search for the causes of Schizophrenia Conference, Springer, Darmstadt, 1999, p. 59-79.

2000

Aguilar-Gaxiola S., Alegria M, Andrade L, Bijl R, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Kessler RC, Üstün TB, Vega WA, Wittchen H-U. *The International Consortium in Psychiatric Epidemiology*. In: Dragomirecká E, Palcová A, Papezová H (eds.). *Social Psychiatry in Changing Times* Prague, Psychiatrické centrum, 2000, p. 86-103.

Alegria M, Bijl R, Lin E, Walters E, Kessler R. Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: a comparison of the US with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 383-391.

Alegria M, Kessler RC, Bijl RV, Lin E, Heeringa S, Takeuchi DT, Kolody B. Comparing data on mental health service use between countries. In: Andrews G & Henderson S (eds.). *Unmet need in psychiatry*. Cambridge, Cambridge University Press, 2000, p. 97-118.

Bijl RV, Ravelli A. Current and residual functional disability associated with psychopathology. *Psychological Medicine* 2000; 30: 657-668.

Bijl RV, Ravelli A. Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental health Survey and Incidence study. *American Journal of Public Health* 2000; 90: 602-607.

Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Ravelli A, Vollebergh WAM. Psychiatric and sociodemographic predictors of attrition in a longitudinal study. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *American Journal of Epidemiology* 2000; 152: 1039-1047.

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S., Alegria M, Andrade L, Bijl R, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Üstün TB, Vega WA, Wittchen H-U. The International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Psychiatrie* 2000; 1: 15-20.

Laitinen-Krispijn S, Bijl RV. Mental disorders and employee sickness absence: the NEMESIS study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2000; 35: 71-77.

Os J van, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli A. Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research* 2000; 45: 11-20.

Ravelli A, Brink W van den, Bijl RV. Consequences of the use of different classification systems: a comparison of the DSM-III-R and ICD-10 for depression. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2000; 4: 192-203.

Sprangers MAG, Regt EB de, Andries F, Agt HME van, Bijl RV, Boer JB de, Foets M, Hoeymans N, Jacobs AE, Kempen GIJM, Miedema HS, Tijhuis MAR, Haes HCJM de. Which chronic condition are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53: 895-907.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology (Andrade L, Caraveo-Anduaga J, Bijl RV, Kessler RC, Demler O, Walters E, Kylyc C, Offord D, Üstün TB, Wittchen H-U). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *The International Journal of Public Health* 2000; 78: 413-426.

2001

Have M ten, Vollebergh WAM, Bijl RV, Graaf R de. Predictors of incident care service utilisation for mental health problems in the Dutch general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36: 141-149.

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Merikangas KR, Molnar BE, Vega WA, Walters EE, Wittchen H-U, Üstun TB. Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatria Fennica* 2001; 32 (suppl 2): 62-79.

Neeleman J, Ormel J, Bijl RV. The distribution of psychiatric and somatic illhealth: associations with personality and socio-economic status. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63: 239-247.

Os J van, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh WAM. Prevalence of Psychotic Disorder and Community Level of Psychotic Symptoms. An Urban-Rural Comparison. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 663-668.

Sandfort TGM, Graaf R de, Bijl RV, Schnabel P. Same-sex sexual behavior and psychiatric disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 85-91.

Spijker J, Bijl RV, Graaf R de, Nolen WA. Determinants of poor 1-year course of DSM-III-R major depression in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 103: 122-130.

Spijker J, Bijl RV, Graaf R de, Nolen WA. Care utilisation and outcome of DSM-III-R major depression in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2001; 104: 19-24.

Vollebergh WAM, Iedema J, Bijl RV, Graaf R de, Smit F, Ormel J. The structure and stability of common mental disorders: the NEMESIS-study. *Archives of General Psychiatry* 2001; 58: 597-603.

2002

Bijl RV, Cuijpers P, Smit F. Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 7-12.

