

De gezinsdimensie in de psychische gezondheid

MARTINE CORIJN

INLEIDING

In Vlaanderen voelde in 2013 een kwart van de mannen en een derde van de vrouwen (van 15 jaar en ouder) zich psychisch niet goed; dit aandeel is significant hoger dan de voorbije jaren (Gisle, 2014). De impact van een minder goede psychische gezondheid op het dagelijkse leven is zeer groot en divers (Bonnewyn e.a., 2005). De globale kostprijs van alle gevolgen van psychisch onwelzijn wordt voor ons land geschat op 3,5% à 4% van het bruto binnenlands product (OECD, 2013b, 2014b). Bekommernissen om de psychische gezondheid van de bevolking zijn niet enkel een zaak van de beleidsdomeinen welzijn en gezondheid(szorg), maar evenzeer van de beleidsdomeinen onderwijs, tewerkstelling, maatschappelijke integratie en sociale zaken. Wie zich psychisch minder goed voelt, presteert minder goed op school of op het werk, vindt moeilijker toegang tot de arbeidsmarkt en verlaat die eerder. Psychische problemen zijn in ons land de belangrijkste oorzaak van invaliditeit (RIZIV, s.d.-a). Ruim een kwart van het ziekteverzuim langer dan 15 dagen kent in ons land een psychische oorzaak (OECD 2013b; SD Worx 2015). Psychische gezondheidsproblemen verhogen het armoederisico (De Boyser, 2007). Het psychische welzijn is eveneens een zaak van sociale en maatschappelijke integratie: gelijke kansen en afwezigheid van discriminatie hebben een positieve invloed op het welbevinden. Ook de (mensen)rechten van personen met psychische problemen vergen aandacht. Alle beleidsdomeinen moeten de psychische draagkracht en kwetsbaarheid van hun betrokken burgers in rekening brengen. De inbouw van de zorg voor de psychische gezondheid in andere beleidsdomeinen – zoals aangegeven in het Europese project Mental Health in All Policies (Joint Action, 2014) – is dan ook een noodzaak (Van Deurzen, 2010).

Sinds enkele jaren komt in het beleid de vermaatschappelijking van de zorg, ook van de geestelijke gezondheidszorg, ter sprake. Deze beoogt een zo gering mogelijke institutionalisering van de zorg en een zo groot mogelijke maatschappelijke integratie van personen met gezondheidsproblemen (Van Deurzen,

2010). In deze context komt de rol en de taak van het gezin, de familie en de ruimere sociale omgeving op de voorgrond (SARWGG, 2015). De veranderingen in de relatie- en gezinsvorming en –ontbinding in de voorbije decennia in Westerse landen wijzigden sterk de gezinsvormen en de banden met de familie. Een hogere instabiliteit van (opeenvolgende) relaties, een daling van de vruchtbaarheid en een stijging van de kinderloosheid, alsook een toename van ouderschap met opeenvolgende partners, hebben niet enkel een impact op de gezinsrelaties, maar ook op het ruimere familiale en sociale netwerk. Deze invloed is niet noodzakelijk negatief. Gezinsvormen en familiebanden zijn wel fragieler of complexer geworden (Mortelmans e.a., 2011).

Goede en nauwe persoonlijke en sociale relaties zijn belangrijke bronnen van affectie, sociale ondersteuning en sociale integratie die het psychische welbevinden ten goede komen (Moor & Komter, 2012). Hun afwezigheid of verlies kan tot eenzaamheid, sociale isolatie of vervreemding leiden. In een samenleving, zoals de Vlaamse, waarin steeds minder mensen (gehuwd of ongehuwd) samenwonen met een partner en steeds meer samenwonende partners uit elkaar gaan, krijgt de ondersteunende rol van de gezinscontext en van de ruimere familiale en sociale context voor het psychische welzijn een nieuwe betekenis. Ook de vermaatschappelijking van de hulpverlening bij verhoogde psychische kwetsbaarheid krijgt hierdoor een extra uitdaging.

Onze onderzoeksvraag vertrekt vanuit 2 vaststellingen. Binnen een Europese context heeft Vlaanderen zeer hoge cijfers inzake zelfdoding (Reynders e.a., 2009), depressie (HEIDI Data Tool, 2010) en het gebruik van antidepressiva (Metaforum, 2010). Vlaanderen kent een zeer hoog echtscheidingscijfer en een bijzonder hoog aandeel alleenwonenden en alleenstaande ouders (OECD Family Database, 2015). De onderzoeksvraag is: Verschilt de psychische gezondheid van 25-65-jarige mannen en vrouwen naargelang van hun gezinssituatie? We beperken ons tot 25-65 jarigen omdat op jongere en oudere leeftijd andere aspecten van de psychische gezondheid en van de gezinsdimensie relevant zijn. In aparte kaders wijzen we kort op de betekenis van de gezinsdimensie in de zorg voor de psychische gezondheid.

In deel 1 geven we de beleidsbekommernissen inzake psychische gezondheid op diverse niveaus aan. We schetsen de evolutie van de psychische gezondheid in het Vlaamse Gewest binnen een Belgische en een Europese context alsook de evolutie van de gezinstypes in Vlaanderen. In deel 2 vatten we de literatuur samen aangaande de gezinsdimensie in de psychische gezondheid en preciseren we onze onderzoeksvraag. De gebruikte data en gehanteerde methodes om onze onderzoeksvraag te beantwoorden stellen we voor in deel 3. In deel 4 bespreken we de onderzoeksresultaten. We sluiten in deel 5 af met een discussie van de resultaten, met een vooruitblik op de toekomst en met een reflectie over mogelijke implicaties voor het Vlaamse beleid.

1 \ Evolutie van de psychische gezondheid en van de gezinstypes

1.1 \ Aandacht voor de psychische gezondheid op diverse beleidsniveaus

Op diverse beleidsniveaus groeit de aandacht voor de psychische gezondheid. De psychische gezondheid van Vlamingen in de voorbije jaren weerspiegelt zowel de impact als de grenzen van het gevoerde beleid.

1.1.1 \ Regionaal en federaal niveau

De Vlaamse overheid is bevoegd voor gezondheidspreventie (Van Deurzen, 2010, 2014). Relevant voor de psychische gezondheid zijn het 'Vlaams Actieplan suïcide preventie' en het 'Vlaams actieplan tabak, alcohol en drugs'. Vanuit het beleidsdomein Welzijn, Gezondheid en Gezin, en ondersteund door het Vlaams

Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie, worden campagnes gelanceerd inzake psychische gezondheid: Fit in je hoofd, Zilverwijzer en Vlieg erin. Ook het Vlaamse middenveld voelt steeds meer de noodzaak aan om psychische problemen te voorkomen en bespreekbaar te maken, alsook om een toegankelijke hulpverlening aan te bieden. Zo ontwikkelde bijvoorbeeld de Christelijke Mutualiteit de gelukscoach. Initiatieven zoals 'Te gek 'beogen dan weer een positieve beeldvorming rond psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg.

1.1.2 \ Internationaal en Europees niveau

De Wereldgezondheidsorganisatie lanceerde recent een 'Mental Health Action Plan 2013-2020' (WHO, 2013). Dit plan beoogt het psychische welzijn te verbeteren, psychische problemen te voorkomen, de hulpverlening te stimuleren en de rechten van personen met een psychische stoornis te vrijwaren. Omdat macro-economische statistieken geen voldoende beeld geven van de kwaliteit van de leefsituatie van mensen lanceerde de OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling) recent het 'Better Life Initiative' en publiceerde het 'How's Life'-rapport (OECD, 2013a) waarin het persoonlijke en sociale welbevinden centraal staat. Een apart OESO-programma focust expliciet op de psychische gezondheid van 18-65 jarigen omdat 'Mental Health at Work' een belangrijk aandachtspunt is in het tewerkstellings- en sociale beleid. Na het eerste rapport over 'Sick on the job?' (OECD, 2012), verschenen per land rapporten waaronder ook voor België (OECD, 2013b).

Het beleid inzake psychische gezondheidszorg in ons land:

- De federale overheid is verantwoordelijk voor de programmering, normering en financiering van de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen, de psychiatrische ziekenhuizen, de psychiatrische verzorgingstehuizen, de initiatieven beschut wonen en de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg.
- De Vlaamse overheid is bevoegd voor de planning, erkenning en inspectie op basis van de federale normen. Het Vlaamse beleid is exclusief bevoegd voor de planning, het toezicht, de erkenning en de financiering van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- In België werd in 2009 10,2% van het bruto nationaal product gespenseerd aan gezondheidszorg. Van dit bedrag werd slechts 6,1% besteed aan de geestelijke gezondheidszorg.
- In België heeft de geestelijke gezondheidszorg zeer lang vastgehouden aan een verouderd 'hospitalocentrisch' model gericht op verzorging in 'bedden' in psychiatrische ziekenhuizen. Momenteel verandert de geestelijke gezondheidszorg in ons land diepgaand, zowel inhoudelijk als organisatorisch, op basis van Artikel 107 van de Ziekenhuiswet 2008. De levenskwaliteit, sterktes en eigenwaarde van psychisch kwetsbare mensen staan centraal in de nieuwe zorg. Herstel is tegelijkertijd uitgangspunt en doel. De hervorming, opgestart in 2010, wordt geïmplementeerd in 19 regionale zorgnetwerken. Ze beoogt een betere afstemming van de zorg op gebruiksnoden én de keuze voor een herstelgerichte visie. Door hervormingen sinds 2005 was in 2013 het aantal psychiatrische zorgbedden in ziekenhuizen gedaald tot 144 per 100.000 inwoners en tot 151 in het Vlaamse Gewest. Deze aandelen blijven de hoogste binnen Europa (ongeveer 100 in de buurlanden).
- Het is een Vlaamse beleidslijn om inzake zorg voor de psychische gezondheid 'outreaching' te werken; hierbij wordt aan welzijns- en gezondheidsorganisaties gevraagd om zelf stappen te zetten om organisaties en potentiële cliënten te bereiken door proactief en preventief aanwezig te zijn. De noodzakelijk geachte inbouw van de geestelijke gezondheidszorg in andere beleidsdomeinen betreft de domeinen werk en sociale economie (bijvoorbeeld arbeidszorg), wonen (bijvoorbeeld zelfstandig wonen met zorgondersteuning), justitie (bijvoorbeeld psychische hulp aan gedetineerden), personen met een handicap (met bijkomende psychische problemen). Heel wat initiatieven worden genomen om mensen met psychische problemen (opnieuw) naar de arbeidsmarkt te leiden. Initiatieven rond 'e-mental health' vinden ook steeds meer ingang. Het Vlaamse beleid wil projecten voor onlinetherapie uitbouwen en onderzoeken welke aspecten van de geestelijke gezondheidszorg kunnen worden ingezet via Flanders' Care.

Bronnen: EIU, 2014b; FOD Volksgezondheid, 2011; Hermans e.a., 2012; Knaeps, 2015; IRSS-UCL, VUB-OPIH & KU Leuven-LUCAS, 2014; SERV, 2004; Umbach & Vanrillaer, 2014; Van Audenhove, 2015; Van Deurzen, 2010.

1.2 \ Evolutie van de psychische gezondheid in het Vlaamse Gewest

Onderzoek omtrent de psychische gezondheid berust doorgaans op zelfrapporteringsgegevens. Er wordt gepeild naar het algemene psychische welbevinden (geluk, levenstevredenheid) en naar het onwelbevinden via onder meer vragen over depressieve symptomen en angst (Williams e.a., 2010). Deze metingen werden recent uitgebreid met peilingen over alcoholgebruik vanuit de vaststelling dat mannen en vrouwen op een andere wijze hun psychische onwelbevinden uitdrukken. Er is een groeiende empirische evidentie dat depressieve symptomen en andere internaliserende of emotionele reacties op stress vaker voorkomen bij vrouwen, terwijl externaliserende of gedragsmatige reacties zoals overmatig alcoholgebruik of geweld vaker voorkomen bij mannen (Umberson e.a., 2013; Williams e.a., 2010). Meer recent onderzoek richt zich ook op aspecten van het (positieve) psychische functioneren, zoals zelfwaardering, competentie (Symoens e.a., 2014). Veel minder onderzoek peilt naar problemen die aansluiten bij onderscheiden psychiatrische diagnoses (Afifi e.a., 2006; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004a). Al dit onderzoek gebeurt via algemene bevolkings surveys, met uitsluiting van personen die in een instelling zijn opgenomen omwille van psychische problemen. Uitzonderlijk berust onderzoek op de analyse van registratiegegevens uit de professionele hulpverlening (www.intego.be; MPG, s.d.-a).

Reeds in 2005 schreef de Europese Commissie een 'Green Paper Improving the mental health of the population: towards a strategy on mental health for the European Union' (European Commission, 2005). In 2008 werd het 'European Pact for Mental Health and Wellbeing' gelanceerd. Het 'European Social Network', een netwerk voor lokale publieke sociale diensten dat gesteund wordt door de Europese Commissie, vertrekt vanuit de idee dat de persoonlijke, sociale en economische impact van de psychische gezondheid danig groot is, dat deze een belangrijk aandachtspunt moet zijn voor alle beleidsdomeinen en niet enkel in welzijns- en gezondheidsbeleid. De 'New Economics Foundation' (NEF) startte een project rond 'National Accounts of Well-being' (NEF, 2009), omdat naast het bruto nationaal product, ook het welzijn van burgers cruciaal is om de welvaart van een land in te schatten.

De 'EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being' en de 'Mental Health Integration Index' proberen relevante gegevens inzake mentale gezondheid en mentale gezondheidszorg, alsook 'good practices' bij elkaar te brengen.

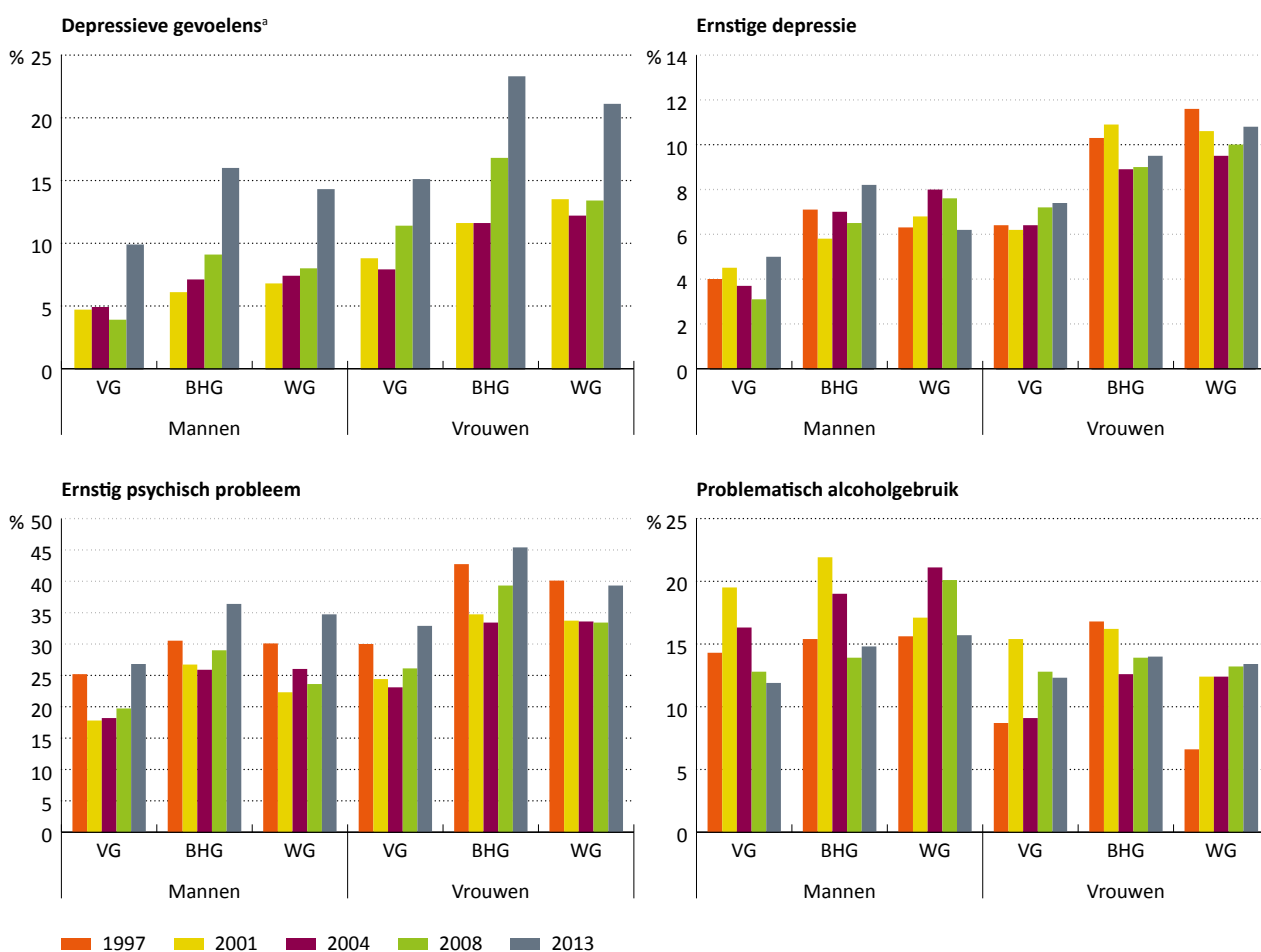
De internationale (beleids)aandacht voor het persoonlijke en sociale welbevinden, en ruimer voor de psychische gezondheid, kon onder meer worden onderbouwd door gegevens verzameld in grootschalige surveys zoals de Eurobarometer en de European Social Survey. Europese beleidsmakers werden op basis van de onderzoeksresultaten tot een passend beleid gestimuleerd (ESS, 2015).

