

Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2¹

R. DE GRAAF, M. TEN HAVE, C. VAN GOOL, S. VAN DORSSELAER

ACHTERGROND Er is weinig bekend over prevalentie en trends van psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking.

DOEL Beschrijven van de prevalentie ooit in het leven ('lifetime') en in de voorgaande 12 maanden van de DSM-IV-stemmings-, angst-, middelen- en externaliserende stoornissen in de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 (NEMESIS-2). Tevens vergeleken wij de 12-maandsprevalentie van stemmings-, angst- en middelenstoornissen met schattingen uit de eerste studie (NEMESIS-1).

METHODE Tussen november 2007 en juli 2009 werden face-to-face-interviews uitgevoerd met de 'Composite International Diagnostic Interview 3.0' bij 6646 personen van 18-64 jaar. Trends in psychische aandoeningen werden onderzocht met deze data en NEMESIS-1-data uit 1996 (n = 7076).

RESULTATEN De lifetimeprevalentie in NEMESIS-2 was 20,2% voor stemmingsstoornis, 19,6% voor angststoornis, 19,1% voor middelenstoornis en 9,2% voor aandachtstekort- of gedragsstoornis. Voor aandoeningen in de afgelopen 12 maanden waren de percentages respectievelijk 6,1, 10,1, 5,6 en 2,1. Tussen 1996 en 2007-2009 veranderde de 12-maandsprevalentie van angst- en middelenstoornis niet. Die van stemmingsstoornis daalde iets, maar dit was niet meer significant na correctie voor verschillen in demografische variabelen tussen beide studies.

CONCLUSIE Deze studie laat zien dat in Nederland psychische aandoeningen frequent voorkomen. In ongeveer een decennium werd geen duidelijke verandering in de psychische gezondheidstoestand van de bevolking gezien.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)1, 27-38]

TREFWOORDEN algemene bevolkingsstudie, psychische aandoeningen, prevalentie, determinanten, trends

'Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-1' (NEMESIS-1) was de eerste studie naar de psychische gezondheidstoestand van de 18-64-jarige Nederlandse bevolking (Bijl e.a. 1998a, 1998b). De resultaten lieten zien dat in 1996 de prevalentie van ten minste één aandoening op as I van de DSM-III-R in de afgelopen 12 maanden 23,2% was; de prevalentie van ten minste één DSM-III-R-aandoening op as I ooit in het leven (lifetime)

was 41,2% (Bijl e.a. 1998b). Van degenen met een aandoening in de afgelopen 12 maanden bezocht 33,9% de eerste lijn of de geestelijke gezondheidszorg (ggz) vanwege hun psychische problemen (Bijl e.a. 2000). Deze resultaten zijn ruim een decennium oud en het is de vraag of ze nog gelden. Daarom werd NEMESIS-2 gestart, met een uitbreiding naar externaliserende stoornissen.

In Nederland (Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid 2002; Schoemaker e.a. 2007) en elders (Kessler e.a. 2005a) bestaat debat over de vraag of psychische aandoeningen in de afgelopen decennia meer vóórkomen. Toegenomen middelengebruik en vroegere leeftijd van eerste gebruik werden in ons land 10-20 jaar geleden bij adolescenten gezien (Monshouwer 2008; Tick e.a. 2008). Deze personen zijn nu volwassen geworden en hun (vroegere) middelengebruik kan hebben bijgedragen aan een toename in huidige middenstoornissen en andere psychische aandoeningen die secundair optreden. Daar staat tegenover dat in Nederland tussen 1996 en 2009 het aantal gevallen van suïcide, dat ook samenhangt met psychische aandoeningen, niet is toegenomen (volgens het Centraal Bureau voor de Statistiek; www.cbs.nl). Ook kan een daling in psychische aandoeningen hebben plaatsgevonden door verbetering van de hulpverlening (Brugha e.a. 2004).

Trends in de prevalentie van psychische aandoeningen zijn weinig onderzocht. In de vs is dit met twee vergelijkbare bevolkingsstudies gedaan. Vergeleken met de 'National Comorbidity Survey' (NCS; 1990-1992) was de prevalentie van enigerlei 12-maandsaandoening in de 'National Comorbidity Survey-Replication' (NCS-R; 2001-2003) niet veranderd (30,5 versus 29,4%) (Kessler e.a. 2005b). In Groot-Brittannië (1993-2000) en Australië (1997-2007) werden eveneens geen significante veranderingen gezien (Brugha e.a. 2004; Slade e.a. 2009). Hiermee in tegenstelling liet een andere studie uit de vs wel een toename van depressieve stoornis zien, van 3,3% in 1991-1992 tot 7,1% in 2001-2002 (Compton e.a. 2006).

In dit artikel beschrijven wij de prevalenties van DSM-IV-stemmings-, angst-, midden- en aandachtstekort- of gedragsstoornis ooit in het leven (lifetime) en in de afgelopen 12 maanden in NEMESIS-2. Trends in de 12-maandsprevalentie van stemmings-, angst- en middenstoornis werden bestudeerd door een indirecte vergelijking met geschatte DSM-IV-cijfers uit NEMESIS-1. Ook bestudeerden wij demografische determinanten van aandoeningen in NEMESIS-2 en trends in determinanten.

METHODE

Veldwerk

In beide NEMESIS-studies werd een getrapte, gestratificeerde, aselechte steekproefprocedure toegepast. Eerst werd een steekproef getrokken uit bestaande gemeenten. Daarna werd uit postregistraties een steekproef getrokken van huishoudadressen. Ten slotte kozen wij uit het huishouden de 18-64-jarige die het laatst jarig was geweest. Inclusiecriteria waren dat men de Nederlandse taal voldoende machtig moest zijn. Adressen van instellingen werden uitgesloten.

De bereidheid deel te nemen aan wetenschappelijke studies is het afgelopen decennium dramatisch gedaald (Stoop 2005). Om een hoge respons te behalen was daarom in NEMESIS-2 de wervingsmethode veel intensiever dan in NEMESIS-1: meer eerste contact aan de deur en minder via de telefoon; meer herhaalde contactpogingen door verschillende interviewers bij niet-harde weigering; en een hogere financiële tegemoetkoming. Hierdoor kon een relatief hoge respons worden behaald (n = 6646): 65,1%. In NEMESIS-1 (n = 7076) was dit 64,2% (Bijl e.a. 1998a).

Voor uitgebreidere studiebeschrijvingen verwijzen wij naar onze eerste publicatie in dit tijdschriftnummer (De Graaf e.a. 2012) en naar Bijl e.a. (1998a).

