

E.T. Hallers-Haalboom, L.E. Kunst,
W. Langeland & M.H.J. Bekker

.....

SEKSE EN GENDER¹ BIJ DEPRESSIEVE STOORNISSEN

.....



1. Met sekse wordt bedoeld op het biologische onderscheid tussen mannen en vrouwen. Onder gender worden de socio-culturele betekenissen verstaan die aan mannen en vrouwen worden toegeschreven.

INTRODUCTIE

Deze factsheet geeft informatie over de rol van sekse en gender bij depressieve stoornissen, en is bedoeld voor docenten en professionals. Sekse en gender spelen een belangrijke rol in de prevalentie, manifestatie, etiologie, diagnostiek en behandeling van depressieve stoornissen. Deze factsheet bundelt de actuele wetenschappelijke kennis op dit gebied en biedt een overzicht van de belangrijkste sekseverschillen bij depressieve stoornissen.

Ten opzichte van de indeling van de stemmingsstoornissen in de DSM-IV, hebben in de DSM-5 een aantal belangrijke wijzigingen plaatsgevonden. In de DSM-5 is de categorie stemmingsstoornissen opgeheven en zijn de depressieve stoornissen en bipolaire stoornissen afzonderlijk ondergebracht. Daarnaast zijn binnen de categorie depressieve stoornissen een aantal nieuwe aandoeningen toegevoegd, namelijk de disruptieve stemmingsdisregulatiestoornis en de premenstruele stemmingsstoornis. Ten slotte zijn de chronisch depressieve stoornis en dysthyme stoornis in de DSM-5 samengevoegd tot de persisterende depressieve stoornis.

Deze factsheet is gebaseerd op literatuuronderzoek (zie Tekstbox 1 voor een verantwoording van de gebruikte methode) en richt zich op depressieve stoornissen. Artikelen waarbij gebruik werd gemaakt van een samengestelde maat op basis van de indeling in de DSM-IV en DSM-III – depressieve stoornissen inclusief bipolaire stoornissen – zijn niet meegenomen in het overzicht.

Tekstbox 1. Methode

De informatie in deze factsheet is gebaseerd op gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek. Relevante artikelen – gepubliceerd in de tijdsperiode 2000 tot 1 juni 2017 – werden gezocht door het verrichten van systematische zoekacties in PsychINFO, PubMed en Web of Science. Daarnaast werden referentielijsten geraadpleegd voor aanvullende relevante artikelen.

De geselecteerde artikelen zijn door de auteurs beoordeeld op kwaliteit van het onderzoek en gegradeerd naar mate van bewijskracht (zie Appendix 1 voor de indeling van studies naar niveau).

Niveau 1: Hierover is voldoende bewijs vanuit diverse studies

Niveau 2: Hierover is de wetenschappelijke onderbouwing beperkt

Niveau 3: Deze uitspraak is vooral gebaseerd op casuïstiek en/of klinische ervaring

PREVALENTIE

ALGEMENE BEVOLKING

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat er sekseverschillen in prevalentie-schattingen van depressieve stoornissen zijn.

Kind en Jeugd

- Depressieve stoornissen komen voor de pubertijd (≤ 12 jaar) iets vaker voor bij jongens dan bij meisjes^{1,2}.
- Vanaf de pubertijd (≥ 12 jaar) neemt de prevalentie van depressieve stoornissen vooral bij meisjes toe. Bij Nederlandse adolescenten is de prevalentie van depressieve stoornis niet recent gemeten, maar internationale studies tonen aan dat depressieve stoornissen ongeveer tweemaal zo vaak voorkomen bij meisjes dan bij jongens^{1,3-6}.

Volwassenen

- Depressieve klachten en stoornissen komen vaker voor bij vrouwen dan bij mannen⁶⁻⁸.
- De prevalentie van depressieve stoornissen – gebaseerd op de DSM-III en DSM-IV - in de algemene Nederlandse bevolking (18 t/m 64 jaar) wordt geschat op:
 - Depressieve stoornis: 13.1% bij mannen en 24.4% bij vrouwen (lifetime) en 4.1% bij mannen en 6.3% bij vrouwen (12-maanden)⁹.
 - Dysthyme stoornis: 0.6% bij mannen en 2.0% bij vrouwen (lifetime) en 0.4% bij mannen en 1.3% bij vrouwen (12-maanden)⁹.
- De sekseverschillen in de prevalentie van depressieve klachten en stoornissen variëren enigszins per land, maar wijzen allemaal op een hogere prevalentie bij vrouwen^{6,10,11}.