De evolutie van de psychische gezondheid in het Vlaamse Gewest kan worden geschetst aan de hand van de resultaten van de Belgische Gezondheidsenquêtes (Health Interview by Survey – HIS) gestart in 1997 (Buffel e.a., 2013b; Gisle, 2014). In figuur 1 illustreren we die evolutie voor 25-65-jarige mannen en vrouwen in het Vlaamse Gewest en in de 2 andere gewesten. We selecteren 4 aspecten: depressieve gevoelens; een ernstige depressie, een ernstig psychisch probleem en problematisch alcoholgebruik¹. Door de band genomen geven vrouwen meer psychische en emotionele klachten aan dan mannen. Overmatig drankgebruik komt recent even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Psychische gezondheidsklachten komen doorgaans minder voor in het Vlaamse Gewest.

De ervaring van *depressieve gevoelens* (in de voorbije 2 weken) is bij mannen en vrouwen uit deze leeftijdsgroep in alle gewesten sterk gestegen tussen 2008 en 2013. Bij Vlaamse en Brusselse vrouwen was tussen 2004 en 2008 reeds een stijging merkbaar. In het Vlaamse Gewest geeft in 2013 10% mannen en 15% vrouwen depressieve klachten aan. Het ervaren van een *ernstige depressie* (in het voorafgaande jaar) is voor Vlaamse mannen toegenomen tot 5,2% en voor Brusselse mannen tot 8% in 2013. Bij Vlaamse vrouwen bleef dit aandeel ongeveer 7%. Het verloop van het percentage 25-65-jarigen met een *ernstig*

1 In bijlage 2 wordt de meting van deze aspecten toegelicht. Zie Gisle (2014) voor de evolutie in de totale bevolking, voor andere aspecten van de psychische gezondheid en voor verschillen tussen de gewesten.

Figuur 1. Evolutie van 4 aspecten van de psychische gezondheid van 25-65-jarigen, België per gewest, 1997-2013, per geslacht, in gewogen %



VG: Vlaams Gewest; WG: Waals Gewest; BHG: Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

^a Gegevens enkel beschikbaar vanaf 2001.

Bron: Belgische Gezondheidsenquête, HIS Interactieve Analyses.

psychisch probleem volgde een U-curve, waarbij het aandeel in 2013 dat van 1997 doorgaans overstijgt. In Vlaanderen kampt 1 op de 4 mannen (26%) en 1 op de 3 vrouwen (33%) op deze leeftijd met een ernstig psychisch probleem. De daling van het *problematische alcoholgebruik* (bij wekelijkse alcoholdrinkers) sinds 2001 zet zich niet echt door, behalve bij Waalse mannen. Evenveel Vlaamse mannen en vrouwen uit deze leeftijdsgroep (12%) kennen een problematisch alcoholgebruik.

Psychische gezondheidsproblemen zijn in ons land de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid. In de periode 1998-2013 steeg het totale aantal personen met invaliditeit met 66% tot 320.823. In diezelfde periode verdubbelde echter het aantal personen met een invaliditeit omwille van een psychische stoornis. Het aandeel personen met invaliditeit omwille van een psychische stoornis nam aldus toe van 28% naar 34% (RIZIV, s.d.-b). Van de volwassenen met een depressie blijft 27% 3 jaar arbeidsongeschikt (Onafhankelijke Ziekenfondsen, 2015).

Evoluties in de zorg voor de psychische gezondheid in Vlaanderen en België:

- Vlaamse huisartsen zien in hun praktijk steeds vaker patiënten met psychische problemen: 88 op de 1.000 patiënten gaven de voorbije jaren bij de huisarts aan een chronische depressie te hebben.
- In 2011 deden ongeveer 40.000 personen een beroep op een begeleiding binnen de diensten van de Centra voor Algemeen Welzijn. De meest geregistreerde problematieken waren relationele problemen (26%) en psychische problemen (22%).
- In de periode 2009-2013 steeg het aantal cliënten met een actieve zorgperiode in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg met 10% tot 56.711. Wachttijden alvorens men een eerste gesprek kan krijgen bij

deze diensten groeien: waar in 2009 70% van de nieuwe cliënten minder dan 1 maand moest wachten op een eerste face-to-face gesprek met een hulpverlener is dit in 2013 gedaald tot 63%.

- In de periode 1998-2012 steeg het aantal opnames in een psychiatrische behandeldienst in België met 26% tot 61.500. De meest voorkomende diagnoses bij opname zijn alcoholmisbruik (22%) en depressie (19%).
- Tussen 1997 en 2008 is in ons land het aantal dagdosissen van antidepressiva, dat werd verstrekt in apotheken, meer dan verdubbeld. In 2008 kreeg 13% van de volwassen Belgische bevolking minstens één voorschrift voor antidepressiva. In Vlaanderen werden in 2007 meer antidepressiva voorgeschreven dan 10 à 15 jaar terug. Deze stijging zou niet te wijten zijn aan een toename van het aantal depressies, maar lijkt vooral te maken te hebben met een grote groep patiënten die jarenlang antidepressiva gebruikt.

Bronnen: Agentschap Zorg & Gezondheid; Intego-databank; Metaforum, 2010; MPG, s.d.-b; Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2012; Truyers e.a., s.d; Van Deurzen, 2010.

1.3 \ Psychische gezondheid in België in een Europese context

Europese statistieken inzake psychische gezondheid staan nog in hun kinderschoenen (European Commission, 2004; EIU, 2014a). Voor vergelijkende cijfers moeten we terug naar 2000-01 toen België deelnam aan een studie over psychische stoornissen in 6 Europese landen (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*) (Bruffaerts e.a., 2004a, 2004b, 2005). In ons land had toen 12% van de volwassenen (die niet in een instelling verbleven) een ernstig psychisch probleem² (in het voorafgaande jaar). Dit aandeel was lager dan in Frankrijk (18%) en Nederland (15%), maar hoger dan in Duitsland (9%), Spanje (9%) en Italië (8%) (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). Er werd geschat dat in deze 6 Europese landen een kwart van de bevolking zelf ooit te maken krijgt met een ernstig psychisch probleem; dit betreft vooral een depressie (13%) (ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, 2004a). Voor België gaat het om 28%; met meer stemmings- (19%) en angststoornissen (15%) bij vrouwen en meer alcoholgerelateerde problemen (14%) bij mannen (Bruffaerts e.a., 2004a).

In de lijst van 88 'European Core Health Indicators' hebben slechts 2 indicatoren rechtstreeks betrekking op aspecten van de psychische gezondheid, namelijk depressie en poging tot zelfdoding (HEIDI Data Tool, 2010). België haalde in 2008 in een reeks van 15 landen het allerhoogste aandeel volwassenen (5,6%) met een chronische depressie in het voorbije jaar. België behoorde in 2012 met 20 zelfdodingen per 100.000 inwoners tot de top 5 van 32 landen (Eurostat Statistics Database; European Mortality database WHO/Europe; Reynders e.a., 2009). Het aantal zelfdodingen bedroeg in Vlaanderen in 2012 17 per 100.000 inwoners (25 bij mannen en 9 bij vrouwen), dit is 1,5 keer hoger dan het Europese gemiddelde (Agentschap Zorg en Gezondheid).

Het psychische welzijn van Europeanen staat recent centraal in vergelijkend survey-onderzoek omtrent het subjectieve of persoonlijke welbevinden op basis van metingen van de mate van geluk (bijvoorbeeld de World Happiness Index) en van levenstevredenheid (Diener e.a., 2010). Daarnaast werden metingen van depressieve klachten steeds vaker opgenomen in internationale surveys (Van de Velde e.a., 2010). Op basis van de Special Eurobarometer (29 landen) gaf in Europa in 2005-06 14% mannen en 20% vrouwen aan een ernstige depressieve of angstklacht te hebben (Buffel e.a., 2014). België scoorde gunstiger dan Duitsland; doch minder gunstig dan Nederland (Buffel e.a., 2013b). Op basis van de Special Eurobarometer scoorde België in 2009-10 boven het gemiddelde van 27 Europese landen inzake depressie (Buffel e.a., 2013b; European Commission, 2010). Vlaanderen scoorde gunstiger dan België, doch Nederland scoorde nog gunstiger (Buffel e.a., 2013b).

Vanuit sociaal-psychologische hoek werd aangedrongen op een meer onderbouwd model van het psychische welbevinden (Ryff & Keyes, 1995). Het uitgangspunt was om een tegenpool te ontwerpen voor de metingen van de klassieke psychiatrische stoornissen namelijk met een meting van een positieve psy-

2 Op basis van de Compositie International Diagnostic Interview (CIDI) die psychische stoornissen vaststelt zoals ze voorkomen in de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4de editie).

chische gezondheid (Huppert & So, 2013; Keyes, 2002). De conceptuele basis voor zo een meting van bijvoorbeeld 'flourishing' en de onderliggende componenten werd getoetst in grootschalig internationaal survey-onderzoek (Huppert & So, 2013). Inzake 'flourishing' staat België op de 12de plaats in een reeks van 22 landen; Nederland en Duitsland staan hoger in de rij; Frankrijk staat iets lager (Huppert & So, 2013). In een rangordening volgens het 'National Account of Well-being' staat België op de 10de plaats in eenzelfde reeks van 22 landen inzake persoonlijk welbevinden en op de 13de plaats inzake sociaal welbevinden. Nederland staat telkens iets hoger; Duitsland en Frankrijk staan voor beide aspecten iets lager (NEF, 2009).

De zorg voor psychische gezondheid in een Europese context

Vergelijkende gegevens over het gebruik van professionele hulpverlening bij psychische problemen in Europa zijn bijzonder schaars:

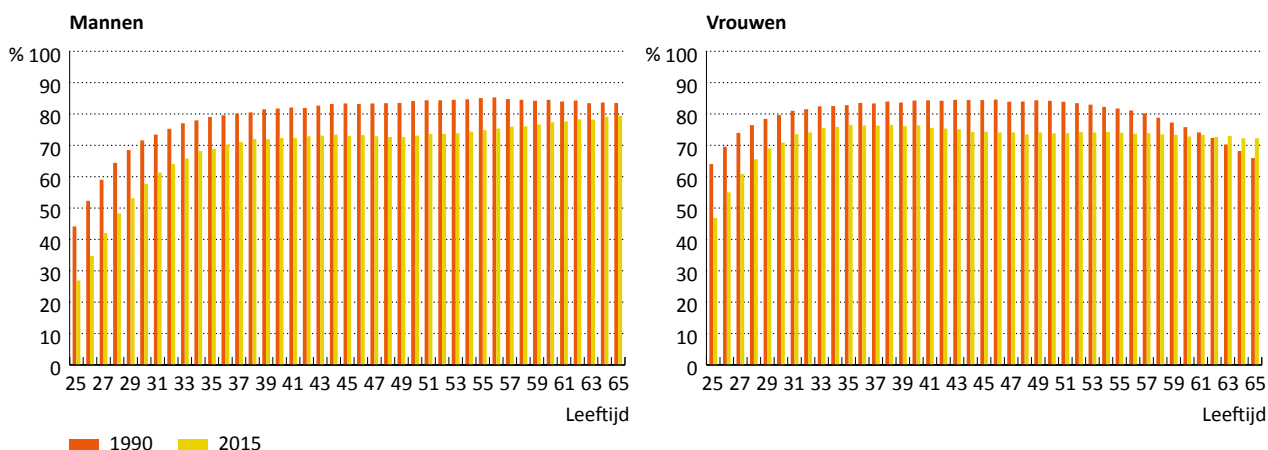
- In 2005-06 gaf 1 op de 3 volwassenen met een ernstige depressie of met angstproblemen aan professionele hulp te raadplegen.
- In 2009-10 deed 15% van de Europese bevolking een beroep op professionele hulp voor psychologische of emotionele problemen; 11% ging naar de huisarts.
- In Nederland wordt vaker een psycholoog geraadpleegd voor psychische problemen dan in Vlaanderen.
- België zit inzake het gebruik van antidepressiva in 2011 boven het OECD gemiddelde. Het gebruik van antidepressiva in Vlaanderen is hoger dan in onze buurlanden: het gaat bijvoorbeeld om 10% bij Vlaamse vrouwen, 8% bij Nederlandse vrouwen en 5% bij Duitse vrouwen. Franse vrouwen (11%) gebruiken iets meer antidepressiva dan Vlaamse vrouwen.

Bronnen: Buffel e.a., 2013b, 2014, 2015; Bruffaerts e.a., 2004b; Dezetter e.a., 2013; EIU, 2014b; European Commission, 2004; 2010; ESEMed/MHEDEA 2000 Investigators, 2004b; OECD, 2014a; Metaforum, 2010.

1.4 \ Evolutie van de huishoudtypes in het Vlaamse Gewest

De voorbije ontwikkelingen inzake relatie- en gezinsvorming en ontbinding en de projecties voor de toekomst wijzen op een toename van het aandeel alleenwonenden en van het aandeel eenoudergezinnen (FB-ADS, 2016; Schokkaert, 2015). Het aandeel huishoudens waar partners samenwonen bedroeg in het Vlaamse Gewest in 1991 nog 67,2%, maar daalde tot 59,1% in 2015. Vlaamse mannen en vrouwen van 25-65 jaar woonden in 2015 minder vaak samen met een partner (respectievelijk 69,2% en 72,6%) dan in 1990 (respectievelijk 72,9% en 79,7%) (figuur 2). Tot op de leeftijd van 30 jaar komt dit vooral door het uitstel van de eigen gezinsvorming waarbij men bij de ouder(s) blijft inwonen. Nadien komt dit vooral door de toename van het alleenwonen als keuze of gedwongen na een (echt)scheiding. Het komt veel minder door de toename van het aandeel alleenstaande ouders. Enkel bij vrouwen stijgt vanaf 62 jaar het aandeel dat samenwoont met een partner door de toegenomen levensverwachting van mannen (zie ook SVR, 2015).

Figuur 2. Evolutie van het samenwonen met een partner op leeftijd 25-65 jaar, Vlaams Gewest, 1990-2015, per geslacht, in %



Bron: SVR-datawarehouse Demografie, bewerking SVR.

2 \ Literatuur en onderzoeksvraag

In deze studie ligt de focus op de gezinsdimensie in de psychische gezondheid van 25-65-jarige mannen en vrouwen. Kinderen, jongeren en ouderen vallen buiten dit bereik omdat bij hen andere gezinstypes voorkomen en andere aspecten van de psychische gezondheid relevant zijn.

2.1 \ Aspecten van de gezinsdimensie in de psychische gezondheid

Welke aspecten van de gezinsdimensie spelen een rol in de psychische gezondheid? Hangt het psychische welbevinden vooral samen met het al dan niet samenwonen met een partner, of met het al dan niet hebben van (inwonende) kinderen of met beide? Of wordt de mate van psychisch (on)welbevinden vooral bepaald door een (echt)scheidingservaring of door de sociale steun?

2.1.1 \ Selectie of ervaring

In onderzoek omtrent de samenhang tussen de gezinsdimensie en de psychische gezondheid bij volwassenen staat de vraag centraal of selectie dan wel ervaring het werkzame mechanisme is. Volgens de selectiehypothese zijn mensen precies omwille van hun (positieve) psychische gezondheidskenmerken in een partnerrelatie, een samenwonen of een huwelijk gestapt en tot ouderschap overgegaan of zijn ze net omwille van hun (minder gunstige) psychische gezondheidskenmerken uit een relatie, een samenwonen of een huwelijk gestapt of niet tot ouderschap gekomen. Wie bijvoorbeeld zwaar depressief is, komt minder snel op de relatemarkt; wie extreem gewelddadig is, ziet zijn relatie verbroken worden. Volgens de ervaringshypothese beïnvloedt de ervaring van een bepaald gezinstype op zich de psychische toestand (Kamp Dush & Amato, 2005; Lamb e.a., 2003; Simon, 2002; Wade & Pevalin, 2004). Zo zijn bijvoorbeeld personen gelukkiger omdat ze gehuwd zijn en zijn mensen depressiever omdat ze gescheiden zijn.

Longitudinaal onderzoek dat de selectiehypothese toetst laat doorgaans zien dat selectie op basis van de eigen psychische gezondheidskenmerken geen rol speelt bij een samenwonen met een partner of een huwelijk (Simon, 2002; Teo e.a., 2013; Wade & Pevalin, 2004). Stutzer & Frey (2006) vinden in Duitsland echter wel evidentie voor de hypothese 'happy people get married'. Selectie speelt zeker een rol bij een (echt)scheiding. Mensen met meer psychische problemen hebben een hogere kans op een scheiding (Kamp Dush & Amato, 2005; Wade & Cairney, 2000; Wade & Pevalin, 2004).

