

Geestelijke gezondheid: kruispunt van ongelijkheden

Samenvatting van de uiteenzetting van vier experten op de CM-studiedag van
27 april 2023

Elise Derroitte, Hélène Janssens, Ann Morissens,
Clara Noirhomme, Rebekka Verniest — Studiedienst

Samenvatting

Mentale gezondheid is lange tijd benaderd vanuit een overwegend individuele invalshoek, waarbij de aandacht uitging naar de individuen zelf, hun erfelijke achtergrond en hun gedrag. Maar zoals het colloquium 'Geestelijke gezondheid: kruispunt van ongelijkheden' toont, is deze visie niet alleen beperkend, maar vooral verkeerd. De presentaties van Richard Wilkinson, Olivier De Schutter, Piet Bracke en Eva Kestens belichten de fundamentele invloed van maatschappelijke structuren, ongelijkheid en de sociaal-culturele omgeving op de mentale gezondheid.

Richard Wilkinson waarschuwt ons voor de huidige trend om psychische aandoeningen te individualiseren. Hij benadrukt het belang van collectieve kenmerken in de mentale gezondheid en de noodzaak om de structuur van de samenleving te onderzoeken om inzicht te verwerven in de vormen van sociale ongelijkheid. Zijn fundamenteel uitgangspunt benadrukt de invloed van een ongelijke samenleving op gezondheidsproblemen in het algemeen en op de mentale gezondheid in het bijzonder. Hij beklemtoont de gevolgen van sociale hiërarchisering en internalisering van de strijd om sociale status, en stelt dat de essentie zelf van de sociale relaties bepalend kan zijn voor het mentale welzijn van een individu. Deze interpretatie stelt onze opvatting van mentale gezondheid als louter het resultaat van de veerkracht of de motivatie van een individu grondig ter discussie. Wilkinson wijst erop dat de mentale gezondheid vaak het resultaat is van onze positie in de samenleving en dat mentale gezondheidsproblemen dikwijls het gevolg zijn van onderliggende sociale problemen. Leven in precare omstandigheden, slachtoffer zijn van systematische discriminatie en geen toegang hebben tot gezondheidsdiensten, zijn allemaal factoren die mentale gezondheidsproblemen verergeren. Dit perspectief stelt ons in staat om mentale gezondheidsproblemen

in de context van de volksgezondheid te plaatsen, alvorens ze te bekijken door het prisma van de individuele interventie, die de structurele oorzaken van ongelijkheid op het vlak van de mentale gezondheid niet kan aanpakken.

Olivier De Schutter, speciaal rapporteur van de Verenigde Naties, bespreekt de complexe relatie tussen armoede en mentale gezondheidsproblemen. Hij benadrukt dat dit een tweerichtingsrelatie is die veel meer behelst dan simpelweg oorzaak en gevolg. Zijn visie breidt de definitie van armoede uit naar meer dan de financiële parameters, vooral door hierin het belang te integreren van de gevolgen van armoede voor het vermogen van mensen om te handelen. Zijn presentatie belicht in het bijzonder het belang van veiligheid voor het behoud van de mentale gezondheid en de ingenieuze overlevingsstrategieën van mensen die in extreme armoede leven. Zijn conclusies onderstrepen het belang van preventie op vlak van mentale gezondheid en de noodzaak om psychische problemen van hun stigma te ontdoen.

Piet Bracke van zijn kant nodigt ons uit tot een grondige reflectie over de sociale ongelijkheid in mentale gezondheid. Hij vergelijkt verschillende benaderingen om te interveniëren, zowel klinisch curatief als sociologisch preventief. Daarbij benadrukt hij de noodzaak van een sociologisch begrip van mentale gezondheidsproblemen. Zijn analyse stelt ons in staat om de woordenschat van de preventieve sociale interventie inzake mentale gezondheid uit te breiden, zodat we een brede visie op mentale gezondheid kunnen hanteren die afhankelijk is van de gezondheidsdeterminanten (omgeving, financiële situatie, gender, beroepssituatie, handicap of migratie).

Tot slot vestigt **Eva Kestens** onze aandacht op de specifieke kwetsbaarheid van kinderen en jongeren voor mentale gezondheidsproblemen. De situatie van kinderen is in meer dan één opzicht specifiek, en met deze specifieke kenmerken moet rekening worden gehouden om kinderen de juiste zorg te kunnen bieden. Zo heeft de staat van de neuronale ontwikkeling van kinderen bijvoorbeeld een invloed op hun vermogen om met problemen om te gaan die tot mentale gezondheidsproblemen kunnen leiden. Hun gebrek aan autonomie in het omgaan met de oorzaken die mentale gezondheidsproblemen versterken, is mogelijk ook een verzwarende factor en die de interventie kan bemoeilijken. Tot slot is de betrokkenheid van de omgeving waarin het kind zich ontwikkelt eveneens cruciaal voor de zorg voor het kind.

Kortom, dit colloquium biedt een vernieuwend en diepgaand perspectief op de uitdagingen van de mentale gezondheid in de hedendaagse context. Het is een uitnodiging voor terreinactoren, onderzoekers en beleidsmakers om mentale gezondheidsproblemen niet alleen te herkennen en aan te pakken als aandoeningen op individueel niveau, maar ook als het resultaat van een complex web van sociale en structurele interacties.

