

Mentaal welbevinden bij jongeren in Vlaanderen 2010

Inleiding

Op de gezondheidsconferentie van december 2002 werd een Vlaamse gezondheidsdoelstelling zelfdoding (en depressie) geformuleerd, die goedgekeurd werd in december 2006. De zesde Vlaamse gezondheidsdoelstelling stelt dat:

“De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000.”

Een aantal subdoelstellingen specificeert dat er een daling moet komen van het aantal suïcidepogingen, een daling van de suïcidale ideatie en een daling van het aantal depressies.

Op 17 december 2011 organiseert Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeuren, een nieuwe Gezondheidsconferentie voor de preventie van zelfdoding. De conferentie wil komen tot een nieuwe gezondheidsdoelstelling voor de preventie van zelfdoding.

Methode

Voor de algemene informatie over de studie Jongeren en Gezondheid en de socio-demografische gegevens van de steekproef van de leerlingen tussen 11 en 18 jaar wordt verwezen naar de desbetreffende fact sheets op www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be.

Volgende indicatoren van mentaal welbevinden werden opgenomen:

- **Tevredenheid met het leven** (in het Engels: life satisfaction) werd in de studie Jongeren en Gezondheid bevraagd via de Cantril ladder¹. De jongeren geven een algemene evaluatie van hun leven en duiden op een ladder aan waar ze zich op dit moment bevinden: van helemaal bovenaan (= score 10 of best mogelijke leven) tot helemaal beneden (= 0 of slechtst mogelijke leven). Tevredenheid met het leven is volgens de literatuur en eigen onderzoek gerelateerd aan onder andere middelengebruik².

- **Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit** werd gemeten aan de hand van de KIDSCREEN (Mental health index). De schaal werd ontwikkeld in het kader van het Europese project ‘Screening for and promotion of health related quality of life in children and adolescents. A European Public Health Perspective’³. De gevalideerde schaal identificeert jongeren met een risico op een negatieve zelfevaluatie van hun levenskwaliteit. De korte versie van de KIDSCREEN bestaat uit 10 vragen. Er wordt gevraagd naar (1) verdrietig zijn, (2) zich eenzaam voelen, (3) zich vol energie voelen, (4) of de jongere voldoende tijd had voor zichzelf, (5) of hij/zij heeft kunnen doen in de vrije tijd wat hij/zij wou, (6) of de ouders de jongere eerlijk behandeld hebben, (7) of de jongere plezier had met zijn vrienden, (8) of hij/zij goed heeft kunnen opletten, (9) of de jongere zich fit heeft gevoeld, en (10) of het goed gegaan is op school. Op basis van voorgaand onderzoek, kunnen T-scores worden

¹ Cantril H. The pattern of human concern. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.

² Zullig KJ et al. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents’ substance use. Journal of Adolescent Health, 2001, 29:279-288.

³ Ravens-Sieberer et al. Quality of life in children and adolescents: a european public health perspective. Soz Präventiv Med 2001; 46:294-302.

toegekend aan de respondenten. Een T-waarde onder de 38 wijst op een lage levenskwaliteit.

- **Zelfmoordgedachten** werd alleen bevroegd in het secundair onderwijs. De vraag werd als volgt geformuleerd:

“Sommige mensen voelen zich zo hopeloos dat ze zelfmoord als enige mogelijke uitweg zien. Heb jij er wel eens over gedacht een einde aan je leven te maken?” De antwoordmogelijkheden waren ‘nooit’, ‘een enkele keer’, ‘soms’, ‘vaak’ en ‘heel vaak’.

- **Zelfbeschadigend gedrag** werd toegevoegd voor de derde graad van het secundair onderwijs⁴. Een eerste vraag gaat na of de jongere ooit opzettelijk te veel pillen geslikt heeft of op een andere manier geprobeerd heeft zich lichamelijk te beschadigen. Daarnaast vragen we wanneer dit de laatste keer zich heeft voorgedaan, en of dit onder invloed was van alcohol of een ander middel, en wat de reden was.

- **Stigmatiseren van personen met een depressie:** Een schaal werd opgenomen voor de derde graad secundair die nagaat of jongeren mensen met een depressie stigmatiseren. De schaal is ontwikkeld in Australië door Griffiths et al⁵. Onderzoek heeft aangetoond dat het stigmatiseren van personen met een depressie of andere psychische aandoeningen, een invloed heeft op het al dan niet hulp zoeken bij een depressie^{6,7}. Zeker bij jongeren, die in een ontwikkelingsfase zitten waar de omgeving en hun leeftijdsgenoten belangrijker worden, kan stigmatisatie van o.a. personen met een depressie ervoor zorgen dat geen hulp gezocht wordt.