2.1.2 \ Met of zonder (inwonende) partner

In cross-sectioneel onderzoek komt steeds weer naar voor dat de psychische gezondheid van gehuwden aanzienlijk beter is dan van niet-gehuwden; na controle voor andere verschillen naargelang van de burgerlijke staat (Umberson e.a., 2013; Williams e.a., 2010). Dit geldt zowel voor het algemene psychische welzijn als voor meer specifieke aspecten. Gehuwden zijn gelukkiger en meer tevreden met hun leven, ze zijn minder depressief en kennen minder vaak problematisch alcoholgebruik. Dit geldt zowel voor mannen als voor vrouwen. De burgerlijke staat speelt een minder sterke rol bij vrouwen inzake problematisch alcoholgebruik (Simon, 2002).

Dat het eigenlijk om het positieve effect van het samenwonen met een partner gaat, blijkt uit het feit dat het huwelijksvoordeel standhoudt als de ongehuwd samenwonenden bij de gehuwden worden gevoegd. Gehuwd en ongehuwd samenwonenden zijn gelukkiger (Stack & Eshleman, 1998) en psychisch gezonder (Schultz Lee & Ono, 2012) dan mensen zonder inwonende partner. Ze zijn ook minder depressief (Bruffaerts e.a., 2004a; ESEMeD, 2004a; Huijts e.a., 2013; Levecque e.a., 2011; Moor & Komter, 2012). Samenwonenden hebben minder vaak een problematisch alcoholgebruik (Biernan e.a., 2006; ESEMeD, 2004a). Ook in het Vlaamse Gewest overheerst bij een vergelijking van gehuwde en gescheiden personen, het partner-effect: wie samenleeft met een partner is meer tevreden, minder depressief en minder angstig en is ook minder vaak een problematische alcoholdrinker (Symoens e.a., 2011).

Een vergelijking van gehuwd en ongehuwd samenwonenden in Europa brengt een gering voordeel voor de gehuwden aan het licht; de zogenaamde 'cohabitation gap'. Ongehuwd samenwonenden zijn iets minder gelukkig (Soons & Kalmijn, 2009) en zijn iets meer depressief (Moor & Komter, 2012). In de Verenigde Staten hebben ongehuwd samenwonenden iets vaker een problematisch alcoholgebruik dan gehuwden (Marcussen, 2005). In het Vlaamse Gewest zijn verschillen in psychisch welbevinden tussen beide groepen gering (Corijn, 2014).

2.1.3 \ Relatievorming en -ontbinding

Als opeenvolgende stappen uit de relatievorming worden onderscheiden dan overheerst eveneens het partner-effect. In de Verenigde Staten is het psychische welbevinden van gehuwden het grootst, doch niet significant groter dan dat van ongehuwd samenwonenden. Het welbevinden van deze laatsten is dan weer niet significant groter dan dit van personen met een vaste partner waarmee niet wordt samengewoond. Wie geen vaste partner heeft of geen partner heeft, kent een duidelijk lager psychisch welbevinden (Kamp Dush & Amato, 2005).

De burgerlijke staat 'gehuwd' en het statuut 'samenwonend met partner' verbergen, ten gevolge van de toename van (echt)scheidingen, steeds vaker een (echt)scheidingservaring. Binnen de gehuwden stellen Biernan e.a. (2006) in de Verenigde Staten vast dat hertrouwen er psychisch duidelijk slechter aan toe zijn dan gehuwden; en zelfs slechter dan gescheiden personen. In Europa blijft er naast een geringe 'cohabitation gap', ook altijd een effect van een (echt)scheidingservaring meespelen (Soons & Kalmijn, 2009; Wiik e.a., 2012). Wie een (echt)scheiding heeft meegemaakt, is minder gelukkig dan wie die niet meemaakte, ook al woont men opnieuw met een partner samen. Ook een (echt)scheiding van de ouders verhoogt bij Europese volwassenen de kans op depressieve gevoelens (Moor & Komter, 2012). In Vlaanderen is er duidelijk een echtscheidingseffect op de mate van depressie en competentie, zelfs na controle voor een partner-effect (Symoens e.a., 2014). Het echtscheidingseffect op het psychische welzijn is in Vlaanderen groter dan de 'cohabitation gap' (Corijn, 2014).

Longitudinaal onderzoek dat focust op het starten en beëindigen van een samenwonen met een partner of een huwelijk is zeldzamer. Na een eerste huwelijk en na een hertrouw (volgend op een echtscheiding) voelen mensen zich minder depressief dan te voren (Lamb e.a., 2003; Musick & Bumpass, 2012; Simon, 2002; Soons e.a., 2009). Doch een (nieuw) huwelijk maakt niet iedereen gelukkig(er). Zo zijn alleenstaande moeders na een nieuw huwelijk niet minder depressief (Wade & Cairney, 2000). Na een hertrouw gaan vooral mannen wel iets minder problematisch alcoholgebruik vertonen (Simon, 2002). Na een echtscheiding voelen mensen zich psychisch minder goed (Soons e.a., 2006) en zijn ze depressiever; dit geldt vooral voor vrouwen (Simon, 2002). Wu en Hart (2002) vinden een negatief effect na een echtscheiding, maar niet na een scheiding van een ongehuwd samenwonen. Een ongehuwd samenwonen verbreken lijkt psychisch minder ingrijpend dan uit een huwelijk stappen. Een (echt)scheiding leidt tot meer problematisch alcoholgebruik (Simon, 2002).

2.1.4 \ Met of zonder (inwonende) kinderen

De resultaten inzake de impact van ouderschap en/of (inwonende) kinderen op de psychische gezondheid zijn minder eenduidig, zowel aangaande het al dan niet hebben van (inwonende) kinderen, hun aantal als hun leeftijd (Buffel e.a., 2014; Umberson e.a., 2013). Inwonende kinderen hebben in Europa een positief effect op de mate van geluk van de ouders (Soons & Kalmijn, 2009); soms blijkt dit enkel zo te zijn voor moeders (Aassve e.a., 2012). In Europese landen is er soms voor mannen (Moor & Komter, 2012) en soms voor vrouwen (Huijts e.a., 2013) geen effect van kinderen op de mate van depressieve gevoelens. Inzake alcoholmisbruik zijn de resultaten eenduidiger: inwonende kinderen reduceren problematisch alcoholgebruik (Biernan e.a., 2006; Helbig e.a., 2006; Marcussen, 2005).

Een deel van het onderzoek focust enkel op de psychische gezondheid van moeders waarbij wordt vastgesteld dat alleenstaande moeders depressiever zijn dan gehuwde moeders (Wang, 2004). De resultaten zijn soms genuanceerder (Afifi e.a., 2006). Zo verschillen nooit-gehuwde alleenstaande moeders niet van

gehuwde moeders, behalve voor druggebruik. Maar gescheiden alleenstaande moeders verschillen wel op meerdere punten van gehuwde moeders (vooral inzake angst, depressie en externaliserend probleemgedrag). De verschillen tussen nooit-gehuwde en gescheiden moeders zijn gering (angst, depressie). Als voor andere verschillen wordt gecontroleerd, verdwijnen verschillen inzake psychische gezondheid tussen alleenstaande moeders en moeders met een partner soms (Crosier e.a., 2007). Voor Vlaanderen vergelijken Buffel e.a. (2013a) niet enkel moeders onderling, maar ook vaders. Alleenstaande (gescheiden) vaders en moeders kampen significant meer met depressieve gevoelens dan gehuwde ouders en dan gescheiden ouders met een nieuwe partner. Vooral alleenstaande vaders zijn zware drinkers.

2.1.5 \ Het gezinstype

Binnen een bepaald gezinstype wordt het vrij eenduidige positieve partner-effect op het psychische welbevinden doorkruist door het vrij eenduidige negatieve (echt)scheidingseffect en door het minder eenduidige effect van kinderen. Enkele onderzoekers (Aassve e.a., 2012; Helbig e.a., 2006) wijzen op het specifieke samenspel van het effect van een partner en van kinderen. In combinatie met geslachtsverschillen komt doorgaans de minder goede psychische gezondheid van alleenstaande moeders in beeld.

In Vlaanderen scoren alleenstaande ouders en alleenwonenden inzake psychisch welzijn steeds slechter dan personen die met een partner samenwonen en al dan niet kinderen hebben (Corijn, 2009; De Boyser, 2007). Dit geldt voor psychologisch onwelbevinden, ernstige psychische problemen, depressieve gevoelens, angststoornissen, slaapproblemen en overmatig alcoholgebruik. Als wordt gecontroleerd voor andere verschillen tussen de gezinstypes, zoals opleidingsniveau en inkomen, dan blijven de verschillen tussen gezinstypes waar al dan niet met een partner wordt samengewoond overeind (Hardonk e.a., 2007) en domineert de minder goede psychische gezondheid van alleenstaande ouders (Corijn, 2009).

2.1.6 \ Emotionele en sociale steun

De impact van een partner maakt in zekere zin deel uit van de impact van de mate van emotionele of sociale ondersteuning op de psychische gezondheid. Uit een Amerikaanse longitudinale studie bleek bijvoorbeeld dat een slechte relatie met de partner of met de familie de kans op een depressie aanzienlijk verhogen. Daarnaast verhogen ook sociale spanningen en een tekort aan sociale ondersteuning de kans op een depressie (Teo e.a., 2013). In Europa spelen naast het effect van een inwonende partner, ook meerdere sociaal-relatieve factoren (een vertrouwenspersoon, frequentie en kwaliteit van sociale contacten, mate van lokale integratie) een rol inzake diverse aspecten van de psychische gezondheid (Levecque e.a., 2011; Symoens e.a., 2014). Globaal genomen is de impact van diverse aspecten van deze emotionele en sociale ondersteuning positief. Voor moeders beïnvloedde niet het al dan niet hebben van een partner, maar wel de mate van sociale steun (en van financiële steun) het sterkst het psychische welzijn (Crosier e.a., 2007). Verschillen tussen nooit-gehuwde en gescheiden alleenstaande moeders inzake diverse aspecten van de psychische gezondheid vielen weg als gecontroleerd werd voor de kwaliteit van hun relatie met de familie (Afifi e.a., 2006). Ook de aard van de bron van sociale steun speelt een rol (Teo e.a., 2013). Biernan e.a. (2006) tonen aan hoe voor bepaalde aspecten (bijvoorbeeld psychologisch onwelbevinden) de steun van de vrienden cruciaal is en voor andere aspecten (bijvoorbeeld zinvolheid van het leven) de steun van de familie. Het familiale netwerk, zoals het nog hebben van de eigen ouders en van broers/zussen, reduceert in Europa de kans op een depressie (Moor & Komter, 2012). Inzake overmatig alcoholgebruik is de impact van de sociale ondersteuning minder eenduidig: soms wordt geen effect gevonden (Biernan e.a., 2006); soms is er slechts een positief effect van de structurele sociale steun (participatie) doch niet van de functionele steun (steun van partner) (Marcussen, 2005).

2.1.7 \ Variërende effecten

Recente studies in Europa wijzen er op dat de impact van factoren, zoals gezinskenmerken, op het psychische welzijn en de psychische gezondheid varieert naargelang van kenmerken van het land. Zo is de impact van de burgerlijke staat op de mate van geluk geringer in landen waar minder wordt gescheiden

(Stack & Eshleman, 1998). De omvang van de 'cohabitation gap' inzake geluk is kleiner naarmate het ongehuwd samenwonen vaker voorkomt in een land (Soons & Kalmijn, 2009). De impact van kinderloosheid op de mate van depressiviteit is kleiner naargelang men in het land positiever denkt over kinderloosheid (Huijts e.a., 2013). De mate van 'gender equality' in een land beïnvloedt dan weer het verschil in de mate van depressiviteit tussen mannen en vrouwen (Van de Velde e.a., 2014).

De gezinsdimensie in de psychische gezondheidszorg in Vlaanderen en België:

- Van de mensen die aankloppen voor een begeleiding bij de Centra voor Algemeen Welzijn is 34% gehuwd, 28% alleenwonend en 14% alleenstaande ouder. In de Vlaamse bevolking (van 18-59 jaar) bedragen deze aandelen respectievelijk 50%, 12% en 5%.
- Bij 18-60-jarigen die een beroep doen op de Vlaamse Centra voor Geestelijke Gezondheid woont 75% mannen en 66% vrouwen niet samen met een echtgeno(o)t(e). In de Vlaamse bevolking van die leeftijd woont 56% mannen en 51% vrouwen niet samen met een huwelijkspartner.
- In ons land steeg in de periode 1998-2012 het aantal personen dat bij opname in een psychiatrische behandeldienst alleenwoonde van 28% naar 33%. Bij een opname voor een ernstige depressie woonde recent 31% alleen; voor alcoholafhankelijkheid bedroeg dit 42% en voor schizofrenie 40%.
- Survey-onderzoek in Vlaanderen wijst op een verhoogde professionele hulpverlening voor emotionele of sociale problemen bij gescheiden personen, personen zonder partner en alleenstaande ouders, zelfs na controle voor hun nood aan hulpverlening.
- Vlaams survey-onderzoek geeft aan dat alleenstaande moeders, onder meer na controle voor depressieve symptomen, het meest psychofarmaca gebruiken; gescheiden moeders met een nieuwe partner gebruiken die iets minder; gehuwde moeders gebruiken die het minst. Bij vaders is er een verhoogd psychofarmacagebruik bij gescheiden vaders met een nieuwe partner. Het aantal kinderen en het aantal sociale steunbronnen beïnvloedt het psychofarmacagebruik niet.

Bronnen: Buffel e.a., 2013a, 2013b; Colman e.a., 2011; EPD-registratie CGG, 2013; MPG, s.d.-b; Steunpunt Algemeen Welzijnswerk, 2012; SVR Datawarehouse Demografie.

2.2 \ Onderzoeksvraag

Verschilt de psychische gezondheid van 25-65-jarige mannen en vrouwen naargelang van hun gezinssituatie? We focussen op vaak voorkomende psychische problemen, zowel op internaliserende als externaliserende uitingen van psychisch ongenoegen, en op aspecten van het psychische functioneren. Op basis van de literatuur verwachten we een partner-effect en een echtscheidingseffect. De inconsistente resultaten inzake een kind-effect bieden geen steun voor een hypothese. We beantwoorden de onderzoeksvraag voor België aan de hand van de gegevens van de Belgische Gezondheidsenquête van 2013. Aan de hand van de data van de European Social Survey van 2012 beantwoorden we de onderzoeksvraag voor een ruimer scala van psychische kenmerken voor Europa.

3 \ Data en methode

3.1 \ Data

De *Belgische Gezondheidsenquête* (Health Interview by Survey – HIS) wordt sinds 1997 met een regelmaat georganiseerd. In 2013 werden 8.850 huishoudens gecontacteerd, waarvan er 5.049 deelnamen. Voor onze onderzoeksvraag beperken we de onderzoeksgroep tot 25-65-jarige mannen en vrouwen die referentiepersoon in een huishouden zijn of partner van een referentiepersoon. Een beperking tot de respondenten woonachtig in het Vlaamse Gewest is niet aangewezen omwille van het geringe aantal. We gebruiken de Belgische gegevens en controleren voor verschillen naar gewest. Dit reduceert de HIS-onderzoeksgroep tot 5.575 personen, waarvan er 1.854 in het Vlaamse Gewest wonen. De *European Social Survey* (ESS) is een tweejaarlijkse survey over gedragingen en opvattingen inzake sociale, politieke en morele aspecten. We gebruiken de gegevens uit de survey-ronde van 2012 en selecteren de data van

25-65-jarige mannen en vrouwen uit 27 Europese landen die al dan niet met een partner samenwonen en/of al dan niet met kinderen samenwonen. Dit reduceert de ESS-onderzoeksgroep tot 29.303 personen. Een aparte analyse voor het Vlaamse Gewest is niet aangewezen omwille van het te geringe aantal respondenten (ongewogen n = 707). Nadere toelichting bij de surveys wordt in bijlage 2 gegeven. In tabel 1 en tabel 2 staan enkele kenmerken respectievelijk van de afgebakende HIS- en ESS-onderzoeksgroep.

3.2 \ Afhankelijke en onafhankelijke variabelen

3.2.1 \ Afhankelijke variabelen

Bij de keuze van de indicatoren inzake de psychische gezondheid geven we voorrang aan aspecten die niet al te zeldzaam zijn, omdat onderzoek van uitzonderlijke fenomenen, zoals bijvoorbeeld zelfdoding, tot problemen leidt bij analyses per subgroep (ESEMEd/MHEDEA 2000 Investigators, 2004a). In de Belgische Gezondheidsenquête selecteren we 4 aspecten (Gisle, 2014). *Depressieve gevoelens* (in de voorbije 2 weken), een *chronische depressie* (in het voorafgaande jaar), een *ernstig psychisch probleem* en *problematisch alcoholgebruik* (bij wekelijkse alcoholgebruikers). In aansluiting bij het model inzake psychisch welbevinden van Huppert & So (2013) selecteren we in de European Social Survey data 6 metingen: 1 omtrent gevoelens (*depressie*) en 5 omtrent het persoonlijke functioneren (mate van *zelfwaardering*, *competentie*, *weerbaarheid*, *doel en autonomie*). Hoe de variabelen precies werden gemeten, wordt toegelicht in bijlage 2.

