

10042

Kjønnsforskjeller i selvrapportert depresjon i et heterogent poliklinisk utvalg

Bacheloroppgave i Psykologi

Veileder: Martin Brattmyr

Mai 2023



10042

Kjønnforskjeller i selvrapportert depresjon i et heterogent poliklinisk utvalg

Bacheloroppgave i Psykologi
Veileder: Martin Brattmyr
Mai 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Godkjenning av riktige etiske instanser og datainnsamling ble gjort i forkant av min deltakelse i prosjektet. Det ferdige datasettet ble gitt til meg i startfasen av mitt arbeid, i en SPSS-fil. Studien er en del av et større prosjekt om kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten, og temaet for studien er derfor ikke min egen ide. Jeg sto imidlertid fritt til å utforme problemstillingen med utgangspunkt i variablene i datasettet. Problemstillingen utformet jeg selv, med noe hjelp av veileder til innsnevring og spissing av den. Valg av statistiske analyser fikk jeg litt hjelp til av veileder, men gjennomføring av analysene ble gjort selvstendig. Litteraturen som er benyttet i oppgaven har jeg funnet selv, med bruk av søkemotorene Pubmed, Google Scholar og Oria. Alle deler av oppgaven er skrevet på egenhånd, og jeg har fått gode tilbakemeldinger av veileder fortløpende gjennom arbeidet. Tilbakemeldingene skapte mer klarhet rundt flyt, struktur/disposisjon og faglige aspekter.

Jeg vil rette en stor takk til veileder Martin Brattmyr for god oppfølging og tilbakemeldinger av god kvalitet. Jeg vil også takke de andre studentene på bachelorgruppen, for gode diskusjoner som har vært til stor inspirasjon og bidratt til nye ideer. Til slutt vil jeg rette en takk til gode venner og familie for støtte og tålmodighet gjennom arbeidet.

Abstrakt

Kjønnsforskjeller i depresjon og respons på behandling er et mye omdiskutert tema, og tidligere forskning har vist sprikende resultater. Til tross for at rutinemessig behandling (eng. *treatment as usual*) er det vanligste behandlingsalternativet for psykiske lidelser, er kunnskap om det begrenset. Utvikling av denne kunnskapen kan være viktig for muliggjøring av bedre tilpasset og effektiv behandling. Denne studien hadde to formål: 1) undersøke hvorvidt det finnes kjønnsforskjeller i selvrapportert symptomskåre av depresjon ved inngang til behandling, 2) undersøke om det finnes kjønnsforskjeller i endring av selvrapporterte symptomskårer, fra før oppstart av behandling til gjennomført behandling. Dette ble gjort både på gruppe- og individnivå, ved bruk av t-test og chi²-test, for et heterogent poliklinisk utvalg i Norge. Resultatene viste ingen statistisk signifikante kjønnsforskjeller, verken på gruppe- eller individnivå. Dette kan indikere at kvinner og menn responderer ekvivalent på behandlingen, med hensyn til depresjonssymptomskårer. Implikasjonene sikter mot at kjønn ikke nødvendigvis er en faktor som behøves å ta stort hensyn til ved vurderinger og avgjørelser om behandling. Videre innebærer forslag til videre forskning å undersøke samme tematikk for andre kliniske utvalg for testing av generaliserbarhet, samt nærmere undersøkelser av underliggende variabler og deres mulige innvirkninger på resultatene.

Kjønnsforskjeller i selvrapportert depresjon i et heterogent poliklinisk utvalg

Kjønnsforskjeller i prevalens av depresjon har blitt omfattende undersøkt og rapportert, med konsistente funn av en livstidsrate på 2:1 for kvinner sammenlignet med menn (Cyranski et al., 2000; Hildebrandt et al., 2003; Van Noorden et al., 2010) på tvers av ulike kulturer (Bromet et al., 2011). Det er foreslått at kjønnsforskjeller i depresjon kan skyldes kombinasjoner av biologiske, psykologiske og sosiokulturelle faktorer (Albert, 2015; Rai et al., 2013). Tall fra Norsk Helseinformatikk – NHI (2022) viser at en av ti vil oppleve behandlingstrengende depresjon i løpet av livet, med større risiko som kvinne. Det kan være hensiktsmessig å utforske eventuelle kjønnsforskjeller i eksisterende behandlingsmetoder, både for å evaluere deres kvalitet, sikre at pasientene ikke blir utsatt for kjønnsdiskriminering, og for å utvikle tilpassede, individualiserte behandlingsplaner.

Flere studier har undersøkt kjønnsforskjeller i symptomrapportering av depresjon i normalpopulasjonen, både ved bruk av selvrapporteringsskjemaer og kliniker-vurderte instrumenter. En klar overvekt av resultatene fra tidligere forskning indikerer at kvinner oftere rapporterer høyere symptomtyngde enn menn, eller oppnår høyere skåre på depresjonsmål (Dion et al., 1990; Fraizer et al., 2012; Kuehner et al., 2009, s. 164; Williams et al., 1995). Andre studier har imidlertid funnet at det ikke finnes noen klinisk relevante, signifikante kjønnsforskjeller knyttet til symptomrapportering og alvorlighetsgrad av depresjonssymptomer (Hammen & Padesky, 1977; Hildebrandt et al., 2003; Maffeo et al., 1990).

Når det gjelder kjønnsforskjeller blant polikliniske populasjoner, er litteraturen mer begrenset. Av studier som har undersøkt representative polikliniske utvalg, fokuserer mange på kjønnsforskjeller i bruk av helsetjenester (Gagné et al., 2014; Ojeda & McGuire, 2006; Rhodes et al., 2002). Det er likevel noen funn knyttet til symptomskåre, som samsvarer med funn fra andre populasjoner, hvor kvinner oppnår høyere symptomskåre enn menn (Dell et al.,

2020; Van Noorden et al., 2009). Det finnes dog, i likhet med for andre populasjoner, også funn som taler for at det ikke finnes kjønnsforskjeller i alvorlighetsgrad og symptomskåre av depresjon (Hildebrandt et al., 2003; Steer et al., 1989). Utvalgene i disse studiene er imidlertid bestående av polikliniske pasienter som allerede er diagnostisert med en alvorlig depressiv lidelse. En kan derfor sette spørsmålstegn ved om dette kan generaliseres til mer heterogene polikliniske populasjoner, som inneholder pasienter med andre eller ikke-etablerte diagnoser. Tidligere forskning på depresjonssymptomer i polikliniske utvalg har gjerne selektert og begrenset seg til spesifikke diagnoser, og utvalgene har derfor vært mer homogene. Flere studier har dog funnet høy prevalens av depresjon- og angstsymptomer blant pasienter med flere ulike alvorlige sinnslidelser, uavhengig av primære diagnostiske kategorier (Karpov et al., 2016; Sala et al., 2012; Temmingh & Stein, 2015). Det kan derfor være et stort omfang av depresjonssymptomer, også i mer heterogene kliniske utvalg.

Symptomskåre før behandling kan være av videre betydning for behandlingseffekt og utfall (Kampman et al., 2008). Tidligere forskning på kjønnsforskjeller i behandlingseffekter for depresjon og andre psykiske lidelser har vist blandede resultater. Noen studier indikerer at kvinner kan ha større nytte enn menn av kognitiv atferdsterapi (KAT) for visse diagnoser (Asher et al., 2019; Carlbring et al., 2007), mens andre ikke har funnet noen signifikante forskjeller (Cuijpers et al., 2014; Parker et al., 2011; Staczan et al., 2017). Resultater for utfall av medikamentell behandling er i likhet som for KAT sprikende. På bakgrunn av at kjønn kan påvirke farmakokinetiske og farmakodynamiske prosesser (Preskorn, 1997), er det foreslått av flere at kvinner responderer bedre på selektive serotonin reopptaks inhibitorer (SSRI) enn trisykliske antidepressiva (TCA), og motsatt for menn (Kornstein et al., 2000, Young et al., 2009). Thase et al. (2000) gjennomførte imidlertid en gjennomgang av en rekke studier angående temaet, og fant flere funn som ikke kunne bekrefte disse forskjellene.