Sleutelwoorden: Geestelijke gezondheid, psychische problemen, ongelijkheid, armoede, samenleving, sociale relaties, studiedag

1. Richard Wilkinson: Ongelijkheid en andere overheersingsrelaties

In zijn presentatie benadrukt prof. dr. em. Richard Wilkinson het cruciale verband tussen onze sociale relaties en onze mentale gezondheid. Hoewel we mentale gezondheidsproblemen vaak individueel bekijken, is de kwaliteit van onze sociale relaties bepalend voor onze mentale gezondheid. Wilkinson laat zien dat maatschappelijke modellen die sterk gebaseerd zijn op ongelijkheid, competitie en hiërarchie nauw samenhangen met een hogere prevalentie van een reeks ongunstige gevolgen voor de gezondheid in het algemeen en de mentale gezondheid in het bijzonder. Dit geldt niet alleen voor mensen met minder financiële middelen, maar voor iedereen in de samenleving. Ongelijkheden hebben dus een invloed op ieders mentale gezondheid.

‘Laten we in gelijkheid leven om gelukkig te leven’ of ‘Waarom gelijkheid beter is voor iedereen’. Deze twee slogans zijn de vertaling van de titels van twee boeken van Richard Wilkinson en Kate Pickett, experts op het gebied van ongelijkheid en haar verborgen gevolgen op het psychisch functioneren van individuen (Wilkinson & Pickett, 2020; Wilkinson & Pickett, 2013).

We kunnen ongelijkheid en de ideeën van Wilkinson illustreren met het voorbeeld¹ van een klas leerlingen die klasiek in rijen is ingedeeld. De leerlingen krijgen een prop papier en de leerkracht vraagt hen die in een prullenmand te gooien die vooraan in het lokaal staat, onder het schoolbord. Individuele verschillen zullen misschien verklaren waarom sommige leerlingen erin slagen het doel te raken, zelfs vanuit een slechte positie, terwijl ongelijkheid zal verklaren waarom zoveel leerlingen van de achterste rijen falen. Ver van het doel zitten, zorgt niet alleen voor grotere moeilijkheden, maar ook voor het optreden van allerlei sociale en gezondheidsproblemen. De leerlingen op de achterste rij hebben meer kans op stress, gebrek aan zelfvertrouwen en angststoornissen dan deze op de voorste rij. De auteurs wijzen erop dat de psychologische en emotionele omgevingen bepalend zijn voor ongelijke contexten, maar er ook door worden bepaald. Zij benadrukken de verantwoordelijkheid van deze omgevingen voor het individuele

en maatschappelijke onbehagen, terwijl gelijkheid de norm is geweest gedurende meer dan 90% van onze tijd als mensen op aarde (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 47).

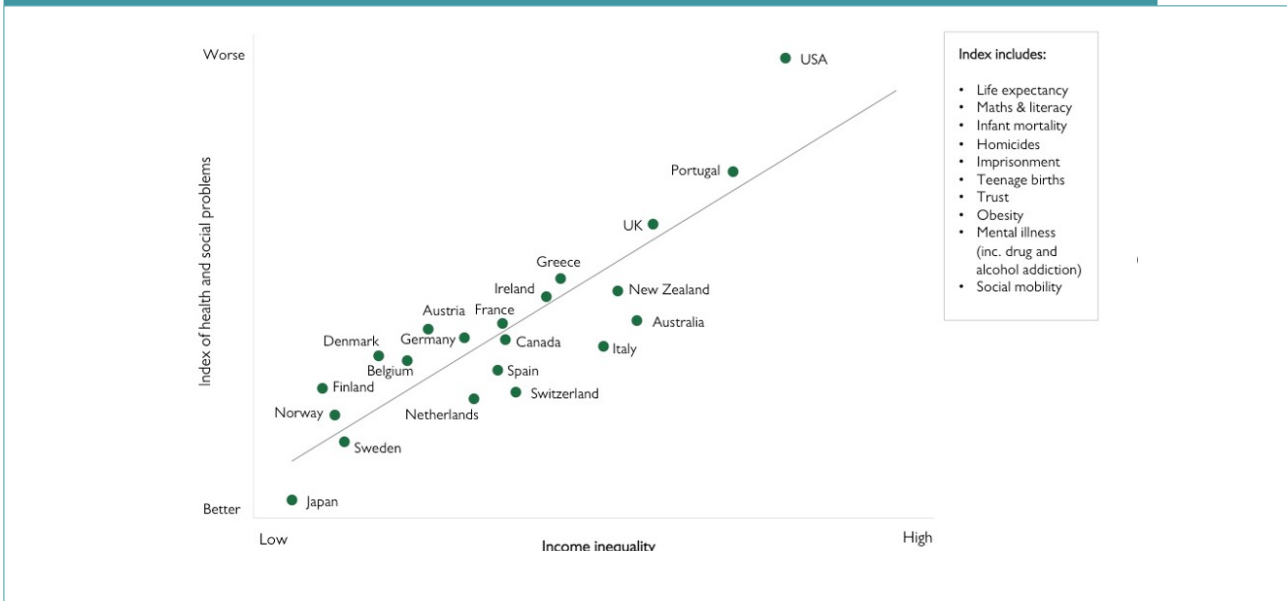
De verbetering van de materiële levensomstandigheden bracht een verslechtering van welzijn met zich mee in meer ongelijke systemen. Het is namelijk bewezen dat het welzijn van kinderen slechter is in rijke, ongelijke landen dan in landen met meer gelijkheid. Tegelijkertijd is de situatie van een rijk persoon in een ongelijk land minder goed dan in een land met meer gelijkheid. In ongelijke landen is de algemene situatie van mensen minder goed. Of, om het voorbeeld te herhalen, als meer leerlingen het doel missen, is de negatieve impact voelbaar in de hele klas. Een ongelijk systeem treft de overgrote meerderheid van de bevolking.