Diagnostische instrumenten

In NEMESIS-2 werden DSM-IV-stoornissen gemeten met het CIDI 3.0; en in NEMESIS-1, DSM-III-R-stoornissen met het CIDI 1.1. Alleen CIDI 3.0 start met een screeningssectie met kernvragen over de aandoeningen. Bij een bevestigend antwoord op een kernvraag gaat men verder met de sectie over de betreffende aandoening. Dit verkleint de kans dat respondenten leren de interviewduur te verkorten door negatief te antwoorden op belangrijke kernvragen indien deze aan het begin van een sectie over een aandoening worden gevraagd.

Klinische validatiestudies uitgevoerd in verschillende landen laten zien dat het CIDI 1.1. (Wittchen 1994) en 3.0 (Haro e.a. 2006) stemmings-, angst- en middelenstoornissen over het algemeen met een redelijk goede validiteit bepalen in vergelijking tot klinische interviews.

Beide NEMESIS-studies bepaalden depressieve stoornis, dysthymie, bipolaire stoornis, paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, specifieke fobie, gegeneraliseerde angststoornis, en alcohol/drugsmisbruik en -afhankelijkheid. In NEMESIS-2 werden daarnaast bij 18-44-jarigen ADHD, gedragsstoornis en oppositieel-opstandige gedragsstoornis bepaald, en persistentie van ADHD naar de volwassenheid. De bepaling van ADHD in de kindertijd was gebaseerd op het 'Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV' (DIS; Robins e.a. 1995). In NEMESIS-2 werd eveneens de aanwezigheid van de antisociale persoonlijkheidsstoornis bepaald, met vragen uit de 'International Personality Disorder Examination' (Lenzenweger e.a. 2007), die lifetime-, maar geen 12-maandsprevalentie genereert.

In beide studies werd informatie verkregen met een aanvullende vragenlijst over verschillende onderwerpen, zoals demografie, functionele beperkingen en zorggebruik. In NEMESIS-2 was deze zo gemaakt dat een vergelijking met NEMESIS-1 mogelijk was.

Imputatie van DSM-IV-12-maandsaandoeningen in NEMESIS-1

Een directe vergelijking van de psychische gezondheidstoestand van de bevolking in de voorgaande 12 maanden in beide studies was niet mogelijk, omdat de criteria van DSM-III-R en DSM-IV en de beide CIDI-instrumenten verschillen (Kessler e.a. 2005a). Daarom werden met belangrijke gegevens die in beide studies waren verzameld de DSM-IV-aandoeningen bij NEMESIS-1-respondenten via 'imputatie' geschat. Bij personen in NEMESIS-2 die bevestigend hadden geantwoord op een kernvraag over een specifieke aandoening in de CIDI 3.0-screener, werd een

logistische-regressievergelijking geconstrueerd met als afhankelijke variabele 'aanwezigheid van de specifieke DSM-IV-aandoening in afgelopen 12 maanden'. Verschillende onafhankelijke variabelen werden hiervoor gebruikt: algemeen functioneren ('Short Form-36 Health Survey'; SF-36), symptomen van psychische aandoeningen, somatische comorbiditeit, trauma's uit de kindertijd, zorggebruik vanwege psychische problemen, en demografische kenmerken.

Deze regressievergelijking werd daarna toegepast op NEMESIS-1-respondenten die bevestigend hadden geantwoord op een gelijksoortige kernvraag van de specifieke aandoening. Overeenkomstig de structuur van het CIDI 3.0 werden personen die niet positief scoorden op de kernvraag of -vragen van de specifieke aandoening beschouwd als niet-prevalente gevallen. Alleen voor paniekstoornis werd de regressievergelijking gemaakt bij alle respondenten, omdat de kernvragen in beide studies te veel verschilden. Voor middelenstoornissen werden geen kernvragen gesteld in de NEMESIS-2-screener; hier werd de regressievergelijking gemaakt bij alle respondenten die in de afgelopen 12 maanden alcohol of drugs hadden gebruikt. De nauwkeurigheid van de schatting was redelijk tot goed (*area under the curve*: stemmingsstoornissen: 0,8-0,9; angststoornissen: 0,8-0,9, uitgezonderd specifieke fobie (0,7); middelenstoornissen: 0,8-0,9, uitgezonderd alcoholmisbruik (0,7)).

Statistische analyse

Lifetime- en 12-maandsprevalenties van aandoeningen werden bepaald in NEMESIS-2. Met logistische-regressieanalyse werden demografische determinanten van aandoeningen bestudeerd, gecontroleerd voor sekse en leeftijd. Om lineaire trends te bepalen (*p for trend*) werden ordinale determinanten gemodelleerd als continue variabelen. Sekseverschillen voor de verschillende leeftijdsgroepen werden bestudeerd door middel van interactietermen in de logistische-regressieanalyses. Weging werd toegepast om te corrigeren

voor verschillen tussen de steekproef en de bevolking.

Om de trend van hoofdgroepen van 12-maandsaandoeningen tussen beide studies te bestuderen, vergeleken wij de direct bepaalde prevalenties van hoofdgroepen van DSM-IV-aandoeningen in NEMESIS-2 met de geschatte in NEMESIS-1. Dit werd gedaan met logistische-regressie-analyse met de studie NEMESIS-1 of NEMESIS-2 als voorspellende variabele. Deze analyses werden ook uitgevoerd onder constant houding voor demografie, omdat er tussen beide steekproeven verschillen in demografische kenmerken kunnen bestaan door veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking, en omdat er verschillen tussen beide studies kunnen bestaan in de respons van demografische groepen.

Om te bestuderen of demografische determinanten van de directe bepalingen van 12-maandsaandoeningen in de tijd waren veranderd, werden interacties tussen tijd en demografische variabelen getest. Sekse en leeftijd waren in deze modellen opgenomen.

RESULTATEN

Lifetimeprevalentie van DSM-IV-aandoeningen

Tabel 1 geeft de prevalentie van aandoeningen in NEMESIS-2. Enigerlei as I-aandoening ooit in het leven kwam voor bij 42,7% van de respondenten. Stemmings-, angst- en middelenstoornis waren de meest voorkomende hoofdgroepen (respectievelijk 20,2, 19,6 en 19,1%). Daarna volgde aandachtstekort- of gedragsstoornis (9,2%). De meest voorkomende afzonderlijke aandoeningen waren depressieve stoornis (18,7%), alcoholmisbruik (14,3%), sociale fobie (9,3%) en specifieke fobie (7,9%). Van de aandachtstekort- en gedragsstoornissen in de kindertijd of vroege adolescentie kwamen gedragsstoornis (5,6%) en ADHD (3,0%) het meest voor. Antisociale persoonlijkheidsstoornis, de enige gemeten persoonlijkheidsstoornis, kwam bij 3,0% voor.