Videre antyder funn fra flere studier at det ikke finnes signifikante kjønnsforskjeller i behandlingsutfall i spesifikk behandling av en rekke lidelser som rusavhengighet (Shannon et al., 2014), tvangslidelse - OCD (Mathes et al., 2019), posttraumatisk stresslidelse - PTSD (Blain et al., 2010), psykose (Hong et al., 2023) og personlighetsforstyrrelser (Kvarstein et al., 2017). Det finnes dog noen funn fra tidligere forskning som indikerer at det kan finnes kjønnsforskjeller i spesifikk behandling av visse lidelser, som panikkangst, generalisert angstlidelse og sosial angst (Grubbs et al., 2015), schizofreni (Angermeyer et al., 1990) og spiseforstyrrelser (Halbeisen et al., 2022). Store deler av forskningen på behandlingseffekter for mentale lidelser har altså fokusert på spesifikke lidelser og behandlingsmetoder, heller en rutinemessig behandling, ofte referert til som «treatment as usual» (TAU). TAU er designet for å gi evidensbasert behandling i henhold til aksepterte standarder og kliniske retningslinjer innen en gitt disiplin (Löfholm et al., 2013). TAU er aktive intervensjoner, ofte med flere behandlingsmodaliteter inkludert (Gonzales, 2015). I psykisk helsevern og psykiatri kan TAU derfor innebære eksempelvis medikamentell behandling, psykoterapi, rådgivning eller ulike kombinasjoner av dem (Blais et al., 2013). De spesifikke behandlingene som inkluderes i TAU kan variere på tvers av ulike poliklinikker, da det avhenger av tilgjengelige ressurser, pasientpopulasjon og bemanning. Innholdet i TAU kan også variere på tvers av pasienter, på bakgrunn av diagnoser og symptomer (Blais et al., 2013). Informasjon om kvalitetsindikatorer for TAU er lite utdypet, til tross for at det er det vanligste behandlingsalternativet for de fleste pasienter i psykisk helsevern.

En kvalitetsindikator kan defineres som et indirekte mål på kvalitet av et bestemt område (Helsedirektoratet, 2022). Innen helsevern er åpenhet om kvalitet viktig både for pasienter, helsemyndighetene og helsetjenesten, og kvalitetsindikatorer kan gi verdifull faktabasert informasjon for prioriteringer, trygghet og forbedring av tjenestene (Helsedirektoratet, 2022). Kvalitetsindikatorerne i Norge i dag legger i stor grad vekt på

objektive mål på kvalitet og struktur- og prosessindikatorer, som blant annet epikrisetid, ventetid, forløpstid for evaluering og utredning og tvangsmiddelbruk mm. (Helsedirektoratet, 2022). Objektive mål som eksemplifisert over er viktige for tilrettelegging og forbedring av helsetjenester, men forteller lite om faktisk effekt og subjektiv opplevelse av effekt av behandling for pasientene.

Patient Reported Outcome Measures (PROM) kan benyttes i psykisk helsevern for å måle pasienters opplevelser knyttet til behandlingseffekt, sykdom og helse, og omtales derfor som resultatindikatorer (Helsedirektoratet, 2022). I kontrast til kliniker-vurderte instrumenter og objektive mål på kvalitet (epikrisetid, tvangsmiddelbruk osv.), kan PROM-instrumenter gi resultatmål basert på pasientenes perspektiver og ståsted. Dette kan gi verdifull informasjon som videre kan føre til en bredere forståelse av sykdom og rutinemessig behandling. En slik type mål er PHQ-9, som er et symptomkartleggingsinstrument for depresjon (Kroenke et al., 2001). PHQ-9 som utfallsmål av behandling kan derfor benyttes til å vurdere kvalitet og effektivitet av behandlingen, basert på pasientenes egenrapporterte tilstand. Videre kan anvendelse av denne metoden for å undersøke kjønnsforskjeller bidra til en mer omfattende forståelse av de eventuelle ulikhetene, og muliggjøre mer effektiv tilrettelegging basert på denne forståelsen.

Det finnes altså allerede store mengder forskning på feltet angående kjønnsforskjeller innen depresjonssymptomer, og resultatene er til dels sprikende. Til min kunnskap finnes det imidlertid få eller ingen studier som har undersøkt kjønnsforskjeller i effekt av TAU for heterogene polikliniske utvalg, med selvrapporterte depresjonssympomer som utfallsmål. Størsteparten av tidligere forskning på kjønnsforskjeller innen depresjonssymptomer baserer seg på randomiserte kontrollstudier (RCT) eller på grupper med spesifikke diagnoser (eksempelvis diabetes, depresjon og hjerteinfarkt), heller enn studier av representative utvalg av polikliniske pasienter. Polikliniske utvalg vil gjerne være mer representative for å

undersøke behandlingseffekter og kjønnsforskjeller slik det faktisk fungerer i virkeligheten for de fleste pasienter, og kan skape et bedre bilde av hvordan «de mest vanlige pasientene» har det. Av den grunn kan det være interessant å undersøke kjønnsforskjeller i depresjonssymptomrapportering i et mer heterogent utvalg av pasienter, med flere ulike diagnoser.

Denne studien har på bakgrunn av dette to formål: 1) undersøke hvorvidt det finnes kjønnsforskjeller i symptomskåre av depresjon ved inngang til behandling, 2) undersøke om det finnes kjønnsforskjeller i endring av selvrapporterte depresjonssymptomer, fra før oppstart av behandling til gjennomført behandling. Formål 2 vil undersøkes både på gruppe- og individnivå. Kjønnsforskjeller i depresjonsskåre vil altså ikke undersøkes kun på pasienter som allerede er diagnostisert med en spesifikk diagnose, men på et utvalg bestående av polikliniske pasienter med ulike diagnoser, samt pasienter uten etablert diagnose. Om trenden fra tidligere forskning også gjelder for dette utvalget vil kvinner trolig presentere høyere selvrapportert symptomskåre enn menn ved behandlingsstart, hvilket impliserer en dårligere utgangsposisjon. Det vil på bakgrunn av dette være rimelig å anta at potensialet for forbedring etter gjennomført behandling vil kunne være større for kvinner enn for menn. Basert på dette er hypotesen at det vil være kjønnsforskjeller. Det er forventet at kvinner vil ha høyere depresjonsskåre før behandling, og at det vil være større endring i skåren etter behandling for kvinner enn for menn.

Metode

Prosedyre og design

Datainnsamling foregikk elektronisk fra februar 2020 (pre) til mai 2022 (post) ved Nidaros distriktpsikiatriske senter (DPS), i Trondheim, Norge. Informasjon om studien og samtykkeskjema til deltakelse ble gitt deltakerne elektronisk. Deltakerne fikk tilsendt en rekke skjemaer, deriblant PHQ-9. I tillegg ble diagnostisk informasjon samlet inn via registerdata.

Den 7. revisjonen av Helsinkideklarasjonen, samt forskrifter og lover i Norge overholdes (NESH, 2021). Studien er godkjent av det Norske Senteret for Forskningsdata (NSD 2020/605327) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, REK Midt-Norge (REK 2019/31836). Konsekvensvurdering av personvern ble gjennomført i samarbeid med NSD.

Utvalg

Utvalget i studien består av polikliniske pasienter ved Nidaros DPS i Trondheim, Norge. Det opprinnelige datasettet består av $N = 2777$, som tilsvarer 68% av totalt inviterte deltakere. Ettersom denne studien søker etter å undersøke symptomskårer av depresjon både før (pre) og etter (post) behandling, er kun de deltakerne som har svart på både PHQ9-pre- og PHQ9-post-skjemaet relevante. Ekskluderingskriteriet er derfor å ikke ha svart på begge disse skjemaene, som gjelder for 2153 (78%) pasienter. Tjueto prosent ($n = 624$) besvarte depresjonsinstrumentet før og etter behandling, med en kjønnsfordeling av $n = 217$ (35%) menn og $n = 407$ (65%) kvinner.

Instrumenter

Informasjon om demografiske variabler ble hentet ut for kjønn, alder, sivilstatus og arbeidsstatus. Variablene sivil- og arbeidsstatus ble manuelt omgjort fra fritekst til binære verdier, av å være singel (1) eller i forhold (0), og nåværende sykemeldt (1) eller i arbeid (0).

Patient Health Questionnaire (PHQ-9) er et symptomkartleggingsinstrument for depresjon, som baserer seg på den fjerde versjonen av Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) for alvorlig depressiv lidelse. Instrumentet består av 9 ledd, med svaralternativer i en 4-punkts Likert-skala, fra 0 (ikke i det hele tatt) til 3 (nesten hver dag). Instrumentet har fått etablert gode psykometriske egenskaper, både i generelle medisinske og normalpopulasjoner (Gilbody et al., 2007; Kiely & Butterworth, 2015; Kroenke et al., 2001), og i psykiatriske populasjoner (Beard et al., 2016). PHQ-9 er benyttet i en rekke studier og

klinisk arbeid for kartlegging og screening av depresjon (Kroenke et al., 2001). I klinisk sammenheng benyttes ofte en grenseverdi på ≥ 10 som en indikasjon for potensiell depresjon (Gilbody et al., 2007; Kroenke et al., 2001). Samlede verdier fra hvert av spørsmålene i PHQ-9 ble samlet til to sumskårer - en for pre (før behandling), og en for post (etter behandling). Videre ble det laget en differanseskåre, ved å trekke post-sum fra pre-sum. I testing av reliabel endring kan det benyttes en klinisk grenseverdi på -6 for reliabel forbedring og +6 for reliabel forverring (National Institute for Health and Care Excellence, 2020; Norsk forening for kognitiv terapi, u.å.). Ingen endring fanger derfor opp individer som har en økning eller reduksjon i PHQ-9-skåre mellom -5 og 5. Disse grenseverdiene benyttes som utgangspunkt for dannelse av tre nye dummy-variabler: «reliabel forbedring», «reliabel forverring» og «ingen endring».

