

Archives of Public Health is published by the "Archives Belges de Médecine Sociale" asbl, "Belgisch Archief van Sociale Geneeskunde" vzw, 1010 Brussels, chairman C. Decoster, Director General. Federal Public Service of Health.

EDITORIAL BOARD:

National members

Aelvoet W, Annemans L, Bruyere O, Buntinx F, De Backer G, De Roubaix J, De Schrijver A, Gemmel P, Geys H, Godin I, Haelterman M, Humblet P.C, Jegers M, Kornitzer M, Moens G, Van Casteren V, Van Hal G, Van Oyen H (chairman), Weyler J.

International members

Buekens P. (University of North Carolina), Deschamps J.P. (Ecole de Santé Publique de Nancy), Gutzwiller F. (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich), Horvath A. (Semmelweis University of Medicine, Budapest), Knottnerus A. (Universiteit van Maastricht, Nederlandse Gezondheidsraad), Thuriaux M. (WHO, Geneva).

Associated members

Berghmans L, Cannoodt L, De Schrijver K, Devleeschouwer M, Haelterman E, Hennart Ph, Hooft P, Lagasse R, Leroy X, Louckx F, Masuy-Stroobant G, Piette D, Reybrouck G, Rondia D, Sand E.A, Schifflers E, Susanne C, Vanderveken M, Van de Voorde H, Van Hoorne M.

SUBSCRIPTION RATES (6 issues):

Payment by check payable at a Belgian bank or by transfer to account number 000-0375414-24

Belgium:

individual/library rates: 45 EUR/year

bookshop rates: 35 EUR/year

EC countries:

individual/library rates: 45 EUR/year (+ VAT)

bookshop rates: 35 EUR/year (+ VAT)

Other countries:

bookshop rates: 60 EUR/year (+ VAT)

Manuscripts, other reading material offered for publication and all communications for the editor should be addressed to:

Archives of Public Health
Scientific Institute of Public Health
Rue Juliette Wytsmanstraat 14 – B-1050 Brussels
Tel: +32 2 642 50 37 – Fax: +32 2 642 54 10
E-mail: aph@iph.fgov.be

For enquiries regarding subscription or change of address, please contact:

Mrs. B. Claus
Tel: +32 2 642 50 93 – Fax: +32 2 642 56 01
E-mail: bernadette.claus@iph.fgov.be

For enquiries regarding exchanges with libraries, please contact:

Arch Public Health
2003, 61, 223-247

Vakgroep Sociologie
Faculteit Politieke en
Sociale Wetenschappen
Universiteit Gent
Korte Meer 5
B-9000 Gent

Complaints of depression in a representative sample of the Belgian population

Klachten van depressiviteit in een representatieve steekproef van de Belgische bevolking

by / door

Bracke P.¹, Wauterickx N.²

Abstract

Beschrijvingen van de Belgische populatie betreffende gevoelens van depressiviteit zijn tot dusver schaars gezaaid. Met behulp van de PSBH-data (Panel Study of Belgian Households), verzameld in 1998 bij 7021 personen van 16 jaar en ouder, kunnen belangrijke verschillen in de spreiding van depressieve klachten over verscheidene sociale categorieën worden verkend. Het instrument dat gebruikt wordt, is een zelfrapportageschaal van depressiviteit die deel uitmaakt van de Health and Daily Living Form.

De resultaten van de Belgische populatie benadrukken de aanwezigheid van enkele specifieke risicogroepen wanneer rekening gehouden wordt met de regio waaruit men afkomstig is en verscheidene

Correspondentie: Naomi Wauterickx, Universiteit Gent, Departement Sociologie, Universiteitstraat 4, B-9000 Gent.

¹ Professor Doctor Piet Bracke, Departement Sociologie, Universiteit Gent

² Licentiaat Naomi Wauterickx, Departement Sociologie, Universiteit Gent

socio-demografische kenmerken zoals geslacht, leeftijd, huwelijkse staat, scholing, beroepsstatus, beroepscategorie en economische zekerheid. Algemeen blijken vrouwen nog steeds meer depressieve symptomen te ervaren dan mannen, dit voornamelijk in het Waalse deel van België. Wat leeftijd betreft, ziet men een daling van de depressiviteitscores naar de oudere leeftijdscategorieën toe. Een andere conclusie is dat mannen uit hiërarchisch hoger geplaatste beroepsgroepen minder te lijden hebben onder gevoelens van angst en depressiviteit. Wanneer de huwelijksstatus in rekening wordt gebracht, blijken uit de echt gescheiden mannen en vrouwen hogere depressiescores te hebben, waarbij de echtgescheiden moeders met betaald werk domineren. Een laatste verrassende conclusie bleek het hoge aantal klachten van depressiviteit bij studenten.

Algemeen blijken studenten samen met zich isolerende mannen, werklozen en uit de echt gescheiden moeders bevolkingscategorieën waarop de aandacht moet gericht worden, willen psychische klachten zoals depressiviteit niet uitgroeien tot één van de belangrijkste ziektebeelden in België en voornamelijk in Wallonië.

Keywords: Belgium, demographic factors, depression

Introductie

Depressiviteit vormt één van de meest voorkomende psychische klachten in de Westerse wereld (1). Bovendien worden meer en meer vrouwen en mannen met deze klachten geconfronteerd (2). Deze trend maakt dat sommigen inschatten dat de komende twintig jaar deze symptomen zullen evolueren tot één van de belangrijkste bronnen van ziekte en onwelbevinden (3). Nu reeds kan hun economische impact moeilijk overschat worden. Zo raamt Lepine (4) het verlies aan werkdagen bij Belgische vrouwen en mannen die in aanmerking komen voor een diagnose van depressiviteit-in-de-enge-zin op ongeveer 17 dagen per zes maanden.

De voorbije twintig jaar hebben verschillende buitenlandse surveys bijgedragen tot het verwerven van inzicht in de spreiding van deze psychische klachten in de algemene populatie (4-8). Het voorkomen van gevoelens van angst en depressiviteit in de Belgische bevolking is evenwel nog niet systematisch in kaart gebracht, op enkele initiatieven na. Zo laten gegevens, verzameld in het kader van het pan-Europese DEPRES-onderzoek, toe het psychische welbevinden van Belgische vrouwen en mannen te vergelijken met dit van de inwoners van enkele andere Europese landen (4). Ook de Panelstudie van Belgische

Huishoudens (9) peilt naar het voorkomen van klachten van angst en depressiviteit. Het longitudinale karakter van dit gegevensbestand laat toe de persistentie van en trends in het voorkomen van deze symptomen te meten (10). Zijn rijkdom aan socio-economische en socio-culturele informatie maakt de studie van de sociale antecedenten of gevolgen van depressiviteit in de algemene bevolking mogelijk. Ander onderzoek beperkt zich tot bepaalde leeftijdscategorieën (11;12) of bepaalde regio's (13) en is, alhoewel uiterst waardevol, voor de huidige probleemstelling minder bruikbaar.

Deze bijdrage is beperkt tot een beschrijving van het voorkomen van gevoelens en cognities rechtstreeks of onrechtstreeks gerelateerd aan angst en depressiviteit in de Belgische bevolking. De gegevens zijn afkomstig van de antwoorden van een representatieve steekproef van Belgische huishoudens op een zelfrapportageschaal van depressiviteit (14). Belangrijke verschillen in de spreiding van deze klachten over enkele sociale categorieën van personen worden verkend. Bovendien wordt kort stilgestaan bij regionale verschillen in de spreiding van deze klachten.

Methode

Data

De 'Panelstudie van Belgische Huishoudens' (PSBH) is een project van het Steunpunt Gezinsdemografisch Panel, een interuniversitair steunpunt opgericht om longitudinale gegevens van Belgische private huishoudens te verzamelen. Personen uit collectieve huishoudens, zoals zij die langdurig in een instelling verblijven, maken geen deel uit van de steekproef. De jaarlijkse bevraging ging van start in 1992. Voor de huidige analyse werd gebruik gemaakt van de meest recente gegevens, met name deze verzameld in 1998 (datagolf 7). Het gezinsdemografisch panel neemt het huishouden als onderzoekseenheid en vraagt alle leden van deze huishoudens ouder dan vijftien jaar een uitgebreide volwassenenvragenlijst te beantwoorden. Problemen van uitval werden verholpen door in 1998 een aanvullende steekproef van huishoudens te bevragen. Onderstaande informatie is gebaseerd op de antwoorden van 7021 personen van zestien jaar en ouder afkomstig uit 3787 verschillende huishoudens. Deze steekproef bevat 4958 personen afkomstig uit 2836 huishoudens uit de initiële steekproef, aangevuld met informatie verstrekt door 444 vrouwen en mannen uit 94 nieuwe huishoudens – ontstaan uit afsplitsingen van huishoudens uit de initiële steekproef – en 1619 individuen uit 859 aan het panel toegevoegde huishoudens. Deze huishoudens vormen samen een gestratificeerde trevallige steekproef van alle Belgische private huishoudens anno 1998.

