

## Mentale gezondheid bij jongeren in Vlaanderen 2014

### Inleiding

Op de gezondheidsconferentie in december 2002 werd een Vlaamse gezondheidsdoelstelling zelfdoding (en depressie) geformuleerd, die goedgekeurd werd in december 2006. De zesde Vlaamse gezondheidsdoelstelling stelde dat: "De sterfte door zelfdoding bij mannen en vrouwen moet tegen 2010 verminderd zijn met 8% ten opzichte van 2000". Een aantal subdoelstellingen specificeerde dat er een daling moest komen van het aantal suïcidepogingen, een daling van de suïcidale ideatie en een daling van het aantal depressies. Na afloop van de termijn, werd een nieuw, Vlaams Actieplan Suicidepreventie opgesteld voor de periode 2012-2020. De doelstelling van dit actieplan is om het aantal zelfdodingen tegen 2020 te doen dalen met 20% ten opzichte van het jaar 2000.

### 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 factsheets op [www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be](http://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 ladder<sup>1</sup>. 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 middelengebruik<sup>2</sup>.

- **Gezondheid gerelateerde 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'<sup>3</sup>. 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

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

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

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

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

- **Zelfmoordgedachten** werd alleen bevraagd 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 onderwijs<sup>4</sup>. 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 al<sup>5</sup>. 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<sup>6,7</sup>. 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, 2010 en 2014. Het percentage van de jongeren dat 6 of hoger scoort op de Cantril ladder wordt weergegeven naar leeftijd en geslacht. In 2014 scoorden 86,8% van de jongeren hun levenstevredenheid 6 of hoger op de Cantril ladder; dit is een significante daling ten opzichte van 2010, toen dit nog 90,1% was ( $\chi^2 = 53,9$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ). In lijn met de resultaten uit voorgaande studierondes, merken we een duidelijk verschil tussen jongens en meisjes. In 2014 scoorden 89,1% van de jongens 6 of hoger op de ladder, in vergelijking met 84,4% van de meisjes ( $\chi^2 = 45,8$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ). Bij de studierondes in 2010, 2006 en 2002 was dit respectievelijk 91,1% versus 89,1%, 91% versus 89% en 89% versus 87%.

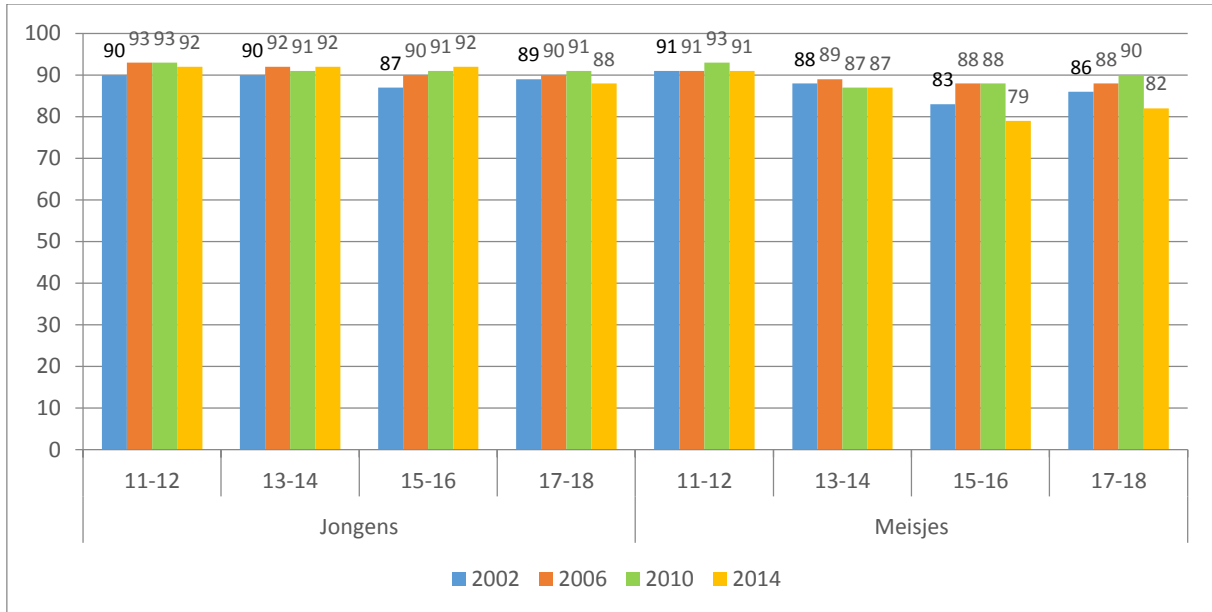
4 Portzky G., De Wilde E.J., van Heeringen K. (2008). Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17: 179-186.