Van alle respondenten had 22,9% ooit één as I-aandoening, 9,7% had er twee en 10,1% drie of meer. Comorbiditeit werd dus bij bijna de helft (46,4%) van degenen met een lifetime-aandoening vastgesteld.

Prevalentie van DSM-IV-aandoeningen in afgelopen 12 maanden

Van alle respondenten had 18,0% de voorgaande 12 maanden een aandoening. Van degenen met een lifetime-aandoening had dus 42,2% (18,0/42,7) ook een 12-maandsaandoening. Angststoornis was de meest voorkomende hoofdgroep van stoornissen in de afgelopen 12 maanden (10,1%), gevolgd door stemmingsstoornis (6,1%), middelenstoornis (5,6%) en ADHD (2,1%). De meest voorkomende afzonderlijke aandoeningen waren depressieve stoornis (5,2%) en specifieke fobie (5,0%).

Van de respondenten had 12,2% één 12-maandsaandoening, 3,4% twee en 2,6% drie of meer. Een derde (33,0%) van degenen met een 12-maandsaandoening had er dus minstens twee.

Het percentage mensen met een 12-maandsaandoening van degenen met een lifetime-aandoening is een ruwe maat voor het chronische beloop van de betreffende stoornis. Angststoornis bleek een chronischer beloop te hebben dan stemmings- en middelenstoornis (tabel 1, laatste kolom). Van de afzonderlijke stemmingsstoornissen waren dysthymie en bipolaire stoornis het meest chronisch, van de angststoornissen was dat specifieke fobie en van de middelenstoornissen alcohol- en drugsafhankelijkheid. Het feit dat alcoholmisbruik ooit in het leven relatief vaak vóórkam (14,3%), maar niet in de afgelopen 12 maanden (3,7%), betekende dat dit slechts in een kwart van de gevallen (25,9%) een chronisch beloop had. ADHD was in de volwassenheid nog steeds aanwezig bij 69,9% van degenen met ADHD in de kindertijd.

TABEL 1 Prevalentie van psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, in percentage met 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI)

	Lifetijd-prevalentie						12-maandsprevalentie						Mate van chronisch beloop ^f
	Mannen		Vrouwen		Totaal		Mannen		Vrouwen		Totaal		
	%	(95%-BI)	%	(95%-BI)	%	(95%-BI)	%	(95%-BI)	%	(95%-BI)	%	(95%-BI)	
Enigerlei stemmingsstoornis	14,4	(12,8-16,1)	26,1	(24,4-27,9)	20,2	(19,0-21,4)	4,8	(4,0-5,9)	7,5	(6,3-8,8)	6,1	(5,4-7,0)	30,4
Depressieve stoornis	13,1	(11,7-14,8)	24,4	(22,8-26,1)	18,7	(17,6-19,9)	4,1	(3,3-5,2)	6,3	(5,4-7,4)	5,2	(4,6-5,9)	27,8
Dysthymie	0,6	(0,4-1,0)	2,0	(1,4-2,8)	1,3	(1,0-1,7)	0,4	(0,2-0,8)	1,3	(0,9-1,9)	0,9	(0,6-1,2)	65,9
Bipolaire stoornis	1,2	(0,8-1,8)	1,5	(1,0-2,2)	1,3	(1,0-1,7)	0,7	(0,4-1,2)	1,0	(0,6-1,7)	0,8	(0,6-1,2)	63,5
Enigerlei angststoornis	15,9	(14,3-17,7)	23,4	(21,3-25,6)	19,6	(18,3-21,0)	7,7	(6,6-9,1)	12,5	(11,1-14,0)	10,1	(9,2-11,0)	51,5
Paniekstoornis	2,8	(2,2-3,6)	4,8	(3,9-5,7)	3,8	(3,2-4,4)	1,0	(0,7-1,4)	1,5	(1,0-2,1)	1,2	(1,0-1,6)	32,7
Agorafobie zonder paniekstoornis	0,4	(0,2-0,7)	1,4	(1,0-1,9)	0,9	(0,7-1,2)	0,2	(0,1-0,5)	0,6	(0,4-1,0)	0,4	(0,3-0,6)	45,1
Sociale fobie	7,7	(6,5-9,1)	10,9	(9,5-12,5)	9,3	(8,3-10,4)	3,2	(2,4-4,3)	4,4	(3,6-5,4)	3,8	(3,2-4,4)	40,6
Specifieke fobie	5,5	(4,5-6,7)	10,3	(9,0-11,8)	7,9	(7,0-8,9)	3,5	(2,7-4,6)	6,6	(5,5-7,8)	5,0	(4,4-5,8)	63,7
Gegeneraliseerde angststoornis	3,6	(2,9-4,5)	5,4	(4,5-6,4)	4,5	(3,9-5,1)	1,4	(0,9-2,0)	2,1	(1,7-2,7)	1,7	(1,5-2,1)	38,8
Enigerlei middelenstoornis	27,7	(24,9-30,7)	10,3	(8,9-11,9)	19,1	(17,3-21,0)	7,6	(6,1-9,5)	3,6	(2,7-4,7)	5,6	(4,7-6,8)	29,5
Alcoholmisbruik	21,9	(19,5-24,6)	6,6	(5,5-8,0)	14,3	(12,9-15,9)	5,6	(4,4-7,1)	1,9	(1,2-2,8)	3,7	(3,0-4,6)	25,9
Alcoholafhankelijkheid	3,1	(2,3-4,2)	0,9	(0,5-1,6)	2,0	(1,5-2,7)	1,0	(0,5-2,0)	0,5	(0,2-1,1)	0,7	(0,4-1,4)	36,7
Drugsmisbruik	4,9	(4,0-5,9)	2,7	(2,1-3,5)	3,8	(3,3-4,4)	0,9	(0,6-1,6)	0,8	(0,5-1,3)	0,9	(0,6-1,3)	22,9
Cannabismisbruik ^a	3,5	(2,8-4,4)	1,2	(0,8-1,7)	2,3	(1,9-2,9)	0,6	(0,3-1,2)	0,2	(0,1-0,5)	0,4	(0,2-0,7)	16,6
Drugsafhankelijkheid	3,0	(2,1-4,2)	1,5	(1,0-2,2)	2,2	(1,7-2,8)	0,8	(0,4-1,5)	0,7	(0,4-1,2)	0,7	(0,5-1,1)	32,5
Cannabisafhankelijkheid ^b	2,1	(1,4-3,3)	0,6	(0,3-1,4)	1,4	(0,9-2,0)	0,4	(0,2-1,0)	0,1	(0,0-0,4)	0,3	(0,1-0,6)	20,4
Enigerlei aandachtstekort- of gedragsstoornis ^{bc}	11,8	(9,3-14,9)	6,5	(5,1-8,3)	9,2	(7,6-11,1)	2,9	(1,8-4,8)	1,2	(0,7-1,9)	2,1	(1,4-3,0)	--
ADHD ^{bc}	4,4	(3,0-6,3)	1,5	(1,0-2,3)	3,0	(2,2-4,0)	2,9	(1,8-4,8)	1,2	(0,7-1,9)	2,1	(1,4-3,0)	69,9
Gedragsstoornis ^{bc}	7,4	(5,7-9,6)	3,8	(2,6-5,4)	5,6	(4,5-7,0)	-	--	-	--	-	--	--
Oppositieel-opstandige gedragsstoornis ^{bc}	3,2	(2,1-4,7)	2,0	(1,4-3,0)	2,6	(1,9-3,5)	-	--	-	--	-	--	--
Enigerlei as I-stoornis ^d	43,4	(40,5-46,3)	42,0	(39,7-44,3)	42,7	(40,6-44,8)	17,7	(15,8-19,7)	18,4	(16,5-20,4)	18,0	(16,7-19,4)	42,2
Comorbiditeit: aantal as I-stoornissen ^d													
1	23,9	(21,8-26,1)	22,0	(20,5-23,6)	22,9	(21,6-24,3)	12,3	(10,9-13,9)	12,1	(10,8-13,5)	12,2	(11,3-13,2)	--
2	9,4	(8,1-10,8)	10,0	(8,8-11,4)	9,7	(8,8-10,7)	3,4	(2,6-4,5)	3,3	(2,5-4,4)	3,4	(2,7-4,1)	--
3 of meer	10,2	(8,7-11,9)	10,1	(8,7-11,6)	10,1	(9,1-11,3)	2,2	(1,5-3,1)	3,0	(2,3-3,9)	2,6	(2,0-3,3)	--
Antisociale persoonlijkheidsstoornis ^e	4,3	(3,3-5,5)	1,7	(1,3-2,3)	3,0	(2,5-3,6)	-	--	-	--	-	--	--
Enigerlei NEMESIS-2 stoornis ^d	44,7	(41,8-47,7)	42,3	(40,1-44,7)	43,6	(41,5-45,7)	17,7	(15,8-19,7)	18,4	(16,5-20,4)	18,0	(16,7-19,4)	41,4