Manglende verdier

Det er noen manglende verdier i de deskriptive analysene. Dette gjelder for singel (missing = 34 stk., 5%), sykefravær (missing = 33 stk., 5%), F3 (missing = 203, 33%), F4 (missing = 203 stk., 33%). En noe større prosentandel menn (37%) enn kvinner (30%) hadde manglende verdier for diagnoser (F3 og F4). Til tross for stor andel manglende verdier for F3 og F4, ble deltakerne beholdt, med begrunnelse i at disse variablene ikke benyttes i primæranalysene, men heller fungerer som supplerende informasjon og brukes i tilleggsanalysene (diagnostisk informasjon, som en del av deskriptiv tabell).

Statistiske prosedyrer

IBM SPSS Statistics Version 27.0.1.0. ble brukt for å utføre de nødvendige statistiske analyser. Demografiske og diagnostiske forskjeller (alder, singel, sykefravær, F3, F4) ble testet på individnivå, ved bruk av χ^2 , mens PHQ-9-preskåre (sumskåre før behandling) og alder ble testet på gruppenivå, ved bruk av t -test. Tre analyser ved bruk av χ^2 (en for hver av de nye dummy-variablene), ble utført for å undersøke forskjeller i endringsskåre av PHQ-9

mellom kjønnene på individnivå. I tillegg ble en t-test utført for å undersøke kjønnsforskjeller (i PHQ-9 endring) på gruppenivå. Cohen's d ble funnet for behandlingseffekt, ved å sammenligne PHQ-9-preskåre og PHQ-9-postskåre, både for kjønnene hver for seg og samlet (begge kjønn).

Resultat

En uavhengig t-test viste en signifikant forskjell i gjennomsnittsalder mellom kvinner og menn, $t(382.06) = -3.32, p < .001$. En χ^2 -test viste en signifikant forskjell i frekvens av single blant kvinner og menn, $X^2(1, N = 624) = 6.14, p = .013$, samt en signifikant forskjell i frekvens av angstlidelser mellom kvinner og menn, $X^2(1, N = 624) = 4.37, p = .037$. Det var ingen signifikant frekvensforskjell mellom kvinner og menn for sykefravær, $X^2(1, N = 624) = 1.07, p = .302$, eller for stemningslidelser, $X^2(1, N = 624) = 1.47, p = .226$. (Se tabell 1).

En χ^2 -test gav ikke en statistisk signifikant assosiasjon mellom kjønn og endring i PHQ-9-skåre mellom før og etter behandling på individnivå, hverken for reliabel forbedring, $X^2 = 0.10, p = .752$, ingen endring, $X^2 = 0.22, p = .636$, eller reliabel forverring, $X^2 = 0.16, p = .687$. En uavhengig t-test viste ingen statistisk forskjell i sumskåre på PHQ-9 før behandling, $t(460.68) = 0.85, p = .396$, eller i endring av PHQ-9-skåre mellom før og etter behandling på gruppenivå, $t(432.80) = 0.38, p = .702$. Effektstørrelsen for endring i symptomskåre var moderat både for kvinner, $d = .610$, og menn, $d = .628$. Effektstørrelsen for utvalget samlet var også moderat, $d = .617$. (Se tabell 2).

Tabell 1**Deskriptiv tabell av demografiske variabler for utvalget**

	Total (<i>N</i> = 624)	Kvinner (<i>n</i> = 407)	Menn (<i>n</i> = 217)	<i>t</i> /chi ²	<i>P</i>
Alder (SD)	30.57 (10.44)	29.52 (9.72)	32,55 (11.44)	<i>t</i> = -3.32	<.001
Singel	327 (55%)	198 (52%)	129 (62%)	X ² = 6.14	.013
Sykefravær	212 (36%)	132 (34%)	80 (39%)	X ² = 1.07	.302
F3 - stemningslidelser	130 (31%)	82 (29%)	48 (35%)	X ² = 1.47	.226
F4 - angstlidelser	129 (31%)	96 (34%)	33 (24%)	X ² = 4.37	.037

Note. Frekvens av valid prosent.

Tabell 2**Resultater fra testing av kjønnsforskjeller i PHQ-9-skåre og behandlingseffekt**

	Total (<i>N</i> = 624)	Kvinner (<i>n</i> = 407)	Menn (<i>n</i> = 217)	<i>t</i> /chi ²	<i>P</i>
PHQ9-preskåre (SD)	15.09 (5.55)	15.22 (5.64)	14.83 (5.36)	<i>t</i> = 0.85	.396
Forverring	26 (4%)	16 (4%)	10 (5%)	X ² = 0.16	.687
Ingen endring	376 (60%)	248 (61%)	128 (59%)	X ² = 0.22	.636
Forbedring	222 (36%)	143 (35%)	79 (36%)	X ² = 0.10	.752
Mean (SD)	-3.71 (6.02)	-3.64 (5.98)	-3.84 (6.11)	<i>t</i> = 0.38	.702
Cohen's <i>d</i>	.617	.610	.628		

Note. Frekvens av valid frekvens. Forverring (=>6), Ingen endring (±5), forbedring (= <-6). Mean = middelverdi av forandring av skåre før og etter behandling.

Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke mulige kjønnsforskjeller i selvrappertert symptomskåre for depresjon, samt i endring av symptomrapportering fra før til etter gjennomført behandling. Utgangspunktet for hypotesen var at kvinner ville ha høyere symptomskåre før behandling enn menn, som innebærer at de ville hatt et dårligere utgangspunkt i form av høyere symptomtrykk. Tanken var at kvinner følgelig ville ha større potensiale for forbedring av symptomskåre ved behandling. Resultatene viste imidlertid at

symptomskåren før behandling var tilnærmet lik mellom kvinner og menn, og de hadde dermed like utgangspunkt. Endringer i depresjonsskåre fra før til etter behandling og effektstørrelsen (Cohen's *d*) var også relativt lik mellom kjønnene, som kan indikere at menn og kvinner i dette utvalget responderer likt på behandlingen. Dette gjelder både for forbedring, forverring og ingen endring, samt gjennomsnittlig endring i PHQ-9-skåre.

Underliggende faktorer

Til tross for at det ikke fantes noen signifikante resultater i primæranalysene med hensyn til kjønnsforskjeller i PHQ-9-skåre, var det et par signifikante funn i de deskriptive analysene. Gjennomsnittsalderen var statistisk signifikant forskjellig mellom kjønnene og flere menn enn kvinner var single. Flere studier har vist at gifte mennesker har bedre mental helse enn de som er single, separerte, skilte eller enke (Bulloch et al., 2009; LaPierre, 2009; Jang et al., 2009). Det er også funnet at kvinner oftere har større og sterkere nettverk enn menn, mens menn ofte rapporterer kona/kjæresten til å være deres største kilde til sosial støtte (McLaughlin et al., 2010; Pugliesi & Shook, 2009). På denne måten kan sivilstatus henge sammen med sosial støtte, som igjen kan være viktig for mental helse. En kan dermed spekulere i om antallet single menn i utvalget, som var høyere enn antallet single kvinner, kan ha påvirket mennenes depresjonsskåre og bidratt til en økning. Det er imidlertid vanskelig å trekke konklusjoner og slutninger angående effekten av alder og sivilstatus på bakgrunn av denne dataen, da det ikke var anledning til å undersøke dette dypere.

Videre var det flere kvinner enn menn med diagnostisert angstlidelse (F4), og flere menn enn kvinner med diagnostisert affektiv lidelse (F3). Sistnevnte forskjell var imidlertid ikke statistisk signifikant. Tidligere forskning har vist lignende resultater som det førstnevnte, med høyere prevalens av angstlidelser for kvinner enn menn i polikliniske populasjoner (Pesce et al., 2016). Det samme viser tall fra Folkehelseinstituttet (Folkehelseinstituttet, 2023). I kontrast til denne studien viser tall fra Folkehelseinstituttet høyere prevalens av

affektive lidelser for kvinner enn menn i spesialisthelsetjenesten på landsbasis (Folkehelseinstituttet, 2023), som samsvarer med funn fra annen forskning (Abate, 2013).