Resultaten

Tevredenheid met het leven

Grafiek 1 geeft een overzicht van de levenstevredenheid van Vlaamse jongeren in 2002, 2006 en 2010. Het percentage van de jongeren dat 6 of hoger scoort op de Cantril ladder wordt weergegeven naar leeftijd en geslacht. In 2002 scoorden 89% van de jongens 6 of hoger op de ladder ten opzichte van 91% in 2006 en 91,1% in 2010. Bij de meisjes hadden 87% in 2002 een score van 6 of hoger ten opzichte van 89% in 2006 en 89,1% in 2010. In 2010 zijn de verschillen in levenstevredenheid tussen meisjes en jongens significant verschillend ($\chi^2=11,8$; $df=1$; $p=0,001$).

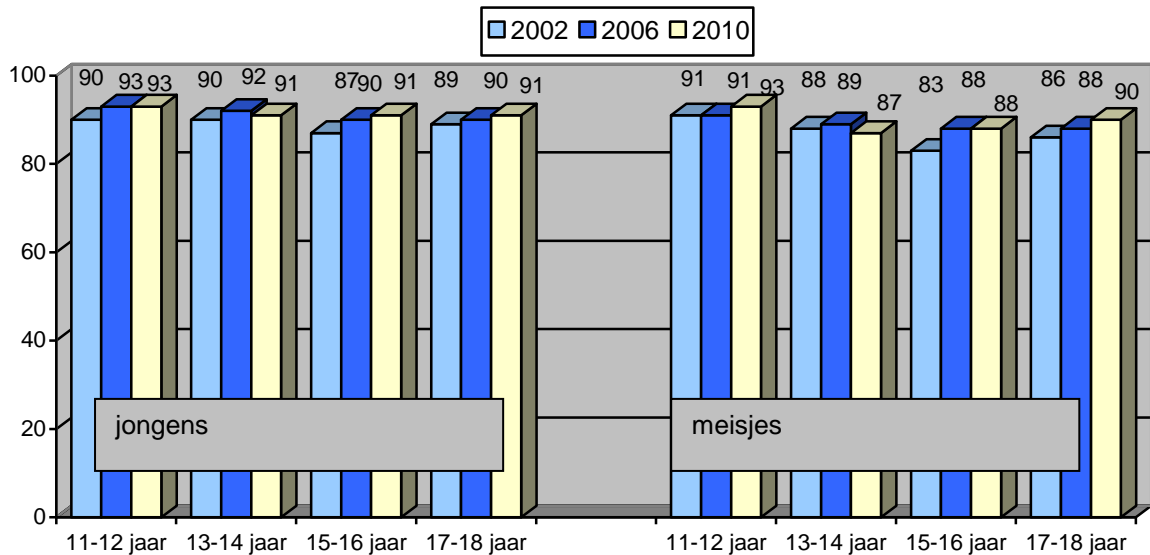
Bij meisjes verlaagt de tevredenheid significant met de leeftijd in 2010 ($\chi^2=19,7$; $df=3$; $p=0,001$). Voor jongens was dit niet het geval.

⁴ Portzky G., De Wilde E.J., van Heeringen K. (2008). Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17: 179-186.

⁵ Griffiths K et al. Effect of web-based depression literacy and cognitive-behavioural therapy interventions on stigmatising attitudes to depression. *British Journal of Psychiatry*, 2004; 185: 342-349.

⁶ Wells et al. Perceived barriers to care in St Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 1994, 29: 155-164.

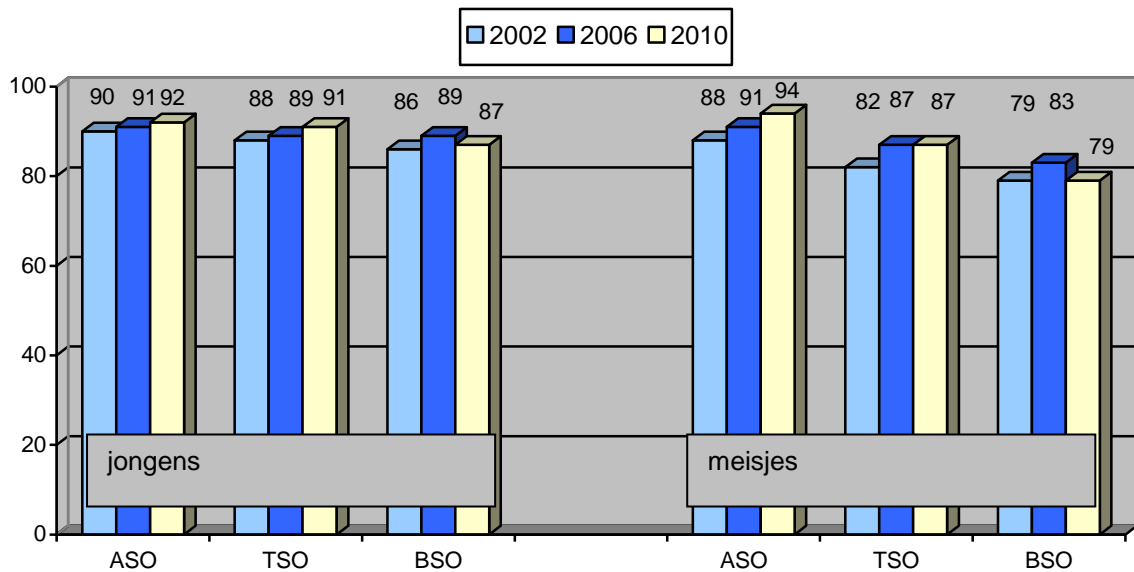
⁷ Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004, 59: 614-625.