Tabel 1. De psychische gezondheid, persoonlijke en omgevingskenmerken en de gezinsdimensie, 25-65-jarigen^a, België, 2013, per geslacht, gemiddelde (\bar{X}) of in %

	Inwonende partner				Inwonende kinderen				Totaal
	Zonder		Met		Zonder		Met		
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	
Psychische gezondheid %									
Depressieve gevoelens	19,1	28,0	8,3	13,6	13,7	18,4	8,3	16,4 ^{ns}	14,4
Chronische depressie	13,5	14,5	3,3	6,0	8,7	9,3	3,0	7,5 ^{ns}	7,5
Ernstig psychisch probleem	43,4	47,2	24,9	32,0	33,2	34,9	26,0	36,6 ^{ns}	32,9
Problematisch alcoholgebruik	23,1	19,7	9,2	11,5	18,2	15,8	6,5	11,6 ^{ns}	7,0
Persoonlijke kenmerken									
Leeftijd (25-65 jaar) \bar{X}	46,0	42,9	45,4 ^{ns}	44,1	48,1	49,5	44,1	42,4	45,6
Opleidingsniveau (1-3) \bar{X}	2,2	2,3	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,1
Werkloos %	15,8	15,5	3,9	5,0	10,2	9,3	3,5	6,5	7,3
Woonplaats %									
Vlaams Gewest	18,7	19,8	81,3	80,2	46,5	42,9	53,5	57,1	57,4
Waals Gewest	28,5	29,1	71,5	70,9	48,2	39,8	51,8	60,2	31,4
Brussels Gewest	39,9	45,1	60,1	54,9	58,4	46,3	41,6	53,7	11,2
N ongewogen	616	817	1.872	1.896	1.225	1.152	1.263	1.561	5.201
N gewogen (in duizendtal)	573	638	1.807	1.865	1.151	1.058	1.230	1.445	4.886

() Minimale en maximale waarde.

^a Beperkt tot de referentiepersonen van een huishouden en hun eventuele partner.

^{ns} Geslachtsverschil niet significant binnen de groep zonder en binnen de groep met partner/inwonende kinderen.

Bron: Belgische Gezondheidsenquête 2013, gewogen volgens de HIS-richtlijnen, bewerking SVR.

3.2.2 \ Onafhankelijke variabelen

Binnen de reeks onafhankelijke variabelen ligt de focus op de 2 aspecten van de gezinsdimensie. Daarnaast brengen we een selectie van individuele kenmerken en omgevingskenmerken in rekening, die, op basis van een literatuurstudie, eveneens een impact (kunnen) hebben op de psychische gezondheid.

In de HIS-data maken we een onderscheid naargelang de 25-65-jarigen met een *partner* samenwonen of niet, en met *kinderen* samenwonen of niet. Drie op de 4 mannen en vrouwen uit de afgebakende onderzoeksgroep hebben een inwonende partner. 51% mannen en 58% vrouwen hebben inwonende kinderen (tabel 1). De ESS-data laten toe om inzake de gezinsdimensie relevante nadere differentiaties aan te brengen. Binnen de groep die niet met een partner samenwoont, maken we onderscheid tussen nooit-gehuwden en deze met een echtscheidingservaring. Binnen de groep die met een partner samenwoont, onderscheiden we nooit-gehuwden (voorhuwelijks ongehuwd samenwonenden), gehuwden en personen met een echtscheidingservaring (nahuwelijks ongehuwd samenwonenden). Inzake ouderschap onderscheiden we kinderloze respondenten, deze met inwonende kinderen en deze met niet-meer-inwonende kinderen. Binnen de afgebakende leeftijdsgroep woont 84% mannen en 80% vrouwen samen met een partner; 64% is gehuwd. 56% mannen en 64% vrouwen wonen samen met kinderen. Respondenten zonder inwonende kinderen omvatten zowel kinderloze volwassenen (respectievelijk 22% en 15%) als ouders met een 'leeg nest' (respectievelijk 22% en 21%) (tabel 2).

De psychische gezondheid varieert met de *leeftijd*. Het exacte verloop van diverse aspecten van de psychische gezondheid met de leeftijd, afzonderlijk voor mannen en vrouwen, wordt elders uitgebreid besproken (Gisle, 2014; Gisle & Demarest, 2014). De naar leeftijd afgebakende HIS-respondenten zijn gemiddeld genomen 45,6 jaar. *Opleidingsverschillen* manifesteren zich sterk in de psychische gezondheid (Gisle, 2014); we houden rekening met deze verschillen. In de HIS-groep heeft 23,2% een lager opleidingsniveau (LSO of lager) en 40,4% een hoger opleidingsniveau. Aangezien het psychische welbevinden naargelang van de *activiteitstatus* vooral bij werklozen lager is (Corijn, 2015c), maken we een onderscheid tussen werklozen (7,3%) en alle anderen. In de HIS-onderzoeksgroep zijn vrouwen die samenwonen met een partner iets ouder dan deze die dit niet doen; dit geldt niet voor mannen. Wie inwonende kinderen heeft, is gemiddeld jonger dan wie nog geen of niet meer inwonende kinderen heeft. Mannen en vrouwen die samenwonen met een partner of die samenwonen met kinderen zijn gemiddeld genomen iets lager opgeleid. Mannen en vrouwen zonder inwonende partner en deze zonder inwonende kinderen zijn vaker werkloos (tabel 1).

In de naar leeftijd afgebakende ESS-onderzoeksgroep zijn de respondenten gemiddeld 46,3 jaar. In deze groep heeft 42,5% een lager opleidingsniveau en 24,8% een hoger opleidingsniveau. 11,1% is werkloos. Religieuze mensen zijn doorgaans gelukkiger (Lun & Bond, 2013). Daarom verrekenen we de mate van *religiositeit* en onderscheiden we volwassenen met een lagere en een hogere mate van religiositeit (respectievelijk 0-6 versus 7-10 op een schaal). De gemiddelde mate van religiositeit bedraagt 4,6. Respondenten met inwonende kinderen zijn iets jonger. Er zijn geen systematische opleidingsverschillen naargelang van het partnerstatuut of het ouderschap. Respondenten met een inwonende partner of met inwonende kinderen zijn minder vaak werkloos. Ze zijn duidelijk religieuzer (tabel 2).

Sociale ondersteuning heeft doorgaans een positieve invloed op de psychische gezondheid. De HIS-maat voor sociale ondersteuning omvat te veel ontbrekende waarden. In de ESS-data ligt het gemiddelde van de maat van sociale steun vrij hoog (5,0 op een 1-6 schaal). Respondenten met een inwonende partner ervaren significant meer sociale steun. Vrouwen met inwonende kinderen ervaren iets minder sociale steun dan vrouwen zonder inwonende kinderen; bij mannen is er ter zake geen verschil (tabel 2).

Tabel 2. De psychische gezondheid, persoonlijke en omgevingskenmerken en de gezinsdimensie, 25-65-jarigen, Europese landen, 2012, per geslacht, gemiddelde (\bar{X}) of in %

	Inwonende partner				Inwonende kinderen				Totaal
	Zonder		Met		Zonder		Met		
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	
Gezinskenmerken %									
Nooit-gehuwd	9,5	7,9	9,4	8,2					17,4
Gescheiden	6,8	11,9	8,9	8,4					18,2
Gehuwd			65,4	63,6					64,5
Kinderloos					21,9	14,9			18,2
Kinderen					22,3	20,9	55,8	64,1	81,8
Psychische gezondheid \bar{X}									
Depressie (8-32)	14,5	15,5	12,9	13,9	13,5	14,2	13,0	14,2 ^{ns}	13,7
Zelfwaardering (2-10)	7,5	7,2	7,8	7,5	7,7	7,4	7,8	7,5 ^{ns}	7,6
Competentie (2-10)	6,9	6,8	7,1	7,0	7,0	7,1	7,1	6,9	7,0
Weerbaarheid (1-15)	9,1	8,8	9,6	9,0	9,5	9,0	9,5 ^{ns}	9,0 ^{ns}	9,2
Doel (1-15)	10,5	10,5	11,2	11,0	10,9	10,9	11,2	10,9 ^{ns}	11,0
Autonomie (1-15)	10,7	10,0	10,3	10,0 ^{ns}	10,7	10,5	10,1	9,8	10,2
Persoonlijke kenmerken									
Leeftijd (25-65) \bar{X}	45,0	45,8	46,9	45,6 ^{ns}	48,2	50,0	45,7	43,6	46,3
Opleidingsniveau (1-3) \bar{X}	1,8	1,9	1,9 ^{ns}	1,9 ^{ns}	1,8	1,8	1,8 ^{ns}	1,8 ^{ns}	1,8
Werkloos %	19,7	16,1	9,7	9,5	14,8	12,2	9,4	10,1	11,1
Religiositeit (0-10) \bar{X}	3,6	4,6	4,2	5,1	3,9	4,7	4,7	5,1	4,6
Omgevingskenmerken									
Sociale steun (1-6) \bar{X}	4,6	4,8	5,0	5,1	4,9	5,1	4,9 ^{ns}	5,0	5,0
West-Europa %	18,1	20,4	81,9	79,6	47,0	38,3	53,0	61,7	75,6
Oost-Europa	10,1	17,7	89,9	82,3	36,9	29,8	64,1	70,2	24,4
Verstedelijkingsgraad woonplaats (1-5) \bar{X}									
N ongewogen	2.822	3.738	10.699	11.924	6.535	6.252	7.0411	9.469	11.722
N gewogen	1.945	2.742	10.047	11.151	5.360	5.059	6.700	8.931	29.303

() Minimale en maximale waarde.

^{ns} Geslachtsverschil niet significant binnen de groep zonder en binnen de groep met partner/inwonende kinderen.

Bron: ESS 2012, gewogen volgens de ESS-richtlijnen voor steekproefdesign en omvang populatie, bewerking SVR.

In België zijn er aanzienlijke gezondheidsverschillen naargelang van het gewest waar men woont (Gisle, 2014); we controleren voor deze gewestverschillen. In het Vlaamse Gewest wonen meer mannen en vrouwen met een inwonende partner dan in de andere gewesten. In het Vlaamse Gewest wonen meer mannen en vrouwen met inwonende kinderen dan in het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest (tabel 1). Aangezien de psychische gezondheid van inwoners in Oost-Europese landen duidelijk minder gunstig is dan in West-Europese landen (Buffel e.a., 2014; Moor & Komter, 2012) houden we in de ESS-data rekening met dit verschil. In de afgebakende ESS-groep woont 75% van de respondenten in West-Europa. In Oost-Europa wordt vaker met een partner en vaker met kinderen samengewoond dan in West-Europa (tabel 2).

De *verstedelijkingsgraad* van de woonplaats heeft eveneens een differentiërend effect op de psychische gezondheid, doch de samenhang is niet steeds eenduidig (European Commission, 2004). We controleren in de HIS-data echter niet bijkomend voor dit verschil omdat alle inwoners van het Brusselse Hoofdstedelijke Gewest behoren tot het grootstedelijke gebied. De meerderheid van de Vlamingen (43%) woont in een stedelijk gebied. De Waalse bevolking leeft vooral in een grootstedelijk gebied (44%) of op het platteland (43%). Voor de ESS-data differentiëren we naar verstedelijkingsgraad van de woonplaats.

Respondenten met een partner wonen minder vaak in grote steden dan deze zonder inwonende partner. Mensen met inwonende kinderen wonen minder vaak in grote steden.

3.3 \ Methoden

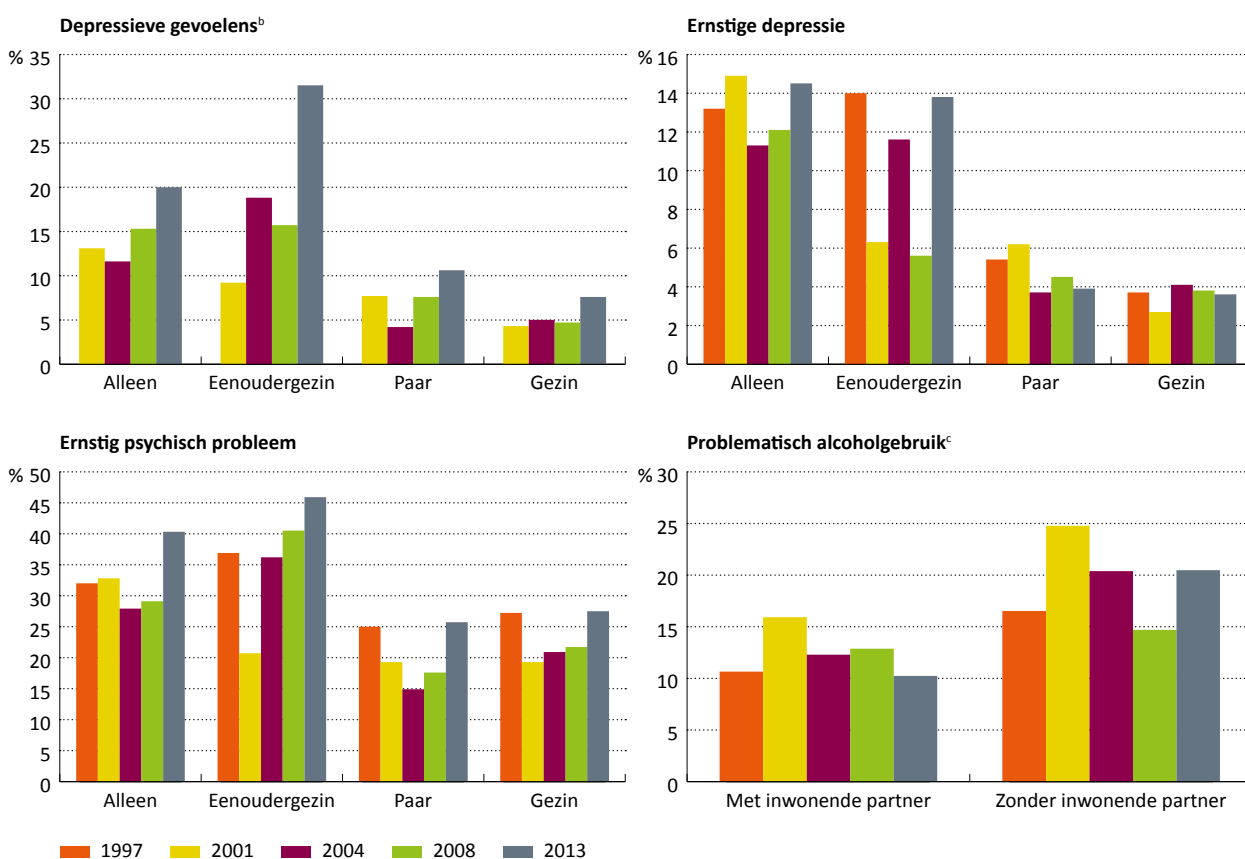
Voor de analyses van de HIS-data gebruiken we logistische regressie analyse en volgen we de HIS-richtlijnen inzake het gebruik van de data (ISP-WIV Manual, 2015). We focussen op de impact van de gezinsdimensie (inwonende partner, inwonende kinderen) en controleren voor de impact van individuele en omgevingskenmerken. Voor de analyses van de ESS-data gebruiken we multilevel logistische regressie analyses omdat deze de afhankelijkheid van respondenten uit hetzelfde land in rekening brengen. We volgen de ESS-richtlijnen inzake het wegen van de data per land en over de landen heen. Per aspect van de psychische gezondheid vermelden we in tabel 3 en tabel 4 de niet-gestandaardiseerde parameterschattingen voor een model met de partner- en de kind-dimensie, na controle voor individuele kenmerken en omgevingskenmerken. Voor de ESS-data vermelden we tevens de variantie op het landenniveau. Meer details over deze laatste resultaten staan in bijlage 2.

4 \ Resultaten

4.1 \ De gezinsdimensie in de evolutie van de psychische gezondheid in het Vlaamse Gewest

Figuur 1 gaf de evolutie aan van 4 aspecten van de psychische gezondheid van 25-65-jarigen in het Vlaamse Gewest. Figuur 3 schetst deze evolutie per gezinstype; om voldoende aantallen per gezinstype te hebben maken we geen onderscheid naar geslacht. Inzake de mate van *depressieve gevoelens* valt meteen het partner-effect op: wie niet samenwoont met een partner heeft meer depressieve klachten. De toename van depressieve klachten bij eenoudergezinnen is aanzienlijk: bijna 1 op de 3 had in 2013 dergelijke klachten. Ook inzake een *ernstige depressie* valt het persistente onderscheid op tussen wie in een gezin met of zonder partner woont. Bij eenoudergezinnen schommelt het aandeel met een ernstige depressie sterk doorheen de tijd; een verklaring is niet voor de hand liggend. Inzake de ervaring van een *ernstig psychisch probleem* is eveneens een sterk partner-effect waarneembaar: wie samenwoont met een partner heeft minder vaak een ernstig psychisch probleem (in 2013 ongeveer 25% versus 40-45%). Alleenstaande ouders scoren ter zake sinds 2001 steeds slechter. Inzake *problematisch alcoholgebruik* is er een aanzienlijk en persistent verschil tussen de gezinnen met en zonder inwonende partner. De laatste groep heeft beduidend vaker een probleem op dit vlak (recent 10 procentpunt meer). Systematische verschillen tussen gezinnen met en zonder inwonende kinderen komen niet naar voor.