Ouderen

- Depressieve stoornissen komen ongeveer anderhalf tot tweemaal zo vaak voor bij oudere vrouwen dan oudere mannen (≥ 75 jaar)¹²⁻¹⁴.

MANIFESTATIE EN BELEVING

MANIFESTATIE

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat vrouwen met een depressieve stoornis vaker de volgende symptomen rapporteren dan mannen:
 - Depressieve stemming, verminderd plezier en interesse¹⁵.
 - Somatische symptomen (zoals veranderde eetlust, gewichtsverandering, slaapstoornissen, vermoeidheid, gebrek aan energie, verminderd libido)^{6, 15}.
- Het is aangetoond dat mannen met een depressieve stoornis vaker de volgende symptomen rapporteren dan vrouwen:
 - Alcohol- en drugsgebruik¹⁵.
 - Toegenomen risicovol gedrag, gebrek aan impulscontrole¹⁵.
 - Hoewel prikkelbaarheid en agressie vaker geassocieerd worden aan depressieve stoornissen bij mannen, is er geen overtuigend bewijs dat deze symptomen inderdaad vaker bij mannen dan bij vrouwen met een depressieve stoornis voorkomen¹⁵.

SUÏCIDALITEIT

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat mannen met een depressieve stoornis vaker suïcidaal zijn dan vrouwen met een depressieve stoornis^{16, 17}.

BELOOP

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat het sterftecijfer hoger is onder mannen dan vrouwen met een depressieve stoornis¹⁸ (Cuijpers et al., 2014).

Niveau 2:

- Wanneer de eerste depressieve episode al op jonge leeftijd plaatsvindt, is dit mogelijk gerelateerd aan een meer chronisch beloop van depressie bij meisjes en vrouwen¹⁹.
- Er zijn tegenstrijdige bevindingen ten aanzien van sekseverschillen in de leeftijd waarop de eerste depressieve episode plaatsvindt. Een studie bij volwassenen patiënten concludeerde dat de eerste depressieve episode bij vrouwen mogelijk op jongere leeftijd plaatsvindt dan bij mannen²⁰, terwijl een niet-klinische studie bij adolescenten geen sekseverschillen vond¹⁹.
- Er zijn tegenstrijdige bevindingen ten aanzien van sekseverschillen in het aantal depressieve episodes. Een niet-klinische studie bij

adolescenten concludeerde dat meisjes mogelijk meer depressieve episodes meemaken dan jongens¹⁹, terwijl een studie bij volwassen patiënten geen sekseverschillen vond²⁰.

COMORBIDITEIT

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat meisjes en vrouwen met een depressieve stoornis vaker een comorbide angststoornis hebben dan jongens en mannen met een depressieve stoornis^{5, 6, 20, 21}.

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat jongens en mannen met een depressieve stoornis vaker comorbide gedragsproblemen en middelenmisbruik hebben dan meisjes en vrouwen met een depressieve stoornis^{5, 20}.

ETIOLOGIE

Deze factsheet beperkt zich tot sekseverschillen in psychosociale risicofactoren. Biologische factoren (zoals de invloed van genen en hormonen) lijken ook een rol te spelen in de ontwikkeling van sekseverschillen in depressieve stoornissen, maar maken geen onderdeel uit van deze factsheet.

PSYCHOLOGISCHE FACTOREN

Niveau 1:

- Rumineren is gerelateerd aan (de ontwikkeling van) depressieve klachten en depressieve stoornissen bij adolescenten en volwassenen²²⁻²⁴. Het is aangetoond dat rumineren vaker voorkomt bij meisjes en vrouwen dan jongens en mannen^{22, 25}.
 - Het is aangetoond dat de relatie tussen rumineren en depressieve klachten verschilt tussen mannen en vrouwen. De richting van dit effect hangt echter af van de wijze waarop depressieve klachten gemeten worden (categorisch of dimensioneel)²⁴.
 - Niveau 2: Er zijn aanwijzingen dat piekeren door adolescenten wordt gezien als een feminie coping strategie en daardoor minder acceptabel is voor jongens²⁶.

