



**Vlaanderen**  
verbeelding werkt



Jeugdonderzoeksplatform

## Facts and Figures: Mentale gezondheid

### 1. Inleiding

Mentale gezondheid is een belangrijke internationale beleidsprioriteit. In 2013 keurde de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) een resolutie goed die pleit voor een omvattend actieplan om mentale gezondheid te bevorderen op nationaal niveau (WHO, 2014). Adolescenten en jongvolwassen verdienen hierbij bijzondere aandacht. De helft van alle mentale gezondheidsproblemen bij volwassenen start op de leeftijd van 14 jaar en drie kwart op de leeftijd van 25 jaar. Volgens de meest recente statistieken, ervaart 20% van de adolescenten elk jaar mentale gezondheidsproblemen waarvan depressie en angststoornissen de meest voorkomende zijn. Mentale gezondheidsproblemen worden als één van de meest voorkomende maar ook meest stigmatiserende gezondheidsproblemen beschouwd (Williams & Pow, 2007).

Mentale gezondheidsproblemen tijdens de adolescentie zijn het gevolg van een complex en dynamische proces tussen individuele kenmerken en gedragingen (bvb.: genetische factoren, emotionele en sociale intelligentie), sociale en economische omstandigheden (bvb.: ervaren sociale steun, armoede, onderwijsmogelijkheden), en bredere sociaal-culturele omgevingsfactoren (bvb.: sociaal en economisch beleid op nationaal niveau, discriminatie) (WHO, 2000). Deze aspecten beïnvloeden elkaar wederzijds en kunnen mentale gezondheid bevorderen of benadelen. In deze Facts & Figures gaan we na hoe gender, sociale steun, en sociaal economische status (SES) gerelateerd zijn aan drie vaak voorkomende mentale gezondheidsproblemen (psychologische stress, angst, en depressie) bij een representatieve steekproef van Belgische jongeren tussen 15 en 25 jaar oud<sup>1</sup>. Dit laat ons toe om verschillen tussen gender en oudere adolescenten (15- tot 19-jarigen) en jongvolwassenen (20- tot 25-jarigen) na te gaan.

De sociale steun die mensen ervaren is één van de belangrijkste beschermende factoren voor mentaal welzijn (Almedom, 2005). Het hebben van sociaal kapitaal zoals positieve interpersoonlijke relaties met familie en vrienden vormt een buffer ten aanzien van factoren die mentale gezondheid negatief beïnvloeden. Daarnaast bestaan er genderverschillen voor mentale gezondheidsproblemen. Depressie, angst en psychologische stress komen vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Dit verband werd vastgesteld over verschillende landen en culturele contexten heen (WHO, 2001; Wiklund,

---

<sup>1</sup> Psychologische stress werd gemeten op basis van de General Health Questionnaire (GHQ-12); Angst en depressie vormen subschalen van de Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). Meer informatie over meetinstrumenten, operationalisatie, databank, en analysetechnieken zie Van Droogenbroeck, Spruyt, & Keppens (2018).

Malmgren-Olsson, Öhman, Bergström, & Fjellman-Wiklund, 2012). Omwille van deze reden geven we specifieke aandacht aan sociale steun en genderverschillen in de empirische analyses.

De gegevens die in deze Facts & Figures worden gebruikt zijn afkomstig uit de Belgische gezondheidsenquête. De nationale gezondheidsenquête wordt elke 3-5 jaar afgenomen bij een representatieve steekproef van de Belgische populatie (15 tot 105 jaar oud) en tracht de gezondheid van de bevolking te monitoren. Voor de analyses werden 1433 jongeren tussen 15 en 25 jaar oud geselecteerd uit twee opeenvolgende cross-sectionele dataverzamelingen in 2008 en 2013.

## 2. Resultaten

Tabel 1 geeft de beschrijvende resultaten weer voor jongeren tussen de 15 en 25 jaar oud. Ongeveer 60% van de onderzochte jongeren is tussen de 20 en 25 jaar, de helft van de steekproef bestaat uit vrouwen en 60% is afkomstig uit een huishouden waar het hoogst behaalde opleidingsniveau in het gezin niet hoger was dan secundair onderwijs. De grote meerderheid van de jongeren waren tevreden over hun sociale contacten (94.2%) en ervoeren een gemiddeld of sterk niveau van sociale steun (87%). Anova met post hoc Bonferonni correcties tonen aan dat meisjes significant meer psychologische stress, depressie en angst rapporteerden dan jongens. Genderverschillen voor sociaal kapitaal en sociaal economische achtergrondfactoren waren relatief klein.