Grafiek 1: levenssatisfactie (score 6 of hoger) bij jongens en meisjes naar leeftijd in 2002, 2006 en 2010.

Grafiek 2 geeft de resultaten naar opleidingsniveau. In 2006 werd er bij de jongens geen significant verschil gevonden tussen de verschillende studierichtingen ($\chi^2=3,0$; $df=2$; $p=0,218$). In 2002 werden wel significante verschillen gevonden: meer jongens uit het ASO hadden een score van 6 of hoger dan jongens uit het TSO en BSO ($\chi^2=11,1$; $df=2$; $p=0,004$). Ook in 2010 waren de verschillen naar opleidingsniveau significant ($\chi^2=13,0$; $df=2$; $p=0,001$).

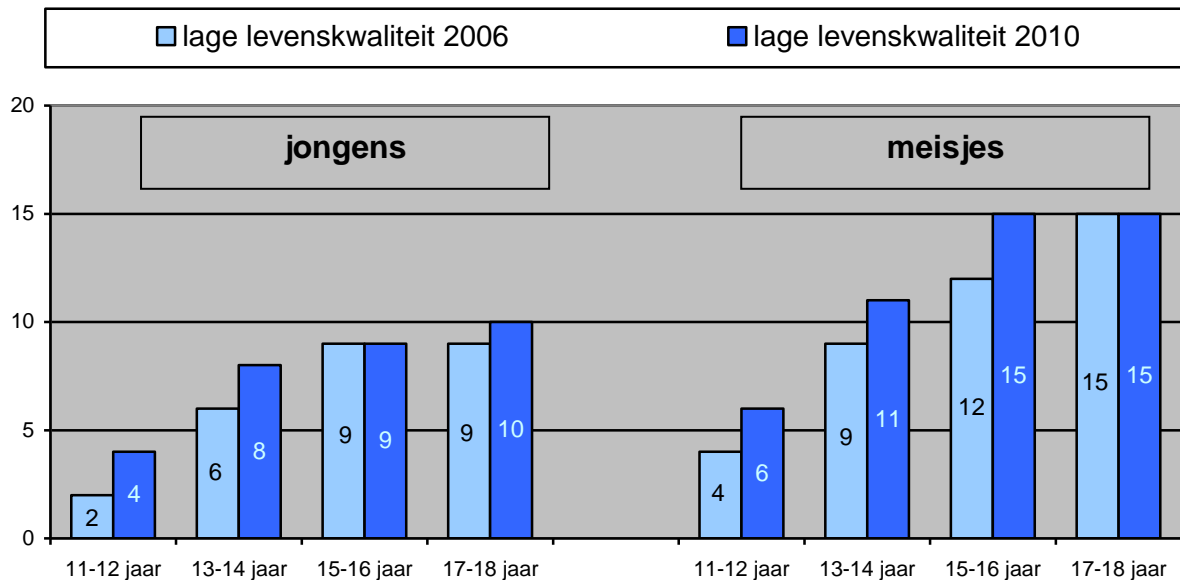
Bij de meisjes werden zowel in 2002 als in 2006 en in 2010 significante verschillen gevonden naar opleidingsniveau. Meer meisjes uit het ASO geven aan tevreden te zijn met hun leven in vergelijking met meisjes uit het TSO en uit het BSO (2002: $\chi^2=35,4$; $df=2$; $p<0,001$; 2006: $\chi^2=30,1$; $df=2$; $p<0,001$; 2010: $\chi^2=81,2$; $df=2$; $p<0,001$).



Grafiek 2: levenssatisfactie (score 6 of hoger) bij jongens en meisjes naar opleiding in 2002, 2006 en 2010.

Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit

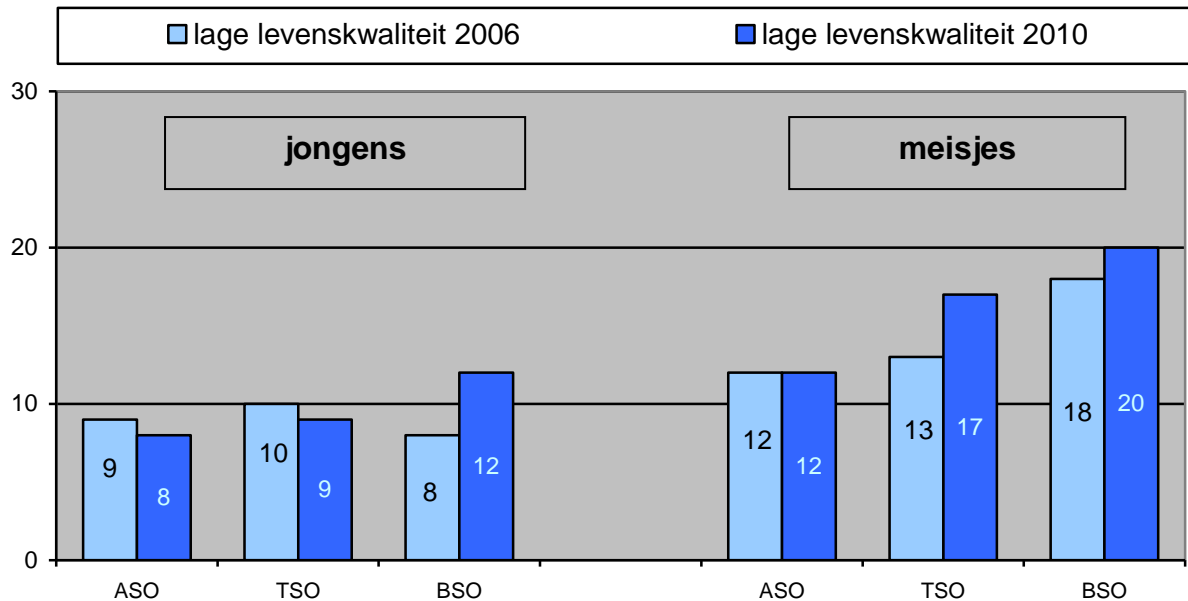
Grafiek 3 geeft een overzicht van de resultaten van de jongeren die lager scoren dan T-waarde 38 op de KIDSCREEN naar leeftijd. Jongens scoren significant beter op de KIDSCREEN dan meisjes: 7,9% van de jongens heeft een slechte levenskwaliteit in vergelijking met 12,2% van de meisjes ($\chi^2=50,39$; $df=1$; $p<0,001$). In 2006 was dit 6,8% van de jongens en 10,3% van de meisjes. Zowel bij de jongens als bij de meisjes is het percentage dat een slechte levenskwaliteit heeft, gestegen (jongens 2006-2010: $\chi^2=4,97$; $df=1$; $p=0,026$; meisjes 2006-2010: $\chi^2=9,17$; $df=1$; $p=0,002$).



Grafiek 3: resultaten lage levenskwaliteit op basis van de KIDSCREEN naar leeftijd in 2006 en 2010.

Met de leeftijd neemt het percentage van jongens en meisjes die lager scoren dan T-waarde 38 op de KIDSCREEN toe (jongens 2010: $\chi^2=26,41$; $df=3$; $p<0,001$; meisjes 2010: $\chi^2=59,92$; $df=3$; $p<0,001$).

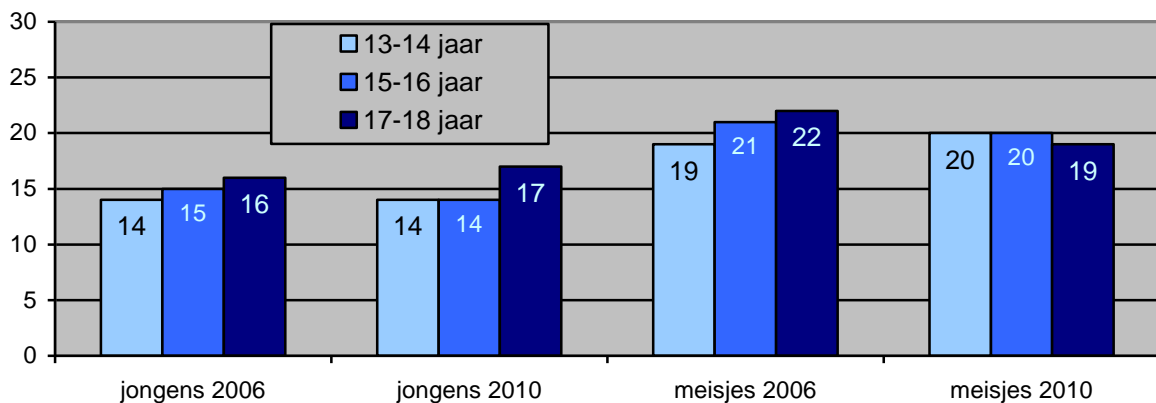
In grafiek 4 bevinden zich de resultaten naar opleiding voor jongens en meisjes. In 2010 waren de verschillen tussen de opleidingsvormen voor zowel jongens als meisjes significant (jongens: $\chi^2=9,57$; $df=2$; $p=0,008$; meisjes: $\chi^2=19,80$; $df=2$; $p<0,001$). Jongeren uit het ASO ervaren een betere levenskwaliteit dan jongeren uit het TSO en BSO. In 2006 waren alleen de verschillen bij meisjes significant ($\chi^2=9,57$; $df=2$; $p=0,008$).