Wilkinson analyseert de invloed van sociaaleconomische ongelijkheid op een aantal variabelen. Landen zoals de Verenigde Staten of het Verenigd Koninkrijk, met grotere inkomensverschillen tussen de armste 20% en de rijkste 20%, hebben slechtere resultaten voor elke variabele dan meer egalitaire landen zoals Japan, Zweden of Finland (Wilkinson & Pickett, 2020). Figuur 1 laat zien dat voor alle variabelen - ‘levensverwachting’, ‘rekenen, lezen en schrijven’, ‘kindersterfte’, ‘moord’, ‘gevangenisstraf’, ‘tienerzwangerschappen’, ‘vertrouwen’, ‘obesitas’, ‘psychische aandoeningen (inclusief drug- en alcoholmisbruik)’ en ‘sociale mobiliteit’ - de landen met de grootste inkomensongelijkheid aan de rechterkant van het kader (Verenigde Staten, Portugal, Verenigd Koninkrijk, Nieuw-Zeeland, enz.) minder goed scoren dan de landen aan de linkerkant (Japan, Zweden, Finland, enz.).

Bovendien is deze vaststelling specifiek van toepassing op problemen met een sociale gradiënt, dit zijn problemen die vaker voorkomen naarmate het inkomen daalt. Slechte gezondheid, geweld, onwelzijn bij kinderen, detentiecijfers, psychische aandoeningen, drugsverslaving en vele andere problemen zijn typische problemen met een sociale gradiënt. Deze problemen treffen de onderkant van de sociale ladder des te meer en verergeren naarmate de inkomensverschillen groter worden. Met andere woorden, ongelijkheid heeft een directe impact op de ‘sociale gradiënt’ en dat wordt grotendeels verklaard door het belang van de sociale status (Deel 1.1.1.).

1 Voorbeeld van de auteur van de tekst, H el ene Janssens.

Figuur 1: Gezondheids- en sociale problemen zijn ernstiger in meer ongelijke samenlevingen (Bron: Wilkinson & Pickett, 2009)



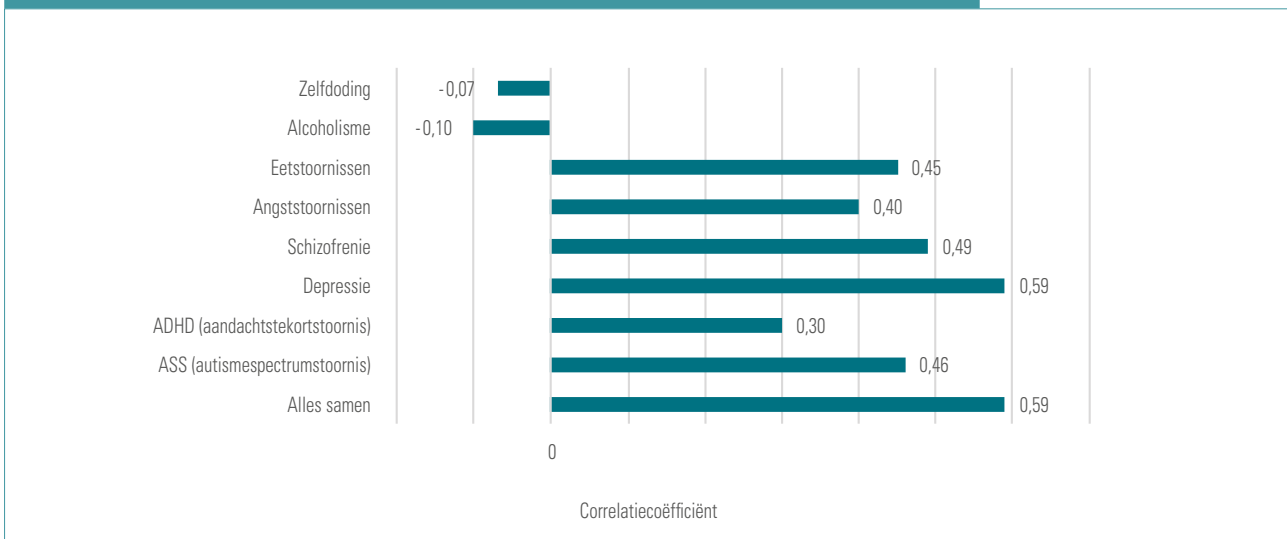
1.1. Ongelijkheid en mentale gezondheid

De impact van ongelijkheid gaat verder dan een eenvoudig verschil in consumptie tussen arm en rijk. Ongelijkheid heeft een diepgaande invloed op individuen doordat het hun psychologische systemen beïnvloedt. Ongelijkheid geeft vorm aan een reeks menselijke gedragingen, waaronder de houding tegenover anderen, het vermogen om te slagen of te falen, de neiging tot het ontwikkelen van angststoornissen en, meer in het algemeen, de mentale gezondheid. Hoe groter de inkomens kloof, en dus hoe ongelijker de samenleving, hoe groter de impact op de mentale gezondheid van mensen. Figuur 2 toont de correlatie tussen verschil-

lende specifieke mentale gezondheidsproblemen en ongelijkheid. Met uitzondering van zelfdoding en alcoholisme, correleren eetstoornissen, angststoornissen, schizofrenie, depressie, aandachtstekortstoornis (ADHD) en autismespectrumstoornis (ASS) positief met ongelijkheid.