Depressiviteit: operationalisatie

Het voorkomen van aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten wordt gemeten met behulp van een aangepaste versie van de depressieschaal van Moos, een zelfrapportageschaal die deel uitmaakt van de Health and Daily Living Form (HDL) (14). De mate van depressiviteit werd door Moos en zijn collega's oorspronkelijk gemeten aan de hand van de frequentie waarmee personen 18 kenmerken van een depressieve gemoedsstemming – endogene depressieve klachten en geassocieerde depressieve kenmerken – over de voorbije maand ervoeren (15). Deze klachten werden afgeleid van de Research Diagnostic Criteria voor depressiviteit-in-de-enge-zin. In deze panelstudie werd een ingekorte versie van de depressieschaal gehanteerd bestaande uit zeventien items. Individuen werden gevraagd de aanwezigheid en de ernst van bepaalde klachten tijdens de drie maanden voorafgaand aan de bevraging weer te geven.

Confirmatorische factoranalyses tonen aan dat de schaal een hiërarchische factorstructuur kent met drie latente variabelen van de eerste orde en één globale latente depressievariabele van de tweede orde (16). Deze factorstructuur sluit aan bij andere factoriële ontwerpen gebaseerd op andere depressieschalen (17-19).

Voor de huidige analyse worden twee vragen uitgesloten: 'gemakkelijk wenen' en 'het ervaren van fysieke ziekteverschijnselen'. Het eerste item werd uitgesloten omwille van de verschillende betekenis die mannen en vrouwen eraan toevoegen (20). Verschillende studies hebben reeds aangetoond dat het opnemen van vragen over het weengedrag leidt tot een overschatting van het geslachtsverschil in depressiviteit (16, 21). De vraag over de aanwezigheid van fysieke ziekteverschijnselen werd uitgesloten omwille van diens dubieuze validiteit. De uiteindelijk gehanteerde schaal bevat 15 vragen en laat toe de frequentie waarmee aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten voorkomen, te schatten.

Resultaten*1. Depressiviteit*

Een samenvatting van de antwoorden op de verschillende vragen staat weergegeven in tabel 1. Zo blijkt dat 8% van de mannen en 13% van de vrouwen zich gedurende de laatste drie maanden regelmatig tot vaak depressief hebben gevoeld. Vrouwen melden doorgaans meer klachten. Onvallend is dat 27 procent zich futloos, vermoeid

TABEL 1
Het voorkomen van aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten (proportie regelmatig tot vaak, gedurende de laatste drie maanden)*

	Vrouwen			Mannen			Student's t, sig. t.
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	
je depressief voelen	3632	0,13	0,34	3274	0,08	0,27	t=-7,01; p<0,001
geen trek in eten hebben, vermageren	3630	0,06	0,24	3272	0,04	0,20	t=-3,95; p<0,001
slaapproblemen hebben	3630	0,18	0,38	3274	0,13	0,33	t=-6,24; p<0,001
niet goed uitgerust zijn, je futloos voelen, vermoeid	3638	0,27	0,44	3276	0,18	0,39	t=-8,17; p<0,001
niet stil kunnen zitten	3626	0,20	0,40	3269	0,17	0,37	t=-3,58; p<0,001
je schuldig voelen of jezelf onderschatten	3633	0,11	0,32	3273	0,06	0,24	t=-7,36; p<0,001
jezelf niet kunnen concentreren	3631	0,10	0,30	3273	0,08	0,26	t=-3,46; p=0,001
aan zelfmoord denken	3638	0,02	0,13	3278	0,01	0,12	t=-0,94; p=n.s.
aan de dood denken	3634	0,10	0,30	3276	0,07	0,25	t=-5,10; p<0,001
pessimistisch zijn	3634	0,11	0,31	3275	0,08	0,27	t=-4,31; p<0,001
sombere gedachten hebben, aan onaangename dingen denken	3628	0,09	0,29	3273	0,06	0,23	t=-5,32; p<0,001
vreemde gedachten hebben	3615	0,04	0,20	3245	0,04	0,20	t=0,25; p=n.s.
lichtgeraakt, prikkelbaar zijn	3626	0,15	0,36	3269	0,11	0,31	t=-4,68; p<0,001
nood hebben aan bevestiging	3622	0,22	0,42	3268	0,12	0,32	t=-11,77; p<0,001
je niet goed in je vel voelen	3636	0,13	0,34	3273	0,08	0,27	t=-6,86; p<0,001
Totaal	3645	2,14	0,67	3282	1,92	0,65	t=196,43; p<0,001

* Voor het opstellen van deze tabel werd enkel gebruik gemaakt van de gedichotomiseerde scores op de verschillende items. Hierbij werd de variabelen een score nul gegeven als

en niet goed uitgerust heeft gevoeld, terwijl 18 procent klaagt over slaapproblemen. Het voorkomen van deze klachten op zich moet niet geproblematiseerd worden. Wanneer meerdere van deze problemen evenwel frequent samen voorkomen, verzeilt men in een toestand van angst en depressiviteit. De ernst van deze toestand trachten we samen te vatten in één cijfer, met name het rekenkundig gemiddelde van de antwoorden op de 15 vragen. Deze maat heeft een minimumscore van 1 en maximumscore van 5. De interne betrouwbaarheid van de schaal bedraagt 0,87 bij vrouwen en 0,90 bij mannen (Cronbachs alfa).

2. Geslacht

Vrouwen behalen op deze schaal een gemiddelde score van 2,14 (standaard afwijking = 0,67), terwijl dit gemiddelde bij mannen 1,92 (standaard afwijking = 0,65) bedraagt ($F_{6926,7}=196,4$; $p<0,001$). Dit geslachtsverschil hoeft niet te verwonderen. Het is een van de meest consistente bevindingen uit de psychiatrische epidemiologie en de sociologie van de mentale gezondheid (22-24). Het geslachtsverschil is groter dan wat kon vastgesteld worden in de initiële bevraging in 1992 (25). Om uit te maken of er sprake is van een echte trend zijn bijkomende ontleding nodig. De afname van het geslachtsverschil kan evenzeer te maken hebben met een geslachts- en klachtgebonden uitval van deelnemers aan de panelstudie. Feit is dat sommigen stellen dat het geslachtsverschil in depressiviteit afneemt (22;23) en dat deze afname het gevolg is van een toename van klachten bij mannen (1;26). Deze conclusies zijn evenwel meestal gebaseerd op retrospectieve gegevens en dergelijke gegevens kampen met een geringe betrouwbaarheid en validiteit (27).

3. Regio

De Waalse ondervraagden melden meer psychische klachten (Tabel 2). Vergelijkbare regionale verschillen in psychisch welbevinden blijken uit de Gezondheidsenquête van 1997 (28). Bij nader toezien blijken vooral de Waalse vrouwen beduidend hoger te scoren dan hun Vlaamse en Brusselse geslachtsgenoten. Bij de mannen zijn de regionale verschillen gering en statistisch niet significant. Het geslachtsverschil in depressiviteit is bijgevolg omvangrijker in het Waalse gewest (regio*geslacht: $F_{6926,2} = 4,7$, $\sigma = 0,009$).

Vraag is hoe deze regionale verschillen en deze regiogebonden geslachtsverschillen in onwelbevinden moeten worden verklaard.