Bijl RV, Graaf R de, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM. Gender and age-specific first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 372-379.

Graaf R de, Bijl RV, Ravelli A, Smit F, Vollebergh WAM. Predictors of first incidence of DSM-III-R psychiatric disorders in the general population: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2002; 106: 303-313.

Graaf R de, Bijl RV, Smit F, Vollbergh WAM, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159: 620-629.

Have M ten, Vollebergh WAM, Bijl RV, Ormel J. Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine* 2002; 32: 311-323.

Have M ten, Vollebergh WAM, Bijl RV, Nolen WA. Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 2002; 68: 203-213.

Kessler RC, Andrade LH, Bijl RV, Offord DR, Demler OV, Stein DJ. The effects of co-morbidity on the onset and persistence of generalized anxiety disorder in the ICPE surveys. *Psychological Medicine* 2002; 32: 1213-1225.

Krabbendam L, Janssen I, Bak M, Bijl RV, Graaf R de, Os J van. Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 1-6.

Nolen WA, Have M ten, Vollebergh WAM. *Rate of detection and care utilisation by people with bipolar disorder. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*. In: Maj M, Akiskal HS, López-Ibor JJ, Sartorius N (eds.) *Bipolar disorder*. John Wiley & Sons, Chichester, 2002, p. 84-87.

Os J van, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, Graaf R de, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology* 2002; 156: 319-327.

Os J van, Hanssen M, Graaf R de, WAM Vollebergh. Does the urban environment independently increase the risk for both negative and positive features of psychosis? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002; 37: 460-464.

Schoemaker C, Smit F, Bijl RV, Vollebergh WAM. Bulimia nervosa following psychological and multiple child abuse: Support for the self-medication hypothesis in a population-based cohort study. *International Journal of Eating Disorders* 2002; 32: 381-388.

Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *British Journal of Psychiatry* 2002; 181: 208-213.

Vega WA, Aguilar-Gaxiola S, Bijl RV, Borges G, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Heeringa S, Kessler RC, Kolody B, Merikangas KR, Molnar BE, Walters EE, Warner LA, Wittchen H-U. Prevalence and age of onset for lifetime drug use in six nations: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology. *Drug and Alcohol Dependence* 2002; 68: 285-297.

2003

Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, Graaf R de, Vollebergh W, Dragomirecka E, Kohn R, Keller M, Kessler RC, Kawakami N, Kilic C, Offord D, Ustun TB, Wittchen H-U. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2003; 12: 3-21.

Bak M, Myin-Germeys I, Hanssen M, Bijl R, Vollebergh W, Delespaul P, Os J van. When does experience of psychosis result in a need for care? A prospective general population study. *Schizophrenia Bulletin* 2003; 29: 349-358.

Bak M, Delespaul P, Hanssen M, Graaf R de, Vollebergh W, Os J van. How false are "false" positive psychotic symptoms? *Schizophrenia Research* 2003; 62: 187-189.

Bijl RV, Graaf R de, Hiripi E, Kessler RC, Kohn R, Offord DR, Ustun TB, Vicente B, Vollebergh WAM, Walters EE, Wittchen H-U. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health Affairs* 2003; 22: 122-133.

Graaf R de, Bijl RV, Spijker J, Beekman ATF, Vollebergh WAM. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38: 1-11.

Hanssen MSS, Bijl RV, Vollebergh W, Os J van. Self-reported psychotic experiences in the general population: a valid screening tool for DSM-III-R psychotic disorders? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107: 369-377.

Have M ten, Oldehinkel A, Vollebergh W, Ormel J. Does educational background explain inequalities in care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003; 107: 178-187.

Janssen I, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Graaf R de, Vollebergh W, McKenzie K, Os J van. Discrimination and delusional ideation. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 71-76.

Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Andrade L, Bijl R, Borges LG, Caraveo-Anduaga JJ, DeWit DJ, Kolody B, Merikangas KR, Molnar BE, Vega WA, Walters EE, Wittchen H-U). *Cross-national comparisons of co-morbidities between substance use disorders and mental disorders: results from the International Consortium in Psychiatric Epidemiology*. In: Bukoski WJ, Sloboda Z (eds). *Handbook for Drug Abuse Prevention Theory, Science, and Practice*. Plenum Publishing Corporation, New York, 2003, pp. 447-471.

Kruijshaar ME, Hoeymans N, Bijl RV, Spijker J, Essink-Bot ML. Levels of disability in major depression. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 2003; 77: 53-64.

Maric N, Krabbendam L, Vollebergh W, Graaf R de, Os J van. Sex differences in symptoms of psychosis in a non-selected, general population sample. *Schizophrenia Research* 2003; 63: 89-95.

Os J van, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Vollebergh WAM. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 477-482.

Overbeek G, Vollebergh W, RCME Engels, Meeus W. Young adults' relationship transitions and the incidence of mental disorders. A three-wave longitudinal study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2003; 38: 669-676.

Sandfort TGM, Graaf R de, Bijl RV. Same-sex sexuality and quality of life: findings from the Netherlands mental health Survey and Incidence Study. *Archives of Sexual Behavior* 2003; 32: 15-22.

2004

Buist-Bouwman MA, Ormel J, Graaf R de, Vollebergh WAM. Functioning after a major depressive episode: complete or incomplete recovery? *Journal of Affective Disorders* 2004; 82: 363-371.

Cuijpers P, Graaf R de, Dorsselaer S van. Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders* 2004; 79: 71-79.

Graaf R de, Bijl RV, Have M ten, Beekman ATF, Vollebergh WAM. Rapid onset of comorbidity of common mental disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109: 55-63.

Graaf R de, Have M ten, Dorsselaer S van, Schoemaker C, Vollebergh WAM. Negative and positive participant responses to the Composite International Diagnostic Interview. Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39: 521-527.

Graaf R de, Bijl RV, Have M ten, Beekman ATF, Vollebergh WAM. Pathways to comorbidity: the transition of pure mood, anxiety and substance use disorders into comorbid conditions in a longitudinal population-based study. *Journal of Affective Disorders* 2004; 82: 461-467.

Hakkaart-van Roijen L, Hoeijenbos MB, Regeer EJ, Have M ten, Nolen WA, Veraart CPWM, Rutten FFH. The societal costs and quality of life of patients suffering from bipolar disorder in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110: 383-392.

Have M ten, Graaf R de, Vollebergh W, Beekman A. What depressive symptoms are associated with the use of care services? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 2004; 80: 239-248.

Janssen I, Krabbendam L, Bak M, Hanssen M, Vollebergh W, Graaf R de, Os J van. Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109: 38-45.

Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, Bijl RV, Graaf R de, Vollebergh W, Bak M, Os J van. Hallucinatory experiences and onset of psychotic disorder: evidence that the risk is mediated by delusion formation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110: 264-272.

Krabbendam L, Myin-Germeys I, Graaf R de, Vollebergh W, Nolen WA, Iedema J, Os J van. Dimensions of depression, mania, and psychosis in the general population. *Psychological Medicine* 2004; 34: 1177-1186.

Maric N, Myin-Germeys I, Delespaul P, Graaf R de, Vollebergh W, Os J van. Is our concept of schizophrenia influenced by Berkson's bias? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39: 600-605.

Neeleman J, Bijl R, Ormel J. Neuroticism, a central link between somatic and psychiatric morbidity: path analysis of prospective data. *Psychological Medicine* 2004; 34: 521-531.

Neeleman J, Graaf R de, Vollebergh W. The suicidal process; prospective comparison between early and later stages. *Journal of Affective Disorders* 2004; 82: 43-52

Ormel J, Oldehinkel AJ, Nolen WA, Vollebergh W. Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode. A 3-wave population-based study of state, scar and trait effects. *Archives of General Psychiatry* 2004; 61: 387-392.