Figuur 3. Evolutie van 4 aspecten van de psychische gezondheid van 25-65-jarigen per gezinstype^a, Vlaams Gewest, 1997-2013, in gewogen %



^a Health Survey by Interview, Interactive Analyses (HISIA) plaatsen partners, ouders, kinderen en anderen van 25-65 jaar uit eenzelfde huishouden in hetzelfde gezinstype.
^b Gegevens enkel beschikbaar vanaf 2001.
^c Aantal respondenten per gezinstype geringer dan 100; types zijn samengevoegd.

Bron: Belgische Gezondheidsenquêtes, HIS Interactieve Analyses.

4.2 De gezinsdimensie in de psychische gezondheid in België

De resultaten, beperkt tot 25-65-jarige referentiepersonen en hun eventuele partner, bevestigen het *partner-effect* (tabel 1). Een op de 4 mannen en 1 op de 3 vrouwen die samenwonen met een partner signaleren bijvoorbeeld een ernstig psychisch gezondheidsprobleem. Bij volwassenen zonder inwonende partner gaat dit in de richting van 1 op de 2. Na controle voor de impact van verschillen inzake individuele en omgevingskenmerken blijft, zowel bij mannen als bij vrouwen, een bijzonder sterk partner-effect overeind (tabel 3). Volwassenen die niet samenwonen met een partner hebben vaker depressieve klachten, een ernstige depressie en een ernstig psychisch probleem dan deze die wel samenwonen met een partner. Enkel inzake problematisch alcoholgebruik bij vrouwen die wekelijks alcohol drinken is dat partner-effect er niet. Opvallend inzake depressie-klachten is dat het partner-effect het sterkst is in het Vlaamse Gewest. In het Brusselse Gewest is het geringer; in het Waalse Gewest is het nog zwakker (voor een ernstige depressie)³ en afwezig (voor depressieve gevoelens).

³ Resultaten niet getoond; op basis van het toevoegen van een statistische interactie tussen partner en gewest.

Tabel 3. De gezinsdimensie in de psychische gezondheid bij 25-65-jarigen, gecontroleerd voor individuele en omgevingskenmerken, België, 2013, per geslacht, parameterschattingen, logistische regressie, in log-odds

	Depressieve gevoelens		Chronische depressie		Ernstig psychisch probleem		Problematisch alcoholgebruik	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Intercept	-2,14	-1,94	-3,76	-3,22	-0,49	-0,27	-3,37	-1,66
Partner (ref. = Inwonend)								
Geen inwonende partner	0,81*	0,80***	1,34***	0,96***	0,74***	0,61***	0,91**	0,61
Kinderen (ref. = Inwonend)								
Geen inwonende kinderen	-0,10	-0,16	0,18	-0,07	-0,07	-0,15	0,50	-0,09
Leeftijd	0,02*	0,01	0,04***	0,01**	-0,00	-0,01	0,04***	0,04***
Opleiding (ref. = Midden)								
Lager niveau	0,05	0,40*	0,29	0,45*	0,24	0,07	0,71*	-0,85*
Hoger niveau	-0,56*	-0,47*	-0,57	-0,61**	-0,14	-0,43**	-0,20	-0,24
Activiteit (ref. = Werkloos)								
Niet werkloos	-0,73**	-0,00	-0,61*	0,20	-0,58**	-0,10	-0,34	-0,20**
Woonplaats (ref. = Vlaams Gewest)								
Waals Gewest	0,42	0,33	0,33	-0,02	0,28	0,18	0,02	-0,03
Brussels Gewest	0,72*	0,45	0,45*	0,44	0,31	0,40*	0,24	0,15
N ongewogen	1.725	1.926	2.405	2.606	1.764	1.971	1.124	798

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Bron: Belgische Gezondheidsenquête, 2013, bewerking SVR.

Mannen zonder inwonende *kinderen* hebben vaker psychische gezondheidsproblemen dan mannen met inwonende kinderen. Zo heeft 14% mannen die geen kinderen in huis hebben last van depressieve gevoelens tegenover 8% mannen met kinderen in huis. Daarnaast geeft 18% mannen zonder kinderen in huis problematisch alcoholgebruik aan tegenover 6% zonder kinderen in huis. Deze verschillen komen niet voor bij vrouwen (tabel 1). Na controle voor de impact van verschillen inzake individuele en omgevingskenmerken verdwijnt het kind-effect ook bij mannen (tabel 3). Er blijft bij mannen wel enige indicatie dat het hebben van inwonende kinderen problematisch alcoholgebruik reduceert⁴. Het (ontbreken van een) kind-effect is analoog in de 3 gewesten⁵. Zowel het partner- als het kind-effect zijn even sterk/zwak bij mannen als bij vrouwen⁶.

Depressie-klachten en overmatig alcoholgebruik nemen toe met de *leeftijd* in deze leeftijdsgroep. Het ervaren van een ernstig psychisch probleem neemt eerst toe met de leeftijd, nadien neemt het af (zie Gisle, 2014). Hoger *opgeleiden* zijn minder psychisch kwetsbaar. Hoger opgeleide mannen verliezen dit voordeel als het om een ernstig psychisch probleem gaat. Problematisch alcoholgebruik komt vaker voor bij lager opgeleide mannen; doch minder vaak bij lager opgeleide vrouwen. Lager opgeleide vrouwen hebben een grotere kans op depressie-klachten. *Werkloze* mannen hebben een minder goede psychische gezondheid. Werkloosheid verhoogt bij mannen niet significant de kans op problematisch alcoholgebruik; bij vrouwen is dit wel zo. Mannen uit het Brusselse Hoofdstedelijke *Gewest* geven vaker depressieve klachten aan, zelfs na controle voor het al dan niet samenwonen met een partner. Vrouwen uit het Brusselse Gewest geven vaker een ernstig psychisch probleem aan.

4.3 De gezinsdimensie in de psychische gezondheid in Europa

Met de ESS-data kunnen we ook aspecten van het psychische functioneren belichten. Het psychische welzijn en functioneren van mannen en vrouwen die samenwonen met een *partner* is duidelijk beter en gunstiger dan dat van deze zonder partner. Enkel bij mannen reduceert samenwonen met een partner

4 In de totale afgebakende onderzoeksgroep (en dus niet enkel binnen de groep van wekelijkse alcoholdrinkers) is het effect van inwonende kinderen wel significant.

5 Resultaten niet getoond; op basis van het toevoegen van een statistische interactie tussen kinderen en gewest.

6 Resultaten niet getoond; op basis van het toevoegen van een statistische interactie tussen partner/kinderen en geslacht.

hun gevoel van autonomie in het leven (tabel 2). De impact van inwonende *kinderen* op het psychische welzijn en functioneren is niet altijd gelijklopend voor mannen en vrouwen. Het gevoel van competentie bijvoorbeeld is iets hoger bij mannen met inwonende kinderen; het is echter iets lager bij vrouwen met thuiswonende kinderen. Kinderen in huis hebben reduceert zowel bij mannen als bij vrouwen het gevoel van autonomie in het leven (tabel 2).

Door een combinatie met het al dan niet hebben van een echtscheidingservaring kunnen we het partner-effect verfijnen (tabel 4). Inzake de mate van *depressieve gevoelens* blijft een duidelijk partner-effect overeind. Het effect van het niet samenwonen met een partner is echter significant groter bij gescheiden mannen dan bij nooit-gehuwde mannen; dit is niet zo bij vrouwen⁷. Gescheiden mannen en nooit-gehuwde vrouwen die samenwonen met een partner kennen een soort 'cohabitation gap': zij hebben meer depressie-klachten dan hun gehuwde seksegenoten. Inzake de mate van *zelfwaardering* treedt bij mannen geen partner-effect op, maar wel een huwelijkseffect. Alle mannen die niet gehuwd zijn, scoren significant lager inzake zelfwaardering dan echtgenoten. Bij vrouwen is geen sprake van een huwelijkseffect, maar wel van een duidelijk partner-effect. Inzake de mate van *competentie* ervaren in het persoonlijke functioneren is er enkel voor vrouwen een partner-effect: vrouwen die zonder partner wonen hebben minder het gevoel iets te kunnen realiseren. Het competentiegevoelen van mannen hangt niet af van hun partnerstatus. Inzake de beleving van *weerbaarheid* speelt enkel bij mannen een partner-effect. Mannen zonder partner ervaren minder weerbaarheid om problemen aan te pakken. De weerbaarheid van gescheiden mannen en vrouwen die opnieuw met een partner samenwonen, is zelfs groter dan die van gehuwden. Inzake de ervaring van *autonomie* in het eigen leven overheerst bij mannen de perceptie van ongebondenheid als ze zonder inwonende partner én zonder eerste huwelijkservaring zijn; dit is niet zo bij vrouwen. Bij vrouwen primeert een verminderde autonomie als ze nog niet gehuwd zijn, maar wel al met een partner samenwonen; zij ervaren een 'cohabitation gap' in die zin dat ze meer het gevoel hebben autonomie in te moeten boeten dan alle andere vrouwen. Gescheiden mannen die opnieuw samenwonen met een partner, ervaren ook minder autonomie dan gehuwde mannen. Inzake de perceptie van een *doel* in het leven overheerst alweer het partner-effect. Wie geen inwonende partner heeft, heeft minder het gevoel dat het leven een bepaalde richting uitgaat. Gescheiden mannen zonder partner scoren het slechtst; echter niet significant slechter dan nooit-gehuwde mannen zonder partner. Daartegenover staat dat nooit-gehuwde vrouwen zonder partner ter zake het slechtst scoren; significant slechter dan gescheiden vrouwen zonder partner⁸. Nooit-gehuwde vrouwen die samenwonen met een partner laten opnieuw een 'cohabitation gap' zien, in die zin dat ze significant minder doelgerichtheid in hun leven ervaren dan andere vrouwen met een partner. Mannen lijken 'doelloos' in hun leven na een echtscheiding en zonder partner; vrouwen lijken doelloos in hun leven als ze nog niet een keer gehuwd zijn of geen partner hebben.

Kinderen hebben, na controle voor andere verschillen, geen impact op de mate van *depressieve gevoelens*. Ze hebben, zowel voor mannen als voor vrouwen, een gedifferentieerde impact op de ervaren mate van zelfwaardering, competentie, weerbaarheid en doelgerichtheid. Kinderen hebben die niet meer thuis wonen verhoogt de *zelfwaardering* en *weerbaarheid* bij mannen; het reduceert de weerbaarheid bij vrouwen. Kinderloosheid tast de ervaren mate van *competentie* en van *doelgerichtheid* in het leven aan bij mannen; het reduceert de zelfwaardering bij vrouwen. Inwonende kinderen hebben reduceert, zowel bij mannen als bij vrouwen, aanzienlijk het gevoel van autonomie om zelf het leven te kunnen inrichten. Vrouwen die geen kinderen hebben, ervaren het meest autonomie of vrijheid in hun leven; meer dan vrouwen wiens kinderen het huis uit zijn⁹.

7 Resultaten niet getoond; op basis van een analyse met de nooit-gehuwden zonder partner als referentiecategorie.

8 Zie voetnoot 7.

9 Resultaten niet getoond; op basis van een analyse met kinderloze respondenten als referentiecategorie.

Tabel 4. De gezinsdimensie in de psychische gezondheid bij 25-65-jarigen, gecontroleerd voor individuele en omgevingskenmerken, Europese landen, 2012, per geslacht, niet-gestandaardiseerde parameterschattingen – multi-level regressie-analyse, in log-odds

	Depressieve gevoelens		Zelfwaardering		Competentie	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Intercept	17,12	18,43	6,52	5,92	5,65	5,45
Inwonende partner (ref. = Met: gehuwd)						
Zonder: nooit-gehuwd	0,95***	1,44***	-0,26***	-0,21***	-0,08	-0,20***
Zonder: gescheiden	1,64***	1,31***	-0,23***	-0,18***	-0,11	-0,27***
Met: nooit-gehuwd	0,02	0,52***	-0,19***	-0,08	-0,03	-0,08
Wel: gescheiden	0,25*	0,19	-0,19***	0,09	-0,06	-0,06
Kind(eren) (ref. = Inwonende)						
Geen kinderen	0,16	-0,06	-0,04	-0,09*	-0,16***	0,07*
Geen inwonende kinderen	-0,13	-0,08	0,09*	0,00	-0,02	0,00
Leeftijd	0,01***	0,02***	-0,00***	-0,00	-0,00	0,00**
Opleiding (ref. = Midden)						
Lager niveau	0,36***	0,58***	-0,11***	-0,13***	-0,21***	-0,19***
Hoger niveau	-0,26**	-0,45***	-0,09**	0,04	0,22***	0,25***
Religiositeit	-0,15*	0,18*	0,09*	0,12***	0,09***	0,14***
Activiteit (ref. = Werkloos)						
Niet werkloos	-2,10***	-1,62***	0,49***	0,29***	0,93***	0,67***
Sociale ondersteuning	-0,62***	-0,88***	0,21***	0,26***	0,17***	0,21***
Europa (ref. = West-Europa)						
Oost-Europa	1,55***	1,46***	-0,35*	-0,11	-0,46**	-0,45**
Woonplaats (ref. = Steden)						
Grootsteden	0,11	-0,00	-0,01	0,02	-0,04	-0,03
Platteland	-0,24**	-0,12	0,02	-0,01	0,11***	0,02
Random intercept landen	0,49**	0,77**	0,12**	0,14**	0,11***	0,10**
Intra-class correlatie						
In nulmodel	0,10	0,09	0,07	0,06	0,09	0,09
In volledig model	0,04	0,05	0,07	0,06	0,06	0,06
N ongewogen	12.928	15.036	13.137	15.204	13.133	15.158

Tabel 4 (vervolg)

	Weerbaarheid		Autonomie		Doel	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Intercept	7,45	7,06	7,84	7,06	7,95	7,77
Inwonende partner (ref. = Met: gehuwd)						
Zonder: nooit-gehuwd	-0,28***	-0,16	0,56***	0,03	-0,28***	-0,54***
Zonder: gescheiden	-0,28***	-0,10	0,02	-0,09	-0,40***	-0,19**
Met: nooit-gehuwd	-0,08	-0,11	0,17*	-0,18*	0,06	-0,22**
Wel: gescheiden	0,17*	0,17*	-0,18*	-0,02	-0,05	-0,00
Kind(eren) (ref. = Inwonende)						
Geen kinderen	0,03	0,00	0,39***	0,78***	-0,16**	-0,03
Geen inwonende kinderen	0,21***	-0,14*	0,44***	0,37***	0,07	0,02
Leeftijd	-0,00*	-0,00*	0,02***	0,02***	0,00	0,00
Opleiding (ref. = Midden)						
Lager niveau	-0,49***	-0,52***	0,04	0,02	-0,28***	-0,27***
Hoger niveau	0,24***	0,21***	0,04	0,12*	0,23***	0,25***
Religiositeit	0,11*	0,15***	0,58***	0,34***	0,44***	0,54***
Activiteit (ref. = Werkloos)						
Niet werkloos	0,91***	0,68***	0,07	-0,19**	1,14***	0,78***
Sociale ondersteuning	0,33***	0,39***	0,32***	0,50***	0,45***	0,51***
Europa (ref. = West-Europa)						
Oost-Europa	-0,88**	-0,81**	0,20	0,27	-0,06	-0,12
Woonplaats(ref. = Steden)						
Grootsteden	0,11*	0,06	0,08	0,05	-0,03	0,12*
Platteland	0,22***	-0,12*	0,17***	0,00	0,27***	0,01
Random intercept landen	0,43***	0,43***	0,15**	0,19**	0,28**	0,28***
Intra-class correlatie						
In nulmodel	0,13	0,11	0,03	0,03	0,05	0,06
In volledig model	0,08	0,07	0,03	0,03	0,06	0,06
N ongewogen	13.090	15.154	13.156	15.235	13.074	15.079

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Bron: ESS 2012, gewogen volgens de ESS-richtlijnen voor steekproefdesign en omvang populatie, bewerking SVR.