TABEL 2
Aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten naar leeftijd, scholing, huwelijkse staat en regio (gemiddelde itemscores, rang = 1 – 5)

	Totaal			Mannen			Vrouwen		
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD
Regio									
Vlaanderen	3848	2,00	0,636	1877	1,90	0,627	1971	2,10	0,630
Wallonië	2432	2,11	0,714	1103	1,96	0,679	1329	2,23	0,717
Brussel	647	1,98	0,687	302	1,92	0,717	345	2,04	0,657
totaal	6927	2,04	0,671	3282	1,92	0,654	3645	2,14	0,669
				F=21,232; df=2; p<0,001			F=21,003; df=2; p<0,001		
Leeftijd									
16-19	351	2,15	0,698	189	2,09	0,723	162	2,22	0,664
20-29	1062	2,13	0,670	505	2,00	0,681	557	2,25	0,637
30-39	1583	2,08	0,639	746	1,96	0,626	837	2,20	0,629
40-49	1336	2,12	0,680	647	1,98	0,635	689	2,25	0,694
50-59	964	1,99	0,679	485	1,90	0,663	479	2,08	0,683
60-69	811	1,85	0,624	362	1,69	0,575	449	1,98	0,634
70-79	618	1,87	0,680	276	1,78	0,662	342	1,94	0,687
80-oudste	202	1,91	0,669	72	1,78	0,626	130	1,98	0,683
	6927	2,04	0,671	3282	1,92	0,654	3645	2,14	0,669
				F=24,686; df=7; p<0,001			F=12,719; df=7; p<0,001		
Huwelijksstaat (enkel 25-jarigen en ouder)									
Gehuwd	4140	1,99	0,633	2059	1,88	0,614	2081	2,11	0,631
Gescheiden	585	2,20	0,780	243	2,01	0,751	342	2,33	0,774
Verweduwd	507	1,96	0,710	103	1,77	0,620	404	2,01	0,724
Nooit gehuwd	835	2,07	0,695	452	1,95	0,699	383	2,20	0,667
	6886	2,02	0,667	2857	1,90	0,643	3210	2,13	0,669
				F=17,789; df=3; p<0,001			F=5,034; df=3; p=0,002		
							F=16,959; df=3; p<0,001		

Als afsluiting bij deze verkennende analyse wordt nagegaan of deze discrepanties te reduceren zijn tot verschillen in de sociale condities waarmee vrouwen en mannen in de verschillende regio's worden geconfronteerd.

4. Leeftijd

De meeste epidemiologische studies wijzen op een duidelijk curvilineair verband tussen leeftijd en depressiviteit: men stelt een toename van de ernst van de klachten vast tot de leeftijd van ongeveer 35 tot 50 jaar gevolgd door een daling. Zo vinden Bijl, Ravelli en van Zessen (7) een toename van klachten van depressiviteit tot de leeftijd van 35-44 jaar, gevolgd door een afname tot aan de leeftijd van 55-64 jaar in een steekproef van de Nederlandse algemene bevolking. Dit kromlijng verband wordt eveneens gevonden door Lepine (4) in een steekproef van de algemene bevolking van zes West-Europese landen: het voorkomen van depressiviteit-in-de-enge-zin neemt toe tot de leeftijd van 45 tot 54 jaar, waarna het weer daalt. Mildere vormen van depressiviteit kennen dan weer een toename bij personen ouder dan 45.

Deze kromlijngige relatie kan in de huidige steekproef niet teruggevonden worden. De gemiddelden in tabel 2 laten zien dat bij mannen de hoogste scores teruggevonden worden in de jongste leeftijdscategorieën: hoe ouder, hoe minder klachten. Bij vrouwen neemt pas na de leeftijd van 49 jaar het aantal klachten af.

Meer gedetailleerde ontleding per regio maken duidelijk dat enkel onder Waalse vrouwen van een curvilineaire relatie tussen leeftijd en het voorkomen van depressieve klachten sprake is. Vrouwen van 40 tot 49 jaar oud melden de meeste klachten. Het geslachtsverschil in depressiviteit is in de Waalse populatie bijgevolg het grootst op middelbare leeftijd en neemt daarna terug af, een bevinding in overeenstemming met wat buitenlandse studies aantonen (29). Bij Vlaamse vrouwen en mannen is er duidelijk sprake van een afname van de ernst van de problematiek met de leeftijd. De verhoudingen liggen bij hun Brusselse geslachtsgenoten tussen de Waalse en de Vlaamse patronen in.

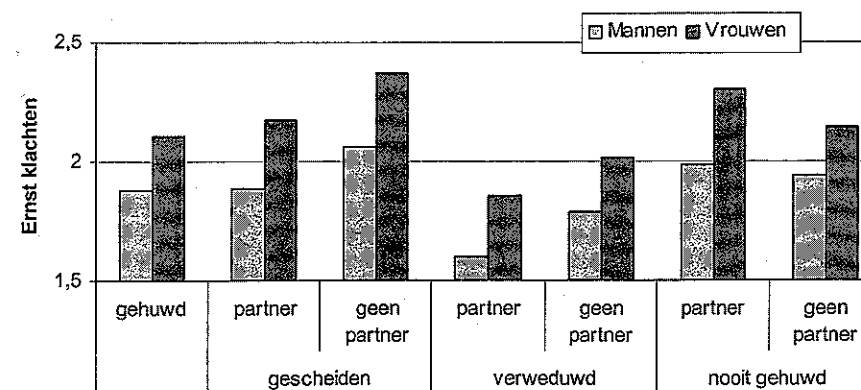
5. Huwelijks staat

Onder gehuwden komen aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten minder voor (24). De verschillen in de gemoedstoestand van gehuwde, alleenstaande, verweduwde en uit de echt gescheiden vrouwen zijn bovendien doorgaans meer uitgesproken. Problemen met persoonlijke en intieme relaties beroeren vrouwen doorgaans meer (22). Zo is de impact van echtscheiding op de gemoedstoestand van vrouwen groter dan op die van mannen (10, 32, 33). De gemiddelden in tabel 2 lijken deze bevindingen te bevestigen: bij uit de echt gescheiden personen is de klachtenaansienlijk in depressiviteit het meest uitgesproken. De

omvang van de F-waarden laat zien dat het welbevinden van vrouwen in het algemeen eerder functie is van hun burgerlijke staat. Er komen wel belangrijke regionale verschillen voor. Alleen Vlaamse uit de echt gescheiden mannen vertonen gemiddeld meer klachten, terwijl enkel bij Brusselse uit de echt gescheiden vrouwen geen verhoogde mate van depressiviteit voorkomt.

Een indeling naar burgerlijke staat geeft uiteraard slechts een ruw beeld van de leefsituatie van vrouwen en mannen. Deze classificatie maakt bijvoorbeeld niet duidelijk wie effectief met een partner samenleeft, terwijl kan verwacht worden dat de aan- of afwezigheid van een partner voor het welbevinden van meer belang is. De staafdiagrammen in grafiek 1 geven een impressie van wat de betekenis van de aanwezigheid van een (nieuwe) partner is voor het gemoed van niet-gehuwden. Een eerste vaststelling is dat ongeacht iemands burgerlijke staat de aanwezigheid van een partner een gunstige invloed heeft op het welbevinden. Verder blijkt dat bij vrouwen zelfs de aanwezigheid van een nieuwe partner niet in staat is de gevolgen van echtscheiding voor het psychisch welbevinden volledig uit te wissen, terwijl dit bij mannen wel het geval is. Bovendien is het zo dat 35,0% van de gescheiden mannen tegenover slechts 24,0% van de gescheiden vrouwen een nieuwe partner heeft. Dit betekent dat, zelfs in de veronderstelling dat mannen gevoeliger zouden zijn voor de emotionele gevolgen van sociale isolatie ten gevolge van echtscheiding, de realiteit zo is dat deze situatie weinig kans krijgt zich te manifesteren (10, 32). Klachten van depressiviteit komen daarenboven veelvuldig voor bij uit de echt gescheiden vrouwen zonder nieuwe partner. Dit maakt hen tot een belangrijke risicogroep. Ten slotte nog

Grafiek 1: Aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten naar burgerlijke staat en de aanwezigheid van een (nieuwe) partner, voor mannen en vrouwen.



twee vaststellingen: (a) verweduwden met een nieuwe partner vormen een subgroep met weinig klachten; en misschien enigszins onverwacht, (b) ongehuwd samenwonende vrouwen worden beduidend meer met angst en depressiviteit geconfronteerd dan hun gehuwde en hun alleenstaande geslachtsgenoten.