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.

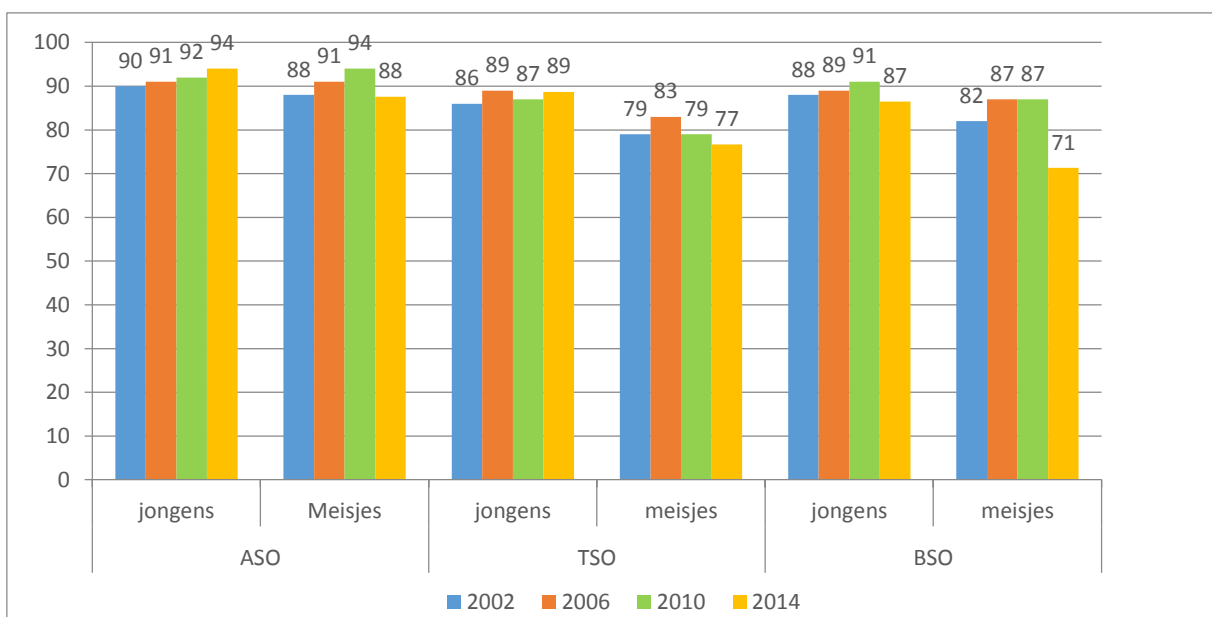
7 Corrigan P. How stigma interferes with mental health care. *Am Psychol* 2004, 59: 614-625.

Aan de hand van de data in de huidige studieronde, stellen we vast dat, in 2014, de levenstevredenheid van zowel jongens ( $\chi^2 = 15,8$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,001$ ) als meisjes ( $\chi^2 = 67,6$ ;  $df = 3$ ;  $p < 0,001$ ) significant daalt naarmate ze ouder worden. Bij meisjes was dit ook het geval in 2010, bij jongens niet.



Grafiek 1 Percentage levenstevredenheid op jaarbasis naar leeftijd en geslacht

Grafiek 2 geeft de resultaten naar opleidingsniveau. In 2014 werd zowel bij de jongens ( $\chi^2 = 28,1$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$ ) als bij de meisjes ( $\chi^2 = 70,2$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,001$ ) een significant verschil in levenstevredenheid gevonden tussen de verschillende studierichtingen. Meer jongeren uit het ASO scoorden 6 of hoger in vergelijking met de andere groepen. Dit resultaat ligt in lijn met voorgaande studierondes. In 2002, 2006 en 2010 waren de verschillen tussen de verschillende onderwijstypes ook significant, met uitzondering van dat bij de jongens in 2006.