Grafiek 4: resultaten lage levenskwaliteit op basis van de KIDSCREEN naar opleiding in 2006 en 2010.

Zelfmoordgedachten

In grafiek 5 bevinden zich de resultaten van de jongeren die aangeven reeds 2 keer of meer (antwoorden soms, vaak en heel vaak) gedacht te hebben een einde aan hun leven te maken. Meer meisjes uit het secundair onderwijs (20%) hebben reeds aan zelfmoord gedacht dan jongens (15,2%) ($\chi^2=98,63$; $df=4$; $p<0,001$). Deze resultaten zijn gelijklopend met de resultaten van 2006. Bij de 17-18-jarige meisjes zien we wel een daling van 3%.



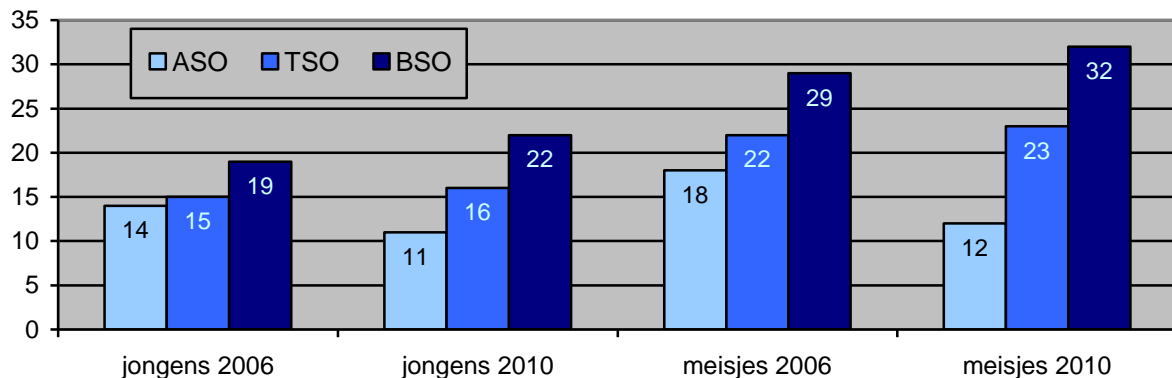
Grafiek 5: Zelfmoordgedachten (reeds 2 keer of meer aan zelfmoord gedacht) bij jongens en meisjes naar leeftijd.

Bij de 13- tot 14-jarige jongens geeft 2% aan heel vaak aan zelfmoord te denken. Bij de 15- tot 16-jarige en de 17- tot 18-jarige jongens denkt 3% heel vaak aan zelfmoord. Bij de meisjes is dit respectievelijk 3% (13-14 jarigen), 4% (15-16 jarigen) en 2% (17-18 jarigen).

In grafiek 6 zijn de resultaten naar opleiding weergegeven. Zowel bij de jongens als bij de meisjes zijn de verschillen in opleiding significant ($\chi^2=54,08$; $df=8$; $p<0,001$ voor jongens; $\chi^2=122,18$; $df=8$; $p<0,001$ voor meisjes). Meer jongeren uit het beroepsonderwijs geven aan meermaals aan zelfmoord te hebben gedacht dan jongeren uit het algemeen secundair onderwijs. In vergelijking met 2006, zijn de verschillen tussen de onderwijsrichtingen nog

vergroot door een daling van zelfmoordgedachten in het algemeen secundair onderwijs en een stijging in het beroepsonderwijs.