- Een negatief zelfbeeld is gerelateerd aan (de ontwikkeling van) depressieve klachten en depressieve stoornissen bij adolescenten en volwassenen ²⁷. Het is aangetoond dat meisjes en vrouwen een negatiever zelfbeeld hebben dan jongens en mannen ^{28, 29}.
 - Het is aangetoond dat de relatie tussen een negatief zelfbeeld en depressieve klachten niet verschilt tussen mannen en vrouwen ²⁷.
- Seksueel, fysiek en emotioneel geweld is gerelateerd aan (de ontwikkeling van) depressieve stoornissen bij adolescenten en volwassenen ^{30, 31}. Het is aangetoond dat seksueel geweld en partnergeweld vaker voorkomt bij meisjes en vrouwen dan bij jongens en mannen ³²⁻³⁵.
 - Het is aangetoond dat de relatie tussen seksueel/fysiek geweld en (de ontwikkeling van) depressieve stoornissen niet verschilt tussen mannen en vrouwen ^{30, 31}.
- Er zijn tegenstrijdige bevindingen ten aanzien van sekseverschillen in de invloed van attributiestijl op (de ontwikkeling van) depressieve klachten. Op basis van een meta-analyse werd geconcludeerd dat de relatie tussen negatieve attributiestijl en depressieve klachten sterker is voor meisjes ³⁶, terwijl een andere meta-analyse geen sekseverschillen vond ³⁷.

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat vrouwen gevoeliger zijn voor de wensen en behoeften van anderen dan mannen ^{38, 39}. Deze verhoogde gevoeligheid voor anderen lijkt bij te dragen aan de hogere prevalentie van depressieve klachten onder vrouwen ³⁹.
- Er zijn aanwijzingen dat de volgende (risico)factoren een grotere impact hebben op (de ontwikkeling van) depressieve klachten en depressieve stoornissen bij jongens en mannen:
 - Angstklachten ^{40, 41} - omdat angst bij jongens minder sociaal geaccepteerd is, kan dit bij jongens leiden tot verminderde sociale steun en gevoelens van afwijzing
 - Externaliserende problemen (zoals drugsgebruik en gedragsproblemen) ⁴²
 - Eerdere depressieve episodes ⁴²

SOCIALE FACTOREN

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat de genderrol van mannen en vrouwen in de maatschappij gerelateerd is aan (de ontwikkeling van) depressieve klachten.
 - In landen waarin de genderrollen minder traditioneel zijn en

er minder sprake is van sociale ongelijkheid, is het verschil in prevalentie van depressieve stoornissen tussen mannen en vrouwen kleiner⁴³.

- Hoewel vrouwen nog steeds meer zorgtaken op zich nemen dan mannen⁴⁴, lijkt dit het risico op depressieve klachten bij vrouwen niet perse te verhogen. Anderzijds wordt bij mannen met meer verantwoordelijkheid voor huishoudelijke- en opvoedtaken de kans op het ontwikkelen van depressieve klachten mogelijk juist groter is¹¹.
- Er zijn aanwijzingen dat de volgende (risico)factoren een grotere impact hebben op (de ontwikkeling van) depressieve klachten en depressieve stoornissen groter is bij meisjes en vrouwen:
 - Negatieve interpersoonlijke ervaringen en problemen (bijvoorbeeld in contact met vrienden, relatieproblemen of echtscheiding)^{42, 45}
 - Een onveilige leefomgeving⁴⁶
- Er zijn aanwijzingen dat de volgende (risico)factoren een grotere impact hebben op (de ontwikkeling van) depressieve klachten en depressieve stoornissen bij jongens en mannen:
 - Specifieke stressoren (zoals financiële problemen en moeilijkheden op werk)⁴²
 - Alleenstaand zijn^{46, 47}
 - Pensionering¹¹
 - Een klein sociaal netwerk en weinig sociale steun op oudere leeftijd⁴⁸
 - Het wegvallen van een partner op oudere leeftijd^{11, 48} – ondanks dat vrouwen op oudere leeftijd vaker verliezen dan mannen⁴⁹
 - Eenzaamheid op oudere leeftijd⁵⁰ – ondanks dat oudere vrouwen vaker eenzaam zijn dan oudere mannen⁴⁹

PREVENTIE

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat universele preventieve interventies even effectief zijn in het verminderen van depressieve klachten bij jongens en meisjes⁵¹.

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat meisjes mogelijk meer baat hebben bij preventieve interventies die worden aangeboden aan groepen met alleen meisjes (versus gemengde groepen)⁵².