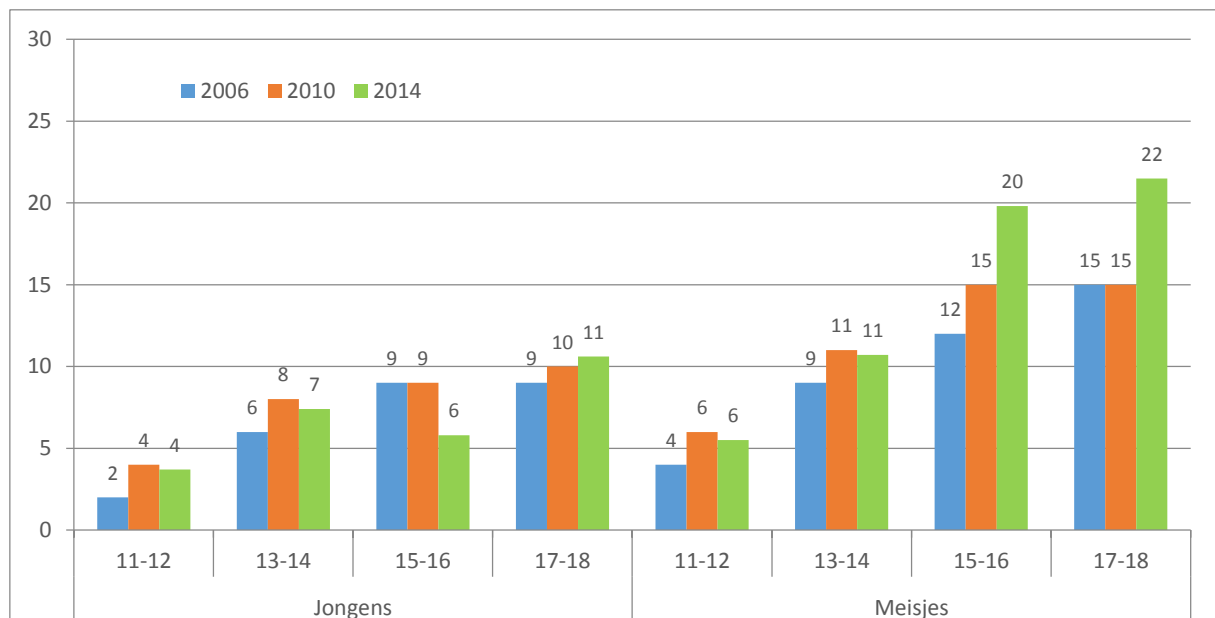


Grafiek 2 Percentage levenstevredenheid naar opleidingsniveau en geslacht

**Gezondheid gerelateerde levenskwaliteit**

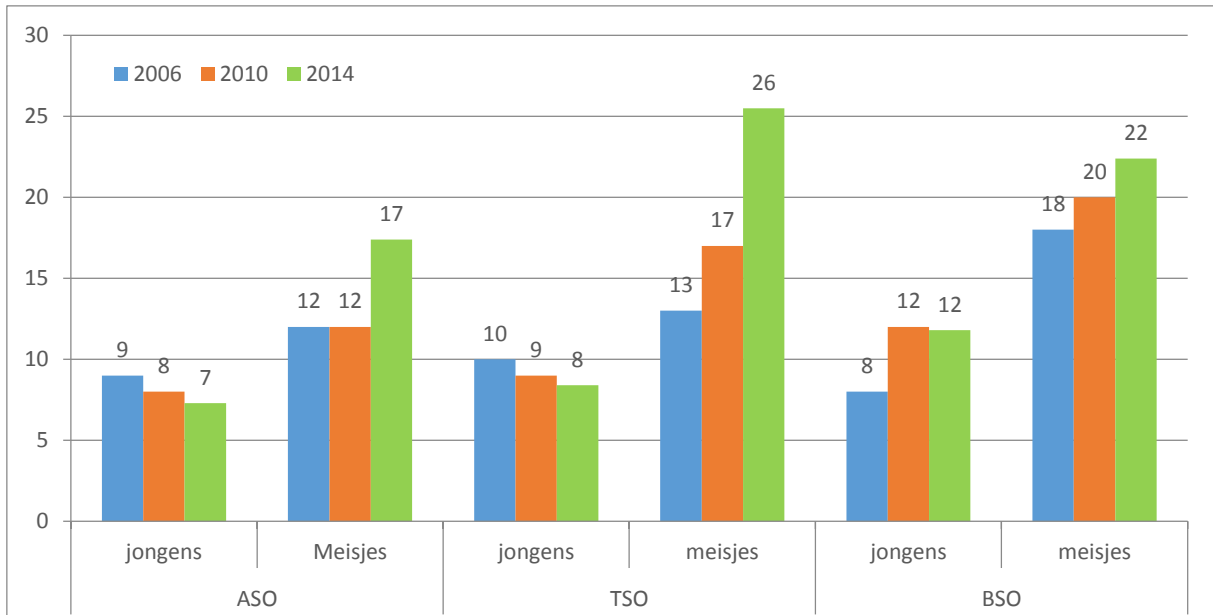
Grafiek 3 geeft een overzicht van de resultaten van de jongeren die lager scoren dan T-waarde 38 op de KIDSCREEN naar leeftijd. In 2014 scoren jongens significant beter op de KIDSCREEN dan meisjes: 9,1% van de jongens heeft een slechte levenskwaliteit in vergelijking met 14,9% van de meisjes (chi<sup>2</sup> = 72,1; df = 1; p < 0,001). In 2010 was dit 7,9% bij de jongens en 12,2% bij de meisjes. Dit was op zijn beurt een slechter resultaat vergeleken met de resultaten uit 2006, toen dit 6,8% van de jongens en 10,3% van de meisjes was (jongens: chi<sup>2</sup>=4,9; df=1; p=0,026; meisjes: chi<sup>2</sup>=9,2; df=1; p=0,002).