Det er rimelig å anta at pasientene med etablerte depresjonsdiagnoser kan bidra til å øke gjennomsnittet på PHQ-9-skårene. Følgelig ville det dermed vært mer naturlig om menn hadde hatt høyere skårer, ettersom flere menn enn kvinner i utvalget har fått diagnostisert en affektiv lidelse. Samtidig har flere kliniske studier funnet sterke korrelasjoner mellom depresjon og angst, da flere av symptomene for begge tilstander kan være overlappende (Kessler et al., 2005; McLean et al., 2011). Det er følgelig ikke uvanlig å observere at angstsymptomer også kan reflekteres i depresjonsrapportering (Tiller, 2013). Ettersom kvinner har høyere prevalens av angstlidelser i utvalget kan det derfor tenkes at dette kan bidra til å jevne ut skårene.

Videre er det rimelig å anta at pasientene med angstdiagnose har fått angstrettet behandling, og at pasientene med en affektiv lidelse har fått depresjonsrettet behandling. Med tanke på at utfallsmålet (PHQ-9) er et symptommålingsinstrument for depresjon er det plausibelt å anta at depresjonsrettet behandling gjerne kunne hatt bedre effekt på utfallsmålet sammenlignet med angstrettet behandling. Tidligere forskning har imidlertid vist at pasienter som behandles for angst også kan oppleve reduksjon i opplevde depresjonssymptomer ved bedring av hoveddiagnosen (McKenzie & Marks, 1999). Det kan tenkes at dette kan ha sammenheng med at angst og depresjon ved flere tilfeller er funnet sterkt korrelert, og at de ofte opptrer sammen som komorbide lidelser, i et resiprokt samspill hvor de kan bidra til å opprettholde og forsterke hverandre (Kessler et al., 2005; McLean et al., 2011; Tiller, 2013). Det er imidlertid viktig å bemerke at det finnes mange manglende verdier for diagnostisk informasjon i utvalget, med noe høyere prosentandel for menn (30% kvinner og 37% menn). Dette kan gjøre det vanskelig å fastslå om noen av kjønnene har høyere prevalens av lidelsene i det gjeldende utvalget, da de manglende verdiene gjør at denne informasjonen går tapt for

flere deltakere. Det kan også være vanskelig å konstatere hvilke innvirkninger eventuelle kjønnsforskjeller i prevalens av angst- og affektive lidelser har for resultatene. Dette skyldes begrensningene i datamaterialet, og det faktum at begge diagnosegruppene, samt behandlingen som gis for dem, sannsynligvis vil påvirke depresjonsskåren direkte.

Disse underliggende variablene kan ha innvirkninger på hovedfunnene om fravær av kjønnsforskjeller i depresjonsskåre og behandlingseffekt. Denne studien hadde imidlertid ikke mulighet til å utforske dette dypere. Det er likevel viktig å være bevisst på at det kan ha innvirkninger på resultatene, i tillegg til aspektene som diskuteres videre.

Hvorfor var det ikke forskjeller i depresjonsskåre før behandling?

At flere kvinner har depresjon og opplever høyere symptomtrykk enn menn er en antakelse som har stått sterkt i flere tiår, siden Weissman & Klerman (1977) fremla sine funn. Resultatene har blitt replikert en rekke ganger (Boggiano & Barrett, 1991; Fraizer et al., 2012; Kuehner, 2003). Utgangspunktet for hypotesen i denne studien baserte seg, som nevnt, på nettopp dette - at kvinner ville ha en høyere symptomskåre før behandling enn menn, og følgelig ha et større potensiale for endring etter gjennomført behandling. At det ikke finnes forskjeller i egenrapporterte symptomer før behandling, gjør at kvinner og menn starter behandling med samme utgangspunkt med hensyn til symptomtrykk, i henhold til utfallsmålet. Dette kan videre fungere som en mulig forklaring på hvorfor hypotesen ikke stemte. Det vil i tråd med dette være relevant å diskutere omkring hvorfor vi ikke fant forskjeller i depresjonsskåre før behandling, da det var en essensiell del av grunnlaget for hypotesen.

Flere studier gjort på kjønnsforskjeller i symptomrapportering i normalpopulasjoner har funnet forskjeller i retning av at kvinner ofte rapporterer høyere depresjonsskåre enn menn (Parker & Brotchie, 2010; Wilhelm et al., 1998). Tidligere funn viser at kvinner lettere enn menn gjenkjenner og attribuerer uspesifikke emosjoner og følelser av psykiatriske

symptomer til bevisste problemer, noe som kan kyttes til persepsjon av symptomer (Kessler et al., 1981). Menn er funnet mindre sannsynlig enn kvinner til å tolke symptomer på depresjon som tegn på mentale og emosjonelle problemer, men heller attribuere det til eksterne faktorer som økonomi, arbeid og lignende. (Cuijpers et al., 2014; Kendler & Gardner, 2014; Kessler et al., 1981). Det er i tråd med dette også funnet at en større andel kvinner enn menn selv rapporterer om psykiske helseplager (Doherty & Kartalova-O'Doherty, 2010), og videre har mer positive holdninger til å søke profesjonell hjelp for psykiske problemer (Nam et al., 2010). Gagné et al. (2014) undersøkte imidlertid kjønnsforskjeller i bruk av psykiske helsetjenester blant individer med mulig depresjonsdiagnose, ved å se på hjelpesøkende atferd i året før diagnostisering. De fant ingen klare kjønnsforskjeller, og poengterte at det kan dreie seg om at menn og kvinner er likere i hjelpesøkende atferd så fort mennene bevisstgjør, anerkjenner og gjenkjenner sine emosjonelle problemer som faktiske psykiske problemer (Gagné et al., 2014).

Dette kan muligens medvirke til å forklare hvorfor vi ikke har funnet kjønnsforskjeller i symptomskåre før behandling for vårt kliniske utvalg. Om forskjeller i hjelpesøkende atferd kan forklares av evnen til å bevisstgjøre, gjenkjenne og forstå symptomer, er det rimelig å anta det også kan forklare forskjeller i symptomrapportering. Sett at menn og kvinner i kliniske utvalg oppfatter symptomer mer likt enn i normalpopulasjonsutvalg, er det plausibelt å anta at det også kan føre til mindre utslag på forskjeller i rapportering av dem. Det kan i tråd med dette tenkes at tendensen til at kvinner i normalpopulasjoner rapporterer høyere symptomskårer enn menn kan reflektere overrepresentasjonen av depresjon blant kvinner generelt sett, og at dette ikke nødvendigvis er like tydelig i kliniske populasjoner. Funnene fra denne studien kan derfor reflektere et tilfelle av «sampling bias», som innebærer at utvalget er selektivt uthentet, og dermed ikke nødvendigvis er representativt for hele populasjonen (dvs.

for hele Norge). Dette kan føre til overestimering av forekomst og symptomskåre av depresjon, som videre kan påvirke generaliserbarhet til andre/større populasjoner.

Tidligere forskning har også funnet at kvinner får høyere skåre på symptommålingsskjemaer ved selvrapporing i polikliniske utvalg (Dell et al., 2020; Frank et al., 1988; Marcus et al., 2005; Van Noorden et al., 2010). Den kanskje største ulikheten mellom de tidligere nevnte studiene og denne studien er i hovedsak at utvalgene er forskjellige. Denne studien undersøker polikliniske pasienter som én gruppe, med stor grad av variasjon med hensyn til demografiske variabler og diagnoser. Til forskjell fra utvalget i denne studien begrenser flere av utvalgene i tidligere forskning seg til pasienter innenfor spesifikke diagnosegrupper, som innebærer at flere av de pasientene som inkluderes i denne studien blir ekskludert. Følgelig kan disse tidligere utvalgene betraktes som mer homogene. Dette kan bidra til å forklare hvorfor mine funn ikke samsvarer med majoriteten av tidligere funn. Mens det kan være mulig at det finnes kjønnsforskjeller i symptomrapportering for spesifikke typer av depresjon eller andre spesifikke diagnoser, antyder funnene fra denne studien at dette ikke nødvendigvis gjelder for og kan generaliseres til mer heterogene polikliniske grupper.