Bovendien zijn psychologische problemen, zoals hierboven vermeld, niet gelijkmatig verdeeld over de inkomenschaal, gezien de aanwezigheid van een sociale gradiënt op de lagere niveaus. Dat alles helpt om de uitgangspositie van individuen in het leven en de retoriek van individuele verantwoordelijkheid, die beweert dat 'willen is kunnen', te relativiseren wanneer de startpositie zeer ongelijk is.

Figuur 2: Psychische problemen en inkomensongelijkheid in 36 OESO-landen (Bron: Barbalat & Franck, 2020, eigen vertaling)



1.1.1. Sociale status: een beangstigende dreiging voor de mens

Mensen zijn zeer gevoelig voor hun plaats in de maatschappij, of anders gezegd voor hun positie ten opzichte van anderen, die de sociale status definieert. Om te begrijpen waarom deze gevoeligheid bestaat, wordt gewezen op het systeem van rangorde: een hogere status wordt als belangrijker beschouwd, terwijl een lagere status wordt beschouwd als bijna waardeloos. Deze verschillen in status zijn des te groter in ongelijke situaties (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 67). Met andere woorden, verschillen in inkomen en rijkdom lijken belangrijk voor mensen omdat ze in staat stellen om superioriteit of inferioriteit uit te drukken.

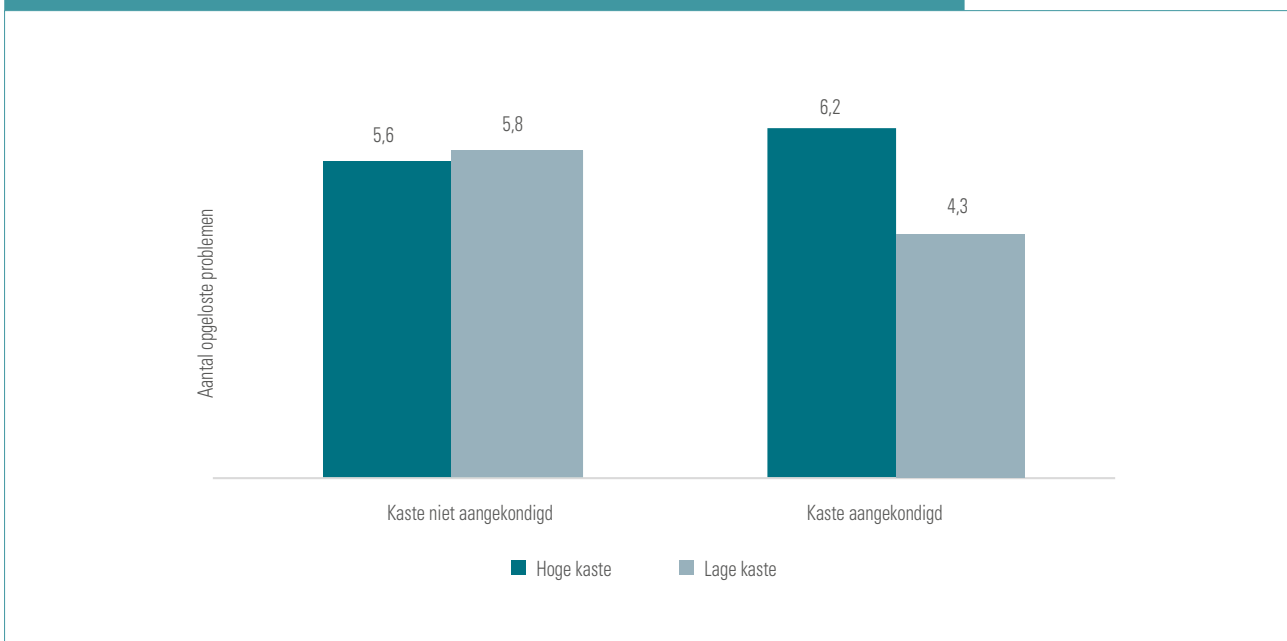
Het belang dat we aan status hechten, creëert stress en versterkt onzeker of angstig gedrag en zelfs terugtrekking tot het punt van onderwerping of ondergeschiktheid. In ongelijke systemen wordt deze situatie verergerd. Wanneer de helling van de ongelijkheid steiler is, neemt de onzekerheid gekoppeld aan de status toe, met zware psychologische gevolgen (depressie, angst, druggebruik, mentale gezondheidsproblemen, enz.). Zoals de auteurs herhaaldelijk aangeven, treffen deze kosten de volledige samenleving en niet alleen degenen die er het eerst onder lijden, namelijk de economisch meest kwetsbare bevolkingsgroepen. In dit opzicht is het belang van status voor succes op school eveneens interessant.