Het percentage van jongens en meisjes die lager scoren dan T-waarde 38 op de KIDSCREEN neemt toe naargelang men ouder wordt (jongens: chi<sup>2</sup> = 38,6; df = 3; p < 0,001; meisjes: chi<sup>2</sup> = 140,8; df = 3; p < 0,001).



**Grafiek 3 Percentage prevalentie lage levenskwaliteit naar leeftijd en geslacht**

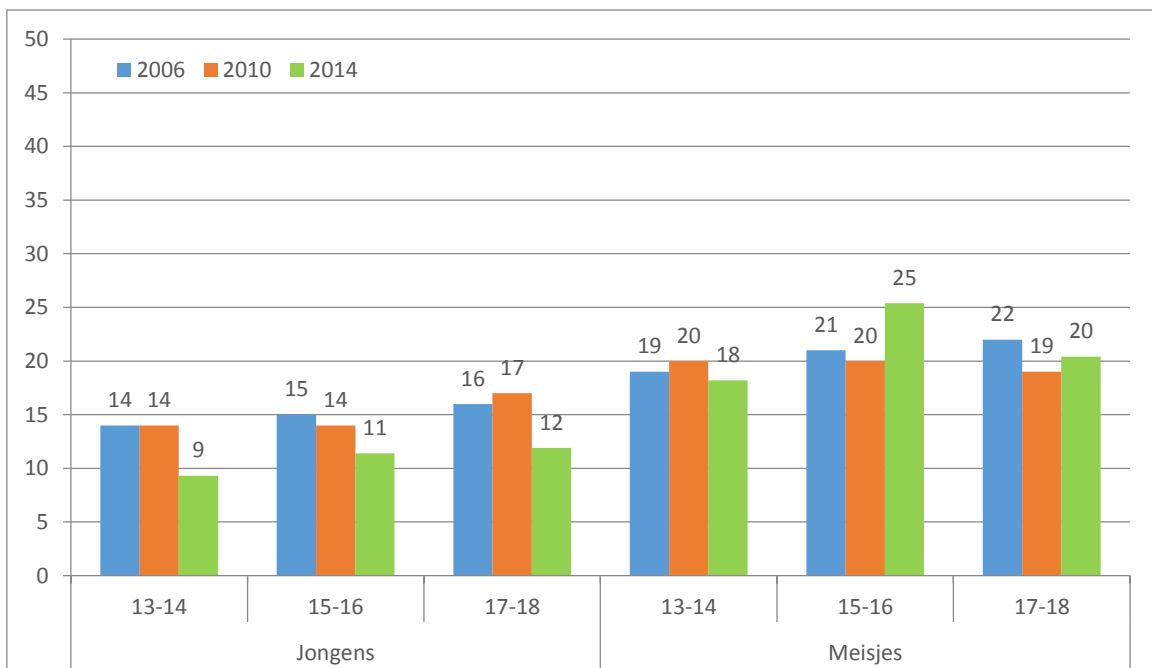
In grafiek 4 bevinden zich de resultaten naar opleiding voor jongens en meisjes. In 2014 waren de verschillen tussen de opleidingsvormen voor zowel jongens als meisjes significant (jongens: chi<sup>2</sup> = 9,3; df = 2; p = 0,01; meisjes: chi<sup>2</sup> = 18,4; df = 2; p < 0,001). Jongens uit het ASO en TSO ervaren een betere levenskwaliteit dan jongens uit het BSO. Bij de meisjes ervaren leerlingen uit het ASO en BSO een betere levenskwaliteit dan de leerlingen uit het TSO.