^aCannabismisbruik en cannabisafhankelijkheid zijn onderdeel van de aandoeningen drugsmisbruik, respectievelijk drugsafhankelijkheid.

^bAandachtstekort- en gedragsstoornissen werden alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar.

^cLifetijd-aandachtstekort- en gedragsstoornissen betekenen: in de kindertijd of vroege adolescentie.

^dBij 'enigerlei as I-stoornis', 'comorbiditeit: aantal as I-stoornissen', en 'enigerlei NEMESIS-2-stoornis', werden aandachtstekort- en gedragsstoornissen gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoeningen niet werden bepaald.

^eDe screener van antisociale persoonlijkheidsstoornis meet lifetime antisociale persoonlijkheidsstoornis en bepaalt niet of de symptomen in de afgelopen 12 maanden aanwezig waren. Daarom werden geen 12-maandsgegevens gerapporteerd van antisociale persoonlijkheidsstoornis.

^fHet percentage mensen met een 12-maandsaandoening van de mensen met een lifetimeaandoening is een ruwe maat voor de mate van het chronische beloop van de betreffende stoornis.

-- Niet gemeten.

-- Niet van toepassing.

		De samenhang tussen demografische kenmerken en psychische aandoeningen in de afgelopen 12 maanden, in percentage en oddsratio (OR) met 95%-betrouwbaarheidsinterval (95%-BI)										
		Stemmingsstoornis			Angststoornis		Middelenstoornis		ADHD ^b		Enigerlei as I-stoornis ^d	
		%	%	OR (95%-BI) ^a	%	OR (95%-BI) ^a	%	OR (95% BI) ^a	%	OR (95%-BI) ^a	%	OR (95%-BI) ^a
Geslacht												
Man		50,3	4,8	1	7,7	1	7,6	1	2,9	1	17,7	1
Vrouw		49,7	7,5	1,59 (1,21-2,08)	12,5	1,70 (1,36-2,13)	3,6	0,44 (0,30-0,63)	1,2	0,39 (0,19-0,80)	18,4	1,05 (0,87-1,27)
Leeftijd												
18-24		12,3	9,0	2,16 (1,26-3,72)	11,7	1,46 (0,91-2,33)	13,8	7,96 (4,01-15,81)	3,5	2,63 (1,09-6,37)	28,1	2,76 (1,95-3,89)
25-34		19,6	7,1	1,68 (1,23-2,29)	9,8	1,19 (0,83-1,71)	7,9	4,21 (2,30-7,72)	2,0	1,51 (0,63-3,59)	19,5	1,71 (1,31-2,23)
35-44		24,9	5,3	1,22 (0,83-1,80)	11,2	1,40 (1,02-1,91)	4,9	2,47 (1,41-4,32)	1,4	1	18,1	1,56 (1,21-2,02)
45-54		23,1	6,2	1,43 (1,01-2,02)	9,9	1,21 (0,89-1,65)	3,2	1,61 (0,86-3,01)	-- ^b	-- ^b	16,1	1,35 (1,04-1,76)
55-64		20,1	4,4	1	8,3	1	2,0	1	-- ^b	-- ^b	12,4	1
P for trend				0,005		0,13		<0,0001		0,04		< 0,0001
Opleiding												
Lager onderwijs		7,7	8,7	2,08 (1,13-3,83)	11,2	1,37 (0,86-2,16)	7,7	2,00 (1,19-3,37)	5,2	7,01 (1,73-28,46)	23,0	1,85 (1,22-2,81)
Lbo, mavo		22,6	8,5	1,90 (1,41-2,55)	12,8	1,55 (1,20-2,02)	6,1	1,10 (0,77-1,57)	3,7	4,47 (1,78-11,22)	22,0	1,55 (1,23-1,95)
Mbo, havo, vwo		41,7	5,4	1,16 (0,87-1,56)	9,4	1,09 (0,83-1,43)	5,7	1,15 (0,82-1,61)	1,7	2,24 (0,86-5,86)	17,2	1,17 (0,95-1,44)
Hbo, universiteit		28,0	4,6	1	8,6	1	4,5	1	0,7	1	14,6	1
P for trend				< 0,0001		0,004		0,04		0,004		< 0,0001
Woonsituatie												
Met partner met kinderen		39,8	3,9	1	8,9	1	2,3	1	1,1	1	13,2	1
Met partner zonder kinderen		27,3	4,0	1,15 (0,74-1,76)	8,8	1,13 (0,83-1,53)	3,8	2,25 (1,40-3,59)	2,0	1,45 (0,41-5,21)	14,3	1,30 (1,01-1,69)