Dit zien we terug in de percentages van de jongeren die aangeven heel vaak aan zelfdoding te denken. In het algemeen secundair onderwijs denkt 1% van de jongens heel vaak aan zelfdoding in vergelijking met 3% in het technisch secundair onderwijs en 4% in het beroepsonderwijs. Bij de meisjes in het ASO denkt 1% heel vaak aan zelfmoord, vergeleken met 2% in het technisch onderwijs en 8% in het beroepsonderwijs. In vergelijking met 2006, zien we een verdubbeling van meisjes die heel vaak aan zelfdoding denken in het beroepsonderwijs (4% in 2006).



Grafiek 6: Zelfmoordgedachten (reeds 2 keer of meer aan zelfmoord gedacht) bij jongens en meisjes naar opleiding.

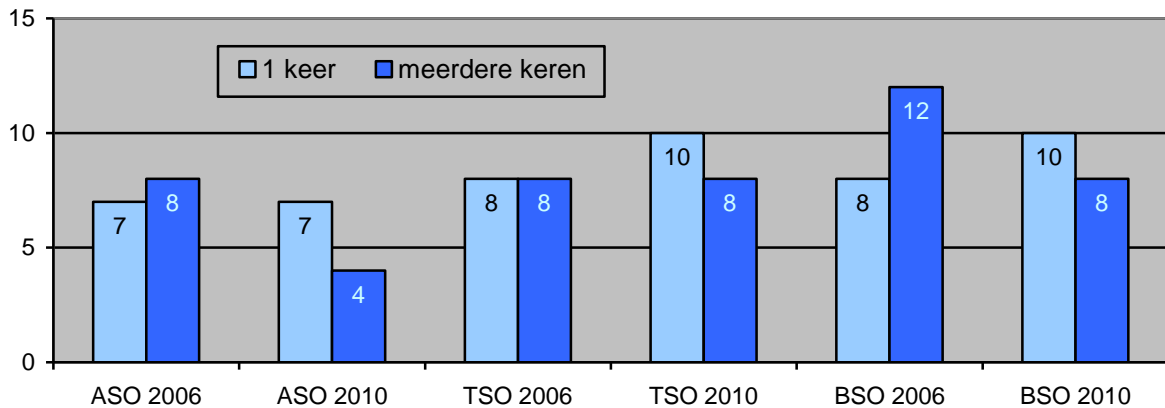
Zelfbeschadigend gedrag

Van de jongeren uit de derde graad secundair heeft reeds 8,4% (195 jongeren) 1 enkele keer opzettelijk teveel pillen geslikt of zichzelf op een andere manier geprobeerd te beschadigen (bijvoorbeeld met een mes). In 2006 was dit 7,7%. 6,5% (147 jongeren) van de 17- tot 18-jarigen meldde dit reeds meerdere keren gedaan te hebben, in vergelijking met 9% in 2006. In totaal heeft dus 14,7% van de jongeren zichzelf 1 of meerdere keren opzettelijk lichamelijk beschadigd.

Het komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens ($\chi^2=29,15$; $df=2$; $p<0,001$). Bij de jongens heeft 6,7% zichzelf 1 keer opzettelijk proberen te beschadigen, terwijl bij meisjes dit 10,1% is (in 2006 respectievelijk 5,4% en 9,9%). 4,1% van de jongens heeft 2 keer of meer geprobeerd zichzelf te beschadigen ten opzichte van 8,5% van de meisjes. In 2006 was dit nog respectievelijk 6% en 11,6%.

Ook naar onderwijsrichting werden verschillen vastgesteld (zie grafiek 7). Meer jongeren uit het beroepsonderwijs en het technisch secundair onderwijs (8%) hebben zichzelf meermaals lichamelijk beschadigd in vergelijking met jongeren uit het algemeen secundair onderwijs (4%) ($\chi^2=19,80$; $df=4$; $p=0,001$).

In vergelijking met de resultaten van 2006 zien we een sterke daling van meermaals zelfbeschadigend gedrag in het algemeen secundair onderwijs (van 8% in 2006 naar 4% in 2010) en in het beroepssecundair onderwijs (van 12% naar 8%).



Grafiek 7: 17- tot 18-jarigen (jongens en meisjes samen) die zich opzettelijk hebben beschadigd naar opleiding.

Bij iets meer dan de helft van de 342 jongeren was dit meer dan een jaar geleden gebeurd (57,8%). Slechts 15,5% van de jongeren die zichzelf opzettelijk hebben beschadigd, heeft dit minder dan 1 maand geleden gedaan.

Bij de vraag naar de omstandigheden waarin dit gebeurde, antwoordde 83,5% dat dit thuis was, 11,9% was onder invloed van alcohol, terwijl 11,1% onder invloed was van een ander middel.