6. Onderwijs

Noord-Amerikaanse studies wijzen op een duidelijk verband tussen scholing en psychisch welbevinden: laaggeschoolden melden meer klachten van depressiviteit (34). Internationaal vergelijkend onderzoek toont evenwel aan dat deze bevinding slechts in de Verenigde Staten op consistente empirische ondersteuning kan rekenen (24). Zo bijvoorbeeld is er ook in de Nederlandse populatie geen sprake van een lineair verband tussen onderwijsniveau en depressiviteit (35).

De gegevens in tabel 3 tonen aan dat onder de Belgische bevolking dit verband eveneens niet terug te vinden is. De regio's verschillen hierin overigens niet van elkaar. Voorzichtigheid is evenwel geboden bij de interpretatie van dit verband. Jonge vrouwen en mannen vertonen meer klachten dan hun oudere geslachtsgenoten en zijn gemiddeld hoger geschoold. Leeftijdverschillen tussen hooggeschoolden en laaggeschoolden kunnen derhalve mogelijke invloeden van opleiding versluieren. Bijkomende analyses – waarbij statistisch gecontroleerd wordt voor geslachts- en leeftijdverschillen tussen hoog- en laaggeschoolden – bevestigen evenwel de afwezigheid van een eenvoudig lineair verband.

7. Beroepsactieve en inactieve bevolking

De gemiddelden in tabel 3 wijzen op belangrijke verschillen in de gemoedstoestand van personen uit verschillende beroepsgroepen. Bij nader inzien blijken deze verschillen deels functie te zijn van de geslachtssamenstelling van deze beroeps categorieën. Zo kan het verschil in welbevinden tussen ongeschoolde en geschoolde arbeiders gedeeltelijk toegeschreven worden aan het feit dat vrouwen verhoudingsgewijs eerder als ongeschoolde arbeider worden tewerkgesteld. Niettemin kunnen enkele opmerkelijke verschillen tussen de beroepsgroepen worden vastgesteld. Zo melden hogere bedienden en kaderleden minder klachten dan bedienden (mannen hebben een gemiddelde van 1,89 versus 2,00; $t=-2,94$; $\text{sig.}t=0,003$ en vrouwen een gemiddelde van 2,10 versus 2,19; $t=-1,85$; $\text{sig.}t=n.s.$) en melden geschoolde arbeiders minder klachten dan ongeschoolde arbeiders,

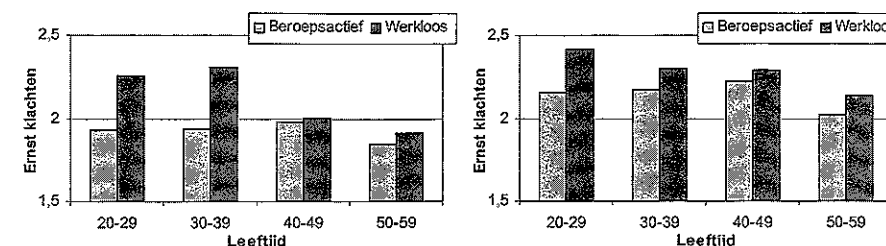
TABEL 3
Ernst van de klachten naar onderwijsniveau, sociale klasse en socio-economische positie
(gemiddelde itemscores, rang = 1 – 5)

	Totaal			Mannen			Vrouwen		
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD
Onderwijsniveau									
geen diploma/ lager onderwijs	1050	1,96	0,717	439	1,85	0,726	611	2,03	0,701
lager BSO/TSO	1084	2,05	0,697	583	1,92	0,656	501	2,20	0,714
lager KSO/ASO	631	2,06	0,730	273	1,96	0,713	358	2,13	0,736
hoger BSO/TSO	1175	2,04	0,659	573	1,92	0,643	602	2,15	0,653
hoger KSO/ASO	900	2,12	0,683	406	1,99	0,700	494	2,22	0,650
NUHO korte type	1102	2,06	0,607	451	1,94	0,581	651	2,15	0,610
NUHO lange type	401	2,04	0,638	225	1,92	0,609	176	2,18	0,647
universitair onderwijs	543	1,98	0,582	314	1,87	0,553	229	2,13	0,590
	6886	2,04	0,671	3264	1,92	0,653	3622	2,14	0,669
	F=5,050; df=7; p<0,001			F=1,813; df=7; p=0,080			F=4,209; df=7; p<0,001		
Sociale klasse									
ongeschoolde arbeid	266	2,10	0,726	153	1,99	0,691	113	2,23	0,754
geschoolde arbeid	618	1,94	0,655	474	1,91	0,654	144	2,06	0,651
kleine zelfst./landbouw	342	1,95	0,624	212	1,87	0,624	130	2,08	0,604
bediende	1459	2,11	0,622	576	2,00	0,608	883	2,19	0,619
groothandel/<20	34	1,90	0,555	28	1,82	0,500	6	2,26	0,702
hogere bediende/kader	601	1,95	0,570	433	1,89	0,563	168	2,10	0,561
vrij beroep	113	1,94	0,569	70	1,82	0,544	43	2,14	0,560
ondernemingsleider/>20	12	1,69	0,494	9	1,60	0,488	3	1,96	0,500
	3445	2,03	0,631	1955	1,93	0,617	1490	2,16	0,625
	F=9,281; df=7; p<0,001			F=2,706; df=7; p=0,009			F=1,700; df=7; p=0,105		
Socio-economische positie									
student	582	2,19	0,689	296	2,10	0,732	286	2,28	0,629
werkloos	422	2,20	0,721	148	2,04	0,699	274	2,30	0,718
gepensioneerd	1459	1,87	0,654	702	1,76	0,624	757	1,98	0,663
huishouden	606	2,08	0,698	2	2,23	0,990	604	2,08	0,698
werk	3445	2,03	0,631	1955	1,93	0,616	1490	2,16	0,625
andere	413	2,25	0,781	179	2,08	0,819	234	2,37	0,728
	6927	2,04	0,671	3282	1,92	0,654	3645	2,14	0,669

zowel bij vrouwen als bij mannen (mannen hebben een gemiddelde van 1,91 versus 2,00; $t=-1,32$; sig. $t=n.s.$ en vrouwen een gemiddelde van 2,06 versus 2,23; $t=-2,02$; sig. $t=0,044$). Opmerkelijk is eveneens de omvang van het geslachtsverschil in depressiviteit in de categorieën van de groothandelaren, ondernemingsleiders en vrije beroepen. Vrouwen in deze beroepsgroepen melden gemiddeld evenveel klachten als hun geslachtsgenoten uit de andere beroepscategorieën (een gemiddelde van 2,14 versus een gemiddelde van 2,16; $t=n.s.$), terwijl mannen in bovenvermelde beroepscategorieën daarentegen wel een betere gemoedstoestand vertonen (een gemiddelde van 1,80 versus een gemiddelde van 1,93; $t= 2,167$, sig. $t =0,03$). Met andere woorden, vrouwen kunnen – in termen van hun welbevinden – weinig of niet genieten van de maatschappelijke voordelen die dergelijke posities met zich meebrengen. Personen die niet beroepsactief zijn, vallen in bovenstaande vergelijking uit de boot. Hun gemoedstoestand wordt onderaan tabel 3 afzonderlijk weergegeven en vergeleken met die van de beroepsactieve bevolking.

Een eerste vaststelling is dat werklozen meer klachten rapporteren. Deze bevinding is allerminst opzienbarend. Ze sluit aan bij een traditie van onderzoeksresultaten die wijzen op een hogere prevalentie van gemoedsstoornissen bij werklozen in alle Westerse landen (7, 24). Ook het DEPRES-onderzoek meldt een lagere prevalentie bij personen met betaald werk in een aantal West-Europese landen (4). Opmerkelijker is de vaststelling dat de impact van werkloosheid op het gemoed bij mannen niet groter is dan bij vrouwen. Deze bevinding lijkt niet in overeenstemming met de meer gangbare stelling dat tewerkstelling vooral het welbevinden van mannen ten goede komt (36-38). De impact van werkloosheid op het welbevinden is uiteraard contextgebonden. Zo valt bijvoorbeeld te verwachten dat werkloos zijn diepere sporen nalaat bij jongvolwassenen en personen van middelbare leeftijd. De staafdiagrammen in grafiek 2 tonen aan dat dit inderdaad het geval is. Vooral werkloze mannen van twintig tot veertig jaar melden klachten van angst en depressiviteit. Ook werkloze vrouwen van 20 tot 29 jaar melden beduidend meer psychische klachten. De afwezigheid van grote verschillen in het welbevinden van werkloze en beroepsactieve vrouwen in de andere leeftijdscategorieën is, zoals grafiek 2 duidelijk aantoon, niet toe te schrijven aan het feit dat werkloosheid bij hen geen impact heeft. De oorzaak moet veeleer gezocht worden bij het hoge aantal klachten bij beroepsactieve vrouwen van middelbare leeftijd. Bijkomende ontleding maken duidelijk dat deze verhoudingen bij uit de echt gescheiden vrouwen nog meer uitgesproken zijn.