Alleenstaande ouder		5,2	12,3	3,03 (1,94-4,72)	15,1	1,60 (1,07-2,40)	4,5	2,73 (1,50-4,98)	3,5	4,39 (1,34-14,38)	23,9	2,05 (1,47-2,85)
Alleenstaand		15,6	10,7	3,26 (2,28-4,67)	12,7	1,72 (1,26-2,35)	10,3	4,61 (3,17-6,72)	3,3	2,10 (0,68-6,46)	26,6	2,53 (1,96-3,26)
Bij ouders		10,4	9,0	2,51 (1,18-5,35)	11,7	1,53 (0,84-2,79)	16,1	5,49 (2,92-10,32)	3,0	1,42 (0,28-7,09)	28,3	2,23 (1,37-3,63)
Met anderen		1,7	13,8	4,18 (1,65-10,55)	10,8	1,43 (0,40-5,16)	8,9	3,02 (0,96-9,54)	2,0	1,06 (0,11-9,96)	29,8	2,66 (1,30-5,46)
Werksituatie												
Betaald werk		71,0	5,1	1	8,3	1	5,2	1	1,7	1	16,1	1
Huisvrouw/-man		10,7	5,2	0,96 (0,67-1,37)	13,2	1,43 (1,03-2,00)	2,6	1,08 (0,55-2,10)	1,2	1,56 (0,51-4,77)	17,3	1,29 (0,99-1,69)
Student		6,4	6,0	0,69 (0,31-1,52)	12,1	1,41 (0,71-2,78)	12,7	1,09 (0,48-2,48)	2,1	0,64 (0,11-3,58)	24,1	0,92 (0,53-1,60)
Werkloos, arbeidsongeschikt		7,1	18,4	4,59 (3,05-6,92)	23,6	3,71 (2,67-5,15)	11,1	2,75 (1,67-4,54)	6,4	3,62 (1,32-9,95)	37,8	3,58 (2,66-4,81)
Gepensioneerd, anders		4,9	5,5	2,02 (1,14-3,56)	7,4	1,30 (0,65-2,60)	1,2	0,49 (0,20-1,19)	-- ^c	-- ^c	11,4	1,14 (0,70-1,85)
Inkomen												
Laag		27,9	11,4	4,44 (3,01-6,54)	14,5	2,94 (2,31-3,74)	11,6	2,79 (1,72-4,50)	4,2	8,38 (2,93-23,95)	29,0	3,31 (2,69-4,07)
Midden		45,4	5,4	1,83 (1,21-2,76)	9,9	1,78 (1,31-2,41)	3,8	1,03 (0,66-1,61)	1,0	2,13 (0,72-6,33)	16,1	1,61 (1,29-2,02)
Hoog		26,7	3,0	1	6,0	1	3,3	1	0,5	1	10,6	1
P for trend				< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001		< 0,0001
Etnische afkomst												
Westers		92,8	5,9	1	9,6	1	5,5	1	2,2	1	17,7	1
Niet-westers		7,2	9,3	1,40 (0,87-2,28)	16,1	1,68 (1,19-2,36)	7,0	1,04 (0,60-1,80)	0,7	0,30 (0,07-1,27)	22,3	1,15 (0,87-1,53)
Religieus												
Niet		61,7	6,9	1	10,6	1	6,4	1	2,1	1	19,9	1
Wel		38,3	4,8	0,69 (0,53-0,89)	9,4	0,87 (0,70-1,09)	4,4	0,79 (0,58-1,09)	2,0	1,06 (0,47-2,36)	15,0	0,74 (0,63-0,88)
Urbanisatiegraad												
Zeer laag		11,7	7,9	1	8,1	1	4,7	1	2,4	1	17,4	1
Laag		21,1	5,2	0,63 (0,40-1,00)	8,9	1,12 (0,73-1,71)	5,5	1,16 (0,63-2,13)	2,4	1,02 (0,24-4,40)	16,2	0,91 (0,69-1,22)
Matig		18,9	5,2	0,63 (0,41-0,96)	9,9	1,24 (0,82-1,89)	4,7	1,00 (0,55-1,81)	1,9	0,82 (0,19-3,55)	16,8	0,95 (0,72-1,26)
Hoog		29,6	7,3	0,88 (0,59-1,32)	11,0	1,39 (0,95-2,05)	6,0	1,18 (0,60-2,31)	2,1	0,86 (0,22-3,36)	19,3	1,09 (0,80-1,49)
Zeer hoog		18,7	5,2	0,60 (0,38-0,95)	11,5	1,46 (1,01-2,10)	6,7	1,26 (0,68-2,33)	1,7	0,70 (0,18-2,73)	19,7	1,09 (0,84-1,43)
P for trend				0,47		0,01		0,50		0,52		0,15

Cursief gedrukt: significante OR of 'p for trend' (< 0,05).

^aOddsratio's werden gecontroleerd voor geslacht en leeftijd.^bADHD in de volwassenheid werd alleen gemeten bij respondenten van 18-44 jaar.^cNiet genoeg respondenten in deze categorie om de OR te berekenen.^dHierbij werd ADHD gecodeerd als afwezig bij de respondenten van 45-64 jaar bij wie deze aandoening niet was bepaald.