HULP ZOEKEN

Niveau 1:

- Bijna tweemaal zoveel vrouwen als mannen bezoeken de huisarts vanwege depressieve klachten^{53, 54}.
- Masculiene eigenschappen kunnen voor mannen een barrière vormen bij het zoeken van hulp voor depressieve klachten^{55, 56}.

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat jongens en mannen minder snel (professionele) hulp zoeken voor depressieve klachten dan meisjes en vrouwen⁵⁷. Mogelijke redenen hiervoor kunnen zijn:
 - Mannen lijken depressieve klachten bij mannen minder snel als problematisch te beoordelen dan vrouwen⁵⁸.
 - Mannen zoeken mogelijk eerder hulp in hun directe omgeving (familie, vrienden), wachten vaker af of depressieve klachten vanzelf over gaan of gaan meer sporten ter afleiding⁵⁹.

(DIFFERENTIAAL)DIAGNOSTIEK

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat vrouwen meer symptomen rapporteren die zijn opgenomen in de diagnostische criteria voor een depressieve stoornis. Mannen rapporteren juist vaker alternatieve symptomen die niet zijn opgenomen in de 'standaard' diagnostische criteria voor een depressieve stoornis¹⁵.

Niveau 2:

- Er zijn aanwijzingen dat vrouwen een grotere kans hebben om diagnostische criteria voor een depressieve stoornis te bevestigen.

Een voorbeeld hiervan is huilen, wat vaker wordt gerapporteerd door vrouwen dan mannen⁶⁰. In de meeste diagnostische instrumenten is een item over huilen opgenomen (zoals in de Beck Depression Inventory⁶¹). Het is echter onduidelijk in hoeverre vaker huilen gerelateerd is aan een depressieve stoornis; er zijn immers ook patiënten voor wie een afvlakking van het affect (dus minder huilen) een teken is van een depressieve stoornis⁶².

- Er zijn aanwijzingen dat een depressieve stoornis bij jongens en mannen niet altijd (tijdig) herkend wordt. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn:
 - Mannen lijken terughoudender in het rapporteren van depressieve symptomen dan vrouwen ^{64, 65}.
 - Een groot deel van de meer masculiene uitingsvormen van een depressieve stoornis zijn niet opgenomen in de DSM-5 criteria ⁶⁶ en kunnen mogelijk worden gemist wanneer gebruik wordt gemaakt van de 'standaard' diagnostische instrumenten ⁶⁵.

Niveau 3:

- Experts raden aan om bij een vermoeden van een depressieve stoornis bij mannen ook te vragen naar middelengebruik en risicovol gedrag ¹⁵.

BEHANDELING

Op basis van de hierboven genoemde sekseverschillen, lijkt het aanmerkelijk dat hier bij de behandeling van depressieve stoornissen rekening mee moet worden gehouden. Hieronder worden de bevindingen besproken voor psychologische behandeling en farmacotherapie.

PSYCHOLOGISCHE BEHANDELING

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat psychologische behandeling (zoals cognitieve gedragstherapie, interpersoonlijke therapie) voor kinderen en volwassenen met een depressieve stoornis over het algemeen even effectief is voor jongens/mannen en meisjes/vrouwen ⁶⁷⁻⁷².
- Het is aangetoond dat de uitval bij online interventies voor volwassenen met depressieve klachten hoger is bij mannen dan bij vrouwen ⁷³.

Niveau 3:

- Experts zijn van mening dat:
 - Het belangrijk is om tijdens de behandeling rekening te houden met sekseverschillen in risicofactoren voor depressieve stoornis ^{74, 75}.
 - Het belangrijk is om rekening te houden met verschillen tussen jongens en meisjes in de manier waarop zij hun klachten uiten en hiermee omgaan ⁷⁴.

- Het bij mannen belangrijk is om aandacht te besteden aan de huidige mannelijkheidsnormen en de moeite die veel mannen hebben om zich kwetsbaar op te stellen ^{56, 59, 76, 77}.

FARMACOTHERAPIE

Niveau 1:

- Uit de geneesmiddelengegevens van het College voor Zorgverzekeringen blijkt dat vrouwen met een depressieve stoornis twee keer zo vaak als mannen antidepressiva krijgen voorgeschreven ⁵³.
- Het is aangetoond dat er sekseverschillen in de farmacokinetiek van antidepressiva bestaan, met mogelijke sekseverschillen in de werking van antidepressiva tot gevolg ^{78, 79}.
- Er zijn tegenstrijdige bevindingen ten aanzien van de effectiviteit van farmacotherapie voor mannen en vrouwen met een depressieve stoornis. Hoewel één meta-analyse geen sekseverschillen vindt in de effectiviteit van antidepressiva bij patiënten met een depressieve stoornis ⁶⁸, vinden daarentegen drie andere meta-analyses aanwijzingen voor mogelijk gunstigere effecten van antidepressiva bij vrouwen ⁸⁰⁻⁸².