Opleidingsverschillen spelen doorgaans een grote rol voor het psychische welzijn en persoonlijke functioneren, behalve voor autonomie. Het psychische welzijn en functioneren van hoger opgeleiden is duidelijk beter dan dat van lager opgeleiden (behalve inzake zelfwaardering bij mannen). *Werkloosheid* tast op alle vlakken het psychische welbevinden en persoonlijke functioneren aan, behalve inzake autonomie bij mannen. De mate van *religiositeit* speelt een positieve rol voor het psychische welzijn en persoonlijke functioneren. Dit geldt niet voor depressie bij vrouwen: gelovige vrouwen geven meer depressieve gevoelens aan. De impact van de mate van religiositeit is, zoals men kan verwachten, groot voor de doelgerichtheid in het leven, maar ook voor de beleving van autonomie.

Als we de gezinscontext verruimen tot de *sociale ondersteuning*, dan blijkt de impact van die ondersteuning algemeen, eenduidig en (sterk) positief te zijn. Enkele verschillen tussen *West- en Oost-Europeanen* zijn uitgesproken: Oost-Europeanen voelen zich depressiever, minder competent en minder weerbaar. Inzake autonomie en doelgerichtheid, en inzake zelfwaardering onder vrouwen, treden geen verschillen op. Inzake de impact van de *verstedelijkingsgraad* van de woonplaats is de meest markante vaststelling dat mannen die op het platteland wonen zich minder depressief voelen. Bij deze mannen is de ervaren mate van competentie, weerbaarheid, autonomie en doelgerichtheid ook groter. Vrouwen die op het platteland wonen, voelen zich minder weerbaar. Mannen op het platteland en vrouwen in de grootsteden ervaren het meest doelgerichtheid in hun leven; een merkwaardig geslachtsverschil.

5 \ Discussie en vooruitblik op de toekomst

5.1 \ Samenvatting en discussie

Recent gaat het psychisch duidelijk minder goed met de Vlamingen. Meer dan in de voorbije jaren geven Vlamingen depressieve gevoelens en/of een ernstig psychisch probleem aan. De implicaties hiervan worden bevestigd door RIZIV-cijfers die psychische problemen als de belangrijkste oorzaak van invaliditeit aangeven; een oorzaak waarvan het belang nog toeneemt. Hulpverleningsinstanties in Vlaanderen tekenen een stijgende vraag naar professionele hulpverlening bij psychische problemen op. De Vlaamse (en Belgische) toppositie inzake depressie en zelfdoding is verontrustend. Verklaringen hiervoor zijn echter niet eenvoudig te achterhalen en zijn meervoudig (Reynders e.a., 2009). Een samenleving waarin steeds minder mensen een beroep kunnen doen op een inwonende partner voor het eigen welzijn, voor steun en voor zorg voor zowel de fysieke als de psychische gezondheid, staat voor een nieuwe en zware uitdaging. Deze is des te groter in het licht van de vooropgestelde beleidsoptie voor een vermaatschappelijking van de (geestelijke) gezondheidszorg.

5.1.1 \ Samenwonen met een partner doet goed

De Belgische HIS-resultaten en Europese ESS-resultaten brengen, zoals verwacht op basis van de literatuur, een vrij algemeen en duidelijk positief effect van het samenwonen met een partner op de psychische gezondheid naar voor. Wie op leeftijd 25-65 jaar samenwoont met een partner, voelt zich psychisch veel beter (minder depressief, minder psychische klachten) en functioneert psychisch veel beter (meer zelfwaardering, meer weerbaarheid, meer competentie bij vrouwen). Inzake depressie-klachten was de positieve impact van een inwonende partner zelfs het grootst in het Vlaamse Gewest. Vlamingen blijken voor hun positieve gemoedsgestelden het meest gevoelig te zijn voor de aanwezigheid van een partner. Ook de kwaliteit van het psychische functioneren staat zelden geheel los van het partnerstatuut. Als Belgische mannen samenwonen met een partner, zijn ze minder vaak een problematisch alcoholgebruiker. Samenwonen met een partner tast wel het gevoel van autonomie en vrijheid aan.

In lijn met de oudere literatuur die focuste op verschillen in het psychische welzijn naargelang van de burgerlijke staat, treffen we bij Europese mannen slechts één persistent huwelijkseffect aan. Het zelfwaarde-gevoel van gehuwde mannen is significant groter dan dat van alle andere leeftijdsgenoten. Bij Europese mannen treedt één nahuwelijkse 'cohabitation gap' op: gescheiden mannen die opnieuw

samenwonen met een partner zijn depressiever dan andere mannen die samenwonen met een partner. Bij Europese vrouwen treedt vaker een voorhuwelijkse 'cohabitation gap' op: vrouwen die nog niet voor het engagement van een eerste huwelijk hebben gekozen, maar wel samenwonen met een partner, voelen zich meer depressief, ervaren minder autonomie en missen een focus (doelgerichtheid) in hun leven.

5.1.2 \ Een echtscheiding blijft nazinderen

Het psychische welzijn en functioneren wordt geraakt door een echtscheiding; dit effect wordt echter doorgaans doorkruist door een partner-effect. Er is een negatief echtscheidingseffect bij Europese mannen als ze na de echtscheiding (nog) geen nieuwe partner hebben: ze zijn depressiever dan nooit-gehuwde mannen zonder partner. Er is echter een positief echtscheidingseffect als er een nieuwe inwonende partner is: Europese gescheiden mannen en vrouwen die opnieuw met een partner samenwonen, voelen zich beter in staat om problemen aan te pakken dan gehuwden en nooit-gehuwden die samenwonen met een partner.

5.1.3 \ Lusten en lasten van kinderen houden elkaar wellicht in balans

Een effect van kinderen op het psychische welzijn en functioneren is, zoals eerder in de literatuur vastgesteld, ook in ons onderzoek doorgaans afwezig. Het lijkt alsof in Europese landen de lusten en lasten van kinderen elkaar uitbalanceren. In de Belgische resultaten komt geen enkel positief of negatief effect van inwonende kinderen op de psychische gezondheid naar voor. Er is slechts enige indicatie dat inwonende kinderen een remmend effect hebben op problematisch alcoholgebruik bij mannen die wekelijks alcohol drinken. Uit de Europese onderzoeksresultaten onthouden we dat kinderloosheid mannen treft in hun beleving van competentie en doelgerichtheid en vrouwen in hun zelfwaardering. De belangrijkste impact van inwonende kinderen betreft het verlies aan autonomie over het eigen leven, zowel voor mannen als voor vrouwen.

5.2 \ Tekortkomingen in het onderzoek

We hebben onze studie beperkt tot de 25-65-jarigen. In het Vlaamse Scheidingsonderzoek kwam de gezinsdimensie in het psychische welzijn van kinderen (met één ouder, met stiefouder, met ouderlijke echtscheidingservaring) uitgebreid aan bod (Mortelmans e.a., 2011; Pasteels e.a., 2013). In verder onderzoek willen we de gezinsdimensie in de psychische gezondheid van 65-plussers belichten. Omwille van de toenemende levensverwachting groeit op latere leeftijd de groep die samenwoont met een partner en groeit bij alleenwonenden de groep die gescheiden is (gebleven) (SVR, 2015). Het psychische welzijn en functioneren is wellicht anders bij alleenwonende ouderen die nooit zijn gehuwd of verweduwd zijn.

Inzake de gezinsdimensie lag de focus op de aanwezigheid van een partner en van kinderen. In geen van beide datasets konden we verrekenen hoe lang men reeds met/zonder een partner en/of met/zonder kinderen samenwoonde. Nochtans weten we uit de literatuur dat dit een effect heeft. Inzake het psychische welzijn bij samenwonende partners is er een duidelijk 'honeymoon'-effect (bijvoorbeeld Stutzer & Frey, 2006); inzake het uit elkaar gaan van partners zijn er duidelijk veranderingen in het psychische welzijn naarmate het uit elkaar gaan langer is geleden (bijvoorbeeld Wade & Pevalin, 2004).

Over de keuze van de indicatoren voor het psychische welzijn en functioneren is discussie mogelijk. Maar of we depressie nu meten aan de hand van een dichotome maat of een continue maat, aan de hand van de ervaring in de voorbije 2 weken of het voorbije jaar, het partner-effect domineert. De soms gedifferentieerde resultaten naargelang van de onderscheiden aspecten wijzen op de beperkingen eigen aan globale maten van psychisch welzijn en op de diversiteit van de impact op specifieke maten van psychisch welzijn en van psychisch functioneren.

De geobserveerde samenhang tussen de gezinsdimensie en de psychische gezondheid op basis van cross-sectionele data laat niet toe om te achterhalen wat oorzaak en gevolg is en welke mechanismen

precies spelen. Heeft men geen partner omdat men depressief is of is men depressief omdat men geen partner heeft? De vastgestelde samenhang heeft op zich echter wel een aanzienlijke maatschappelijke relevantie.

5.3 \ Vooruitblik op de toekomst

Het psychische welzijn van Vlamingen is zeker in het voorbije decennium minder goed geworden als we het afmeten aan de hand van een internaliserend aspect zoals depressieve gevoelens. Ook in het HIS-rapport wordt gesteld dat het psychische welzijn en de vitale energie van de bevolking in België in de afgelopen 5 jaar er op achteruit is gegaan en dat de prevalentie van emotionele problemen in die periode sterk de hoogte is ingegaan. Het percentage personen dat aan zelfmoord heeft gedacht is eveneens significant gestegen de voorbije jaren (Van der Heyden & Charafeddine, 2014). Gemeten aan de hand van een externaliserend aspect zoals problematisch alcoholgebruik bij wekelijkse alcoholdrinkers blijft de mate van psychisch onwelzijn stabiel, zeker voor personen die niet samenwonen met een partner. Tevens is er een progressieve, constante toename van het aandeel volwassenen dat dagelijks alcohol drinkt (Gisle & Demarets, 2014). De CAW- en CGG-registraties wijzen er op dat in het Vlaamse Gewest in toenemende mate een beroep wordt gedaan op professionele hulpverlening bij psychische problemen. Een verhoogde toegankelijkheid van deze diensten speelt hierin wellicht een rol. Maar wachttijden en wachttijden wijzen op een onbeantwoorde nood aan en vraag naar professionele hulp bij psychische problemen.

Het gezinsprofiel van personen met psychische problemen en van hulpvragers voor psychische problemen is in het licht van de verwachte trends zorgwekkend te noemen. De Belgische huishoudprojecties van het Federale Planbureau en de Algemene Directie Statistiek verwachten een voortzetting van de huidige evoluties inzake leefvorm namelijk: een zwakkere geneigdheid tot huwen ten gunste van het (wettelijk of feitelijk) samenwonen; een trendmatige toename van het aantal eenoudergezinnen (als gevolg van het groeiend aantal echtscheidingen) en van het aantal alleenwonenden (vooral door de hogere leeftijd waarop personen huwen of gaan samenwonen) (FB-ADS, 2016, p. 41). Deze verwachtingen resulteren in het Vlaamse Gewest in een daling van het aandeel huishoudens waar met een partner wordt samengewoond van 59% in 2015 tot 50% in 2060. Een meer veralgemeende individualiseringstrend ondersteunt de evolutie om niet met een partner, maar ook niet met anderen (ouders, families, niet-verwanten) samen te wonen. De vraag is of deze dalende samenwoontrend gewenst is en of en hoe deze trend omkeerbaar is? Als gevolg van die individualiseringstrend en van het inkrimpen van de familiale en sociale ondersteuning zou men kunnen veronderstellen dat mensen met psychische problemen meer dan voorheen de stap zetten naar de formele hulpverlening (Van Deurzen, 2010). Onderzoek toont echter aan dat informele steun net aanmoedigt om hulp te zoeken bij psychische problemen en deze steun dus eerder aanvult dan vervangt (Buffel e.a., 2014). Vraag is hoe informele steun vorm kan worden gegeven als steeds meer mensen zonder partner wonen en als familiebanden fragieler en complexer worden? Zijn vrienden, kennissen en burens even ondersteunend als partners, kinderen en familieleden als er psychische problemen zijn? De beleids optie voor de vermaatschappelijking van de zorg bij fysieke en psychische gezondheidsproblemen, vergt dat een beroep kan worden gedaan op de inzet van de naaste omgeving. Maar veel ondersteuning komt net van de (inwonende) partner. Kan bij het verminderen of eventueel wegvallen van de professionele hulpverlening en bij het minder vaak samenwonen met een partner, alle ondersteuning bij psychische problemen wel gecompenseerd en/of aangevuld worden door het familiale en sociale netwerk?

5.4 \ Beleidsimplicaties

De Belgische wetgever heeft de mogelijkheden uitgebreid om het samenwonen met een partner te regelen. Naast de formule van het huwelijk, kan men (sinds 2000) het samenwonen wettelijk regelen, en kan men ook zonder enige wettelijke regeling ongehuwd samenwonen (Senaeve, 2013). Zeven op de 10 paren jonger dan 50 jaar die samenwonen, kiezen echter nog steeds voor een huwelijk (Corijn, 2015a). Zonder partner wonen is echter niet altijd een keuze. In Vlaanderen heeft 7 jaar na een echtscheiding bijna 1 op de 3 personen (nog) geen nieuwe partner en heeft 1 op de 10 personen wel een partner maar woont hij/zij er niet mee samen (Vanassche e.a., 2013). Europees onderzoek leert dat een relatie met een partner

waarmee men niet samenwoont, niet echt voldoening geeft, zeker niet als er geen plannen zijn om te gaan samenwonen (Tai e.a., 2014). Vlaams onderzoek geeft aan dat na een echtscheiding het hebben van kinderen die voltijds inwonen het herpartneren bemoeilijkt; co-ouderschap maakt herpartneren minder moeilijk (Vanassche e.a., 2015).

De Belgische wetgever heeft de voorbije decennia een zeer liberale positie ingenomen inzake (echt)scheiding; echtscheidingsprocedures werden vereenvoudigd en het verbreken van een wettelijke samenwoning werd bijzonder eenvoudig gemaakt (Senaeve, 2013). Hierdoor werd (echt)scheiding toegankelijker en financieel haalbaarder gemaakt voor alle lagen van de bevolking, maar ook voor samenwoningrelaties met allerlei soorten problemen, van matige tot zeer grote. België heeft nu na de Verenigde Staten het hoogste echtscheidingscijfer (OECD, 2015). De 'sterkte' van een liberale wetgeving heeft mogelijk tot minder duurzame samenwoningrelaties geleid (Corijn, 2015b).

In 2015 woonde in het Vlaamse Gewest 14% van alle 25-65 jarigen alleen en 5% als alleenstaande ouder. Globaal bekeken bestond in 2015 bijna 1 op de 3 (31%) huishoudens uit een alleenwonende en bijna 1 op de 10 (8%) uit een alleenstaande ouder (SVR-Datawarehouse Demografie). Gegeven de verwachte verandering van de trends inzake gezinstypes, hoe kan een beleid dat een goede psychische gezondheid van de burgers nastreeft, omgaan met het vastgestelde partner-effect? Het Vlaams Instituut voor Gezondheids promotie en Ziektepreventie legt alvast de nadruk op het gezin als beschermende factor voor de gezondheid (2014).

Het ligt voor een beleid moeilijk om het samenwonen met een partner, of sterker nog het huwen, te stimuleren; dergelijke keuzes behoren immers tot de privésfeer. Amerikaanse initiatieven om het huwelijk te promoten – en aldus alleenstaande moeders uit de armoede te halen – waren niet echt succesvol (Dion, 2005). De overheid kan in haar beleidsmaatregelen (inzake sociale zekerheid, tewerkstelling, huisvesting) er op toe zien dat samenwonen met een partner niet wordt afgeremd of belemmerd. Bepaalde maatregelen bijvoorbeeld inzake werkloosheidsuitkeringen vormen een rem op het samenwonen met een partner omdat men dan het meer voordelige statuut van alleenwonende of gezinshoofd verliest. Het ligt voor een beleid moeilijk om mensen te stimuleren met een partner te blijven samenwonen en relatieproblemen aan te pakken en op te lossen. Het relatie-ondersteunend aanbod in Vlaanderen is beperkt (Emmery, 2013). De Vlaamse Minister van Welzijn heeft een betere afstemming en bekendmaking van het hulpaanbod bij relatieproblemen in zijn beleidsplan opgenomen (Van Deurzen, 2014). Investerings om partnerrelaties te ondersteunen zijn zelden de focus binnen een (psychisch) welzijnsbeleid. Dit komt de duurzaamheid van relaties niet ten goede, zeker niet nu de wettelijke mogelijkheden om uit relaties te stappen sterk vereenvoudigd zijn.

Wat kan een beleid doen inzake het effect van kinderen op de psychische gezondheid, en dan met name vooral op het verlies aan autonomie? In ons land is kinderen nemen in bijna alle gevallen een keuze, waarbij de lusten en lasten ervan elkaar afwisselen en/of compenseren. Het Belgische en Vlaamse beleid hebben al heel wat maatregelen ontworpen om bijvoorbeeld de combinatie van het gezinsleven met het beroepsleven te ondersteunen (Emmery & Luyten, 2015). Deze maatregelen geven ouders een zekere autonomie in het leven (terug). Want als het verlies aan autonomie te groot wordt, kan dit tot psychische problemen leiden.