Demografische determinanten van 12-maandsaandoeningen

Beide seksen verschilden niet in prevalentie van enigerlei aandoening in de voorgaande 12 maanden, maar vrouwen hadden vaker stemmings- en angststoornis, terwijl mannen vaker middelenstoornis en ADHD in de volwassenheid rapporteerden (tabel 2). Bij een jongere leeftijd werd een grotere kans op stemmings-, middelenstoornis en ADHD in de volwassenheid gezien. Vooral de jongste leeftijdsgroep liet een beduidend grotere kans – 8 keer zo groot – op middelenstoornis zien dan de oudste groep. Bij een lager opleidingsniveau was er een grotere kans op stemmings-, angst-, middelenstoornis en ADHD in de volwassenheid. Met een partner wonen verminderte de kans op een aandoening vergeleken met alleen of met anderen wonen. Vergeleken met degenen die betaald werk hadden, hadden werklozen en arbeidsongeschikten een 3-4 keer zo grote kans op alle hoofdgroepen van aandoeningen. Huisvrouwen/-mannen verschilden niet van degenen met een betaalde baan, alleen de angststoornis kwam vaker bij huisvrouwen/-mannen voor. Voor alle hoofdgroepen bleek dat men bij een hoger huishoudinkomen relatief beter af was dan bij een lager inkomen. Personen van niet-westerse afkomst (respondent of minstens één ouder is niet geboren in West-Europa of Noord-Amerika) hadden vaker angststoornis. Religieus zijn hing samen met minder vaak voorkomen van stemmingsstoornis. Bij een hogere urbanisatiegraad werd vaker angststoornis gezien.

Sekseverschillen in de prevalentie van aandoeningen waren hetzelfde voor de verschillende leeftijdscategorieën, met uitzondering van enigerlei middelenstoornis in de leeftijdsgroep van 25-34 jaar ($p = 0,01$) en 35-44 jaar ($p = 0,002$), waar het sekseverschil beduidend groter was ($OR = 0,31$; 95%-BI = 0,19-0,50, respectievelijk $OR = 0,25$; 95%-BI = 0,14-0,43) dan bij de jongste en oudste groepen.

Trends in prevalentie van 12-maandsaandoeningen

Tabel 3 laat zien dat de schatting van de geïmputeerde 12-maandsprevalentie van enigerlei DSM-IV-aandoening in NEMESIS-1 en de directe meting ervan in NEMESIS-2 niet significant verschilden (17,1% in 1996 versus 17,5% tussen 2007-2009; $p = 0,62$). Voor de hoofdgroepen angst- en middelenstoornis werd ook geen significante verandering tussen de studies gezien. Voor stemmingsstoornis werd een kleine daling gezien (7,4 versus 6,1%; $p = 0,02$), maar dit verschil was niet meer significant na controle voor verschillen in demografische samenstelling van de bevolking ten tijde van beide studies ($p = 0,13$). In beide studies waren de vier meest voorkomende aandoeningen: depressie, specifieke fobie, sociale fobie en alcoholmisbruik.

Trends in demografische determinanten van 12-maandsaandoeningen

Slechts enkele significante interacties werden gevonden tussen tijdstip (NEMESIS-1 of -2) en demografische determinanten van de directe

TABEL 3 Veranderingen in 12-maandsprevalentie van hoofdgroepen van DSM-IV psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar, op basis van de beide NEMESIS-studies; % met 95%-betrouwbaarheidsinterval (95% BI)^a

	NEMESIS-1 1996 % ^b (95%-BI)	NEMESIS-2 2007-2009 % (95%-BI)	χ^2	p^c	p^d
Stemmingsstoornis	7,4 (6,8-8,0)	6,1 (5,5-6,7)	9,18	0,02	0,13
Angststoornis	10,2 (9,5-11,0)	10,1 (9,4-10,8)	0,08	0,85	0,72
Middelenstoornis	5,8 (5,3-6,3)	5,6 (5,1-6,2)	0,19	0,78	0,90
Enigerlei stoornis	17,1 (16,2-18,0)	17,5 (16,6-18,4)	0,47	0,62	0,30

^aDe data werden gewogen zodat deze representatief waren voor de volwassen Nederlandse bevolking in de betreffende onderzoeksperiode.

^bDe DSM-IV-prevalenties in NEMESIS-1 werden geschat door middel van 'imputatie'.

^cNiet gecorrigeerd voor demografische verschillen tussen de studies.

^dGecorrigeerd voor demografische verschillen tussen de studies.

bepalingen van de hoofdgroepen stemmings-, angst- en middelenstoornis. Een grotere daling in stemmingsstoornis werd gevonden bij een hogere urbanisatiegraad ($p = 0,001$). Een grotere daling in angststoornis werd gevonden als het opleidingsniveau lager was ($p = 0,001$) en een grotere daling in middelenstoornis werd gevonden bij mannen vergeleken met vrouwen ($p = 0,001$).

DISCUSSIE

Sterkte en beperkingen

NEMESIS-2 is de eerste Nederlandse bevolkingsstudie die externaliserende stoornissen onder een substantiële steekproef bepaalt. Daardoor kon een betere indicatie van de psychische gezondheidstoestand van de bevolking worden verkregen dan in NEMESIS-1. Met beide studies kon de trend in 12-maandsprevalentie van stemmings-, angst- en middelenstoornis worden bestudeerd.

Over de prevalentieschattingen in NEMESIS-2 moeten de volgende beperkingen worden genoemd. De prevalenties zijn gebaseerd op het zich kunnen herinneren van symptomen. Over het algemeen herinneren mensen zich vooral recente en ernstigere problemen. Dit kan een bron van onderschatting vormen bij het bepalen van lifetime-aandoeningen (Moffitt e.a. 2010), maar dit is minder waarschijnlijk bij 12-maandsaandoeningen.

Systematische non-respons kan leiden tot vertekening van de prevalentie van aandoeningen (Turner e.a. 1998). Uit ons non-responsonderzoek bleek dat non-responders significant vaker stemmings- en angstproblemen en aandachtstekorten en gedragsproblemen rapporteerden dan respondenten (de Graaf e.a. 2010). Daarnaast hadden moeilijk bereikbare of te overreden respondenten vaker een aandachtstekort- of gedragsstoornis, maar geen andere aandoeningen. Het is daarom niet onwaarschijnlijk dat ook in onze studie de prevalenties, met name van aandachtstekort- en gedragsstoornissen, onderschattingen zijn.

In deze studie excludeerden wij mensen die de Nederlandse taal niet voldoende machtig waren en mensen die voor een langere periode in instellingen verbleven. Omdat deze mensen slechts een zeer klein deel van de Nederlandse bevolking uitmaken, zullen de hier gevonden prevalenties nauwelijks veranderen indien zij wel aan de studie hadden deelgenomen.