Grafiek 2: Aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten bij werkloze en beroepsactieve mannen (links) en vrouwen (rechts) naar leeftijd ($26 < N_{\text{subcategorieën}} < 688$).



Wellicht is het zo dat de zogenaamde dubbele dagtaak van vrouwen die werk en gezin trachten te combineren, hen – meer dan hun partners – verhindert ten volle te genieten van de aangename aspecten van de uitoefening van een beroep.

Wat onderaan tabel 3 eveneens opvalt, zijn de betrekkelijk hoge scores bij de studenten. Er werd reeds aangehaald dat er aanwijzingen zijn dat het aantal adolescenten met depressieve klachten toeneemt. Vraag is of deze toename op een of andere wijze verbonden is met hun schoolloopbaan. Een variantieanalyse maakt duidelijk dat dit wel degelijk het geval is: het hoge aantal klachten in de jongere leeftijdscategorieën is toe te schrijven aan de minder goede gemoedstoestand van studerende jongvolwassenen. Na het uitvoeren van een statistische controle voor verschillen in de gemiddelde leeftijd en de geslachtssamenstelling tussen de categorieën van niet-beroepsactieve personen blijken studenten te behoren tot de bevolkingsgroepen met gemiddeld de meeste klachten van angst en depressiviteit (zie tabel 4). Deze verhoudingen zijn vooral bij vrouwen sterk uitgesproken.

8. Economische zekerheid

Het verband tussen armoede, economische onzekerheid en welbevinden is genoegzaam gekend. Wanneer er weinig financiële middelen voorhanden zijn, kan men in een toestand van relatieve hulpeloosheid, hopeloosheid en machteloosheid verzeilen wat gevoelens van angst en depressiviteit verhoogt. Studies in de Verenigde Staten wijzen op een consistent lineair verband tussen gezinsinkomen en welbevinden: hoe hoger het gezinsinkomen, hoe minder klachten van depressiviteit (24). Ook voor de Nederlandse bevolking blijkt deze verhouding op te gaan (7).

TABEL 4
Ernst van de klachten naar socio-economische positie
(waargenomen en geschatte gemiddelden)^a

	Mannen		Vrouwen	
	Waargenomen gemiddelde	Geschat gemiddelde	Waargenomen gemiddelde	Geschat gemiddelde
student	2,10	2,16	2,28	2,37
werkloos	2,04	1,87	2,30	2,26
gepensioneerd	1,76	1,68	1,98	2,18
huishouden	b	b	2,08	2,17
werk	1,93	1,85	2,16	1,98
andere	2,08	1,98	2,37	2,12

^a De marginale gemiddelden werden geschat door middel van een variantieanalyse met leeftijd, geslacht en socio-economische positie als factoren ($F_{6927,70} = 7,43$, $\chi^2 < 0,001$, adj. $R^2 = 0,061$; alle factoren en hun interactietermen zijn significant met $p < 0,005$)

^b n=2

Met behulp van twee indicatoren wordt nagegaan of dit verband eveneens in de Belgische populatie kan worden aangetroffen. De eerste indicator is gebaseerd op een inschatting door de ondervraagden zelf van de mate waarin hun huishouden kan rondkomen met het inkomen waarover het beschikt. Mogelijke antwoorden variëren van zeer moeilijk tot zeer gemakkelijk. De tweede indicator geeft een objectievere schatting van de waarde van alle goederen en het kapitaal van het huishouden. Deze indicator brengt hun welstand beter in kaart dan hun maandelijkse inkomsten. Hij laat bovendien toe huishoudens zonder beroepsactieve leden te vergelijken, wat niet het geval is voor indicatoren gebaseerd op de omvang van het beroepsinkomen.

De gemiddelden in tabel 5 maken duidelijk dat het voorkomen van depressieve klachten sterk verbonden is met de welstand of de economische zekerheid van het huishouden waartoe men behoort. Vrouwen en mannen die aangeven moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen, melden meer symptomen. Ook zij die weinig bezitten, vertonen een verminderd psychisch welbevinden. Drie bijkomende observaties zijn belangrijk.

Opvallend is het hoge aantal klachten bij Waalse vrouwen die moeilijk tot zeer moeilijk rondkomen of die aangeven weinig te bezitten.

TABEL 5
Ernst van de klachten en economische zekerheid
(gemiddelde itemscores, rang = 1-5)

	Totaal			Mannen			Vrouwen			
	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	N	Gemiddelde	SD	
Rondkomen met beschikbaar inkomen?										
zeer moeilijk	266	2,39	0,869	119	2,24	0,894	147	2,51	0,832	
moeilijk	468	2,28	0,779	202	2,10	0,740	266	2,41	0,783	
eerder moeilijk	1412	2,12	0,691	636	2,00	0,691	776	2,22	0,676	
eerder gemakkelijk	2433	2,01	0,640	1161	1,89	0,623	1272	2,12	0,637	
gemakkelijk	1952	1,93	0,607	962	1,85	0,598	990	2,01	0,606	
zeer gemakkelijk	369	1,92	0,614	186	1,80	0,584	183	2,04	0,621	
		F=45,401; df=5; p<0,001			F=15,015; df=5; p<0,001			F=29,570; df=5; p<0,001		
Waarde alle bezittingen										
minder dan 100 000 BEF (2.479 euro)	305	2,21	0,802	136	2,08	0,784	169	2,31	0,804	
100 000 – 499 999 BEF (2.479-12.395 euro)	526	2,17	0,777	230	2,00	0,803	296	2,31	0,728	
500 000-999 999 BEF (12.395-24.789 euro)	477	2,08	0,681	204	1,92	0,639	273	2,20	0,687	
1 000 000-2 499 999 BEF (24.789-61.973 euro)	890	2,08	0,677	422	1,98	0,663	468	2,17	0,676	
2 500 000-4 999 999 BEF (61.973-123.947 euro)	1710	2,01	0,644	818	1,90	0,620	892	2,11	0,650	
5 000 000-9 999 999 BEF (123.947-247.893 euro)	1744	2,04	0,632	851	1,93	0,610	893	2,14	0,637	
10 000 000-19 999 999 BEF (247.894-495.787 euro)	548	1,93	0,599	285	1,81	0,597	263	2,05	0,578	
meer dan 20 000 000 BEF (495.787 euro)	136	2,00	0,673	61	1,93	0,727	75	2,06	0,626	
		F=9,273; df=7; p<0,001			F=3,432; df=7; p<0,001			F=5,638; df=7; p<0,001		

Wat eveneens in het oog springt, is het graduele karakter van het verband tussen welstand of economische zekerheid en psychisch welbevinden. Het voorkomen van psychische klachten neemt af met elke toename van de economische zekerheid of welstand waardoor

met betrekking tot deze problematiek, niet enkel de aan- of afwezigheid van armoede relevant is. De verhouding tussen depressiviteit en economische zekerheid of welstand vlakkt enkel af in het welstellende uiterste van de continua.

Ten slotte blijken de nefaste gevolgen van een gebrek aan middelen zich bij vrouwen en mannen op gelijke wijze te manifesteren.