Ook de redenen waarom ze dit deden werden bevraagd (tabel 1). De meest voorkomende redenen waren: gedachten die zo vreselijk waren dat ze ervan af wilden, willen sterven, en zichzelf willen straffen. Dit waren ook de drie meest voorkomende redenen in 2006.

Tabel 1: percentage jongeren (vijfde en zesde secundair) die zichzelf opzettelijk hebben beschadigd, naar opgegeven reden (meerdere keuzes mogelijk)

	% 2010	% 2006
mijn gedachten waren zo vreselijk dat ik daarvan af wilde	36,7%	35,2%
ik wilde sterven	35,4%	27,2%
ik wilde mezelf straffen	25,9%	33,1%
ik wilde weten of er werkelijk iemand was die van me hield	17,1%	15%
ik wilde anderen betaald zetten voor de manier waarop ze me behandeld hebben	15,3%	12,2%
ik wilde laten zien hoe wanhopig ik me voelde	12,9%	15,5%
ik wilde aandacht krijgen	7,0%	10,4%
ik wilde iemand bang maken	6,4%	6,1%
totaal aantal jongeren dat zichzelf opzettelijk heeft beschadigd	341	380

Stigmatisatie van personen met een depressie

In tabel 2 bevinden zich de percentages van de jongeren die akkoord gingen met 9 negatieve uitspraken over depressie (ook alleen bevraagd in de laatste graad secundair onderwijs). 62,6% van de jongeren (meisjes en jongens samen) zijn akkoord met de stelling dat mensen met een depressie hieruit kunnen geraken indien ze dit willen. 37,5% vindt dat mensen met een depressie onvoorspelbaar zijn. Ongeveer een derde van de jongeren (31,1%) vindt dat depressie niet echt een medische ziekte is, terwijl 24,4% van de jongeren vindt dat depressie een teken is van persoonlijke zwakte.

Hoewel depressie toch door veel jongeren gestigmatiseerd wordt, zegt 'slechts' 8,1% dat ze iemand niet zouden uitnodigen op een feestje indien die persoon een depressie heeft gehad en 9,8% zou niet stemmen op een persoon die een depressie heeft gehad.

Tabel 2: percentages jongens en meisjes (vijfde en zesde secundair) die akkoord gaan met volgende stellingen

Stelling	jongens	meisjes	chi²-test verschil jongens en meisjes
Mensen met een depressie kunnen uit de depressie geraken indien ze dit willen	63,8%	61,3%	27,9; p<0,001
Depressie is een teken van persoonlijke zwakte	30,9%	18,1%	79,8; p<0,001
Depressie is niet echt een medische ziekte	36,4%	25,9%	62,2; p<0,001
Mensen met een depressie zijn gevaarlijk	20,3%	10,1%	85,7; p<0,001
Het is best om mensen met een depressie te ontwijken zodat je zelf niet depressief wordt	13,9%	7,1%	79,6; p<0,001
Mensen met een depressie zijn onvoorspelbaar	38,9%	36,1%	28,5; p<0,001
Indien ik een depressie had, zou ik het aan niemand vertellen	23,5%	19,6%	15,9; p=0,003
Ik zou iemand niet uitnodigen op een feestje indien ik weet dat die persoon een depressie gehad heeft	11,7%	4,7%	58,3; p<0,001
Ik zou niet stemmen voor een leerling voor de leerlingenraad indien ik weet dat die persoon een depressie gehad heeft	12,8%	6,9%	57,8; p<0,001

Meer jongens zijn geneigd om personen met een depressie te stigmatiseren dan meisjes. Dit geldt voor alle uitspraken.

In vergelijking met 2006 is het percentage van jongeren die depressie stigmatiseren gestegen. Zo vindt in 2010 15,1% van de jongeren dat mensen met een depressie gevaarlijk zijn in vergelijking met 11,8% in 2006 ($\chi^2=11,14$; $df=1$; $p=0,001$). In 2006 was er 8,1% van de jongeren die een persoon met een depressie zou ontwijken om zelf niet depressief te worden, terwijl dit in 2010 10,4% is ($\chi^2=7,36$; $df=1$; $p=0,007$). Ook hun gedrag ten opzichte van mensen met een depressie is veranderd. In 2006 was er 5,5% van de jongeren die een persoon met een depressie niet zou uitnodigen op een feestje, terwijl dit in 2010 gestegen is naar 8,1% ($\chi^2=13,01$; $df=1$; $p<0,001$). In 2006 zou 7,4% van de jongeren niet gestemd hebben op een persoon die een depressie heeft gehad. In 2010 is dit 9,7% ($\chi^2=8,56$; $df=1$; $p=0,003$).