Over de bepaling van de trends moeten we opmerken dat beide studies enigszins verschilden in steekproeftrekking (meer gemeenten in NEMESIS-2), werving van respondenten (in NEMESIS-2 werd hier beduidend meer tijd aan besteed en werd een hogere financiële tegemoetkoming gegeven), diagnostisch classificatiesysteem en CIDI-instrument. Voor het bepalen van trends konden we geen directe vergelijking maken tussen de prevalenties van 12-maandsaandoeningen in beide studies. Daarom werden binnen NEMESIS-1 DSM-IV-aandoeningen indirect bepaald door middel van imputatie, met gebruikmaking van belangrijke variabelen gemeten in beide studies. Hierbij werd rekening gehouden met de aanpak van het CIDI in NEMESIS-2 waarbij een screener werd gebruikt. Hoewel binnen NEMESIS-2 de 'area under the curve' goed was voor bijna alle afzonderlijke aandoeningen, moeten de schattingen van DSM-IV-aandoeningen binnen NEMESIS-1 met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, onder andere omdat de kernsymptomen van de CIDI 3,0-screener in NEMESIS-2 niet altijd precies hetzelfde waren gedefinieerd als de corresponderende in NEMESIS-1.

Prevalentie van psychische aandoeningen

NEMESIS-2 laat zien dat 4 op de 10 mensen (42,7%) ooit in hun leven een as I-aandoening hebben gehad, en bijna 1 op de 5 (18,0%) deze had in de afgelopen 12 maanden. Aandachtstekort- of gedragsstoornis kwam vaak voor, maar niet zo vaak als stemmings-, angst- en middelenstoornis. Vrouwen hadden een grotere kans op een stemmings- en angststoornis dan mannen, maar een kleinere kans op middelenstoornis en aandachts-

tekort- of gedragsstoornis. Hierdoor was er geen sekseverschil in de prevalentie van 'enigerlei as I-aandoening'. Comorbiditeit kwam vaak voor: van degenen met een lifetime-aandoening had 46,4% minstens twee stoornissen. De last van psychische aandoeningen is dus vooral geconcentreerd in een relatief kleine groep van mensen met meerdere aandoeningen.

De prevalenties van psychische aandoeningen in Nederland komen overeen met die in andere West-Europese landen, maar zijn iets lager dan in de VS (Kessler e.a. 2007). Vooral het verschil met de VS van ADHD (NEMESIS-2: 3,0% en NCS-R: 8,1%) en gedragsstoornis (NEMESIS-2: 5,6% en NCS-R: 9,5%) is opvallend. De prevalentie van ADHD in de volwassenheid (2,1%) en de persistentie ervan in de volwassenheid (69,9%) liggen in NEMESIS-2 binnen de grenzen van 1,2-7,3% (gemiddeld: 3,4%), respectievelijk 32,8-84,1% (gemiddeld: 50,0%), die gevonden zijn in de verschillende landen die aan de WHO-World Mental Health-studies deelnamen (Fayyad e.a. 2007; Lara e.a. 2009).

Lagere sociaaleconomische status (laag opleidingsniveau, laag inkomen, geen betaalde baan) hing samen met alle gemeten 12-maandsaandoeningen. Andere demografische determinanten waren jongere leeftijd (stemmings-, middelenstoornis en ADHD in de volwassenheid), niet met een partner wonen (stemmings-, angst- en middelenstoornis), niet-westerse afkomst (angststoornis), niet religieus zijn (stemmingsstoornis) en hogere urbanisatiegraad (angststoornis). Deze kenmerken komen ruwweg overeen met die uit andere bevolkingsstudies (Lépine e.a. 1989; WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology 2000; WHO World Mental Health Survey Consortium 2004).

Bij 18-24-jarigen was de 12-maandsprevalentie van middelenstoornis veel hoger dan bij oudere leeftijdsgroepen, ook bij vrouwen. Daarom bestudeerden we of het sekseverschil kleiner zou zijn bij de jongste leeftijdsgroep. Het sekseverschil bleek inderdaad het kleinst in deze leeftijdsgroep, maar ook in de oudste (≥ 45 jaar), vergeleken met 25-44-jarigen. Recent Nederlands onderzoek laat

zien dat er tussen mannelijke en vrouwelijke adolescenten steeds minder verschillen bestaan in alcoholgebruik (Monshouwer 2008). De bevinding bij de oudste groep kan worden verklaard door een relatief lage prevalentie van middelenstoornissen bij beide seksen.

Trends in psychische aandoeningen

De 12-maandsprevalentie van angst-, middelen- en enigerlei stoornis verschilde niet tussen beide studies. Wel werd een kleine daling voor stemmingsstoornis gevonden die niet meer significant was als rekening werd gehouden met verschillen in bevolkingssamenstelling ten tijde van beide studies. Dit kwam vooral doordat in NEMESIS-2 vergeleken met NEMESIS-1 meer mensen ouder waren, een betaalde baan hadden en hoger opgeleid waren. Ondanks speculaties over een mogelijke toename van het relatieve aantal mensen in de bevolking met psychische problemen, vonden wij hiervoor geen bewijs in de periode 1996 tot 2009. Dit komt overeen met soortgelijke trendstudies uitgevoerd in Groot-Brittannië, de VS en Australië (Brugha e.a. 2004; Kessler e.a. 2005a; Slade e.a. 2009).

Enkele demografische risicogroepen voor 12-maandsaandoeningen lieten sinds NEMESIS-1 veranderingen zien. Onder andere werd een daling in voorkomen van stemmingsstoornis gezien in urbane gebieden. Terwijl urbanisatiegraad samenhang met alle hoofdgroepen van aandoeningen in NEMESIS-1 (Peen e.a. 2007), werd dit alleen voor angststoornis gezien in NEMESIS-2. Op een aantal aspecten, zoals communicatiemogelijkheden en mobiliteit, is het mogelijk dat wonen in rurale gebieden tegenwoordig niet meer zo veel verschilt van wonen in meer urbane gebieden als een decennium geleden. Daarnaast werd de Nederlandse economische situatie in 2007/2008 gekenmerkt door een langdurige periode van voorspoed, waar vooral urbane gebieden voordeel bij hadden, wat een daling in psychische aandoeningen tot gevolg kan hebben gehad in deze gebieden. Terzijde merken we op dat de meeste respon-


denten in NEMESIS-2 (72%) werden geïnterviewd voordat de huidige economische recessie eind 2008 begon.

CONCLUSIE

De resultaten laten zien dat psychische aandoeningen frequent voorkomen. Ooit in het leven komen stemmings-, angst- en middelenstoornis bijna even vaak voor. Angststoornis is de meest prevalentie 12-maandsaandoening. Lifetime-aandachtstekort- of gedragsstoornis, die niet bepaald werd in NEMESIS-1, werd bij 1 op de 10 gezien. ADHD was nog steeds aanwezig bij 7 van de 10 personen met ADHD in de kindertijd. De bestudeerde determinanten van 12-maandsaandoeningen, zoals lage sociaaleconomische status, zijn goede uitgangspunten voor preventieactiviteiten.