9. Regionale verschillen: mogelijke verklaringen

Bij de aanvang van de analyse werd aandacht gevraagd voor regionale verschillen in het voorkomen van klachten van angst en depressiviteit: Waalse vrouwen melden meer klachten van depressiviteit. De analyse van de onderzoeksgegevens maakte ondertussen reeds duidelijk dat deze klachten zich eveneens vaker manifesteren bij jongvolwassenen en volwassenen van middelbare leeftijd, bij studenten, bij werklozen van middelbare leeftijd, bij uit de echt gescheiden mannen en vrouwen en bij zij die in economische onzekerheid leven en over weinig financiële middelen of kapitaal beschikken. Bovendien oefenen bepaalde sociale condities een geslachtsdifferentieel effect uit. Uit de echt scheiden grijpt dieper in op het gemoed van vrouwen, vrouwen kunnen minder genieten van de baten van betaald werk en van het voordeel actief te zijn in maatschappelijk sterk gewaardeerde functies. Ten slotte blijken armoede en een gebrek aan middelen bij Waalse vrouwen extra zwaar door te wegen.

In tabel 6 staan voor vrouwen en mannen afzonderlijk en per regio de geschatte gemiddelde scores op de depressiviteitschaal weergegeven. Deze gemiddelden geven weer wat de regionale verschillen in het voorkomen van aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten zouden zijn indien de inwoners van de gewesten niet van elkaar zouden verschillen op bovenvermelde sociale condities. De gemiddelden werden geschat door middel van een variantieanalyse. Wat blijkt, is een totale nivellering van de – reeds te verwaarlozen – regionale verschillen in welbevinden bij de mannelijke bevolking. Het is eveneens duidelijk dat deze sociale condities de verschillen tussen Vlaamse, Brusselse en Waalse vrouwen niet kunnen verklaren.

De variantie-analyse toont bovendien aan dat de invloed van werkloosheid en huwelijks staat – gehuwd versus uit de echt gescheiden – op het welbevinden grotendeels verband houdt met de mogelijkheid om rond te komen met het maandelijks beschikbare inkomen. Vele werklozen en ettelijke uit de echt gescheiden vrouwen beschikken over een inkomen dat ontoereikend is. Hun dagdagelijkse strijd om een

TABEL 6
Ernst van de klachten naar regio
(waargenomen en geschatte gemiddelden)^a

	Waargenomen gemiddelde		Geschat gemiddelde	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Vlaanderen	1,90	2,10	2,00	2,17
Wallonië	1,96	2,23	2,01	2,27
Brussel	1,92	2,04	1,97	2,05
Significantie geslacht*regio interactie	F _{6926,2} = 4,71, σ = 0,009		F _{6314,2} = 5,31, σ = 0,005	

^a De marginale gemiddelden werden geschat door middel van een variantieanalyse met alle bovenvermelde indicatoren als factoren, inbegrepen hun interactie met geslacht.

leefbaar bestaan ondergraaft hun psychische welbevinden en maakt hen ongetwijfeld tot een risicogroep. Waalse uit de echt gescheiden vrouwen lopen extra risico om in de armoede terecht te komen, wat meteen verklaart waarom ze verhoudingsgewijs vaak lijden onder gevoelens van angst en depressiviteit.

Discussie

De antwoorden van 7021 Belgen van zestien jaar en ouder op 15 vragen naar het voorkomen van klachten die verbonden zijn met angst en depressiviteit laten toe de spreiding van deze onlustgevoelens in de algemene bevolking te verkennen. Vooraleer dieper in te gaan op de voornaamste conclusies van deze exploratie past het kort bij enkele van de beperkingen van de studie stil te staan.

Vooreerst is het belangrijk voor ogen te houden dat de Panelstudie van Belgische Huishoudens niet uitdrukkelijk opgezet werd om de mentale gezondheid van de algemene bevolking in kaart te brengen. De gehanteerde zelfrapportageschaal heeft een hoge betrouwbaarheid en validiteit, maar is geen algemeen aanvaard instrument om klachten van angst en depressiviteit in de algemene bevolking te meten. Anderzijds heeft een lange traditie van buitenlands onderzoek reeds overvloedig aangetoond dat vele bevindingen zo consistent zijn dat ze zich laten reproduceren ongeacht het meetinstrument dat men hanteert. Sommigen merken op dat schalen voor de zelfrapportage

van psychische klachten niet in staat zijn personen met klinische vormen van depressiviteit te onderscheiden van personen met mildere vormen van depressiviteit of veeleer vage gevoelens van onlust (39) en trekken de relevantie van de resultaten van sociaal-wetenschappelijk onderzoek in twijfel. Daartegen kan ingebracht worden dat er weinig empirische redenen zijn om het onderscheid tussen klinische vormen van depressiviteit en mildere, aan angst en depressiviteit gerelateerde, klachten aan te houden (40). Depressiviteit wordt het best beschouwd als een continuüm van depressieve klachten variërend naar ernst en duur. Bovendien verliest men vaak uit het oog dat subklinische klachten van angst en depressiviteit een belangrijk risico voor depressiviteit-in-de-enge-zin vormen, en derhalve een belangrijke prognostische waarde hebben. Ze zijn in staat de risicogroepen aan te duiden waarop preventieprogramma's en projecten gericht op gezondheidsvoorlichting en -opvoeding zich kunnen richten ondanks het feit dat ze, vanuit een klinisch oogpunt, uiteraard tot veel 'valse positieven' leiden (41). Bovendien is het zo dat de prevalentie van deze klachten zo hoog is dat ze zwaar doorwegen op de gezondheidszorg en leiden tot een verlies aan productiviteit dat hoger is dan wat kan toegeschreven worden aan de minder ruim verspreide ernstigere vormen van depressiviteit (4).

Een tweede bemerking bij deze studie slaat op haar exploratieve en zeer algemene karakter. Ze gaat niet uit van een bepaalde visie op de maatschappelijke wortels van psychisch onwelbevinden of van bepaalde welomschreven hypothesen over specifieke oorzaken van onwelbevinden bij welomlijnde doelgroepen. Er werd enkel gepoogd om cijfermateriaal aan te reiken dat een vergelijking met de resultaten van enkele buitenlandse epidemiologische studies mogelijk maakt. Nadeel is dat daardoor alle aandacht gaat naar de gekende maatschappelijke opdelingen en minder voor de hand liggende of moeilijk te detecteren risicogroepen over het hoofd worden gezien. Zo is genoegzaam bekend dat personen die als kinderen of als tieners met (seksueel) geweld werden geconfronteerd zich tot kwetsbare volwassenen ontwikkelen en een risicogroep vormen die alle aandacht verdient. Bovenstaande exploratie ziet deze en ongetwijfeld veel andere risicogroepen over het hoofd.

Een volgende bemerking is dat de resultaten van deze studie de replicatietoets moeten doorstaan vooraleer ze als harde feiten mogen worden beschouwd. De gegevens van de laatste gezondheidsenquête van het WIV (28) kunnen zich daartoe lenen. De opname van vier dimensies uit de SCL-90r, een wijdverspreide psychische klachtenlijst, in de gezondheidsenquête zal bovendien de vergelijking met de resultaten van buitenlands onderzoek vereenvoudigen.

Ten slotte moet opgemerkt worden dat slechts zeer algemene verbanden werden blootgelegd en gedetailleerde ontleding ontbreken. Niet elk gemiddeld verschil werd aan een significantietoets onderworpen en sommige verbanden moeten diepgaander ontleed worden om definitievere besluiten mogelijk te maken.

Ondanks de vernoemde beperkingen, laat deze verkennende oefening toe enkele conclusies te pomen.

Conclusies

Vrouwen melden meer klachten van angst en depressiviteit. Deze bevinding is zeker niet nieuw en als dusdanig weinig opzienbarend. Wat wel opvalt, is dat het geslachtsverschil geringer is dan wat kan verwacht worden op basis van wat blijkt uit onderzoek naar het voorkomen van depressieve klachten op consultaties bij huisartsen (42). Deze vaststelling kan stroken met wat buitenlandse studies aantonen. Sommigen vinden weinig consistente empirische ondersteuning voor de stelling dat mannen minder geneigd zijn (professionele) hulp te zoeken voor hun psychische problemen (23). Anderen vinden dan weer dat vrouwen en mannen met psychische klachten er even moeilijk toe komen psychiatrische of psychotherapeutische hulp te zoeken, maar vrouwen gemakkelijk de hulp van een huisarts inroepen (43, 44). Gelden deze verhoudingen ook voor Belgische vrouwen en mannen dan kunnen laatstgenoemden zeker als een risicogroep beschouwd worden. Mannen praten moeilijker met anderen over hun gevoelens, waardoor ze pas laattijdig beroep doen op (professionele) steun.