En faktor som også kan tenkes å spille inn på symptomrapportering er de lange ventelistene for behandling i psykisk helsevern. Tall fra Helsedirektoratet fra 2021 viser en gjennomsnittlig ventetid på 46 dager på nasjonalt nivå fra mottatt henvisning til oppstartet helsehjelp (Helsedirektoratet, 2022). Flere av pasientene kan ha måttet vente lenge med å få behandlingen de ønsker og behøver, og det er mulig de kan føle på et press eller forventning om at de må vise høy alvorlighetsgrad av symptomtrykk for å bli prioritert, eller for å beholde plassen sin i systemet når de endelig er kommet inn. Det finnes dog svært begrenset litteratur på nettopp dette, og ytterligere forskning er nødvendig for å undersøke om det er et utbredt problem. Ventetiden kan også føre til en faktisk forverring av pasientenes mentale tilstand

(Koire et al., 2022; Reichert & Jacobs, 2018), som igjen kan påvirke depresjonsskårene når de endelig blir mottatt for behandling. Følgelig kan dette muligens bidra til en utjevning av symptomskårer på tvers av kjønn, da det indikerer at pasientene som er prioritert til behandling opplever samme lidelsestrykk, uavhengig av kjønn. Det må understrekes at det må utvises forsiktighet med å anta at ventetid er av stor betydning for, og kan brukes som en forklaring på, at vi ikke fant noen kjønnsforskjeller i symptomrapportering. Dette siden skårene faktisk kan reflektere pasientenes subjektive opplevelse av symptomene og alvorlighetsgraden av dem, og indikere at kjønn ikke nødvendigvis er av vesentlig betydning for dette i vårt polikliniske utvalg.

Forskjeller i forskningsdesign, populasjon og utvalg mellom tidligere forskning og vår studie kan bidra til å forklare hvorfor denne studien kan betraktes som en kontrovers til den godt etablerte antakelsen om kjønnsforskjeller i symptomrapportering, i kvinners favør. Samtidig blir det naturlig å sette spørsmålsteget ved om antakelsene bak hypotesen har en valid bakgrunn/gyldig grunnlag, eller om det er noe grunnleggende feil ved dem. Om kvinner faktisk hadde hatt et dårligere utgangspunkt, ville vi da funnet kjønnsforskjeller i endringsskåre, eller ville vi fortsatt stått igjen med ikke-signifikante forskjeller? Har kjønn egentlig noe å si for behandlingsutfall? Tidligere forskning på behandlingseffekt og utfall kan muligens gi svar og skape et klarere bilde på dette.

Kjønnsforskjeller i behandlingseffekt

Tidligere forskning på kjønnsforskjeller i behandlingseffekt har vist motstridende funn. Noen har funnet kjønnsforskjeller i respons på psykoterapi og medikamentell behandling (Asher et al., 2019; Carlbring et al., 2007; Kornstein et al., 2000, Young et al., 2009), mens andre funn antyder at dette ikke kan bekreftes (Cuijpers et al., 2014; Parker et al., 2011; Staczan et al., 2017; Thase et al., 2000). Store deler av forskningen viser at det ikke finnes klare kjønnsforskjeller i behandlingsutfall for en rekke spesifikke lidelser (Blain et al.,

2010; Hong et al., 2023; Kvarstein et al., 2017; Mathes et al., 2019; Shannon et al., 2014; Voderholzer et al., 2019), med unntak av for visse lidelser (Angermeyer et al., 1990; Grubbs et al., 2015; Halbeisen et al., 2022).

Vi har imidlertid ikke tilgang til informasjon om hvilken type behandling pasientene har fått i poliklinikken. Det kategoriseres ikke som spesifikke typer som psykoterapi, medikamentell behandling, rådgivning eller psykoedukasjon, men kan heller falle innunder begrepet «Treatment as usual - TAU», og kan dermed være en kombinasjon av flere metoder. Forskning på kjønnsforskjeller i TAU innen psykiatrien er imidlertid begrenset, og til min kunnskap finnes det spesielt få eller ingen studier innenfor dette området som har benyttet selvrapporterte depresjonssymptomer som utfallsmål på effekt av dette behandlingsdomenet. En må derfor være forsiktig med å sammenligne disse tidligere funnene med funnene fra denne studien, da sammenligningsgrunnlaget ikke er likt. Samtidig kan innholdet i TAU variere mellom pasienter (Blais et al., 2013), og det kan tenkes at pasientene har fått behandling tilpasset deres diagnose. Tidligere funn kan i tråd med dette likevel betraktes som styrkende for mine funn, da størstedelen av dem ikke har funnet kjønnsforskjeller i behandlingseffekt på tvers av flere behandlingsdomener og lidelsesgrupper. Dette kan muligens indikere at kjønn ikke fungerer som en betydelig moderator for behandlingseffekt, uavhengig av behandlingsmetode og diagnose.

I en metaanalyse av Cujipers et al. (2014) ble det ikke funnet noen indikasjon på at et av kjønnene responderer bedre på en spesifikk type behandling sammenlignet med andre typer (psykoterapi, medikamenter og psykoedukasjon). Parker & Brotchie (2010) fant heller ingen konsistent trend for noen av kjønnene til å rapportere om bedre respons eller effekt/utfall av ulike typer behandling. De fant imidlertid en tendens til at kvinner var mer sannsynlig å vurdere KAT og rådgivning som mer effektive enn medikamenter, og denne tendensen ble ikke funnet for menn. De foreslo at dette kan skyldes ulikheter i

tilknytningstendenser, og reflektere kvinners evne til å lettere danne en allianse med terapeuten, i motsetning til menn som gjerne kan være mer bevoktede og defensive (Parker & Brotchie, 2010). En rekke andre studier som ikke har funnet signifikante forskjeller i respons på psykoterapi (deriblant KAT) taler dog for at dette ikke kan bekreftes og generaliseres (Cuijpers et al., 2014; Kornstein, 1997; Staczan et al., 2017). Det er igjen verdt å nevne at utvalget er hentet fra en hjelpesøkende populasjon. Kvinner og menn i slike populasjoner kan gjerne være mer like hverandre med hensyn til persepsjon og attribusjon av symptomer, samt hjelpesøkende holdninger og atferd (Gagné et al., 2014). Det er rimelig å anta at dette også kan ha betydning for villighet til å prate om følelser og problemer med behandleren, og at kvinner og menn i hjelpesøkende populasjoner gjerne kan ha like stor interesse av å skape en god behandlingsallianse for å få maksimere behandlingsutbyttet. Følgelig kan dette antyde at variabelen kjønn ikke spiller en essensiell rolle for behandlingsutfall. I stedetfor kan flere andre faktorer og individuelle forskjeller (som eksempelvis interpersonlige evner, personlighet og preferanser) medvirke og være av større betydning enn kjønn.

Rollen til PHQ-9

STAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression) er en omfattende studie på evaluering av depresjonsbehandling (Marcus et al., 2005). De fant forskjeller i typer symptomer som oftest rapporteres for hvert kjønn, med en tendens til at kvinner oftere rapporterer mer somatiske symptomer, angstlignende symptomer, bulimi og atypiske symptomer. Rusmisbruk og atferdsproblemer var mer vanlig for menn (Marcus et al., 2005; Marcus et al., 2008). Lignende resultater er også funnet i tidligere studier (Frank et al., 1988; Young et al., 1990). Kjønnorienterte spørsmål i symptommålingsskjemaer er funnet å være en av flere forklaringer på kjønnsforskjeller i symptomrapportering (Leach et al., 2008). PHQ-9 er imidlertid ikke funnet å inneholde spørsmål som kan føre til skjevhet på bakgrunn av kjønn (Cameron et al., 2013). Til tross for at PHQ-9 har vist gode psykometriske

egenskaper (Beard et al., 2016; Kroenke et al., 2001), er det likevel mulig at den ikke er sensitiv nok til å oppdage kjønnsforskjeller. Dette kan være på bakgrunn av dens begrensede lengde og at det kan anses som et relativt «komprimert» skjema som gir noe grov diagnostikk. Bruken av et annet symptommålingsverktøy som gir en mer omfattende vurdering kan muligens gi resultater som ikke er tydelige ved bruk av PHQ-9.

Videre kan det diskuteres hvorvidt PHQ-9 som utfallsmål er like relevant for alle pasientene i utvalget. Utvalget er svært heterogent, med pasienter som sliter med ulike psykiske problemer og har forskjellige diagnoser. Det kan tenkes å være ulikheter i hvor markante utslag hver diagnose gir på PHQ-9. Eksempelvis kan det tenkes at angst, og spesielt depresjon, vil gi større utslag på PHQ-9 enn hva rusavhengighet og schizofreni vil gjøre, da kjernesymptomene for de to sistnevnte er mindre lik depresjon. Det kan derfor antas at denne faktoren kan ha påvirket funnene, og muligens bidratt til manglende avdekking av kjønnsforskjeller. Som tidligere nevnt er imidlertid depresjon ofte forbundet med en rekke alvorlige sinnslidelser (Karpov et al., 2016; Sala et al., 2012). Det kan derfor være et stort omfang av depresjonssymptomer til tross for at pasientene ikke nødvendigvis har depresjon som primærdiagnose eller komorbid diagnose, eller at kjernesymptomene ikke korrelerer sterkt. Igjen gjør diskusjonen rundt prevalens av etablerte lidelser i utvalget seg relevant, da det antas at dette kan ha effekter på symptomrapportering. PHQ-9 som utfallsmål kan i tråd med dette tenkes å påvirkes av kjønnsforskjeller i prevalens av ulike lidelser og manifestering av lidelsene. Det kan derfor være viktig å være bevisst over at utfallsmålet kan være av betydning for hvorfor det ikke ble funnet kjønnsforskjeller, spesielt når utvalget er så heterogent som i dette tilfellet.