In Tabel 2 worden de resultaten weergegeven voor een multivariate variantieanalyse voor jongens en meisjes afzonderlijk. We vonden gelijkaardige resultaten voor jongens en meisjes. Psychologische stress, depressie en angst hangen sterk samen met sociaal kapitaal. Jongeren die ontevreden zijn met hun sociale contacten en weinig sociale steun ervaren, scoren hoger voor stress, angst en depressie. De puntschattingen van de verschillende effectparameters variëren, hoewel de betrouwbaarheidsintervallen aangeven dat de algemene sterkte van deze relaties vergelijkbaar zijn overheen de verschillende uitkomsten. Er werd geen significant verband gevonden tussen sociale positie en de drie mentale gezondheidsuitkomsten. Voor andere indicatoren vinden we interessante genderverschillen. Psychologische stress komt vaker voor bij jongvolwassen jongens (20-25 jaar oud) dan bij adolescentie jongens (15-19 jaar oud). Deze leeftijdsverschillen werden niet gevonden bij meisjes. Er werden ook significante en substantiële verschillen vastgesteld in depressie- en angstscores overheen de twee afnamejaren voor meisjes en in mindere mate voor jongens. De relatie tussen depressie, angst en afnamejaar was tweemaal zo groot voor meisjes dan voor jongens. Om te controleren of het verschil in effectgrootte tussen afnamejaren verschillend was tussen jongens en meisjes, werd de formule van Paternoster, Brame, Mazerolle en Piquero (1998) gebruikt om de verschillen tussen coëfficiënten te testen. We vonden dat het effect voor afnamejaar significant verschillend was op  $p < .10$  tussen meisjes en jongens voor depressie ( $z = -1.71$ ;  $p = 0.087$ ) en angst ( $z = -1.79$ ;  $p = 0.073$ ).

**Tabel 1: Beschrijvende statistieken (kolompercentages)**

	<b>Man</b>	<b>Vrouw</b>	<b>Totaal</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>
<b>Jaar</b>			
2008	60.6	56.1	58.3
2013	39.4	43.9	41.7
<b>Gender</b>			
Man	/	/	49.8
Vrouw	/	/	50.2
<b>Leeftijd</b>			
15-19	42.4	38.6	40.5
20-25	57.6	61.4	59.5
<b>Hoogste opleidingsniveau in het huishouden</b>			
Secundair onderwijs of lager	58.8	58.6	58.7
Tenminste hoger onderwijs	41.2	41.4	41.3
<b>Tevredenheid sociale contacten</b>			
(Eerder) ontevreden	6.2	5.4	5.8
(Eerder) tevreden	93.8	94.6	94.2
<b>Kwaliteit van ervaren sociale steun</b>			
Zwakke steun	12.3	13.6	13.0
Gemiddelde/sterke steun	87.7	86.4	87.0
Inkomen huishouden (Belgische Gewoge kwintielen – m(S.D.))	2.86 (1.44)	2.81 (1.44)	2.84 (1.44)
Psychologische stress <sup>a</sup> (1-12) M(S.D.)	1.13 (2.11)	1.71 (2.48)	1.42 (2.32)
Depressie <sup>a</sup> (1-5) M(S.D.)	1.27 (0.40)	1.45 (0.57)	1.36 (0.50)
Angst <sup>a</sup> (1-5) M(S.D.)	1.21 (0.37)	1.35 (0.55)	1.28 (0.47)
Totaal N	713	720	1,433

<sup>a</sup> Gemiddelden tussen jongen en meisjes op deze schalen verschillen significant ( $p < .000$  (Anova met post hoc Bonferroni test)).