Ormel J, Oldehinkel AJ, Vollebergh W. Vulnerability before, during, and after a major depressive episode. A 3-wave population-based study. *American Journal of Psychiatry* 2004; 61: 990-996.

Overbeek G, Vollebergh W, Meeus W, Graaf R de, RCME Engels. Young adults' recollections of parental bonds. Does satisfaction with partner relationships mediate the longitudinal association with mental disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39: 703-710.

Regeer EJ, Have M ten, Rosso ML, Hakkaart-van Roijen L, Vollebergh W, Nolen WA. Prevalence of bipolar disorder in the general population: a reappraisal study of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110: 374-382.

Smit F, Beekman A, Cuijpers P, Graaf R de, Vollebergh W. Selecting key-variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders* 2004; 81: 241-249.

Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Functional disability and depression in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 110: 208-214.

Spijker J, Graaf R de, Bijl RV, Beekman ATF, Ormel J, Nolen WA. Determinants of persistence of major depressive episodes in the general population. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Journal of Affective Disorders* 2004; 81: 231-240.

2005

Bak M, Myin-Germeys I, Delespaul P, Vollebergh W, Graaf R de, Os J van. Do different psychotic experiences differentially predict need for care in the general population? *Comprehensive Psychiatry* 2005; 46: 192-199.

Bruijn C de, Brink W van den, Graaf R de, Vollebergh WAM. The craving withdrawal model for alcoholism; towards the DSM-V. Improving the discriminant validity of alcohol use disorder diagnosis. *Alcohol and Alcoholism* 2005; 40: 314-322.

Bruijn C de, Brink W van den, Graaf R de, Vollebergh WAM. Alcohol abuse and dependence criteria as predictors of a chronic course of alcohol use disorders in the general population. *Alcohol & Alcoholism* 2005; 40: 441-446.

Buist-Bouwman MA, Graaf R de, Vollebergh WAM, Ormel J. Comorbidity of physical and mental disorders and the effect on work-loss days. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005; 111: 436-443.

Graaf R de, Dorsselaer S van, Have M ten, Schoemaker C, Vollebergh WAM. Seasonal variations in mental disorders in the general population of a country with a maritime climate country. Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American Journal of Epidemiology* 2005; 162: 654-661.

Hanssen M, Krabbendam L, Graaf R de, Vollebergh W, Os J van. Role of distress in delusion formation. *British Journal of Psychiatry* 2005; 187 (suppl 48) s55-s58.

Hanssen M, Bak M, Bijl R, Vollebergh W, Os J van. The incidence and outcome of subclinical psychotic experiences in the general population. *British Journal of Clinical Psychology* 2005; 44: 181-191.

Have M ten, Oldehinkel A, Vollebergh W, Ormel J. Does neuroticism explain variations in care service use for mental health problems in the general population? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; 40: 425-431.

Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, Graaf R de, Vollebergh W, Bak M, Os J van. Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *British Journal of Clinical Psychology* 2005; 44: 113-125.

Kruijshaar ME, Barendregt J, Vos T, Graaf R de, Spijker J, Andrews G. Lifetime prevalence estimates of major depression: An indirect estimation method and a quantification of recall bias. *European Journal of Epidemiology* 2005; 20: 103-111.

Kruijshaar ME, Hoeymans N, Spijker J, Stouthard MEA, Essink-Bot ML. Has the burden of depression been overestimated? *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 84: 443-448.

Laar M van, Dorsselaer S, Monshouwer K, Graaf R de. *Associations between cannabis use and mental disorders in the general population. Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders?* Utrecht, Trimbos-instituut, 2005.

Leue C, Neeleman J, Graaf R de, Vollebergh W, Stockbrügger RW, Os J van. Bidirectional associations between depression / anxiety and bowel disease in a population based cohort (letter). *Journal Epidemiology Community Health* 2005; 59: 434-435.

Thewissen V, Myin-Germeys I, Bentall R, Graaf R de, Vollebergh W, Os J van. Hearing impairment and psychosis revisited. *Schizophrenia Research* 2005; 76: 99-103.