In het onderwijs zal het aantal kinderen dat tijdelijk of meer permanent in een eenoudergezin verblijft, toenemen. De ouders van deze kinderen hebben meer kans op psychische gezondheidsklachten of problemen. Binnen de school is constante waakzaamheid aangewezen om kinderen van ouders die het psychisch moeilijk hebben extra op te volgen. Zoals aangegeven door de OESO moet de arbeidsmarkt meer ruimte bieden voor mensen met psychische problemen en ook op de arbeidsvloer moet ruimte zijn voor deze mensen (zie SERV, 2014). Op de arbeidsmarkt geraken, er blijven of er bewust uitstappen, is gemakkelijker als er steun van een partner is, zeker als er psychische klachten zijn. De sociale cohesie blijven stimuleren is een opdracht voor alle actoren in de samenleving. Het wordt een uitdaging in een context van vermaatschappelijking van de gezondheidszorg, alsook in het licht van de prognoses inzake gezinstypes. Sociale cohesie stimuleren is niet enkel een taak voor de beleidsvelden inburgering of maatschappelijke integratie. Het is ook een opdracht voor het beleid inzake ruimtelijke ordening en huisvesting om op een nieuwe wijze te denken over de ordening van publieke ruimtes waar mensen

elkaar kunnen ontmoeten en om vernieuwend te denken over huisvesting voor steeds meer alleenwonenden (Luyten e.a., 2015). Het beleid inzake psychische gezondheidszorg zal de komende jaren sterk op de proef worden gesteld bij de opvang, reïntegratie en opvolging van cliënten of patiënten, als blijkt dat deze steeds meer geen inwonende partner, en dus wellicht ook een geringer familienetwerk hebben. De vermaatschappelijking van de zorg en de inkanteling van de zorg voor de geestelijke gezondheid moet de komende jaren op vele beleidsagenda's staan.

REFERENTIES

- Aassve, A., Goisis, A. & Sironi, M. (2012). Happiness and childbearing across Europe. In: *Social Indicators Research*, 108, 65-86.
- Affi, T.O., Cox, B.J. & Enns, M.W. (2006). Mental health profiles among married, never-married, and separated/divorced mothers in a nationally representative sample. In: *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41, 122-129.
- Biernan, A., Fazio, E.M. & Milkie, M.A. (2006). A multifaceted approach to the mental health advantage of the married. In: *Journal of Family Issues*, 27, 554-582.
- Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Demarest, S., Van Oyen, H. & Demyttenaere, K. (2005). Impact van mentale stoornissen op het dagelijks functioneren van de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed). In: *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 16, 1102-1109.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004a). Prevalentie van mentale stoornissen in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed). In: *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 75-85.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Van Oyen, H., Demarest, S. & Demyttenaere, K. (2004b). Zorggebruik voor mentale stoornissen in België. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed). In: *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 790-799.
- Bruffaerts, R., Bonnewyn, A., Demarest, S., Van Oyen, H. & Demyttenaere, K. (2005). Het gebruik van psychofarmaca in de Belgische bevolking. Resultaten van de European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMed). In: *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 61, 1676-1684.
- Buffel, V., Colman, E. & Bracke, P. (2013a). Formeel zorg- en medicatiegebruik vanwege psychische problemen: zo verschillend bij alleenstaande ouders. In: M. Corijn & C. Van Peer (Red.). *Gezinstransities in Vlaanderen*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-Studie 2, 183-210.
- Buffel, V., Colman, E., Dereuddre, R., Missine, S., Pattyn, E., Symoens, S., Van de Putte, B., Van der Bracht, K. & Bracke, P. (2013b). Fit in het hoofd? De geestelijke gezondheid van de Vlaming onderzocht. In: M. Callens, J. Noppe & L. Vanderleyden (Red.). *De sociale staat van Vlaanderen*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, 137-174.
- Buffel, V., Van de Velde, S. & Bracke, P. (2014). Professional care seeking for mental health problems among women and men in Europe: the role of socioeconomic, family-related and mental health status factors in explaining gender differences. In: *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 49, 1641-1653.
- Buffel, V., Colman, E. & Bracke, P. (2015). The use of mental health care, psychotropic drugs and social services by divorced people: does informal support matter? In: *European Journal of Social Work*, 18, 262-283.
- Choi, N.G. & Ha, J.H. (2011). Relationship between spouse/partner support and depressive symptoms in older adults: gender difference. In: *Aging & Mental Health*, 15, 307-317.
- Colman, E., Symoens, S. & Bracke, P. (2011). Zorggebruik. In: D. Mortelmans, I. Pasteels, P. Bracke, K. Matthijs, J. Van Bavel, C. Van Peer (Red.). *Scheiding in Vlaanderen*. Leuven: Acco, 267-282.
- Corijn, M. (2009). *Gezondheid en gezondheidsgedrag in het Vlaamse Gewest: verschillen naargelang het huishoudtype*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-rapport 1.
- Corijn, M. (2014). *Gehuwd of ongehuwd samenwonen: verschillen in welbevinden?* Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-Webartikel 12.
- Corijn, M. (2015a). *Samenwonend met een partner in het Vlaamse Gewest: gehuwd, wettelijk samenwonend of zonder regeling*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-St@ts 6.
- Corijn, M. (2015b). *Dalende huwelijkskansen en echtscheidingskansen in het Vlaamse Gewest: gehuwd, wettelijk samenwonend of zonder regeling*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-St@ts 8.
- Corijn, M. (2015c). Desperate housewives?! Het psychisch welbevinden van voltijdse en deeltijdse huisvrouwen in Europa. In: L. Vanderleyden & M. Callens (Red.). *Arbeid en Gezin: een paar apart*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-Studie 1, 107-140.
- Crosier, T., Butterworth, P. & Rodgers, B. (2007). Mental health problems among single and partnered mothers. The role of financial hardship and social support. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 6-13.
- De Boyser, K. (2007). Armoede, sociale ongelijkheid en gezondheid in cijfers. In: J. Vranken, K. De Boyser, D. Dierckx & G. Campaert (Red.). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2007*. Leuven: Acco, 153-166.
- Demarest, S., Van Der Heyden, J., Sarr, K., De Waleffe, S. & Meersseman, E. (2014). Methodologie. In: S. Demarest & R. Charafeddine (Red.). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en welzijn*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 9-26.

- Dezetter, A., Briffault, X., Bruffaerts, R., De Graaf, R., Alonso, J., König, H.H., Haro, J.M., de Girolamo, G., Vilagut, G. & Kovess-MasfÉty, V. (2013). Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. In: *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 48, 137-149.
- Diener, E., Helliwell, J.J. & Kahneman, D. (2010). *International differences in well-being*. Oxford: Oxford University Press.
- Dion, M.R. (2005). Healthy marriage programs: learning what works. In: *The Future of Children*, 15, 139-156.
- EDP-registratie (2013). *CGG Electronisch Dossier Patiënten*. Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.
- EIU, The Economist – Intelligence Unit (2014a). *Mental Health and integration. Provision for supporting people with mental illness: a comparison of 30 European countries*. Genève: The Economist Intelligence Unit Limited.
- EIU, The Economist – Intelligence Unit (2014b). *Mental Health and integration. Belgium Country Report: Struggling to break free from the past*. Genève: The Economist Intelligence Unit Limited.
- Emmery, K. (2013). *Studie relatieondersteunend aanbod in Vlaanderen*. Brussel: Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen.
- Emmery, K. & Luyten, D. (2015). Overheidsbeleid inzake combinatie arbeid en gezin in Vlaanderen. In: L. Vanderleyden & M. Callens (Red.). *Arbeid en Gezin: een paar apart*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-Studie 1, 203-244.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004a). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. In: *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109, 21-27.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004b). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. In: *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109, 47-54.
- European Commission (2004). *The state of mental health in the European Union*. Brussel: Health & Consumer Protection Directorate General.
- European Commission (2005). *Green Paper Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union*. Brussel: European Commission. Health & Consumer Protection Directorate-General.
- European Commission (2010). *Mental health. Special Eurobarometer 345*. Brussel: European Commission.
- European Social Network (s.d.). *Mental health and wellbeing in Europe. A person centred community approach*.
- ESS, European Social Survey (2015). Europeans' Personal and Wellbeing. Topline results from Round 6 of the European Social Survey. *ESS Topline Results Series*, 5.
- Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2011). *Organisatie en financiering van de geestelijke gezondheidszorg in België*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-Generaal Organisatie van de Gezondheidsvoorzieningen.
- FB-ADS, Federaal Planbureau – Algemene Directie Statistiek (2016). *Demografische vooruitzichten 2015-2060 Bevolking, huishoudens en prospectieve sterftequotiënten*. Brussel: Federaal Planbureau – Algemene Directie Statistiek.
- Gisle, L. (2014). Geestelijke gezondheid. In: J. Van Der Heyden & R. Charafeddine (Red.) *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en welzijn*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 794-954.
- Gisle, L. & Demarets, D. (Red.) (2014). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl: samenvatting van de onderzoeksresultaten*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Hardonk, S., Vanroelen, C. & Louckx, F. (2007). Socio-economische gezondheidsverschillen in België: analyse van de Gezondheidsenquête 2001. In: J. Vranken, K. De Boyser, D. Dierckx & G. Campaert (Red.). *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 2004*. Leuven: Acco, 117-146.
- Helbig, S., Lampert, T., Klose, M. & Jacobi, F. (2006). Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological survey. In: *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 41, 889-896.
- Hermans, M., de Witte, N. & Dom, G. (2012). The state of psychiatry in Belgium. In: *International Review of Psychiatry*, 24, 286-294.
- Huijts, T., Kraaykamp, G. & Subramanian, S.S. (2013). Childlessness and psychological well-being in context: a multilevel study on 24 European countries. In: *European Sociological Review*, 29, 32-47.
- Huppert, F.A. & So, T. (2013). Flourishing across Europe: application of a new conceptual framework for defining well-being. In: *Social Indicators Research*, 110, 837-861.
- IRSS-UCL, VUB-OPIH & KU Leuven Lucas (2014). *Haalbaarheidsstudie: wetenschappelijke opvolging en evaluatie van het hervormingsprogramma 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg'*. Brussel, Louvain-la-Neuve, Leuven.
- ISP-WIV (2015). *Manual for the users of the Health Survey by Interview 2013 database*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Joint Action on Mental Health and Well-being (2014). *Mental health in all policies. Situation analysis and recommendations for action*. Cofunded by the European Union.
- Kamp Dush, C. & Amato, P. (2005). Consequences of relationship status and quality for subjective well-being. In: *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 607-627.
- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 207-222.
- Knaeps, J. (2015). *Vocational rehabilitation. People with mental health problems. Vocations rehabilitation counselors. Mental health practitioners*. Leuven: KU Leuven Doctoral School Medical Sciences.
- Lamb, K.A., Lee, G.R. & DeMaris, A. (2003). Union formation and depression: selection and relationship effects. In: *Journal of Marriage and Family*, 65, 953-962.
- Levecque, K., Van Rossem, K., De Boyser, K., Van de Velde, S. & Bracke, P. (2011). Economic hardship and depression across the life course: the impact of welfare state regimes. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 52, 262-276.

- Lun, V. & Bond, M. (2013). Examining the relation of religion and spirituality to subjective well-being across national cultures. In: *Psychology of Religion and Spirituality*, 5, 304-315.
- Luyten, D., Emmerly K., Pasteels, I., Geldof, D. (Red.) (2015). *De sleutel past niet meer op elke deur. Dynamische gezinnen en flexibel wonen*. Antwerpen: Garant Uitgevers.
- Marcussen, K. (2005). Explaining differences in mental health between married and cohabiting individuals. In: *Social Psychology Quarterly*, 68, 239-257.
- Metaforum (2010). *Het toenemend gebruik van psychofarmaca. Visietekst 1*. Leuven: KU Leuven, Metaforum.
- Moor, N. & Komter, A. (2012). Family ties and depressive mood in Eastern and Western Europe. In: *Demographic Research*, 27, 201-232.
- Mortelmans, D., Pasteels, I., Bracke, P., Matthijs, K., Van Bavel, J. & Van Peer, C. (Red.). *Scheiding in Vlaanderen*. Leuven: Acco.
- MPG, Minimale Psychiatrische Gegevens (s.d.-a). *MPG in beeld 2012*. Geraadpleegd via www.health.belgium.be
- MPG, Minimale Psychiatrische Gegevens (s.d.-b). *15 jaar registratie van psychiatrische opnames in de residentiële gezondheidszorg: periode 1998-2012*. Geraadpleegd via www.health.belgium.be
- Musick, K. & Bumpass, L. (2012). Reexamining the case for marriage: union formation and changes in well-being. In: *Journal of Marriage and Family*, 74, 1-18.
- NEF, New Economics Foundation (2009). *National accounts of well-being: bringing real wealth into the balance sheet*. Geraadpleegd via www.neweconomics.org
- OECD (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2013a). *How's life? Measuring well-being*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2013b). *Mental health at work: Belgium*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2014a). *Health at a glance: Europe 2014*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2014b). *Making Mental Health count. The social and economic costs of neglecting mental health care*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2015). *OECD Family Database*. Paris: OECD. Geraadpleegd via www.oecd.org/social/family/database
- Onafhankelijke Ziekenfondsen (2015). *Welke invloed heeft depressie van actieve personen op de kostprijs van de geneeskundige verzorging en uitkeringen*. Busset: Onafhankelijke Ziekenfondsen.
- Pasteels, I., Bracke, P., Mortelmans, D. (2013). *Scheiden in meervoud. Over ouders, kinderen en grootouders*. Leuven: Acco.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. In: *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Reynders, A., Van Heeringen, C., De Maeseneer, J., Van Audenhove, C., (2009). *Onderzoek naar verklarende factoren voor de verschillen in suïcidecijfers in Vlaanderen in vergelijking met Europese landen*. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- RIZIV (s.d.-a). *Jaarverslag 1998*. Brussel: RIZIV.
- RIZIV (s.d.-b). *Jaarverslag 2013*. Brussel: RIZIV.
- Ryff, C.D. & Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- SARWGG – Strategische Adviesraad Welzijn Gezondheid Gezin (2015). *Visienota. Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst. Een oriënterend kader*. Brussel: SARWGG.
- Schockaert, I. (2015). *Nieuwe bevolkings- en huishoudensprojecties voor de Vlaamse steden en gemeenten, 2015-2030*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-St@ts 1.
- Schultz Lee, K. & Ono, H. (2012). Marriage, Cohabitation, and Happiness: A Cross-National Analysis of 27 Countries. In: *Journal of Marriage and Family*, 74, 5, 953-972.
- SD Worx (2015). *Ziekteverzuim in België 2015*. Brussel: SD Worx – Research & Development.
- Senaeve, P. (2013). *Compendium van het Personen- en Familierecht*. Leuven: Acco.
- SERV – Sociaal Economische Raad voor Vlaanderen (2014). *Advies. Personen met psychische problemen op de Vlaamse arbeidsmarkt*. Brussel: SERV Commissie Diversiteit.
- Simon, R.W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. In: *American Journal of Sociology*, 107, 1065-1096.
- Singer, J.D. (1998). Using SAS PROC MIXED to fit multilevel models, hierarchical models, and individual growth models. In: *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 24, 323-355.
- Sjöberg, O. (2004). The role of family policy in explaining gender-role attitudes: a comparative multilevel analysis of thirteen industrialized countries. In: *Journal of European Social Policy*, 14, 107-123.
- Soons, J. & Kalmijn, M. (2009). Is marriage more than cohabitation? Well-being differences in 30 European countries. In: *Journal of Marriage and Family*, 71, 1141-1157.
- Soons, J., Liefbroer, A.C. & Kalmijn, M. (2009). The long-term consequences of relationship formation for subjective well-being. In: *Journal of Marriage and Family*, 71, 1254-1270.
- Stack, S. & Eshleman, J.R. (1998). Marital status and happiness: a 17-nation study. In: *Journal of Marriage and the Family*, 60(2), 527-536.
- Steunpunt Algemeen Welzijnswerk (2012). *CAW in beeld – cijfers 2011*. Antwerpen: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk Onderzoeksdossier.