Van de schaal kan een som-score gemaakt worden die gaat van 9 (hoge mate van stigmatiseren) tot 45 (lage mate van stigmatiseren). Hoe lager de score, hoe meer de jongere personen met een depressie stigmatiseert.

De gemiddelde score in 2010 is 28,47 (standaard deviatie= 5,00). In 2006 was dit nog 29,26 (standaarddeviatie = 4,79). Dit verschil is significant ($t = 5,52$; $df=4593$; $p<0,001$).

Voor jongens en naar opleiding zijn de gemiddelden voor ASO 28,56, voor TSO 27,10 en voor BSO 26,56. Jongens uit het ASO zijn minder geneigd personen met een depressie te stigmatiseren dan jongeren uit het TSO en BSO (ASO-TSO: t -test=3,96; $df=779$; $p<0,001$; ASO-BSO: t -test=4,74; $df=605$; $p<0,001$). Het verschil tussen jongens uit het TSO en BSO is niet significant. Bij meisjes zijn de gemiddelden naar opleiding voor het ASO 30,57, voor het TSO 29,11 en voor het BSO 28,13. De verschillen naar opleiding zijn onderling allen

significant (ASO-TSO: t-test=4,98; df=846; p<0,001; ASO-BSO: t-test=6,35; df=371,1; p<0,001; TSO-BSO: t-test=2,49; df=566; p=0,013).

Vergelijken we de resultaten naar opleiding en geslacht van 2010 met de resultaten uit 2006, dan zien we geen significante verschillen bij de jongens. Meisjes daarentegen, in de drie richtingen, scoren nu lager (= meer stigmatiseren) dan in 2006 (ASO: gemiddelde 2006 = 31,09; t-test=2,09; p=0,041; TSO: gemiddelde 2006 = 30,46; t-test=4,39; df=751; p<0,001; BSO: gemiddelde 2006 = 29,30; t-test=2,58; df=480; p=0,010).

Besluit

Mentale gezondheid is een belangrijk aandachtspunt in de gezondheidspromotie.

De meerderheid van de Vlaamse jongeren geven aan vrij tevreden te zijn over hun leven. Meer jongens dan meisjes zijn tevreden met hun leven. Meisjes en jongens uit het algemeen secundair onderwijs zijn meer tevreden dan meisjes en jongens uit het beroepssecundair onderwijs.

Bekijken we gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit dan hebben 8% van de jongens en 12% van de meisjes in Vlaanderen een lage levenskwaliteit. Het percentage stijgt met de leeftijd. Minder jongeren uit het algemeen secundair onderwijs hebben een lage levenskwaliteit dan jongeren uit het beroepssecundair onderwijs.

Op 17-18 jaar heeft reeds 15% van de jongens en 20% van de meisjes meerdere keren gedacht een einde te maken aan hun leven. Meer jongeren uit het beroepssecundair onderwijs dan jongeren uit de andere richtingen denken aan zelfdoding.

In totaal heeft 15% van de jongeren in de laatste graad van het secundair onderwijs 1 of meerdere keren zichzelf opzettelijk lichamelijk beschadigd (overmatig pillen nemen, krassen in het lichaam met een mes, ...). Meisjes doen dit vaker dan jongens. De redenen die het meest aangehaald werden zijn: hun gedachten waren zo vreselijk dat ze daarvan af wilden, ze wilden sterven, en ze wilden zichzelf straffen.

Een laatste deel behandelde stigmatisatie van personen met een depressie. Bij jongeren uit de laatste graad secundair leven nog veel misverstanden over depressie. Zo denkt 63% dat mensen met een depressie eruit kunnen geraken als ze dit echt willen. Andere misverstanden zijn dat depressie geen medische ziekte is, dat het een teken van persoonlijke zwakte is en dat mensen met een depressie onvoorspelbaar zijn. Slechts een minderheid van de jongeren gaan personen met een depressie ontwijken of niet uitnodigen op een feestje. Een meerderheid van de jongeren vindt dat depressie geen reden is om niet voor die persoon te stemmen voor de leerlingenraad.

In vergelijking met 2006, zijn er in 2010 iets meer jongeren die depressie stigmatiseren. Stigmatisatie van depressie en andere psychische aandoeningen kan leiden tot het niet zoeken naar hulp bij psychische problemen.

Contact en team

De studie Jongeren en Gezondheid is te vinden op: www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be.

De verantwoordelijke onderzoekers zijn Prof. Dr. Lea Maes en Dr. Carine Vereecken.
Contactpersoon: Dr. Anne Hublet (Anne.Hublet@UGent.be)

Adres:
Universiteit Gent
Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen
Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde
Watersportlaan 2
9000 Gent

Tel: +32.9. 264 94 01

De internationale studie Health Behaviour in School-aged Children is te vinden op www.hbsc.org.