**Tabel 2: MANOVA op psychologische stress, depressie, angst. Ongestandaardiseerde coëfficiënten met 95% betrouwbaarheidsintervallen (CI)**

	Psychologische stress (GHQ 1-12)				Depressie subschaal (1-5)				Angst subschaal (1-5)			
	Man		Vrouw		Man		Vrouw		Man		Vrouw	
	b	95% CI	b	95% CI	b	95% CI	b	95% CI	b	95% CI	b	95% CI
Afname jaar (2013 vs. 2008)	-0.40*	[-0.71;-0.09]	-0.09	[-0.44;0.27]	0.08**	[0.03;0.14]	0.17***	[0.09;0.24]	0.06*	[0.01;0.12]	0.15***	[0.07;0.23]
Hoogste opleidingsniveau in het huishouden (Tenminste hoger onderwijs vs. Hoger secundair of lager)	0.09	[-0.25;0.42]	0.31	[-0.09;0.71]	0.01	[-0.05;0.07]	-0.02	[-0.11;0.07]	-0.02	[-0.07;0.04]	0.01	[-0.08;0.1]
Leeftijd (20-25 vs. 15-19)	0.46**	[0.15;0.76]	0.10	[-0.26;0.46]	0.02	[-0.04;0.07]	0.02	[-0.06;0.1]	0.03	[-0.03;0.08]	0.07	[-0.01;0.15]
Reported equivalent household income (Belgian weighted quintiles)	-0.05	[-0.16;0.07]	0.03	[-0.11;0.16]	0.00	[-0.02;0.02]	0.00	[-0.03;0.03]	0.01	[-0.01;0.03]	-0.01	[-0.04;0.02]
Tevredenheid sociale contacten (Eerder tevreden vs. Eerder ontevreden)	-1.85***	[-2.5;-1.21]	-1.94***	[-2.73;-1.15]	-0.52***	[-0.64;-0.4]	-0.49***	[-0.67;-0.32]	-0.41***	[-0.52;-0.3]	-0.20*	[-0.38;-0.03]
Kwaliteit van sociale steun (zwakke vs gemiddelde/sterke steun)	-0.48	[-0.97;0]	-1.39***	[-1.91;-0.86]	-0.24***	[-0.33;-0.15]	-0.44***	[-0.55;-0.32]	-0.15**	[-0.23;-0.07]	-0.28***	[-0.4;-0.16]
Constante	3.29***	[2.56;4.02]	4.52***	[3.61;5.43]	1.92***	[1.79;2.05]	2.22***	[2.02;2.43]	1.67***	[1.55;1.8]	1.71***	[1.51;1.92]
N	713		720		713		720		713		720	
R <sup>2</sup> (%)	8.3%		8.4%		18.1%		15.0%		11.9%		6.7%	

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

### 3. Besluit

Adolescentie en jongvolwassenheid worden gekenmerkt door ingrijpende transitieën en veranderingen. De zoektocht naar een eigen identiteit gaat gepaard met gevoelens van onzekerheid. De meeste adolescenten slagen erin op een gezonde manier om te gaan met dergelijke gevoelens. Een aanzienlijke groep slaagt hier echter niet in en lijdt aan mentale gezondheidsproblemen. In deze Facts & Figures gebruikten we representatieve data van 1433 laat adolescenten en jongvolwassenen uit 2008 en 2013. Jongens rapporteren minder psychologische stress, angst en depressie dan meisjes. Deze vaststelling komt ook terug in voorgaand onderzoek (Schraedley, Gotlib, & Hayward, 1999). Deze resultaten zijn belangrijk aangezien mentale gezondheidsproblemen die zich manifesteren in late adolescentie en jongvolwassenheid goede voorspellers zijn van mentale gezondheidsproblemen bij volwassenen. Omwille van deze reden dient gezondheidsbeleid de evolutie van mentale gezondheid bij jongeren actief te monitoren en effectieve preventie strategieën te ontwikkelen. Dit lijkt in het bijzonder van toepassing op depressie en angst bij meisjes dat in vergelijking met jongens in slechts 5 jaar tijd aanzienlijk is toegenomen. Een dergelijke toename is consistent met voorgaand onderzoek uit Engeland (Fink et al., 2015).

Deze genderverschillen worden in de literatuur toegewezen aan biologische verschillen en verschillen in sociale verwachtingen naar jongens en meisjes. Voorgaand onderzoek toont aan dat jongens meer moeilijkheden ervaren hun mentale gezondheidsproblemen te erkennen en maskeren deze problemen vaker via externaliserend gedrag (bv.: antisociaal gedrag, druggebruik) (Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). Daartegenover rapporteren meisjes meer internaliserende problemen zoals depressie en angst. Van meisjes wordt verwacht dat zij gevoeliger zijn voor emoties, meer last hebben van stressvolle gebeurtenissen waarbij significante anderen betrokken zijn (zoals het overlijden van vrienden of familieleden), meer begrensde genderrollen en ontevredenheid over het lichaam ervaren, vaker ruminatie gebruiken als coping-strategie en meer huiselijk geweld, misbruik en prestatiedruk op school ervaren. Al het voorgaande hangt samen met een grotere kans op psychische problemen. Dergelijke aantoonbare verschillen vragen om aangepaste preventiestrategieën voor meisjes en jongens.