- Stutzer, A. & Frey, B.S. (2006). Does marriage make people happy, or do happy people get married? In: *The Journal of Socio-Economics*, 35, 326-347.
- SVR – Studiedienst van de Vlaamse Regering (2015). *VRIND Vlaamse Regionale Indicatoren*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering.
- Symoens, S., Colman, E., Pasteels, I. & Bracke, P. (2011). Welbevinden van ex-partners en kinderen. In: D. Mortelmans, I. Pasteels, P. Bracke, K. Matthijs, J. Van Bavel & C. Van Peer (Red.). *Scheiding in Vlaanderen*. Leuven: Acco, 237-266.
- Symoens, S., Van de Velde, S., Colman, E. & Bracke, P. (2014). Divorce and the multidimensionality of men and women's mental health: The role of social-relational and socio-economic conditions. In: *Applied Research in Quality of Life*, 9, 197-214.
- Tai, T., Baxter, J. & Hewitt, B. (2014). Do co-residence and intentions make a difference? Relationship satisfaction in married, cohabiting, and living apart together couples in four countries. In: *Demographic Research*, 31, 71-104.
- Teo, A.R., Choi, H.J. & Valenstein, M. (2013). Social relationships and depression: Ten-year follow-up from a nationally representative study. In: *PLOS ONE*, 8, 1-8.
- Truyers, C., Bartholomeeusen, S., De Lepeleire, J. & Buntinx, F. (s.d.). De stijging van antidepressivagebruik in de eerste lijn. Intego-registratie bij huisartsen. Geraadpleegd via www.intego.be
- Umbach, I. & Vanrillaer, V. (2014). *Verblijven in een psychiatrische omgeving*. Brussel: Onafhankelijke Ziekenfondsen.
- Umberson, D., Thomeer, M.K. & Williams, K. (2013). Family status and mental health: recent advances and future directions. In: C.S. Aneshensel, J.C. Phelan & A. Bierman (Eds.). *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Dordrecht: Springer Science+Business Media, 405-431.
- Vanassche, S., Corijn, M., Sodermans, A.K. & Matthijs, K. (2013). Gezinstrajecten van ouders en kinderen na een (echt) scheiding. In: M. Corijn & C. Van Peer (Red.). *Gezinstransities in Vlaanderen*. Brussel: Studiedienst van de Vlaamse Regering, SVR-Studie, 73-108.
- Vanassche, S., Corijn, M., Matthijs, K. & Swicegood, G. (2015). Repartnering and childbearing after divorce: differences according to parental status and custodial arrangements. In: *Population Research and Policy Review*, 34, 761-784.
- Van Audenhove, C. (2015). *Herstellen kan je zelf. Hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid*. Tiel: Lannoo Campus.
- Van der Heyden, J. & Charafeddine, R. (Red.). (2014). *Gezondheidsenquête 2013. Rapport 1: Gezondheid en welzijn: samenvatting van de onderzoeksresultaten*. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Van Deurzen, J. (2010). *Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen*. Brussel: Kabinet van Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Deurzen, J. (2014). *Beleidsnota 2014-2019. Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Brussel: Kabinet van Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van de Velde, S., Bracke, P. & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8. In: *Social Science Research*, 39, 396-404.
- Van de Velde, S., Huijts, T., Bracke, P. & Bamba, C. (2014). Macro-level gender equality and depression in men and women in Europe. In: *Sociology of Health and Illness*, 35, 682-698.
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie (2014). *Het gezin als beschermende factor*. Presentatie op Symposium Gezondheid in Gezinnen.
- Wade, T. & Cairney, J. (2000). Major depressive disorder and marital transition among mothers: results from a national panel study. In: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 741-750.
- Wade, T. & Pevalin, D.J. (2004). Marital transitions and mental health. In: *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 155-170.
- Wang, J.L. (2004). The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depressive syndrome, associated factors and mental health service utilization. In: *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 26-32.
- WHO (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. Genève: WHO.
- WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. In: *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- Wiik, K.A., Keizer, R. & Lappegård, T. (2012). Relationship quality in marital and cohabiting unions across Europa. In: *Journal of Marriage and Family*, 74, 389-398.
- Williams, K., Frech, A. & Carlson, D. (2010). Marital status and mental health. In: *A handbook for the study of mental health: Social context, theories and systems*, Cambridge: Cambridge University Press, 306-320.
- Wu, Z. & Hart, R. (2002). The effects of marital and nonmarital union transition on health. In: *Journal of Marriage and Family*, 64, 420-432.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1:

Lijst van geraadpleegde websites.

België en Vlaanderen

- ADS-FPB-projecties: www.plan.be/databases/database_det.php?lang=nl&ID=35
- Agentschap Zorg en Gezondheid: www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/
- Belgische Gezondheidsenquête: his.wiv-isp.be/NL
- Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg: www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Geestelijke-gezondheidszorg/Cijfers-over-centra-voor-geestelijke-gezondheidszorg/
- Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg: www.geestelijkgezondvlaanderen.be/centrum-geestelijke-gezondheidszorg-cgg
- Christelijke Mutualiteiten: www.cm.be
- Intego databank: www.intego.be/nl/Welkom
- Minimale Psychiatrische Gegevens: <http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/ziekenhuizen/registratiesystemen/mpg>
- Online hulpverlening: www.online-hulpverlening.be
- SVR-projecties: www4.vlaanderen.be/sites/svr/Pages/2015-01-29-projecties.aspx
- Te Gek: www.sad.be
- Vlaams Instituut voor Gezondheidspromotie en Ziektepreventie: www.vigez.be

Internationaal

- EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being: ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass
- European Mortality database WHO/Europe: data.euro.who.int/dmdb/
- European Pact for Mental Health and Wellbeing: ec.europa.eu/health/mental_health/policy/statements
- European Social Network: www.esn-eu.org
- European Social Survey: www.europeansocialsurvey.org en www.esswellbeingmatters.org
- Eurostat Statistics Database: ec.europa.eu/eurostat/web/health/statistics-illustrated
- Heidi Data Tool (2010): ec.europa.eu/health/indicators/indicators
- Mental Health and Well-being: www.mentalhealthandwellbeing.eu
- Mental Health Integration Index: www.mentalhealtintegration.com
- National accounts of Well-being: www.nationalaccountsofwellbeing.org
- Wereldgezondheidsorganisatie: www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database

BIJLAGE 2:

Nadere toelichting bij de surveys en de analyses

De **Belgische Gezondheidsenquête** (Health interview by Survey, HIS) wordt met een regelmaat in ons land georganiseerd. Dit gebeurde in 1997, 2001, 2004, 2008 en 2013. In 2013 werden in België 8.850 huishoudens gecontacteerd, waarvan er 5.049 deelnamen. Dit brengt de response rate op 57%. Binnen elk bevroegd huishouden werden maximaal 4 personen van 15 jaar en ouder bevroegd. De referentiepersoon van het huishouden en – indien van toepassing – de partner moesten steeds worden bevroegd. In totaal werden gegevens verzameld van 11.614 personen. Meer informatie over deze survey vindt men op <https://his.wiv-isp.be> en Demarest e.a. (2014).

Voor onze probleemstelling focussen wij op 25-65-jarigen die al dan niet een inwonende partner hebben. Een nader onderscheid naar burgerlijke staat is minder relevant omdat gehuwden en wettelijk samenwonenden niet onderscheiden kunnen worden en omdat er te weinig gescheiden ongehuwd samenwonenden zijn ($n = 59$) in de afgebakende leeftijdsgroep. Inzake kinderen kan niet worden nagegaan of men kinderen heeft die niet meer in het huishouden verblijven. Kinderen, (schoon)ouders van volwassenen en andere gezinsleden uit die leeftijd laten we buiten beschouwing. De *onderzoeksgroep* voor deze studie betreft aldus 45% van de totale HIS-groep. De afhankelijkheid tussen de gegevens van de referentiepersonen en hun partner uit eenzelfde huishouden wordt vermeden door alle analyses afzonderlijk per geslacht uit te voeren.

De metingen van de psychische gezondheid worden in detail toegelicht in ISP-VIW Manual (2015) en in Gisle (2014). De mate van *depressieve gevoelens* in de voorbije week wordt gemeten op basis van 13 items van de Depressie-schaal van de Symptom Checklist-90-Revised SCL-90-R. Als de gemiddelde waarde van het antwoord op de 13 items (antwoordscore 0-4) hoger is dan 1 dan wordt gesteld dat er kans is op een depressieve stoornis. Daarnaast werd door de respondent aangegeven of hij/zij in de afgelopen 12 maanden een *ernstige depressie* had die minstens 2 weken heeft geduurd. Een algemene meting van de psychische gezondheid berust op de General Health Questionnaire met 12 items. De drempelwaarde van 2 of meer klachten wordt voor studies in de algemene bevolking aangeraden als aanwijzing van een mogelijke psychopathologie; we noemen dit hier *een ernstig psychisch probleem*. Als uiting van externaliserend gedrag selecteren we *overmatig of problematisch alcoholgebruik*, zijnde meer dan 14 glazen alcohol per week voor vrouwen en meer dan 21 glazen alcohol per week voor mannen bij de wekelijkse alcoholdrinkers.

De **European Social Survey** heeft een vast terugkerend onderdeel en een variërend onderdeel. In 2012 betrof het variërende onderdeel een uitgebreide bevraging van het persoonlijke welbevinden. Voor deze zesde ronde werden in totaal 54.656 personen van 15 jaar en ouder uit 29 landen mondeling ondervraagd. De response rate in 2012 bedroeg 63%. Meer informatie over deze survey vindt men op www.europeansocialsurvey.org.

We nemen Israël en de Russische Federatie niet op in onze onderzoeksgroep. West-Europese landen zijn: Finland, Noorwegen, IJsland, Denemarken, Zweden, België, Duitsland, Nederland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Ierland, Zwitserland, Spanje, Italië, Portugal, Cyprus. Oost-Europese landen zijn: Estland, Slovenië, Slowakije, Polen, Letland, Hongarije, Tsjechische Republiek, Albanië, Oekraïne, Bulgarije, Kosovo. De omvang per land van de door ons geselecteerde onderzoeksgroep varieert ongewogen van 650 (in Albanië) tot 1.652 (in Duitsland); het gemiddelde aantal respondenten per land bedraagt 1.040. De gegevens worden gewogen overeenkomstig de ESS-richtlijnen, zijnde de combinatie van een design-gewicht en een populatiegewicht.

Omdat we een onderscheid maken naargelang van de burgerlijke staat, sluiten we verweduwden uit omdat zij op deze leeftijd een kleine specifieke groep (2%) vormen en we hen niet eenduidig bij een andere groep kunnen onderbrengen. Omdat we de focus leggen op het al dan niet hebben van een inwonende partner en van inwonende kinderen, sluiten we de groep uit die geen inwonende partner én geen inwonende kinderen heeft, doch niet alleen woont maar bij ouders of bij anderen woont. Dit betreft 9% van de afgebakende *onderzoeksgroep*.

De veel gebruikte *depressieschaal* CES D (Center for Epidemiological Studies Depression Scale, Radloff, 1977; Van de Velde e.a., 2010) omvat acht items waarbij op een 4-puntenschaal (1 = bijna nooit – 4 = bijna altijd) wordt aangegeven hoe vaak men bepaalde gevoelens de afgelopen weken had: *zich gedeprimeerd voelen, voelen dat alles wat men deed met moeite ging, slecht geslapen, gelukkig, eenzaam, van het leven genieten, droevig, niet op gang kunnen komen*. Bij ontbrekende waarden op minder dan 6 van de 8 items werd het geslachtsspecifieke gemiddelde van de betreffende items geïmputeerd. Een ongewogen som (met omkering van de scores inzake gelukkig en genieten) wordt geconstrueerd waarbij een hogere score wijst op meer depressieve gevoelens. De Cronbach's alpha bedraagt 0,83. De aspecten inzake het persoonlijke functioneren worden danig gescoord dat een hogere waarde, beter persoonlijk functioneren aangeeft. Een eerste aspect wordt gemeten aan de hand van de ongewogen som van antwoorden op vragen inzake *zelfwaardering*: *Over het algemeen denk ik heel positief over mezelf* (1 = eens – 5 = oneens) en *Ik voel mij nu en dan een mislukkeling* (1 = eens – 5 = oneens; omgekeerd gescoord) (zie ook Symoens e.a., 2014) (R tussen de 2 items: 0,31). Aan de hand van de ongewogen som van de antwoorden op de vragen: *De meeste dagen heb ik het gevoel dat ik iets voor elkaar heb gekregen* (1 = eens – 5 = oneens) en omgekeerd gescoord *In mijn dagelijks leven krijg ik heel weinig gelegenheid om te laten zien hoe bekwaam ik ben* (1 = eens – 5 = oneens) wordt een *competentiemaat* gecreëerd (R = 0,22). Tevens wordt aan de hand van een ongewogen som gepeild naar de mate van *autonomie*: *Ik voel mij vrij om zelf te beslissen hoe ik mijn leven leid* (1 = eens – 5 = oneens) en *Ik maak tijd vrij om de dingen te doen die ik echt wil doen* (0 = helemaal niet – 10 = volledig) (R = 0,23). Aan de hand van de som van de antwoorden op 2 items peilen we naar de mate van *weerbaarheid* (resilience): *Als iets verkeerd gaat in mijn leven, kost het mij over het algemeen veel tijd voordat alles weer normaal verloopt* (1 = eens – 5 = oneens) en *Hoe moeilijk of makkelijk vindt u het om te gaan met belangrijke problemen die zich in uw leven voordoen?* (0 = uiterst moeilijk – 10 = uiterst gemakkelijk) (R = 0,34). Tot slot wordt een mate van *doelgerichtheid* gecreëerd aan de hand van de som van de antwoorden op de items: *In hoeverre heeft u het gevoel dat u een bepaalde richting uitgaat in uw leven* (0 = helemaal niet – 10 = volledig) en *Over het algemeen voel ik, dat wat ik in mijn leven doe nuttig en waardevol is.* (1 = eens – 5 = oneens omgekeerd gescoord) (R = 0,30). De meting van de depressieve gevoelens correleert het sterkst met die van de zelfwaardering (-0,46); de samenhang tussen de metingen van het persoonlijke functioneren onderling is iets geringer (0,28 à 0,39). De mate van *sociale ondersteuning* wordt afgeleid uit het antwoord op de vraag *In hoeverre ontvangt u hulp en steun van mensen die dichtbij u staan als u dat nodig heeft?* (0 = helemaal niet – 6 = volledig).

In een *multilevel analyse* kan de variantie in de psychische gezondheid worden ontleed in 2 componenten: een component die de variatie tussen de landen aangeeft en een component die de variatie binnen een land aangeeft (Singer, 1998; Sjöberg, 2004). Het niet verrekenen van de hiërarchische structuur van de gegevens leidt tot een onderschatting van de standaardfouten waardoor statistische significantie kan ontstaan terwijl de coëfficiënten niet significant zijn. In tabel 4 staat per aspect van de psychische gezondheid de intra-class correlatie (dit is de verhouding van de landenvariantie op de totale variantie) voor het nulmodel (dit is zonder controle voor de onafhankelijke variabelen) en voor het volledige model. De intraclass-correlatie voor het nulmodel varieert naargelang van het aspect van 0,025 tot 0,125. Met andere woorden, bijvoorbeeld tot 12,5% van de variatie in de weerbaarheid van mannen bevindt zich op het niveau van de landen. Dit ondersteunt de keuze voor multilevel analyses. De intra-class correlatie wordt gereduceerd door rekening te houden met de individuele, gezins- en omgevingskenmerken van de onderzoekspopulatie (tot maximaal 0,08). Tot 57% $((0,100-0,043)/0,100 = 0,62$ bijvoorbeeld voor mate van depressieve gevoelens bij mannen) van de verschillen tussen de landen wordt verklaard door verschillen tussen de landen inzake hun individuele, gezins- en omgevingskenmerken.

Het random intercept voor de landen is voor elk van de onderscheiden aspecten van de psychische gezondheid significant. België wijkt nooit significant af van het geschatte gemiddelde voor de 27 landen. Indien we naar de buurlanden kijken, dan zien we dat, zelfs na controle voor verschillen in de samenstelling van de bevolking inzake individuele, gezins- en omgevingskenmerken, Duitsers significant hoger dan gemiddeld scoren inzake depressieve gevoelens en lager inzake autonomie bij vrouwen, maar significant hoger scoren inzake zelfwaardering en competentie. Fransen scoren significant lager dan gemiddeld inzake weerbaarheid en competentie. Franse mannen scoren hoger inzake zelfwaardering. Nederlanders scoren lager dan gemiddeld inzake doelgerichtheid. Nederlandse mannen scoren significant lager dan gemiddeld inzake depressie, hoger inzake competentie en autonomie.

We toetsten in bijkomende analyses wanneer de partner*kinderen interactie significant was. Een negatief effect van inwonende kinderen op de mate van depressieve gevoelens is er enkel bij mannen en vrouwen zonder partner. Bij mannen zien we het positieve effect van een partner voor zelfwaardering, weerbaarheid en competentie enkel als er geen inwonende kinderen zijn. Bij vrouwen is het negatieve effect van inwonende kinderen op competentie er enkel als er geen partner is. Het negatieve effect van inwonende kinderen op de autonomie is geringer als er een partner is. We toetsten bijkomend wanneer de interactie Europa*partner en/of Europa*kinderen significant was. Er was 3x een interactie met kinderen en eenmaal met partner.

Een afzonderlijke analyse met 5 *gezinstypes* (alleenwonenden, alleenstaande ouders, paren zonder inwonende kinderen, paren met inwonende kinderen en personen zonder inwonende partner én zonder inwonende kinderen die bij ouders/anderen inwonen) brengt aan het licht dat deze laatste groep in vergelijking met hun alleenwonende leeftijdsgenoten duidelijk minder depressief te zijn. Daarnaast ervaren deze vrouwen meer doelgerichtheid in hun leven. Inzake de andere aspecten van de psychische gezondheid verschillen deze 2 groepen niet significant van elkaar.

MEER INFO

Martine Corijn
Studiedienst Vlaamse Regering
Departement Kanselarij en Bestuur
02 553 42 08
martine.corijn@kb.vlaanderen.be