Niveau 3:

- Experts zijn van mening dat:
 - De dosering van antidepressiva zou moeten worden aangepast aan de hand van het geslacht van de patiënt, met mogelijk een lagere dosering voor vrouwen ⁷⁹.
 - De dosering van antidepressiva zou moeten worden aangepast op de levensfase, fase in de menstruele cyclus en gebruik van anticonceptie bij vrouwen ⁸³.
 - Er is meer onderzoek nodig is naar het gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap en borstvoeding ⁷⁸.

HERSTEL EN TERUGVAL

Niveau 1:

- Het is aangetoond dat de kans op terugval niet verschilt voor mannen en vrouwen ^{84, 85}.

REFERENCES

1. Wesselhoeft, R., et al., *Gender-age interaction in incidence rates of childhood emotional disorders*. Psychological Medicine, 2015. 45: p. 829-839.
2. Douglas, J. and D.J. Scott, *A systematic review of gender-specific rates of unipolar and bipolar disorders in community studies of pre-pubertal children*. Bipolar Disorders, 2014. 16: p. 5-15.
3. Kessler, R.C., *The costs of depression*. The Psychiatric Clinics of North America, 2012. 35: p. 1-14.
4. Avenevoli, S., et al., *Major depression in the National Comorbidity Survey - Adolescent Supplement: Prevalence, correlates, and treatment*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2015. 54(1): p. 37-44.
5. Weller, E.B., et al., *Depression in children and adolescents: Does gender make a difference?* Current Psychiatry Reports, 2006. 8: p. 108-114.
6. Kuehner, C., *Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2003. 108: p. 163-174.
7. Wang, K., et al., *"Female preponderance" of depression in non-clinical populations: A meta-analytic study*. Frontiers in Psychology, 2016. 7: p. 1398.
8. Ferrari, A.J., et al., *Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: A systematic review of the epidemiological literature*. Psychological Medicine, 2013. 43: p. 471-481.
9. De Graaf, R., et al., *Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2012. 47(2): p. 203-213.
10. Bromet, E., *Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode*. BMC Medicine, 2011. 9(1): p. 90.
11. Van de Velde, S., P. Bracke, and K. Levecque, *Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression*. Social Science & Medicine, 2010. 71: p. 305-313.
12. Luppá, M., et al., *Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life - Systematic review and meta-analysis*. Journal of Affective Disorders, 2010. 136(3): p. 212-221.
13. Büchtemann, D., et al., *Incidence of late-life depression: A systematic review*. Journal of Affective Disorders, 2012. 142: p. 172-179.
14. Meeks, T.W., et al., *A tune in "a minor" can "b major": A review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults*. Journal of Affective Disorders, 2011. 129: p. 126-142.
15. Cavanagh, A., et al., *Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis*. Harvard Review of Psychiatry, 2017. 25(1): p. 29-38.
16. Hawton, K., et al., *Risk factors for suicide in individuals with depression: A systematic review*. Journal of Affective Disorders, 2013. 147: p. 17-28.
17. Spijker, J., et al., *Predictors of suicidality in depressive spectrum disorders in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2010. 45(5): p. 513-521.
18. Cuijpers, P., et al., *Is excess mortality higher in depressed men than in depressed women? A meta-analytic comparison*. Journal of Affective Disorders, 2014. 161: p. 47-54.
19. Essau, C.A., et al., *Gender differences in the developmental course of depression*. Journal of Affective Disorders, 2010. 127: p. 185-190.
20. Schuch, J.J.J., et al., *Gender differences in major depressive disorder: Results from the Netherlands study of depression and anxiety*. Journal of Affective Disorders, 2014. 156: p. 156-163.
21. Zavaglia, E. and L. Bergeron, *Systematic review of comorbidity between DSM disorders and depression according to age and sex in youth*. Canadian Psychology, 2017. 58(2): p. 124-139.
22. Rood, L., et al., *The influence of emotion-focused rumination and distraction on depressive symptoms in non-clinical youth: A meta-analytic review*. Clinical Psychology Review, 2009. 29: p. 607-616.