Grafiek 4 Percentage prevalentie lage levenskwaliteit naar opleiding en geslacht

### Zelfmoordgedachten

In grafiek 5 bevinden zich de resultaten van de jongeren die in 2014 aangaven reeds 2 of meer keer (antwoorden soms, vaak en heel vaak) gedacht te hebben een einde aan hun leven te maken. Meer meisjes uit het secundair onderwijs (21,8%) hebben reeds aan zelfmoord gedacht dan jongens (11,1%) ( $\chi^2 = 154,7$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ). Ook in 2010 gaven meisjes reeds meermaals aan zelfmoord te hebben gedacht. In vergelijking met de voorgaande enquête, zien we een significante daling bij jongens (15,2% in 2010,  $\chi^2 = 28,5$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ) en een significante stijging bij meisjes (20,0% in 2010,  $\chi^2 = 3,8$   $df = 1$ ;  $p = 0,050$ )

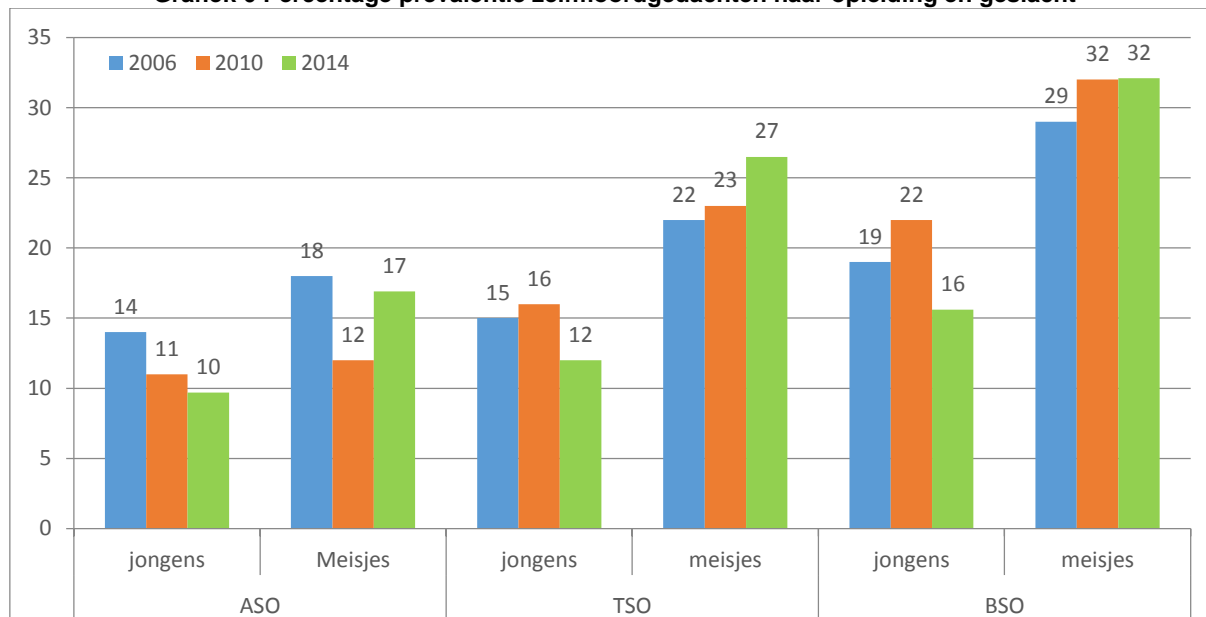


Grafiek 5 Percentage prevalentie zelfmoordgedachten

Bij de 13- tot 14-jarige jongens geeft 1,3% aan heel vaak aan zelfmoord te denken. Bij de 15-tot 16-jarige en de 17- tot 18-jarige jongens denkt 1,4-1,6% heel vaak aan zelfmoord. Bij de meisjes is dit respectievelijk 2,3% (13-14 jarigen), 4,3% (15-16 jarigen) en 2,4% (17-18 jarigen).