Begrensninger

Kjønnsfordelingen i utvalget var ubalansert, da det bestod av nesten 2/3 kvinner. Dette kan betraktes som en begrensning, da den ulike kjønnsfordelingen muligens kan føre til

skjevheter i resultatene. Representativiteten for menn er ikke like god som for kvinner. Dette kan reise spørsmål knyttet til generaliserbarhet, og hvorvidt det kan trekkes nøyaktige konklusjoner av dataen. Videre forskning bør derfor ta sikte på å benytte et utvalg med jevnere fordeling av kjønn.

Videre kan det betraktes som en begrensning at selvrapportering av depresjonssymptomer kan være påvirket av pasientenes dagsform. Dette skyldes at menneskers mentale og emosjonelle tilstand kan variere i stor grad fra dag til dag, og at rapportering av symptomer dermed kan avhenge av hvordan de føler seg i øyeblikket. Dette kan videre føre til skjevheter og feil i resultatene, da det er usikkert om de reflekterer virkeligheten slik det er til vanlig eller om de viser en refleksjon av tilstander det aktuelle øyeblikket målingene ble gjennomført. Dette er imidlertid vanskelig å unngå i kliniske utvalg, ved forskning på mentale og emosjonelle konsepter og ved benyttelse av PROM-mål i forskningen. Det vil dog være hensiktsmessig for fremtidig forskning å anvende alternative kilder og målemetoder, og eventuelt utføre flere målinger, med formål om å validere eller motbevise de tidligere oppnådde resultatene.

Treatment as usual kan, som tidligere nevnt, være ulik mellom forskjellige poliklinikker, på tvers av land og kulturer, da behandlingen som inngår i TAU avhenger av blant annet stedets praksiser, standarder og tilgjengelige ressurser. Kvaliteten på behandlingen kan også være ulik på ulike steder, ut ifra behandlernes kompetanse og evner. Dette kan være en begrensning i form av at det kan føre til problemer med generaliserbarhet. Liknende utfordringer kan knyttes til egenskaper ved den kliniske populasjonen, som eksempelvis holdninger til behandling og tolkning av symptomer, da dette kan variere på bakgrunn av kultur og populasjon. Videre forskning bør derfor ta sikte på å forsøke å replikere forskningen med bruk av andre polikliniske utvalg, for å teste om det vil gi liknende resultater på tvers av ulike utvalg, og dermed undersøke om det kan generaliseres på tvers av kliniske populasjoner.

Høy grad av manglende verdier i diagnosegruppene F3 og F4 er også en begrensning ved studien, da det fører til tapt informasjon om mulig påvirkende variabler. Dette er dog ikke begrensende for primæranalysene direkte ved å redusere nøyaktighet eller føre til lavere statistisk kraft, da disse variablene ikke var inkludert i dem. De kan imidlertid ha innvirkninger på symptomrapportering, som dermed kan påvirke resultatene fra primæranalysene indirekte. Grundigere, mer utdypende forskning på dette kan være nyttig for å utvikle bredere kunnskap om mulige innvirkninger dette kan ha på utfallet.

Implikasjoner

En mulig implikasjon for helsemyndighetene og praktiserende yrkesgrupper innen psykisk helsevern kan være at kjønn ikke nødvendigvis behøves å tas hensyn til i like stor grad som en gjerne skulle trodd, men at individuelle forskjeller bør vektlegges. Det kan implisere at behandlingsalternativene som gis ikke behøves å tilpasses kjønn (i større grad enn det eventuelt gjøres allerede). Det kan videre implisere at menn og kvinner heller kan betraktes som én behandlingsgruppe, til forskjell fra to separate grupper. Dette kan være nyttig informasjon å ta i betraktning når det skal tas avgjørelser og gjøres vurderinger angående behandling. Resultatene viser også at nesten to tredjedeler av alle pasientene ikke oppnådde reliabel forbedring i PHQ-9-skåre, som kan indikere at det finnes rom for forbedring i behandlingen – uavhengig av kjønn.

Konklusjon

Denne studien viste at det ikke fantes noen statistisk signifikante kjønnsforskjeller i selvrapportert symptomskåre ved PHQ-9, verken før eller etter gjennomført behandling for vårt heterogene polikliniske utvalg. Ingen forskjeller i symptomskåre ved inngang til behandling kan antyde at pasienter ikke diskrimineres på bakgrunn av kjønn, men henvises videre til behandling på bakgrunn av symptomtrykk og alvorlighetsgrad. Dette kan videre betraktes som en kvalitetsindikator for henvisningssystemet, da det kan implisere at

prioriteringene som gjøres i psykiatrisk helsetjeneste er riktige og begrunnede i legitime, standardiserte prinsipper. At det ikke ble funnet kjønnsforskjeller i effekter av «Treatment as usual» kan indikere at behandlingsutfall ikke medieres av kjønn, som samsvarer med tidligere forskning (for metaanalyse, se Cuijpers et al., 2014).

En klinisk implikasjon kan være at kjønn ikke nødvendigvis er en faktor som må tas i betraktning i stor grad i behandling, men at behandling bør tilpasses ut ifra pasientens individuelle behov. Til tross for at det ikke ble funnet klare kjønnsforskjeller i denne studien bør klinikere fortsatt være oppmerksomme på mulige forskjeller som kan vises på andre måter. Videre forskning bør ta sikte på å undersøke om funnene kan generaliseres til andre kliniske populasjoner, ved å benytte andre polikliniske utvalg på ulike steder. Det kan også være hensiktsmessig for videre forskning å undersøke hvordan etablerte diagnoser og andre underliggende faktorer kan påvirke funnene, og eventuelle effekter dette kan ha for tolkning av resultatene.

Referanser

- Abate K. H. (2013). Gender disparity in prevalence of depression among patient population: a systematic review. *Ethiopian journal of health sciences*, 23(3), 283–288.
<https://doi.org/10.4314/ejhs.v23i3.11>
- Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci*, 40(4) 219–221. <https://doi.org/10.1503/jpn.150205>
- Angermeyer, M. C., Kühn, L. & Goldstein, J. M. (1990). Gender and the Course of Schizophrenia: Differences in Treated Outcomes, *Schizophrenia Bulletin*, 16(2), 293-307.
<https://doi.org/10.1093/schbul/16.2.293>
- Asher, M., Hermesh, H., Gur, S., Marom, S. & Aderka, I. (2019). Do men and women arrive, stay, and respond differently to cognitive behavior group therapy for social anxiety disorder? *Journal of Anxiety Disorders*, 64, 64–70. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.03.005>
- Beard, C., Hsu, K., Rifkin, L., Busch, A. & Björgvinsson, T. (2015). Validation of the PHQ-9 in a psychiatric sample. *Journal of Affective Disorders*, 193, 267–273.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.075>
- Blain, L. M., Galovski, T. E. & Robinson, T. (2010). Gender differences in recovery from posttraumatic stress disorder: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15(6), 463–474. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2010.09.001>
- Blais, M. A., Malone, J. C., Stein, M. B., Salvin-Mulford, J., O’Keefe, S. M., Renna, M. & Sinclair, S. J. (2013). Treatment as usual (TAU) for depression: a comparison of psychotherapy, pharmacotherapy, and combined treatment at a large academic medical center. *Psychotherapy*, 50(1), 110-118. <https://doi.org/10.1037/a0031385>
- Boggiano, A. K. & Barrett, M. (1991). Gender differences in depression in college students. *Sex Roles*, 25(11), 595-605.

- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Demyttenaere, K., Hu, C., Iwata, N., Karam, A. N., Kaur, J., Kostyuchenko, S., Lépine, J. P., Levinson, D., Matschinger, H., Mora, M. E., Browne, M. O., Posada-Villa, J., Viana, M. C., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
- Bulloch, A. G. M., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H. & Patten, S. B. (2017). The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *Journal of Affective Disorders*, 223, 65–68. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.007>
- Cameron, I. M., Crawford, J. R., Lawton, K. & Reid, I. C. (2013). Differential item functioning of the HADS and PHQ-9: an investigation of age, gender and educational background in a clinical UK primary care sample. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 262–268. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.015>
- Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Austin, D., Richards, J., Öst, L. G. & Andersson, G. (2007). Internet vs. paper and pencil administration of questionnaires commonly used in panic/agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*, 23(3), 1421-1434. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2004.12.012>
- Carter, J. D., Joyce, P. R., Mulder, R. T., Luty, S. E. & McKenzie, J. (2000). Gender differences in the presentation of depressed outpatients: a comparison of descriptive variables. *Journal of Affective Disorders*, 61(1), 59–67. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(00\)00151-8](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(00)00151-8)
- Cuijpers, P., Weitz, E., Twisk, J., Kuehner, C., Cristea, I., David, D., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunlop, B. W., Faramarzi, M., Hegerl, U., Jarrett, R. B., Kennedy, S. H., Kheirkhah, F., Mergl, R., Miranda, J., Mohr, D. C., Segal, Z. V., Siddique, J., ... Hollon, S. D. (2014). 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*, 31(11), 941–951. <https://doi.org/10.1002/da.22328>

Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of general psychiatry*, 57(1), 21–27. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.1.21>

Dell, N. A., Vidovic, K. R., Huang, J. & Pelham, M. (2020). Self-Reported Emotional Reactivity, Depression, and Anxiety: Gender Differences among a Psychiatric Outpatient Sample. *Social Work Research*, 44(3), 205–214. <https://doi.org/10.1093/swr/svaa007>

Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH). (2021, 16. desember). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/nesh/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>

Dion, K.L. & Giordano C. (1990). Ethnicity and Sex as Correlates of Depression Symptoms in a Canadian University Sample. *International Journal of Social Psychiatry*, 36(1), 30-41. <https://doi.org/10.1177/002076409003600104>

Doherty, D. T. & Kartalova-O'Doherty, Y. (2010). Gender and self-reported mental health problems: Predictors of help seeking from a general practitioner. *British Journal of Health Psychology*, 15(1), 213–228. <https://doi.org/10.1348/135910709X457423>

Ferrer, L. & Kirchner, T. (2014). Suicidal tendency in a sample of adolescent outpatients with Adjustment Disorder: Gender differences. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1342–1349. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.04.017>

Frank, E., Carpenter, L.L. & Kupfer D.J. (1988). Sex differences in recurrent depression: are there any that are significant? *Am. J. Psychiatry*, 145(1), 41-45. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.41>

Frazier, L., Yu, E., Sanner, J., Liu, F., Udtha, M., Cron, S., Coulter, S. & Bogaev, R. C. (2012).

Gender Differences in Self-Reported Symptoms of Depression among Patients with Acute Coronary Syndrome. *Nursing research and practice*, 2012, 109251-109255.

<https://doi.org/10.1155/2012/109251>

Gagné, S., Vasiliadis, H. -M. & Prévile, M. (2014). Gender differences in general and specialty outpatient mental health service use for depression. *BMC Psychiatry*, 14(1), 135–146.

<https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-135>

Gilbody, S., Richards, D., Brealey, S. & Hewitt, C. (2007). Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A diagnostic meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine: JGIM*, 22(11), 1596–1602. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y>

Gonzales, R. (2015). Beyond [TAU] for Major Mental Illness. Hentet 2. april 2023 fra:

<http://cetcleveland.org/wp-content/uploads/2015/12/Beyond-Treatment-As-Usual.pdf>

Grande, T. L., Newmeyer, M. D. & Adair, E. S. (2013). Symptom Differences by Gender for Outpatient Clients as Measured by the SCL-90-R. *Michigan Journal of Counseling*, 40(1), 4–13. <https://doi.org/10.22237/mijoc/1370044860>

Grubbs, K. M., Cheney, A. M., Fortney, J. C., Edlund, C., Han, X., Dubbert, P., Sherbourne, C. D., Craske, M. G., Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., & Sullivan, J. G. (2015). The role of gender in moderating treatment outcome in collaborative care for anxiety. *Psychiatric services* 66(3), 265–271. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400049>

Halbeisen, G., Braks, K., Huber, T. J., & Paslakis, G. (2022). Gender Differences in Treatment Outcomes for Eating Disorders: A Case-Matched, Retrospective Pre-Post Comparison. *Nutrients*, 14(11), 2240. <https://doi.org/10.3390/nu14112240>

- Hammen, & Padesky, C. A. (1977). Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory. *Journal of Abnormal Psychology*, 86(6), 609–614.
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.6.609>
- Helsedirektoratet (2022, 28. november). *Kvalitet og kvalitetsindikatorer*. Hentet 15. februar 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
- Helsedirektoratet (2022, 28. november). *Psykisk helse for voksne*. Hentet 15. februar 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-voksne>
- Hildebrandt, M. G., Stage, K. B. & Kragh-Soerensen, P. (2003). Gender and depression: a study of severity and symptomatology of depressive disorders (ICD-10) in general practice. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(3), 197–202. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02108.x>
- Hildebrandt, M.G., Stage, K. B., & Kragh-Soerensen, P. (2003). Gender Differences in Severity, Symptomatology and Distribution of Melancholia in Major Depression. *Psychopathology*, 36(4), 204–212. <https://doi.org/10.1159/000072791>
- Hong, I., Bennett, D. & Rosenheck, R. A. (2023). Gender differences in outcomes of early intervention services for first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 1-9.
<https://doi.org/10.1111/eip.13367>
- Jang, S. N., Kawachi, I., Chang, J., Boo, K., Shin, H. G., Lee, H. & Cho, S. I. (2009). Marital status, gender, and depression: analysis of the baseline survey of the Korean Longitudinal Study of Ageing (KLoSA). *Social science & medicine*, 69(11), 1608–1615.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.007>
- Kampman, M., Keijsers, G., Hoogduin, C., & Hendriks, G. (2008). Outcome Prediction of Cognitive Behaviour Therapy for Panic Disorder: Initial Symptom Severity is Predictive for Treatment Outcome, Comorbid Anxiety or Depressive Disorder, Cluster C Personality Disorders and

Initial Motivation Are Not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(1), 99-112.

<https://doi.org/10.1017/S1352465807004018>

Karpov, B., Joffe, G., Aaltonen, K., Suvisaari, J., Baryshnikov, I., Näätänen, P., Koivisto, M.,

Melartin, T., Oksanen, J., Suominen, K., Heikkinen, M., Paunio, T. & Isometsä,

E. (2016). Anxiety symptoms in a major mood and schizophrenia spectrum

disorders. *European Psychiatry*, 37, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.04.007>

Kendler, K. S. & Gardner, C. O. (2014). Sex differences in the pathways to major depression: a study of opposite-sex twin pairs. *The American journal of psychiatry*, 171(4), 426–435.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13101375>

Kessler, R. C., Brown, R. L. & Broman, C. L. (1981). Sex Differences in Psychiatric Help-Seeking: Evidence from Four Large-Scale Surveys. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(1), 49–64. <https://doi.org/10.2307/2136367>

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617–627.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

Kiely, K. M. & Butterworth, P. (2014). Validation of four measures of mental health against depression and generalized anxiety in a community-based sample. *Psychiatry Research*, 225(3), 291–298. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.023>

Koire, A., Nong, Y. H., Cain, C. M., Greeley, C. S., Puryear, L. J. & Van Horne, B. S. (2022).

Longer wait time after identification of peripartum depression symptoms is associated with increased symptom burden at psychiatric assessment. *Journal of Psychiatric Research*, 152, 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.046>

Kornstein, S. G. (1997). Gender differences in depression: implications for treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(15), 12-18.

- Kornstein, S. G., Schatzberg, A. F., Thase, M. E., Yonkers, K. A., McCullough, J. P., Keitner, G. I., Gelenberg, A. J., Davis, S. M., Harrison, W. M. & Keller, M. B. (2000). Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression. *The American journal of psychiatry*, *157*(9), 1445–1452. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.9.1445>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, *16*(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*(3), 163–174. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x>
- Kvarstein, E. H., Nordviste, O., Dragland, L. & Wilberg, T. (2017). Outpatient psychodynamic group psychotherapy – outcomes related to personality disorder, severity, age and gender. *Personality and Mental Health*, *11*(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/pmh.1352>
- LaPierre, T.A. (2009), Marital Status and Depressive Symptoms Over Time: Age and Gender Variations. *Family Relations*, *58*(4), 404-416. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2009.00562.x>
- Leach, L. S., Christensen, H. & Mackinnon, A. J. (2008). Gender Differences in the Endorsement of Symptoms for Depression and Anxiety. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(2), 128-135. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318162aa63>
- Löfholm, C. A., Brännström, L., Olsson, M. & Hansson, K. (2013). Treatment-as-usual in effectiveness studies: What is it and does it matter? *International Journal of Social Welfare*, *22*(1), 25–34. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2012.00870.x>
- Maffeo, P. A., Ford, T. W., & Lavin, P. F. (1990). Gender differences in depression in an employment setting. *Journal of personality assessment*, *55*(1-2), 249–262. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674064>