Ongelijkheid en schoolprestaties

Hoe anderen onze eigen status zien, heeft een impact op het lichaam (door stress), de emoties en de geest. Tests hebben aangetoond dat deelnemers minder goed presteren wanneer statuselementen voor het begin van de test zichtbaar worden gemaakt. Dit wordt geïllustreerd in figuur 3. Wanneer de sociaaleconomische status van de deelnemers niet gekend was, waren de antwoorden van de twee groepen vergelijkbaar. Maar wanneer de status werd bekendgemaakt, faalden mensen met een minder gunstige sociale positie significant vaker. De impact van de perceptie van anderen is groot en verklaart de mate waarin de sociale positie een bepalende factor is voor de capaciteiten, talenten en interesses van een individu. Dit in tegenstelling tot wat individuen over het algemeen geloven, namelijk dat hun plaats in de sociale hiërarchie (en dus hun succes) bepaald wordt door hun vaardigheden.

Deze stereotiepe vertekening, weergegeven in figuur 3, wordt voornamelijk verklaard door verhoogde fysiologische stress (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 237) en bevestigt vanuit een ander oogpunt het belang dat men hecht aan status en aan de overheersende rol van de hiërarchie. Hoe groter de inkomenskloof, hoe waarschijnlijker het is dat de prestaties (in wiskunde- of leestoetsen) statusverschillen zullen weerspiegelen. Als gevolg daarvan zullen de kans op geluk, slagen en de prestaties verschillen, en zullen de schoolprestaties op het niveau van de samenleving als geheel achteruitgaan (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 244).

Figuur 3: Het effect van kaste-identiteit op de prestaties van kinderen
(Bron: Hoff & Pandey, 2004, eigen vertaling)



1.1.2. Angst: de ziekte van ons allemaal

“In 1980 leed 4% van de Amerikanen aan een mentale stoornis die te maken had met angst. Vandaag is dat 50%. De angstepidemie treft naar schatting 8,2 miljoen Britten” (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 37, eigen vertaling). Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) lijden 350 miljoen mensen aan depressie, waarmee dit wereldwijd de belangrijkste oorzaak van arbeidsongeschiktheid is (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 70). Dit grote moderne kwaad gaat hand in hand met een statusangst die samenhangt met de manier waarop anderen en de maatschappij kijken naar wat individuen zijn (dit wil zeggen naar wat ze hebben). Deze angst neemt aanzienlijk toe naarmate we langs de inkomensladder afdalen. In ongelijke landen neemt de angst voor iedereen toe, zoals figuur 4 duidelijk laat zien.

1.1.3. Narcisme: een andere epidemie

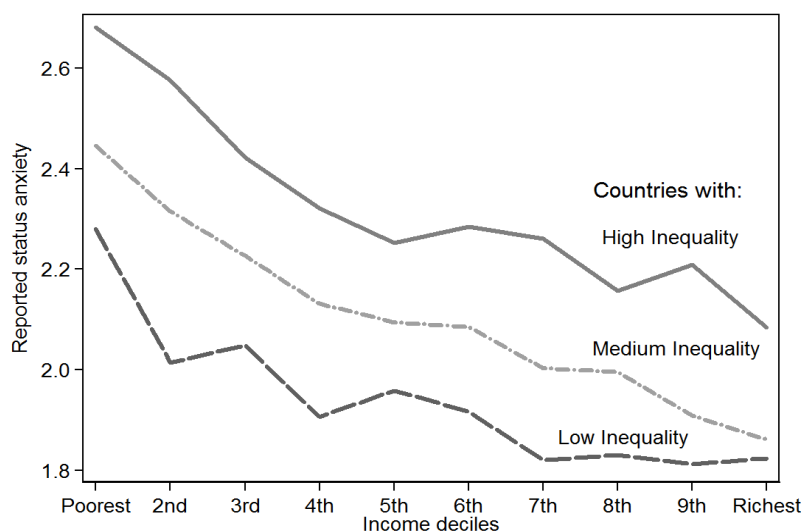
Inkomensverschillen duiden zeker op verschillen in consumptie, maar ook op meer uitgesproken statuskenmerken en een grotere sociale hiërarchie in deze populatie. Op basis van deze vaststelling worden in de studies van de auteurs theorieën aangehaald die verband houden met macht, en die onderwerps- en overheersingsgedrag verklaren. Met andere woorden, ongelijkheid en hiërarchie, of sociale status en macht, gaan hand in hand. Omdat sociale bedreigingen (de blik van anderen) sterker zijn in een ongelijke wereld, hebben individuen de neiging om zich op een meer zelfvoorzienende en robuuste manier te

gedragen. Anders gesteld, ze willen laten zien dat ze ‘beter’ zijn dan anderen om aan de sociale druk te ontsnappen en in een competitieve en ongelijke wereld stand te houden. Verschillende sociale groepen zullen op dezelfde manier proberen hun gevoel van eigenwaarde te vergroten en het geweld in de sociale relaties zal toenemen.

De onderzoekers Twenge en Campbell wijzen op een duidelijke toename van ‘narcistische persoonlijkheidsstoornissen’: in 2006 had in de Verenigde Staten 30% meer mensen een dergelijke stoornis dan in 1982 (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 109). Deze stoornis, die kenmerkend is voor de logica van ‘een tegen allen’, wordt gedefinieerd door symptomen van egocentrisch gedrag, zelfoverschatting en afwezigheid van empathie. Deze gedragingen zijn problematisch in de zin dat narcisme en zelfwaardering op onzekerheid gebouwd zijn en het vormen van gezonde menselijke relaties in de weg staan. Daarmee ondermijnen ze de opbouw van een samenleving waarin met iedereen rekening wordt gehouden. Kortom, ze bevorderen concurrentie boven samenwerking en vinden een gunstige voedingsbodem in kapitalistische samenlevingen.