In grafiek 6 zijn de resultaten naar opleiding weergegeven voor 2006, 2010 en 2014. Zowel bij de jongens als bij de meisjes zijn de verschillen naargelang opleiding significant (jongens:  $\chi^2 = 12,1$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,002$ ; meisjes:  $\chi^2 = 51,9$ ;  $df = 2$ ;  $p < 0,001$ ). Meer jongeren uit het beroepsonderwijs geven aan meermaals aan zelfmoord te hebben gedacht dan jongeren uit het algemeen secundair onderwijs. In vergelijking met 2010 valt op dat de prevalentie van zelfmoordgedachten bij jongens is gedaald in het technisch en beroepsonderwijs terwijl in het algemeen onderwijs een stagnatie optrad (ASO:  $\chi^2 = 1,3$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,264$ ; TSO:  $\chi^2 = 5,8$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,016$ ; BSO:  $\chi^2 = 8,3$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,004$ ). Bij meisjes is de prevalentie van zelfmoordgedachten gestagneerd, behalve in het algemeen onderwijs waar een significante toename optrad (ASO:  $\chi^2 = 13,0$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ; TSO:  $\chi^2 = 2,5$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,114$ ; BSO:  $\chi^2 = 0,007$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,933$ ).

Grafiek 6 Percentage prevalentie zelfmoordgedachten naar opleiding en geslacht



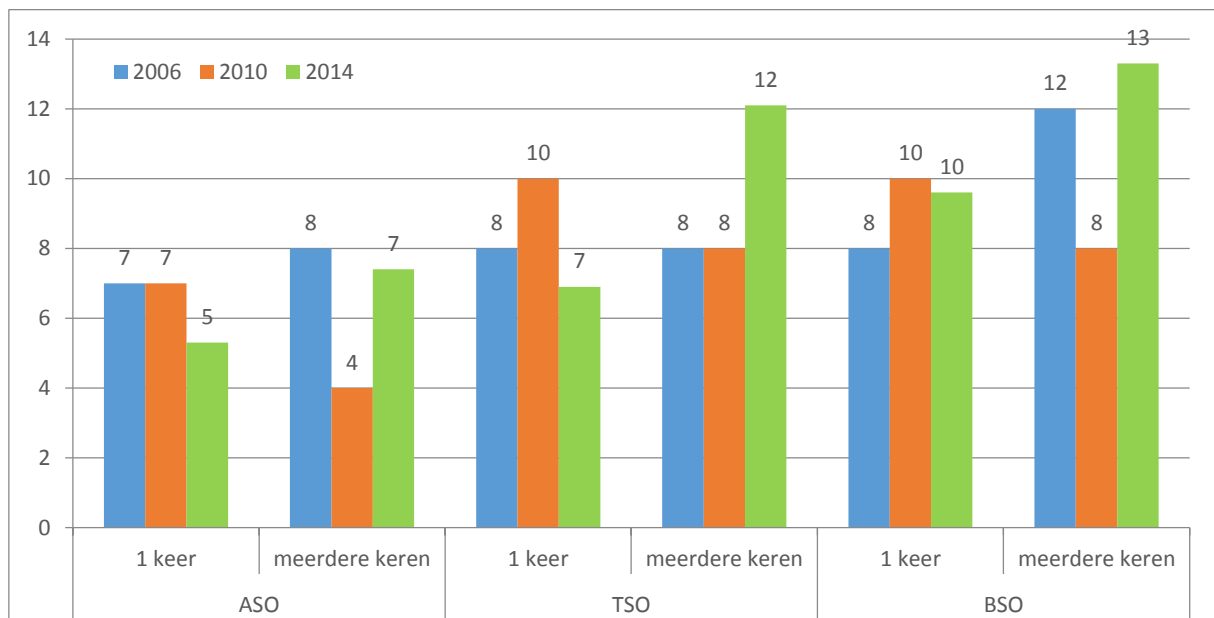
### Zelfbeschadigend gedrag

In 2014 heeft reeds 6,6% (N=134) van de jongeren uit de derde graad secundair, 1 enkele keer opzettelijk teveel pillen geslikt of zichzelf op een andere manier geprobeerd te beschadigen (bijvoorbeeld met een mes). In 2010 was dit 8,4%, in 2006 nog 7,7%. 9,5% (N=192) van de 17- tot 18-jarigen meldde dit reeds meerdere keren gedaan te hebben, in vergelijking met 6,5% in 2010 en 9% in 2006. In totaal heeft dus 16,8% van de jongeren zichzelf 1 of meerdere keren opzettelijk lichamelijk beschadigd, een toename in vergelijking met 2010, toen dit percentage nog 14,7% bedroeg ( $\chi^2 = 5,3$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,022$ ).

Zelfbeschadigend gedrag komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens ( $\chi^2 = 219,9$ ;  $df = 1$ ;  $p < 0,001$ ). Bij de jongens heeft 4,2% zichzelf 1 keer opzettelijk proberen te beschadigen, terwijl bij meisjes dit 9,8% is (in 2010 respectievelijk 6,7% en 10,1%). In 2014 heeft 6,3% van de jongens 2 keer of meer geprobeerd zichzelf te beschadigen ten opzichte van 13,7% van de meisjes. In 2010 was dit nog 4,1% en 8,5%, in 2006 was dit 6% en 11,6%.