Het belang van onderwijs als kanaal van sociale mobiliteit is de laatste decennia enkel toegenomen (45-47). Vrouwen hebben, wat scholing betreft, bovendien een enorme inhaalbeweging achter de rug. Tezelfdertijd is de waarde van een diploma sterk aan inflatie onderhevig: toegang tot een job met een zekere status vraagt een hoger diploma dan vroeger (46). Wellicht zorgen deze maatschappelijke processen voor een toename van de druk bij jongvolwassenen. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat bij studerende jongvolwassenen meer klachten van angst en depressiviteit voorkomen dan bij hun leeftijdsgenoten. Dit maakt hen ongetwijfeld tot een tweede doelgroep voor preventie en gezondheidsvoorlichting. Als subgroep kan men bij jongvolwassen studenten eveneens een cohorte-effect onderscheiden. Buitenlands *retrospectief* onderzoek toont immers aan dat gemoedsstoornissen onder jongvolwassenen en laat-adolescenten nu vaker voorkomen dan vroeger (2, 24, 30, 31). De sterke toename van het aantal klachten bij de jongere

cohorten kan een verklaring zijn van de afwezigheid van een duidelijk kromlijng verband in de Vlaamse en Brusselse steekproef (zie eerder).

De observatie dat werkloosheid samengaat met een afname van het psychisch welbevinden vraagt geen gesofisticeerd sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Iedereen heeft of reeds bij zichzelf of bij personen uit zijn onmiddellijke omgeving de diepgaande impact van werkloos worden op het welbevinden kunnen ervaren. Toch blijkt uit de analyse dat deze gevolgen niet voor iedereen dezelfde zijn. Zo blijkt dat de impact van werkloosheid op het gemoed van volwassenen doorgaans het grootst is vóór de leeftijd van ongeveer veertig jaar. Zo vinden ook Verhaegen et al. (12) bijvoorbeeld meer klachten van depressiviteit bij adolescenten en jongvolwassenen. Een duidelijke leeftijdsgrens kan evenwel niet getrokken worden. Bovendien is het niet zo dat oudere volwassenen niet lijden onder het verlies van betaald werk. Wel is duidelijk dat eenmaal de leeftijd van vijftig jaar overschreden het aantal klachten onder werklozen afneemt.

Arbeid is een belangrijke bron van welbevinden omwille van uiteenlopende redenen: betaald werk legt een tijdsstructuur op, laat toe sociale contacten uit te bouwen en te onderhouden, zorgt voor status en is een belangrijk bron van zingeving en omgevingsbeheersing (48, 49). Toch toont onderzoek aan dat een van de voornaamste invloeden van werkloosheid op het welbevinden verbonden is met de financiële gevolgen van het verlies van betaald werk (50). Ook uit bovenstaande analyse blijkt dat de economische onzekerheid waarin werklozen vertoeven grotendeels verantwoordelijk is voor hun verminderd welbevinden.

Ook onder personen met betaald werk komt er een ruime variatie voor in aan angst en depressiviteit gerelateerde klachten. De wel heel ruime categorieën waarin beroepsactieve vrouwen en mannen werden opgedeeld, sluiten genuanceerde besluiten uit. Toch dringen zich reeds enkele heel algemene conclusies op. In de eerste plaats worden personen in hiërarchisch hoger geplaatste beroepsgroepen minder met klachten van angst en depressiviteit geconfronteerd. Deze bevinding strookt met de resultaten van ander onderzoek (51, 52) en wijst indirect op het belang van jobkenmerken, zoals autonomie en controle, en van processen van machts- en statusverwerving voor het psychisch welbevinden (53). Deze verhoudingen gaan minder op voor vrouwen in de hogere beroepscategorieën. Deze studie is niet de eerste die aantoont dat het welbevinden van vrouwen in veeleisendere functies minder goed is dan verwacht. De resultaten van andere studies kunnen

aantonen welke sociale processen in hun werkomgeving werkzaam zijn om te verhinderen dat ze ten volle kunnen genieten van de voordelen van hun job (54).

Ten tweede komt naar voren dat vrouwen die gedurende een bepaalde levensfase gezin en arbeid combineren en zich voor een dubbele dagtaak geplaatst zien, minder kunnen genieten van de gunstige gevolgen van betaald werk voor het welbevinden, zeker wanneer ze niet kunnen rekenen op steun van een partner. Zo melden uit de echt gescheiden moeders die arbeid en gezin combineren een hoog aantal klachten. Iedereen die zich geplaatst ziet voor de taak de eisen van een betaalde functie te combineren met de zorg voor kinderen staat onder druk en wordt vaker met gevoelens van angst en depressiviteit geconfronteerd. Vooral vrouwen worden met deze dubbele dagtaak geconfronteerd. Uit de echt gescheiden moeders die gezinslast met betaalde arbeid combineren vormen een subgroep met een wel heel hoge kans op depressiviteit en moeten daarom zeker als een risicogroep beschouwd worden.

Verhoogde gevoelens van angst en depressiviteit komen voor bij alle uit de echt gescheiden vrouwen en mannen zonder nieuwe partner, zeker wanneer ze moeilijk de eindjes aan elkaar kunnen knopen. Omdat de financiële gevolgen van uit de echt scheiden voor vrouwen groter zijn dan voor mannen (32) treffen we vooral uit de echt gescheiden vrouwen in deze economisch precare situatie aan. Bovendien is de situatie van deze vrouwen in het Waalse landsgedeelte penibeler dan in de andere gewesten.

De drie gewesten blijken ook met betrekking tot het voorkomen van andere condities te verschillen. De Vlaamse huishoudens zijn gemiddeld rijker en geven aan gemakkelijker maandelijks te kunnen rondkomen. De bevolking van het Waalse en het Brusselse Gewest is ouder. Bovendien tellen de Waalse en Brusselse steekproeven meer werklozen en de Waalse steekproef meer werkloze vrouwen. Tenslotte is het aantal uit de echt gescheiden vrouwen en mannen het laagst in Vlaanderen, gevolgd door Brussel en Wallonië. Vraag is of deze regionale verschillen aan de basis liggen van het verschil in welbevinden tussen Walen, Brusselaars en Vlamingen.

Reeds enkele malen werd gewezen op het belang van economische zekerheid voor het welbevinden. Wie moeite heeft om rond te komen en voortdurend tijd en energie moet vrijmaken om te voorzien in zijn dagelijkse behoeften, verkeert in een situatie van machteloosheid, hulpeloosheid en gelatenheid die uiteindelijk zijn welbevinden ondergraaft.

Doorgaans beperkt men zich bij deze vaststelling tot de conclusie dat armoede en achterstelling tot onwelbevinden leiden. Wat men daarbij uit het oog verliest, is dat de relatie tussen economische zekerheid en welbevinden gradueel is en geen plotse overgang kent: wie over meer financiële middelen beschikt, voelt zich beter. Enkel in de hoogste inkomenscategorieën treedt een zeker plafondeffect op. Er is, met andere woorden, (bijna) geen afname van het voordeel voor het psychisch welbevinden van welstellend zijn met elke toename van de rijkdom. De stelling dat 'rijk zijn niet gelukkig maakt' gaat blijkbaar niet op.

Abstract

Research about feelings of depression of the Belgian population is scarce. However, PSBH-data (Panel Study of Belgian Households), collected in 1998, made it possible to explore the link between depression and social indicators for 7021 individuals aged 16 years and older. The measure of depression used for this purpose is a self-report scale derived from the Health and Daily Living Form.

The Belgian results reveal the existence of specific risk groups when region of residence and socio-demographic characteristics like sex, age, marital status, educational attainment, work status, work category and economic security are considered. In general, women once again report higher depression scores than men, especially in the Walloon part of Belgium. For age, there seems to be a drop in depression from younger to older age categories. Another conclusion is that men with hierarchic higher placed professions have less complaints about feelings of depression and anxiety. Considering the marital status, divorced/separated men and women report more depression but divorced/separated women with paid work dominate this category. A last and surprising result was the high amount of complaints of depression among students.