“Door sociale competitie en individualisme te intensiveren, lijkt ongelijkheid aanleiding te geven tot een cultuur die hebzucht tot een deugd maakt, het nemen van risico’s verheerlijkt en de grens tussen leiden en domineren doet vervagen” (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 117, eigen vertaling). Deze waarden creëren de voedingsbodem voor individuen (en leiders) met persoonlijkheidsstoornissen zoals liegen,

Figuur 4: In ongelijke landen is de sociale statusangst groter op alle inkomensniveaus (Bron: Layte & Whelan, 2014)



manipulatie, ongevoeligheid (en dus naast ongevoeligheid voor anderen ook ongevoeligheid voor de natuur), bedrog en egoïsme. Dit gedrag beïnvloedt zowel de mentale gezondheid van individuen als hun sociale relaties, die samen de gezondheid van de samenleving als geheel vormen.

1.2. Ongelijkheid, sociale relaties en samenleving

In een ongelijkere wereld is de afstand tussen de voorste en achterste rij in onze voorbeeldklas groter. Met andere woorden, de afstand tussen verschillende sociale groepen maakt het moeilijker om tot een gedeelde visie te komen over de samenleving waarin men wil leven, omdat individuen zich distantiëren van hetzelfde schuitje waar ze allemaal in zitten. Wanneer ongelijkheid de empathie in de samenleving als geheel vermindert, zoals blijkt uit de opkomst van het narcisme, wordt de noodzaak om de meest kwetsbaren te beschermen over het hoofd gezien en wordt de solidariteit ondermijnd (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 130). Dat de inwoners van landen met meer ongelijkheid bijvoorbeeld minder bereid zijn om hun medemensen te helpen, is een feit dat door de auteurs uitvoerig wordt gerapporteerd.

Zoals gezegd: waar sociale status belangrijker is, komen problemen die te maken hebben met ‘macht’ vaker voor. Omgekeerd bestaat er een positief verband tussen enerzijds meer gelijkheid en anderzijds broederlijkheid en een gedrag dat wederkerigheid, sociale verplichtingen, delen en erkenning van ieders behoeften waardeert. Het is een *conditio sine qua non* voor het opbouwen van een duurzame samenleving.

“De kracht van hiërarchieën en het belang van status in een samenleving vertellen ons hoe ver deze verwijderd is van gelijkheid, en hoe verder ze verwijderd is van gelijkheid en delen, hoe meer ze haar leden bijbrengt dat iedereen zichzelf moet zien te redden” (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 346, eigen vertaling).

Wilkinson en Pickett hebben uitgebreid aangetoond dat een toename van de ongelijkheid de sociale cohesie, de burgerparticipatie, de betrokkenheid bij het lokale en gemeenschapsleven en de sociale mobiliteit vermindert (bijvoorbeeld minder huwelijken tussen klassen). “Gelijkheid was de norm gedurende meer dan 90% van het bestaan van de mensheid” (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 47, eigen vertaling). Dit impliceert ook een breder gemeenschapsleven, dit wil zeggen minder veranderlijke sociale relaties,

minder tijd die wordt besteed aan het herdefiniëren van onze positie op het sociale schaakbord en ons minder bedreigd voelen door het oordeel van de anderen. In meer egalitaire samenlevingen ontspant het sociale leven omdat er meer vertrouwen is, en minder angst, narcisme, zelftwijfel en opzichtige consumptie. Tegelijkertijd kan de productiviteitswinst worden gebruikt om tijd in plaats van geld te besparen. Er is minder inspanning nodig om in de race te blijven en daardoor waarschijnlijk meer tijd voor anderen (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 347).

1.3. Ongelijkheid en het milieu

Meer gelijkheid in het sociale functioneren zou ook bevorderlijk zijn voor de constructie van een ecologisch duurzame samenleving. In ongelijkere samenlevingen zien we een consumptiegericht gedrag dat gericht is op het beschermen van sociale status, de problematiek van ‘ik koop, dus ik ben’. Dit wordt vaak samengevat in de woorden van de Amerikaanse socioloog Juliet B. Schor (Schor, 2004; Schor, 1997) dat het kopen van een dure auto een manier is om te pronken met rijkdom. Dat gedrag is echter ook schadelijk voor het milieu. Meer gelijke omgevingen zouden daarom vanuit ecologisch oogpunt wenselijker zijn, omdat er minder aankopen zouden worden gedaan om te pronken met rijkdom of om een lagere sociale status op de inkomensladder te verbergen. Al in het begin van de 20^{ste} eeuw beschreef de econoom Thorstein Veblen de neiging om zichzelf te vergelijken met mensen met een hogere sociaaleconomische status, wat past bij het kapitalistische systeem dat consumptie aanmoedigt (Veblen, 2007). **Zoals Wilkinson opmerkt, roept het feit dat psychische problemen zo veel voorkomen in de rijkste samenlevingen in de geschiedenis van de beschaving, grote vragen op** (Wilkinson & Pickett, 2020, p. 322). Als het individualisme zou worden teruggedrongen ten voordele van het collectieve leven, zou een hele reeks acties worden vergemakkelijkt (herstellen, ruilen, delen, collectief bezit, enz.) omdat ‘hebben’ en ‘kopen’ niet langer de antwoorden zouden zijn op diepgewortelde angst.