In druk

Bruijn C de, Brink W van den, Graaf R de, Vollebergh WAM. The three year course of alcohol use disorders in the general population. DSM-IV, ICD-10 and the Craving Withdrawal Model. *Addiction*. In press.

Overbeek G, Scholte R, Janssens J, Kemp R de, Graaf R de, Vollebergh WAM, Engels RCME. Divorce and the prevalence of DSM-III-R disorders: the role of age, gender, parental status, and marital quality. *Journal of Family Psychology*. In press.

Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Graaf R de, Asmundson GJG, Have M ten, Stein MB. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults. *Archives of General Psychiatry*. In press.

Werf S van der, Kaptein KI, Jonge P de, Spijker J, Graaf R de, Korf J. Major depressive episodes and random mood. *Archives of General Psychiatry*. In press.

BIJLAGE 2 KERNPUBLICATIES VAN DE NATIONALE MONITOR GEESTELIJKE GEZONDHEID (NMG)

Brancherapport GGZ-MZ

Land H van 't, Ruiter C de, Berg M van den, Schoemaker C. Brancherapport GGZ-MZ 2000-2004. Trimbos-instituut: www.brancherapporten.minvws.nl

Berg M van den, Ruiter C de, Schoemaker C. Brancherapporten GGZ-MZ 2000-2003. Utrecht: Trimbos-instituut.

Rigter H, Have M ten, Cuijpers P, Depla M, Gageldonk A van, Laan G van der, Peterse A, Ruiter C de, Smits C, Vollebergh W, Wolf J. Brancherapporten GGZ-MZ 1998-2000. Utrecht: Trimbos-instituut.

Jaarboek Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid

Schoemaker C, Ruiter C de (2004). Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid Jaarboek 2004. Utrecht: Trimbos-instituut.

Schoemaker C, Ruiter C de (2003). Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid Jaarboek 2003. Utrecht: Trimbos-instituut.

Schoemaker C, Ruiter C de (2002). Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid Jaarboek 2002. Utrecht: Trimbos-instituut.

Achtergrondstudies

Ginneken P van, Schoemaker C. (2005). GGZ in Tabellen 2005. Utrecht: Trimbos-instituut.

Schoemaker C, Ruiter C de (red.) (2005). Trimbos Zakboek Psychische Stoornissen. Utrecht: de Tijdstroom.

Pijl YJ, Driessen GAM, Wierdsma AI, Sytema S (eindredactie: Land H van 't, Ruiter C de, Schoemaker C) (2005). Evaluatie van het Extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Achtergrondstudie Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid. Utrecht: Trimbos-instituut.

Heeft u vragen over het vóórkomen van psychische stoornissen bij specifieke bevolkingsgroepen, zoals hoger opgeleide vrouwen, jonge mannen, werkenden en alleenstaanden? Dan vindt u in dit boekje de antwoorden.

Het bevat epidemiologische informatie afkomstig van de NEMESIS-studie, maar ook kennis over psychische stoornissen uit de jaarboeken van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid van het Trimbos-instituut. Dit maakt het boekje uniek, en dus onmisbaar voor iedereen die zich snel en adequaat in het vóórkomen van een psychische stoornis bij specifieke doelgroepen wil verdiepen. Deze uitgave is praktisch en toepasbaar. Geschikt voor iedere professional.

Voor meer informatie over het ontstaan, beloop en behandeling van psychische stoornissen kunt u terecht op www.trimbos.nl. En in de jaarboeken van de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid.

De studie NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) is het eerste landelijke onderzoek naar de geestelijke gezondheid van de algemene bevolking in Nederland. Het werd door het Trimbos-instituut uitgevoerd in de jaren 1996-1999. Het leverde in de loop van de tijd zeer veel gegevens op, waar tot op de dag van vandaag beleidsmakers, professionals en universitaire onderzoekers gebruik van maken.