- Marcus, S. M., Kerber, K. B., Rush, A. J., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A., Balasubramani, G., Ritz, L., Kornstein, S., Young, E. A., & Trivedi, M. H. (2008). Sex differences in depression symptoms in treatment-seeking adults: confirmatory analyses from the Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression study. *Comprehensive Psychiatry*, *49*(3), 238–246.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.06.012>
- Marcus, S. M., Young, E. A., Kerber, K. B., Kornstein, S., Farabaugh, A. H., Mitchell, J., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Trivedi, M. H. & Rush, A. J. (2005). Gender differences in depression: Findings from the STAR*D study. *Journal of Affective Disorders*, *87*(2), 141–150. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.09.008>
- Mathes, B. M., Morabito, D. M. & Schmidt, N. B. (2019). Epidemiological and Clinical Gender Differences in OCD. *Current Psychiatry Reports*, *21*(5), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1015-2>
- McKenzie, N. & Marks, I. (1999). Quick rating of depressed mood in patients with anxiety disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *174*(3), 266-269.
<https://doi.org/10.1192/bjp.174.3.266>
- McLaughlin, D., Vagenas, D., Pachana, N. A., Begum, N. & Dobson, A. (2010). Gender differences in social network size and satisfaction in adults in their 70s. *Journal of health psychology*, *15*(5), 671-679. <https://doi.org/10.1177/1359105310368177>
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T. & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, *45*(8), 1027–1035. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.03.006>
- Nakash, O., Nagar, M. & Levav, I. (2014). Presenting Problems and Treatment Expectations Among Service Users Accessing Psychiatric Outpatient Care: Are There Gender Differences? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *51*(3), 212–218.

- Nam, S. K., Chu, H. J., Lee, M. K., Lee, J. H., Kim, N., & Lee, S. M. (2010). A Meta-analysis of Gender Differences in Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help. *Journal of American College Health, 59*(2), 110–116. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.483714>
- National Institute for Health and Care excellence (2020, 7. mai). *Space from depression for treating adults with depression*. Hentet 17. april 2023 fra <https://www.nice.org.uk/advice/mib215/chapter/The-assessment>
- Norsk forening for kognitiv terapi. (u.å.). *Depresjon: PHQ9*. Hentet 1. Mars 2023 fra <https://www.kognitiv.no/utdanning-i-kognitiv-terapi/terapeutiske-hjelpemidler/depresjon/>
- Norsk Helseinformatikk (2022, 10. februar) *Depresjon, forekomst*. Hentet 14. april 2023 fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>
- Ojeda, V. D. & McGuire, T. G. (2006). Gender and racial/ethnic differences in use of outpatient mental health and substance use services by depressed adults. *Psychiatric Quarterly, 77*(3), 211–222. <https://doi.org/10.1007/s11126-006-9008-9>
- Parker, G. & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *International Review of Psychiatry, 22*(5), 429–436. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.492391>
- Parker, G., Blanch, B. & Crawford, J. (2011). Does gender influence response to differing psychotherapies by those with unipolar depression? *Journal of Affective Disorders, 130*(1), 17–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.05.020>
- Pesce, L., van Veen, T., Carlier, I., van Noorden, M. S., van der Wee, N. J. A., van Hemert, A. M. & Giltay, E. J. (2016). Gender differences in outpatients with anxiety disorders: the Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25*(3), 278–287. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000414>
- Piccinelli, M. & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression: Critical review. *The British Journal of Psychiatry, 177*(6), 486–492. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486>

- Preskorn S. H. (1997). Clinically relevant pharmacology of selective serotonin reuptake inhibitors. An overview with emphasis on pharmacokinetics and effects on oxidative drug metabolism. *Clinical pharmacokinetics*, 32(1), 1–21. <https://doi.org/10.2165/00003088-199700321-00003>
- Pugliesi, K. & Shook, S.L. (1998). Gender, Ethnicity, and Network Characteristics: Variation in Social Support Resources. *Sex Roles*, 38(3-4), 215–238. <https://doi.org/10.1023/A:1018733116398>
- Rai, D., Zitko, P., Jones, K., Lynch, J. & Araya, R. (2013). Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: Multilevel cross-national comparison. *The British Journal of Psychiatry*, 202(3), 195-203. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112482>
- Reichert, A. & Jacobs, R. (2018). The impact of waiting time on patient outcomes: Evidence from early intervention in psychosis services in England. *Health economics*, 27(11), 1772–1787. <https://doi.org/10.1002/hec.3800>
- Rhodes, A. E., Goering, P. N., To, T. & Williams, J. I. (2002). Gender and outpatient mental health service use. *Social Science & Medicine*, 54(1), 1–10. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00002-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00002-8)
- Sala, R., Goldstein, B. I., Morcillo, C., Liu, S. M., Castellanos, M. & Blanco, C. (2012). Course of comorbid anxiety disorders among adults with bipolar disorder in the US population. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 865–872. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.03.024>
- Shannon, L. M., Jackson, A., Perkins, E. & Neal, C. (2014). Examining Gender Differences in Substance Use, Participant Characteristics, and Treatment Outcomes Among Individuals in Drug Court. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(6), 455–477. <https://doi.org/10.1080/10509674.2014.931747>
- Shi, P., Yang, A., Zhao, Q., Chen, Z., Ren, X. & Dai, Q. (2021). A Hypothesis of Gender Differences in Self-Reporting Symptom of Depression: Implications to Solve Under-Diagnosis and

Under-Treatment of Depression in Males. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-10.

<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.589687>

Staczan, P., Schmuecker, R., Koehler, M., Berglar, J., Cramer, A., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Schulthess, P. & Tschuschke, V. (2017). Effects of sex and gender in ten types of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 74–88.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1072285>

Steer, R. A., Beck, A. T. & Brown, G. (1989). Sex Differences on the Revised Beck Depression Inventory for Outpatients With Affective Disorders. *Journal of Personality Assessment*, 53(4), 693–702. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5304_6

Temmingh, H. & Stein, D. J. (2015). Anxiety in patients with schizophrenia: Epidemiology and management. *CNS Drugs*, 29(10), 819–832. <https://doi.org/10.1007/s40263-015-0282-7>

Tesli, M. S., Handal, M., Kirkøyen, B., Torvik, F. A., Skrinde Knudsen, A. K., Odsbu, I., Gustavson, K., Nesvåg, R., Hauge, L. J. & Reneflot, A. (2023, 17. april). *Psykiske plager og lidelser hos voksne*. Folkehelseinstituttet. Hentet 19. april 2023 fra

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/#forskjeller-mellom-grupper-i-befolkningen>

Thase, M.E., Frank, E., Korstein, S. & Yonkers, K.A. (2000). Gender differences in response to treatments of depression. In E. Frank (Red.), *Gender and its effects on Psychopathology* (s. 103–129). American Psychiatric Press.

Tiller, J. W. G. (2013). Depression and anxiety. *Medical Journal of Australia*, 1(6), 28–32.

<https://doi.org/10.5694/mja12.10628>

Van Noorden, M. S., Giltay, E. J., den Hollander-Gijsman, M. E., der Wee, N. J. A. van, van Veen, T. & Zitman, F. G. (2009). Gender differences in clinical characteristics in a naturalistic sample of depressive outpatients: The Leiden Routine Outcome Monitoring Study. *Journal of Affective Disorders*, 125(1), 116–123. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.007>

- Voderholzer, U., Hessler, J. B., Naab, S., Fichter, M., Graetz, A., Greetfeld, M., Heuser, J. & Schlegl, S. (2019). Are there differences between men and women in outcome of intensive inpatient treatment for anorexia nervosa? An analysis of routine data. *European Eating Disorders Review*, 27(1), 59–66. <https://doi.org/10.1002/erv.2624>
- Weissman, M. M. (2014). Treatment of Depression: Men and Women Are Different? *The American Journal of Psychiatry*, 171(4), 384–387. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13121668>
- Weissman, M. M. & Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34(1), 98-111.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770130100011>
- Williams, J. B., Spitzer, R. L., Linzer, M., Kroenke, K., Hahn, S. R., deGruy, F. V., & Lavee, A. (1995). Gender differences in depression in primary care. *American journal of obstetrics and gynecology*, 173(2), 654–659. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)90298-8](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)90298-8)
- Wilhelm, K., Parker, G. & Asghari, A. (1997). Sex differences in the experience of depressed mood state over fifteen years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(1), 16–20.
<https://doi.org/10.1007/s001270050016>
- Young, E. A., Kornstein, S. G., Marcus, S. M., Harvey, A. T., Warden, D., Wisniewski, S. R., Balasubramani, G. K., Fava, M., Trivedi, M. H. & Rush, A. J. (2009). Sex differences in response to citalopram: A STAR*D report. *Journal of Psychiatric Research*, 43(5), 503–511.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.07.002>
- Young, M. A., Scheftner, W., A., Fawcett, J. & Klerman, L. (1990) Gender differences in the clinical features of unipolar major depressive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(3), 200-203