1.4. Conclusie

Zoals Thomas Piketty het formuleert: “De ongelijkheid, en wat ze teweegbrengt, staat centraal in ons lot en onze mogelijke zelfvernietiging” (Piketty, 2019, eigen vertaling). De sociaaleconomische kloof tussen bevolkingsgroepen is nog steeds een realiteit die aan de kaak gesteld moet worden, gezien de omvang van de psychologische en an-

dere schade. Ongelijkheid is een last voor de samenleving omdat ze een negatieve invloed heeft op alle problemen met een sociale gradiënt (geweld, slechtere gezondheid², mislukking op school, onwelzijn bij kinderen, depressie, angst, enz.). Deze komen vaker voor bij de armsten, maar in een samenleving heeft ongelijkheid ook een invloed op het welzijn van rijkere mensen, zelfs als die een comfortabele baan en inkomen hebben. Met andere woorden, leven in een land met veel ongelijkheid betekent dat zowel de rijken als de armen slechter af zijn.

Ongelijkheid beïnvloedt in het bijzonder de mentale gezondheid. De wortels van deze psychologische problemen zijn het belang van status en de dreiging van het sociale oordeel. Dit zijn bronnen van angst. De psychische structuren worden dus veranderd door een maatschappij die groeiende inkomensverschillen tolereert. Ongelijkheid is schadelijk voor de sociale cohesie, de sociale mix en de menselijke relaties. Tot slot is een ongelijke samenleving niet ecologisch duurzaam, omdat consumptie vooral ostentatief blijft. Wilkinson concludeert dat een egalitaire samenleving een samenleving is die gebaseerd is op samenwerking en wederkerigheid. Daartegenover staan ongelijke systemen, waar rivaliteit en concurrentie de orde van de dag zijn, met tal van sociale en gezondheidsproblemen tot gevolg.

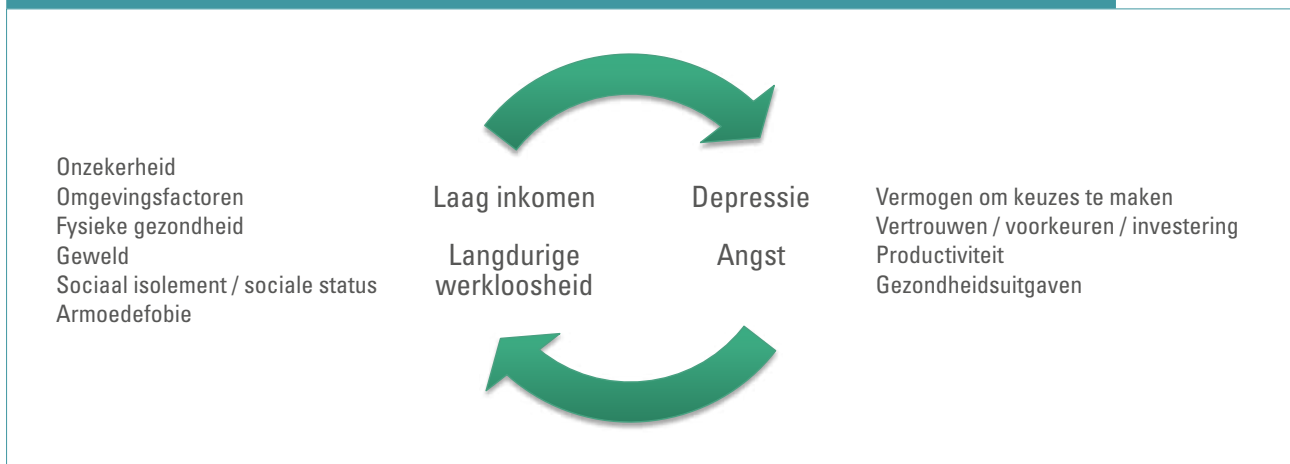
2. Olivier De Schutter: De vicieuze cirkel van armoede en depressie/ angststoornissen

Prof. dr. Olivier De Schutter belicht de nauwe relatie tussen armoede en mentale gezondheidsproblemen. Dit zijn twee zeer complexe concepten, met veel geassocieerde kenmerken, die uiteindelijk in verschillende richtingen op elkaar inwerken. Hij legt uit dat armoedebestrijding belangrijk is als we de mentale gezondheid in het algemeen willen verbeteren, maar dat we psychische problemen ook moeten destigmatiseren als we armoede structureel willen aanpakken.