Schraedley en collega's (1999) vonden dat naarmate adolescenten ouder worden de prevalentie van mentale gezondheidsproblemen eveneens toenam. Wij vonden dat oudere jongens (20-25 jaar oud) meer psychologische stress rapporteerden dan adolescenten jongens (15-19 jaar oud). Er werden geen verschillen gevonden voor meisjes of voor andere mentale gezondheidsproblemen maar de puntschattingen wezen in dezelfde richting. Een plausibele verklaring voor deze bevinding is dat de grens tussen late adolescentie en jongvolwassenheid bijna samenvalt met het einde van de leerplicht in België (18 jaar). Jongeren die zich op dit transitie-moment bevinden gaan naar het hoger tertiair onderwijs of gaan de arbeidsmarkt op. In beide gevallen worden ze geconfronteerd met veel nieuwe ervaringen, verwachtingen, potentiële werkloosheid en verantwoordelijkheden die kunnen leiden tot meer stress en op deze manier van invloed zijn op de geestelijke gezondheid.

In stressvolle situaties is het goed om mensen te hebben waarop je kan rekenen. Inderdaad, één van de belangrijkste bijdragen van deze studie is het aangetoond cruciale belang van een sociaal netwerk met betrekking tot geestelijke gezondheidsproblemen van jongeren. Adolescenten en jongvolwassenen die tevreden zijn met hun sociale contacten en/of zich sterk gesteund voelen door anderen, rapporteren minder angst, depressie en psychische problemen. In dit verband is het belangrijk om te benadrukken dat sociale relaties niet alleen ondersteuning bieden in geval van

problemen (curatieve functie) maar ook kansen bieden voor (verschillende soorten) vrijwilligerswerk. Iets zinvols doen voor anderen en/of de maatschappij is een effectief middel in de zoektocht naar een eigen identiteit en wordt geassocieerd met een grotere (mentale) gezondheid (preventiefunctie).

---

Mentale gezondheid vormt een centraal thema in de dataverzamelingen van JOP 2018. In toekomstig JOP onderzoek zal mentale gezondheid bij jongeren en kinderen verder uitgediept worden.

**Deze Facts & Figures is gebaseerd op:**

Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>

**Referentielijst**

Almedom, A. M. (2005). Social capital and mental health: an interdisciplinary review of primary evidence. *Social Science & Medicine* (1982), 61(5), 943–964.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.12.025>

Fink, E., Patalay, P., Sharpe, H., Holley, S., Deighton, J., & Wolpert, M. (2015). Mental Health Difficulties in Early Adolescence: A Comparison of Two Cross-Sectional Studies in England From 2009 to 2014. *Journal of Adolescent Health*, 56(5), 502–507.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.01.023>

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet (London, England)*, 369(9569), 1302–1313.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7)

Paternoster, R., Brame, R., Mazerolle, P., & Piquero, A. (1998). Using the Correct Statistical Test for the Equality of Regression Coefficients. *Criminology*, 36(4), 859–866.  
<https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1998.tb01268.x>

- Schraedley, P. K., Gotlib, I. H., & Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 25(2), 98–108.
- Van Droogenbroeck, F., Spruyt, B., & Keppens, G. (2018). Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1591-4>
- WHO. (2001). *Gender disparities in mental health* (p. 25). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Retrieved from <http://eprints.vu.edu.au/1656/>
- WHO (Ed.). (2014). *Mental health action plan 2013-2020*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wiklund, M., Malmgren-Olsson, E.-B., Öhman, A., Bergström, E., & Fjellman-Wiklund, A. (2012). Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender – a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*, 12, 993. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-993>
- Williams, B., & Pow, J. (2007). Gender Differences and Mental Health: An Exploratory Study of Knowledge and Attitudes to Mental Health Among Scottish Teenagers. *Child and Adolescent Mental Health*, 12(1), 8–12. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00413.x>
- World Health Organization. (2000). *Women's Mental Health: An Evidence Based Review* (p. 122). Geneva, Switzerland.