As a conclusion, one might posit that students together with isolated men, unemployed individuals and divorced/separated women are specific population subsamples which have to be sighted on to avoid that psychological problems like depression would dominate the clinical picture in Belgium and especially in Wallonia.

Referenties

- World Health Organization. Mental Health: New Understanding, New Hope. Genève: World Health Organization; 2001.
- Fombonne E. Increased rates of depression: update of epidemiological findings and analytical problems. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 145-56.
- Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
- Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: The first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12: 19-29.
- Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C, Lehtinen V, Dalgard OS, Casey P, et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 208-16.
- Kessler RC, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DG, Nelson CB. Sex and Depression in the National Comorbidity Survey. 1. Lifetime Prevalence, Chronicity and Recurrence. *J Affect Disord* 1993; 29: 85-96.
- Bijl R, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 587-95.
- Eaton WW. The incidence of specific DIS/DSM-III mental disorders: data from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 163-78.
- Mortelmans, D. Panel Studie van Belgische Huishoudens. Antwerpen: U.I.A. Departement Politieke en Sociale Wetenschappen; 2001.
- Bracke P. Sex differences in the course of depression: evidence from a longitudinal study of a representative sample of the Belgian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 420-9.
- Copeland JRM, Beekman ATF, Dewey ME, Hooijer C, Jordan A, Lawlor BA, et al. Depression in Europe - Geographical distribution among older people. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 312-21.
- Verhaegen L, Deykin EY, Sand E. Depressive Symptoms and Employment Status among Belgian Adolescents. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1994; 4: 119-27.
- Verhaegen L. Profils socio-démographiques et type de prise en charge des patients psychiatriques dans la Région Bruxelloise. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1993; 4: 298-305.
- Moos RH, Cronkite RC, Billings AG, Finney, JW. Health and the Daily Living Form Manual, Revised Version. In Social Ecological Laboratory, Veterans Administration and Stanford University Medical Center. Stanford; 1985.
- Mitchell RE, Cronkite RC, Moos RH. Stress, Coping and Depression Among Married Couples. *J Abnorm Psychol* 1992; 92: 433-48.
- Bracke P. Sex Differences in self-reported depression in a representative sample of the Flemish population: the validity of a self-report inventory. *Arch Public Health* 1996; 54: 275-300.
- Tanaka J, Huba G. Confirmatory Hierarchical Factor Analyses of Psychological Distress Measures. *J Pers Soc Psychol* 1984; 46: 621-35.
- Byrne BM, Baron P, Campbell TL. Measuring Adolescent Depression: Factorial Validity and Invariance of the Beck Depression Inventory Across Gender. *J Res Adolesc* 1993; 3: 127-43.
- Stommel M, Given BA, Given CW, Kalaian HA, Schulz R, McGorkle R. Gender Bias in the Measurement Properties of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *Psychiatry Res* 1993; 49: 239-50.
- Ross CE, Mirowsky J. Men who cry. *Soc Psychol Q* 1984; 47: 138-46.
- Schaeffer NC. An application of item response theory to the measurement of depression. *Sociol Methodol* 1988; 18: 271-307.
- Bebbington P. The origins of sex differences in depressive disorder: Bridging the gap. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 295-332.
- Nolen-Hoeksema S. Sex Differences in Unipolar Depression: evidence and theory. *Psychol Bull* 1987; 10: 259-82.
- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl R, Kessler RC, Demler O, et al. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000; 78: 413-26.
- Bracke P. Geslachtsverschillen in depressiviteit en de sociale ongelijkheid van mannen en vrouwen. Een structuralistische benadering. Universiteit Gent: Vakgroep Sociologie; 1996.

26. Weissman MM, Bland R, Joyce PR, Newmann S, Wittchen HU. Sex differences in rates of depression: cross-national perspectives. *J Affect Disord* 1993; 2: 977-84.
27. Bracke P. The three-year persistence of depressive symptoms in men and women. *Soc Sci Med* 2000; 51: 51-64.
28. Bayingana K, Drieskens S, Tafforeau J. *Depressie: Stand van zaken in België: elementen voor een gezondheidsbeleid*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie; 2002.
29. Gutiérrez-Lobos K, Scherer M, Anderer P, Katschnig H. The influence of age on the female/male ratio of treated incidence rates in depression. *BMC Psychiatry* 2002; 2: 1-8.
30. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev* 1998; 18: 765-94.
31. Field T, Diego M, Sanders C. Adolescent depression and risk factors. *Adolescence* 2001; 36: 491-8.
32. Bracke P. *Depressiviteit en de economische gevolgen van echtscheiding voor vrouwen en mannen*. Mens Maatsch 1998; 73: 233-52.
33. Aseltine RH, Kessler RC. Marital disruption and depression in a community sample. *J Health Soc Behav* 1993; 34: 237-51.
34. Ross CE, VanWilligen M. Education and the subjective quality of life. *J Health Soc Behav* 1997; 38: 275-97.
35. De Graaf PM, Bijl R, Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J. Risk Factors for 12-Month Comorbidity of Mood, Anxiety and Substance Use Disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 620-9.
36. Sorensen G, Verbrugge LM. Women, Work, and Health. *Annu Rev of Public Health* 1987; 8: 235-51.
37. Glass J, Fujimoto T. Housework, Paid Work, and Depression Among Husbands and Wives. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 179-91.
38. Lennon MC. Women, work and well-being: The importance of work conditions. *J Health Soc Behav* 1994; 35: 235-47.
39. Coyne JC. Self-reported Distress - Analog or Ersatz Depression. *Psychol Bull* 1994; 116: 29-45.
40. Kendler KS, Gardner CO Jr. Boundaries of Major Depression: An evaluation of DSM-IV Criteria. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 172-7.
41. Horwath E, Johnson J, Klerman GL, Weissman MM. What are the public health implications of subclinical depressive symptoms. *Psychiatr Res* 1994; 65: 323-37.
42. Bartholomeeusen, S. and Buntinx, F. *Depressie in de huisartspraktijk*. Epidemiologische kenmerken van depressie in de huisartspraktijk in Vlaanderen. Leuven: Ministerie van de Vlaamse gemeenschap Administratie Gezondheidszorg, Entiteit Beleidsondersteuning en Centrum voor Huisartsgeneeskunde K.U. Leuven; 2002.
43. Leaf PJ, Bruce ML. Gender differences in the use of mental health-related services: a re-examination. *J Health Soc Behav* 1987; 28: 171-83.
44. Pescosolido BA, Carol AB. How Do People Come to Use Mental Health Services? Current Knowledge and Changing Perspectives. In: Horwitz AV, Scheid TL, editors. *Handbook for the Study of Mental Health*. New York: Cambridge University Press, 1999: pp. 392-411.
45. Blau PM, Duncan OD. *The American Occupational Structure*. New York: Wiley; 1967.
46. Wolbers MHJ, De Graaf PM, Ultee WC. Trends in the occupational returns to educational credentials in the Dutch labor market: Changes in structures and the

- association? *Acta Sociol* 2001; 44: 5-19.
47. De Graaf PM, Lijkx R. From 'Ascription' to 'Achievement'? Trends in Status Attainment in the Netherlands between 1930 and 1980. *Mens Maatsch* 1992; 67: 412-33.
48. Jahoda M. *Employment and unemployment*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
49. Lennon MC. Work and Unemployment as Stressors. In: Horwitz AV, Scheid TL, editors. *Handbook for the Study of Mental Health*. New York: Cambridge University Press, 1999: pp. 284-94.
50. Kessler RC, Turner JB, House JS. Intervening Processes in the Relationship Between Unemployment and Health. *Psychol Med* 1987; 17: 949-61.
51. Link BG, Lennon MC, Dohrenwend BP. Socio-economic status and depression - The role of occupations involving direction, control and planning. *Am J Sociol* 1993; 98: 1351-87.
52. Muntaner C, Eaton WW, Diala C, Kessler RC, Sorlie PD. Social Class, Assets, Organizational Control and the Prevalence of Common Groups of Psychiatric Disorders. *Soc Sci Med* 1998; 47: 2043-53.
53. Bracke P. Over macht en depressiviteit: een sociaal-relatieve visie. *Tijdschr Sociol* 2000; 21: 5-31.
54. Kanter MM. The impact of hierarchical structures on the work behavior of women and men. *Soc Probl* 1976; 23: 415-30.