Ook naar onderwijsrichting werden verschillen vastgesteld (zie grafiek 7). Meer jongeren uit het beroepsonderwijs (9,6%) hebben zichzelf meermaals lichamelijk beschadigd in vergelijking met jongeren uit het algemeen secundair onderwijs (7,4%) ( $\chi^2 = 61,3$ ;  $df = 4$ ;  $p < 0,001$ ).

In vergelijking met de resultaten van 2010 zien we een sterke stijging van meermaals zelfbeschadigend gedrag in het algemeen secundair onderwijs (van 4% in 2010 naar 7,4% in 2014) en in het beroepsonderwijs (van 8% naar 13,3%).



Grafiek 7 Percentage prevalentie zelfbeschadiging naar opleiding (17-18 jarigen)

### 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 bevestigd in de laatste graad secundair onderwijs). 61,3% van de jongeren (meisjes en jongens samen) zijn akkoord met de stelling dat mensen met een depressie hieruit kunnen geraken indien ze dit willen. 33,8% vindt dat mensen met een depressie onvoorspelbaar zijn. Ongeveer een vierde van de jongeren (26,6%) vindt dat depressie niet echt een medische ziekte is, terwijl 19,8% van de jongeren vindt dat depressie een teken is van persoonlijke zwakte.

Hoewel depressie toch door veel jongeren gestigmatiseerd wordt, zegt 'slechts' 6,6% dat ze iemand niet zouden uitnodigen op een feestje indien die persoon een depressie heeft gehad en 6,8% zou niet stemmen op een persoon die een

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

Tabel 1 bevraging omtrent stigmatisering bij 17-18 jarigen

Stelling	jongens	meisjes	chi <sup>2</sup> -test verschil jongens en meisjes
Mensen met een depressie kunnen uit de depressie geraken indien ze dit willen	63,0%	59,8%	15,9; p<0,003
Depressie is een teken van persoonlijke zwakte	26,1%	14,0%	95,3; p<0,001
Depressie is niet echt een medische ziekte	35,2%	18,8%	87,7; p<0,001
Mensen met een depressie zijn gevaarlijk	17,6%	8,9%	74,8; p<0,001
Het is best om mensen met een depressie te ontwijken zodat je zelf niet depressief wordt	9,9%	5,5%	66,4; p<0,001
Mensen met een depressie zijn onvoorspelbaar	33,5%	34,1%	18,1; p<0,001
Indien ik een depressie had, zou ik het aan niemand vertellen	22,0%	26,1%	11,3; p=0,024
Ik zou iemand niet uitnodigen op een feestje indien ik weet dat die persoon een depressie gehad heeft	10,2%	3,2%	81,1; p<0,001
Ik zou niet stemmen voor een leerling voor de leerlingenraad indien ik weet dat die persoon een depressie gehad heeft	9,7%	4,2%	62,1; p<0,001