23. Aldao, A., S. Nolen-Hoeksema, and S. Scheizer, *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. Clinical Psychology Review, 2010. 30: p. 217-237.
24. Olantunji, B.O., K. Naragon-Gainey, and K.B. Wolitzky-Taylor, *Specificity of rumination in anxiety and depression: A multimodal meta-analysis*. Clinical Psychology: Science and Practice, 2013. 20(3): p. 225-257.
25. Johnson, D.P. and M.A. Wihisman, *Gender differences in rumination: A meta-analysis*. Personality and Individual Differences, 2013. 55(4): p. 367-374.
26. Broderick, P.C. and C. Korteland, *Coping style and depression in early adolescence: Relationships to gender, gender role, and implicit beliefs*. Sex Roles, 2002. 46: p. 201-213.
27. Sowislo, J.F. and U. Orth, *Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies*. Psychological Bulletin, 2013. 139(1): p. 213-240.
28. Bachman, J.G., et al., *Adolescent self-esteem: Differences by race/ethnicity, gender, and age*. Self and Identity, 2011. 10(4): p. 445-473.
29. Orth, U., K.H. Trzesniewski, and R.W. Robins, *Self-esteem development from young adulthood to old age: A cohort-sequential longitudinal study*. Journal of Personality and Social Psychology, 2010. 98(4): p. 645-658.
30. Chen, L.P., et al., *Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis*. Mayo Clinic Proceedings, 2010. 85(7): p. 618-629.
31. Norman, R.E., et al., *The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis*. PLOS Medicine, 2012. 9(11): p. e1001349.
32. De Haas, S., *Seksueel grensoverschrijdend gedrag onder jongeren en volwassenen in Nederland*. Tijdschrift voor Seksuologie, 2012. 36(2): p. 136-145.
33. Steketee, M., et al., *Preventie van intergenerationeel geweld in Nederland en EU: Verkenning van wat werkt*. 2016, Verwey-Jonker Instituut.
34. FRA, E.U.A.f.F.R., *Violence against women: an EU-wide survey*. 2014, Publications Office of the European Union: Luxembourg.
35. Stoltenborgh, M., et al., *A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world*. Child Maltreatment, 2011. 16(2): p. 79-101.
36. Hu, T., D. Zhang, and Z. Yang, *The relationship between attributional style for negative outcomes and depression: A meta-analysis*. Journal of Social and Clinical Psychology, 2015. 34(4): p. 304-321.
37. Huang, C., *Relation between attributional style and subsequent depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies*. Cognitive Therapy and Research, 2015. 39: p. 721-735.
38. Bekker, M.H.J. and M.A.L.M. Van Assen, *Autonomy-connectedness and gender*. Sex Roles, 2008. 59(7-8): p. 532.
39. Bekker, M.H.J. and M.A.L.M. Van Assen, *Autonomy-connectedness mediates sex differences in symptoms of psychopathology*. PLoS ONE, 2017. 12(8): p. 1-24.
40. Gallerani, C.M., M.S.J. Garber, and N.C. Martin, *The temporal relation between depression and comorbid psychopathology in adolescents at varied risk for depression*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2010. 51(3): p. 242-249.
41. Väänänen, J., et al., *Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence*. Journal of Affective Disorders, 2011. 133: p. 97-104.
42. Kendler, K.S. and C.O. Gardner, *Sex differences in the pathways to major depression: A study of opposite-sex twin pairs*. American Journal of Psychiatry, 2014. 171(4): p. 426-435.
43. Seedat, S., et al., *Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. Archives of General Psychiatry, 2009. 66(7): p. 785-95.
44. Planbureau, S.C., *Gezinsrapport 2011*. 2011, Sociaal Cultureel Planbureau: Den Haag.
45. Hankin, B.L., R. Mermelstein, and L. Roesch, *Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models*. Child Development, 2007. 78(1): p. 279-295.
46. Stegenga, B.T., et al., *Differential impact of risk factors for women and men on the risk of major depressive disorder*. Annals of Epidemiology, 2012. 22(6): p. 388-396.
47. Scott, K.M., et al., *Gender and the relationship between marital status*