NOOT

1 Een uitgebreidere versie van dit artikel werd eerder gepubliceerd in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (DOI: 10.1007/s00127-010-0334-8) met de titel 'Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2'. Afgedrukt met toestemming.

 NEMESIS-2 wordt uitgevoerd door het Trimbos-instituut en gefinancierd door het ministerie van VWS. Aanvullende financiering werd verkregen van ZonMw en de 'Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators' en het RIVM. De externe adviescommissie (prof.dr. Paul Schnabel (voorzitter), prof.dr. Aartjan Beekman, prof.dr. Jozien Bensing, prof.dr. Wim van den Brink, drs. Wim Brunenberg, prof.dr. Hans van Oers, prof.dr. Hans Ormel en mr. Mady Samuels) en de interne adviescommissie (dr. Margriet van Laar, prof. dr. Filip Smit en dr. Jan Walburg) droegen bij aan de studie.

LITERATUUR

- Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A, de Rijk C, Langendoen Y. The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS): Objectives and design. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998a; 33: 581-6.
- Bijl RV, van Zessen G, Ravelli A. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998b; 33: 587-95.
- 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. *Am J Public Health* 2000; 90: 602-7.
- Brugha TS, Bebbington PE, Singleton N, Melzer D, Jenkins R, Lewis G, e.a. Trends in service use and treatment for mental disorders in adults throughout Great Britain. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 378-84.
- Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 2141-7.
- Fayyad J, de Graaf R, Kessler R, Alonso J, Angermeyer M, Demyttenaere K, e.a. The cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 402-9.
- Graaf R de, ten Have M, van Dorsselaer S. Opzet en methode van de bevolkingsstudie NEMESIS -2: Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 17-26.
- Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, e.a. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res* 2006; 15: 167-80.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, e.a. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New Engl J Med* 2005a; 352: 2515-23.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005b; 62: 617-27.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, de Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, e.a. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Surveys. *World Psychiatry* 2007; 6: 168-76.

- Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. Zorg van velen. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2002.
- Lara C, Fayyad J, de Graaf R, Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Angermeyer M, e.a. Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: Results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biol Psychiatry* 2009; 65: 46-54.
- Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 553-64.
- Lépine JP, Lellouch J, Lovell A, Teherani M, Ha C, Verdier-Taillefer MH, e.a. Anxiety and depressive disorders in a French population: Methodology and preliminary results. *Psychiatric Psychobiology* 1989; 4: 267-74.
- Moffitt TE, Caspi A, Taylor A, Kokaua J, Milne BJ, Polanczyk G, e.a. How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychol Med* 2010; 40: 899-909.
- Monshouwer K. Welcome to the house of fun. Epidemiological findings on alcohol and cannabis use among Dutch adolescents (proefschrift). Utrecht: Universiteit Utrecht; 2008.
- Peen J, Dekker J, Schoevers RA, ten Have M, de Graaf R, Beekman AT. Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42: 984-9.
- Robins LN, Cottler L, Buchholz K, Compton W. *Diagnostic Interview Schedule for DSM-IV*. St. Louis, USA: Washington University; 1995.
- Schoemaker C, Have M ten, Sytema S, Verhaak P. Trends in de geestelijke volksgezondheid in Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2007; 62: 824-35.
- Slade T, Johnston A, Oakley Browne MA, Andrews G, Whiteford H. 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: methods and findings. *Aust N Z J Psychiatry* 2009; 43: 54-605.
- Stoop IAL. The hunt for the last respondent. Nonresponse in sample surveys. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau; 2005.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581-90.
- Tick NT, van der Ende J, Verhulst FC. Ten-year trends in self-reported emotional and behavioral problems of Dutch adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 349-55.
- Turner CF, Ku L, Rogers SM, Lindberg LD, Pleck JH, Sonenstein FL. Adolescent sexual behavior, drug use, and violence: Increased reporting with computer survey technology. *Science* 1998; 280: 867-73.
- WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 413-26.
- Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO - Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994; 28: 57-84.

AUTEURS

RON DE GRAAF is gezondheidswetenschapper en als hoofd van het programma Epidemiologie & Monitor Geestelijke Gezondheid verbonden aan het Trimbos-instituut te Utrecht.

MARGREET TEN HAVE is gezondheidswetenschapper en als senior wetenschappelijk medewerker verbonden aan hetzelfde instituut.

COEN VAN GOOL is psycholoog en als onderzoeker verbonden aan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu te Bilthoven.

SASKIA VAN DORSSELAER is psycholoog en als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het Trimbos-instituut te Utrecht.

Correspondentieadres: dr. ir. Ron de Graaf, Trimbos-instituut, Da Costakade 45, 3521 VS Utrecht.

E-mail: rgraaf@trimbos.nl

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-5-2011.

SUMMARY

Prevalence of mental disorders, and trends from 1996 to 2009. Results from NEMESIS-2 – R. de Graaf, M. ten Have, C. van Gool, S. van Dorsselaer –

BACKGROUND Little is known about the prevalence and trends of mental disorders in the Dutch population.

AIM To present the prevalences of lifetime and 12-month DSM-IV mood disorders, anxiety disorders, and substance use disorders and impulse-control disorders reported in NEMESIS-2 (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study), and to compare the 12-month prevalence of mood disorders, anxiety disorders and substance use disorders with estimates from the first study (NEMESIS-1).

METHOD Between November 2007 and July 2009, face-to-face interviews were conducted among 6646 subjects aged 18-64 by means of the Composite International Diagnostic Interview 3.0. Trends in mental disorders were examined with these data and NEMESIS-1 data from 1996 ($n = 7076$).

RESULTS The lifetime prevalence in NEMESIS-2 was 20.2% for mood disorder, 19.6% for anxiety disorder, 19.1% for substance use disorder and 9.2% for impulse-control or behaviour disorder. For the 12-month disorders, the prevalences were 6.1%, 10.1%, 5.6% and 2.1%, respectively. Between 1996 and 2007-2009, there was no change in the 12-month prevalence of anxiety disorder and substance use disorder. The 12-month prevalence of mood disorder decreased slightly but was no longer significant after differences in the sociodemographic variables between the two studies had been taken into account.

CONCLUSION This study shows that in the Netherlands mental disorders occur fairly frequently. Over about a decade, no clear change was found in the mental health status of the population.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)1, 27-38]

KEY WORDS general population study, mental disorders, prevalence, determinants, trends