In vergelijking met 2010 is het percentage van jongeren die depressie stigmatiseren gedaald. Zo vindt in 2014 13,4% van de jongeren dat mensen met een depressie gevaarlijk zijn in vergelijking met 15,1% in 2010 (chi<sup>2</sup> = 33,2; df = 1; p < 0,001). In 2010 gaf 10,4% van de jongeren aan dat ze een persoon met een depressie zouden ontwijken om zelf niet depressief te worden, terwijl dit in 2014 nog "slechts" 7,9% is (chi<sup>2</sup> = 19,8; df = 1; p < 0,001). Ook het gedrag van jongeren ten opzichte van mensen met een depressie is veranderd. In 2010 gaf 8,1% van de jongeren aan dat ze een persoon met een depressie niet zou uitnodigen op een feestje, terwijl dit in 2014 gedaald is naar 6,5% (chi<sup>2</sup> = 40,6; df = 1; p < 0,001). In 2010 zou 9,7% van de jongeren niet gestemd hebben op een persoon die een depressie heeft gehad. In 2014 is dit 7,3% (chi<sup>2</sup> = 31,5; df = 1; p < 0,001).

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 2014 is 29,52 (standaarddeviatie: 5,24), in vergelijking met een gemiddelde van 28,47 in 2010 (standaarddeviatie: 5,00). Deze daling is bovendien statistisch significant (t = -6,76; df = 4283, p < 0,001).

Bij jongens zijn de gemiddelden voor ASO 29,19, voor TSO 27,91 en voor BSO 26,64. Jongens uit het ASO zijn minder geneigd personen met een depressie te stigmatiseren dan jongeren uit het TSO en BSO (ASO-TSO: t-test=3,57; df = 757; p < 0,001; ASO-BSO: t-test=5,44; df = 579; p < 0,001). Jongens uit het TSO zijn op hun beurt significant minder geneigd te stigmatiseren dan jongens uit het BSO (t-test= 2,97; df = 591; p = 0,003). Bij meisjes zijn de gemiddelden voor het ASO



31,88, voor het TSO 30,02 en voor het BSO 29,43. De verschillen tussen ASO en de andere opleidingen zijn significant (ASO-TSO: t-test=5,86; df = 868;  $p < 0,001$ ; ASO-BSO: t-test=6,22; df = 728;  $p < 0,001$ ). Het verschil tussen meisjes in het TSO en BSO is dan weer niet significant (t-test=1,36; df = 589;  $p = 0,174$ ).

## **Besluit**

Mentale gezondheid is een belangrijk aandachtspunt in de gezondheids promotie. 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 beroepsonderwijs.

Bekijken we gezondheid gerelateerde levenskwaliteit dan scoren 9,1% van de jongens en 14,9% van de meisjes in Vlaanderen een score lager dan 38 volgens de KIDSCREEN methode. Dit wijst op een lage levenstevredenheid. Het percentage stijgt met de leeftijd en is bovendien meer uitgesproken in het beroepsonderwijs dan in het algemeen onderwijs.

Op 17-18 jaar heeft 11,9% van de jongens en 20,4% van de meisjes meerdere keren overwogen een einde te maken aan hun leven. Meer jongeren uit het beroepsonderwijs dan jongeren uit de andere richtingen denken aan zelfdoding. In totaal heeft 16,8% 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, ...).

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 61,3% 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.

Op basis van de berekende som-score, zien we dat, in vergelijking met 2010, depressie iets minder gestigmatiseerd wordt door jongeren in 2014. 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](http://www.jongeren-en-gezondheid.ugent.be).

De verantwoordelijke onderzoekers zijn Prof. Dr. Benedicte Deforche en Dr. Anne Hublet

Contactpersoon: Bart De Clercq ([b.declercq@ugent.be](mailto:b.declercq@ugent.be))

Medewerkers: Dr. Wendy Van Lippevelde, Thomas Buijs

Adres:

Universiteit Gent

Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen

Vakgroep Maatschappelijke Gezondheidskunde

De Pintelaan 185, 4K3

9000 Gent

Tel: +32 09 332 36 18

De internationale studie Health Behaviour in School-aged Children is te vinden op [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org).

## Gebruikte afkortingen

**Chi<sup>2</sup>**: Resultaat van chi-kwadraat berekening voor kruistabel

**df**: degrees of freedom: vrijheidsgraden

**p**: probaliteit: resultaat van statistische test : kleiner dan 0,05 wordt als statistisch significant beschouwd