- and first onset of mood, anxiety and substance use disorders. *Psychological Medicine*, 2010. 40(9): p. 1495-1505.
48. Sonnenberg, C.M., et al., *Gender differences in the relation between depression and social support in later life*. *International Journal of Psychogeriatrics*, 2013. 25(1): p. 61-70.
 49. Zantinge, E.M., et al., *Gezond ouder worden in Nederland*. 2011, RIVM: Bilthoven.
 50. Zebhauser, A., et al., *How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2014. 29(3): p. 245-252.
 51. Ahlen, J., F. Lenhard, and A. Ghaderi, *Universal prevention for anxiety and depressive symptoms in children: A meta-analysis of randomized and cluster-randomized trials*. *The Journal of Primary Prevention*, 2015. 36(6): p. 387-403.
 52. Chaplin, T.M., et al., *Depression prevention for early adolescent girls: A pilot study of all girls versus co-ed groups*. *Journal of Early Adolescence*, 2006. 26(1): p. 110-126.
 53. Verweij, G. and M. Houben-van Hertten, *Bevolkingstrends 2013: Depressiviteit en antidepressiva in Nederland*. 2013, Centraal Bureau voor de Statistiek: Den Haag.
 54. Zorgregistraties, N., *Zorgregistraties eerste lijn*. 2015, NIVEL: Utrecht.
 55. Doblyte, S. and E. Jiménez-Mejías, *Understanding help-seeking behavior in depression: A qualitative synthesis of patients' experiences*. *Qualitative Health Research*, 2017. 27(1): p. 100-113.
 56. Seidler, Z.W., et al., *The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review*. *Clinical Psychology Review*, 2016. 49: p. 106-118.
 57. Klineberg, E., et al., *Symptom recognition and help seeking for depression in young adults: A vignette study*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2011. 46(6): p. 495-505.
 58. Swami, V., *Mental health literacy of depression: Gender differences and attitudinal antecedents in a representative British sample*. *PLoS ONE*, 2012. 7(11): p. e49779.
 59. Mahalik, J.R. and A.B. Rochlen, *Men's likely responses to clinical depression: What are they and do masculinity norms predict them?* *Sex Roles*, 2006. 55: p. 659-667.
 60. Hemert, D.A., F.J.R. van den Vijver, and A.J.J.M. Vingerhoets, *Culture and crying: Prevalences and gender differences*. *Cross-Cultural Research*, 2011. 45(4): p. 399-431.
 61. Beck, A.T., *Depression inventory*. 1978, Philadelphia, PA: Centre for Cognitive Therapy.
 62. Vingerhoets, A.J.J.M., et al., *Is there a relationship between depression and crying? A review*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007. 115: p. 340-351.
 63. Romans, S.E. and R.F. Clarkson, *Crying as a gendered indicator of depression*. *The Journal of nervous and mental disease*, 2008. 196(3): p. 237-243.
 64. Sigmon, S.T., et al., *Gender differences in self-reports of depression: The response bias hypothesis revisited*. *Sex Roles*, 2005. 53(5/6): p. 401-411.
 65. Wide, J., et al., *Effect of gender specialization on the presentation of depression among men: A pilot study*. *Canadian Family Physician*, 2011. 57(2): p. e74-e78.
 66. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed*. 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
 67. Arnberg, A. and L. Öst, *CBT for children with depressive symptoms: A meta-analysis*. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2014. 43(4): p. 275-288.
 68. Cuijpers, P., et al., *Gender as predictor and moderator of outcome in cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for adult depression: An "individual patient data" meta-analysis*. *Depression and Anxiety*, 2014. 31: p. 941-951.
 69. Parker, G., B. Blanch, and J. Crawford, *Does gender influence response to differing psychotherapies by those with unipolar depression? A Journal of Affective Disorders*, 2011. 130: p. 17-20.
 70. Nilsen, T.S., M. Eisemann, and S. Bvernmo, *Predictors and moderators of outcome in child and adolescent anxiety and depression: A systematic review of psychological treatment studies*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2013. 22: p. 69-87.
 71. Weisz, J.R., C.A. McCarty, and S.M. Valeri, *Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis*. *Psychological Bulletin*, 2006. 132(1): p. 132-149.
 72. Van, H.L., R.A. Schoevers, and J. Dekker, *Predicting the outcome of antidepressants and psychotherapy for depression: A qualitative, systematic review*.

- Harvard Review of Psychiatry, 2008. 16(4): p. 225-234.
73. Karyotaki, E., et al., *Predictors of treatment dropout in self-guided web-based interventions for depression: An 'individual patient data' meta-analysis*. Psychological Medicine, 2015. 45: p. 2717-2726.
 74. David-Ferdon, C. and N.J. Kaslow, *Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2008. 37(1): p. 62-104.
 75. Weissman, M.M., *Treatment of depression: Men and women are Different?* American Journal of Psychiatry, 2014. 171(4): p. 384-387.
 76. Rochlen, A.B., et al., *Barriers in diagnosing and treating men with depression: A focus group report*. American Journal of Men's Health, 2010. 4(2): p. 167-175.
 77. Spindel, J.S., *Men's self-reported coping strategies for depression: A systematic review of qualitative studies*. Psychology of Men & Masculinity, 2015. 16(4): p. 439-447.
 78. Bigos, K.L., et al., *Sex differences in the pharmacokinetics and pharmacodynamics of antidepressants: An updated review*. Gender Medicine, 2009. 6(4): p. 522-543.
 79. Kokras, N., C. Dalla, and Z. Papadopoulos, *Sex differences in pharmacokinetics of antidepressants*. Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology, 2011. 7(2): p. 213-226.
 80. Gibiino, S., A. Marsano, and A. Serretti, *Specificity profile of venlafaxine and sertraline in major depression: meta-regression of double-blind, randomized clinical trials*. International Journal of Neuropsychopharmacology, 2014. 17: p. 1-8.
 81. Serretti, A., S. Gibiino, and A. Drago, *Specificity profile of paroxetine in major depressive disorder: Meta-regression of double-blind, randomized clinical trials*. Journal of Affective Disorders, 2011. 132: p. 14-25.
 82. Calati, R., et al., *Antidepressants in elderly: Meta-regression of double-blind, randomized clinical trials*. Journal of Affective Disorders, 2013. 147: p. 1-8.
 83. Damoiseaux, V.A., et al., *Sex differences in the pharmacokinetics of antidepressants: Influence of female sex hormones and oral contraceptives*. Clinical Pharmacokinetics, 2014. 53(6): p. 509-519.
 84. Hardeveld, F., et al., *Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2010. 122: p. 184-191.
 85. Whiteford, H.A., et al., *Estimating remission from untreated major depression: A systematic review and meta-analysis*. Psychological Medicine, 2013. 43: p. 1569-1585.

APPENDIX

Tabel 1. Indeling van methodologische kwaliteit van de studies.

Niveau bewijs ⁱ	EBRO-indeling	Prevalentie	Etiologie, beloop, prognose	Diagnostiek	Behandeling
1*	A1	Systematische reviews ⁱⁱ en meta-analyses van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau			
	A2	Dwars-doorsnede onderzoek dat aselekt (random) is uitgevoerd, waarbij selectieve non-respons is uitgesloten	Prospectief cohort onderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor confounding factoren en selectieve follow-up voldoende uitgesloten is	Onderzoek van een betrouwbare en valide test, van een voldoende serie van op-eenvolgende patiënten die allen de test hebben gehad	Gerandomiseerd, dubbelblind, vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit en voldoende omvang
2**	B	Dwars-doorsnede onderzoek, maar niet van A2-niveau	Prospectief cohort onderzoek, maar niet van A2-niveau, of cross-sectioneel onderzoek	Onderzoek van een betrouwbare en valide test, van een voldoende serie van op-eenvolgende patiënten die allen de test hebben gehad, maar niet van A2-niveau	Vergelijkend onderzoek, maar niet van A2-niveau (patënt-controle onderzoek, cohort-onderzoek)
	C	Niet-vergelijkend onderzoek			
3	D	Mening van deskundigen op basis van de literatuur en/of klinische praktijk			

* Een uitspraak is ingedeeld bij niveau 1 als er sprake is van onderbouwing door ten minste één of meerdere artikelen van A1-niveau of ten minste twee artikelen van A2-niveau.

** Een uitspraak is ook ingedeeld bij niveau 2 als er sprake is van één artikel van A2-niveau.

i Bij artikelen van verschillende niveaus is altijd uitgegaan van de bevindingen op het hoogste niveau.

ii Overzichtsartikelen die geen informatie geven over de zoekmethode en selectie van geïncludeerde studies zijn niet meegenomen in uitspraken op niveau 1 en niveau 2. Doordat een selectieve presentatie van studies in dit type artikelen niet uit te sluiten is, kan de kwaliteit van een dergelijk overzichtspaper niet adequaat beoordeeld worden.

COLOFON

© 2017 E.T. Hallers-Haalboom, L.E. Kunst, W. Langeland & M.H.J. Bekker

Ontwerp en vormgeving: WOMEN Inc.

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 of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