De presentatie van Olivier De Schutter begint met een vaststelling die onderzoekers al lang onder de aandacht brengen: de correlatie tussen armoede en mentale gezondheid. Een van de opmerkelijkste voorbeelden is een longitudinaal onderzoek van Sareen en zijn team dat een zeer duidelijke correlatie aantoonde tussen het inkomensniveau en het risico op het ontwikkelen van depressie of angst (Sareen, Afifi, McMillan, & Asmundson, 2011). Crick Lund en zijn team van onderzoekers schatten dat mensen die in armoede leven 1,5 tot 3 keer meer kans hebben om depressies of angstsyndromen te ontwikkelen (Lund, et al., 2010). Ook Khun et al. hebben een onderzoek uitgevoerd waaruit bleek dat, na de sluiting van een fabriek, het gebruik van antidepressiva bij mannen en het aantal zelfdodingen sterk toenamen in de betreffende regio (Kuhn, Lalive, & Zweimüller, 2009). Er bestaat dus een correlatie die door talloze onderzoeken is bevestigd. Dit vertelt ons echter niet meteen of armoede depressie en angst veroorzaakt, dan wel of depressie en angst bijdragen aan armoede. Deze presentatie tracht daarom aan te tonen dat deze relatie in feite in twee richtingen gaat: het is een vicieuze cirkel waarin de factoren rond armoede psychologische stoornissen veroorzaken, vooral depressie en angst, terwijl depressie of angst ook een handicap zijn die het moeilijker maakt om uit de armoede te geraken (zie Figuur 5).

2 Zie de CM-studie over gezondheidsongelijkheden (Avalosse, Noirhomme, & Cès, 2022).

Figuur 5: De factoren die een rol spelen in de vicieuze cirkel van armoede en depressie en angststoornissen (Bron: De Schutter, presentatie CM-studiedag, 2023)



2.1. De invloed van de factoren rond armoede op de mentale gezondheid

De eerste factor rond armoede die Olivier De Schutter identificeert is **onzekerheid**. Verschillende studies tonen aan dat, meer nog dan het inkomensniveau en ernstige materiële ontberingen die het gevolg zijn van armoede, de onzekerheid en instabiliteit van de context waarin men leeft en de risico's voor de toekomst psychische stoornissen veroorzaken.

Een artikel van Pierce en Schott onderzoekt het aantal zelfdodingen in de Amerikaanse districten die het zwaarst werden getroffen door de toetreding van China tot de Wereldhandelsorganisatie (WTO – *World Trade Organisation*) en de daaruit voortvloeiende concurrentie: intensivering van het werk, risico op fabriekssluitingen, het gevoel van overbodigheid dat ervaren kan worden in een context van mondialisering en goedkopere concurrentie uit het buitenland, waardoor de angst ontstaat om werkloos te worden. De auteurs tonen aan dat het aantal zelfdodingen stijgt – en nog meer onder mannen – vanaf 2000, wat overeenkomt met de toetreding van China tot de WTO en de daaruit voortvloeiende bedreigingen voor de werkgelegenheid (Pierce & Schott, 2020).

Andere experimenten wijzen in dezelfde richting, zoals een experiment over de voordelen van een gratis ziektekostenverzekering (Finkelstein, et al., 2012). In de eerste maanden waarin de steekproef van mensen deze verzekering kreeg – die hen anders tussen de 550 en 750 US dollar per jaar zou hebben gekost – daalde het depressiepercentage met 25%, wat zeer significant is, en zelfs significanter dan wat

het resultaat zou zijn geweest van een verhoging van het inkomen van deze mensen.

Het verminderen van onzekerheid door mensen uit te rusten met mechanismen die hen in staat stellen om de toekomst met vertrouwen tegemoet te zien, is dus een manier om te voorkomen dat ze psychische problemen zoals depressie of angst ontwikkelen. Dit kan ook in verband worden gebracht met de resultaten van een onderzoek dat een groot aantal mensen volgde die de loterij hadden gewonnen in Zweden. Daaruit bleek dat deze mensen meer tevreden waren met hun financiële leven dan een controlegroep, maar dat hun mentale gezondheid niet veel veranderde (Lindqvist, Ostling, & Cesarini, 2018). De verklaring is dat de mentale gezondheid minder afhangt van rijkdom dan van de zekerheid die een ontwikkelde welvaartsstaat biedt. Met andere woorden, de mentale gezondheid wordt niet echt beïnvloed door het winnen van de loterij, want in een land als Zweden heeft men een bepaalde mate van zekerheid dankzij de welvaartsstaat.

De tweede les is dat armoede de bron is van kwetsbaarheden die als **omgevingsgerelateerd** kunnen worden omschreven. Personen in armoede wonen vaak in de meest vervuilde en lawaaierige buurten, waar het moeilijker is om een goede nachtrust te krijgen – er is een nauw verband tussen de kwaliteit van de nachtrust en het risico op het ontwikkelen van mentale stoornissen – en waar er minder toegang is tot buitenactiviteiten, minder groene ruimtes om te bewegen, minder contact met de natuur, enz. Ook dat is dus een risicofactor die de correlatie tussen een laag inkomen/werkloosheid en depressie/angst verklaart.

Wie in armoede leeft, heeft uiteraard ook meer moeite om toegang te krijgen tot gezondheidszorg, met gevolgen voor de **lichamelijke gezondheid**. En wie lijdt, wie constant pijn heeft, wie niet goed verzorgd wordt, kan ook ontmoedigd raken en depressies en angstsyndromen ontwikkelen. Er is dus een verband tussen de fysieke en de mentale gezondheid.

Daarnaast is er meer intrafamiliaal **geweld** in gezinnen die in armoede leven, onder meer doordat armoede stress veroorzaakt bij de ouders, wat de relaties tussen de ouders onderling en tussen de ouders en de kinderen beïnvloedt.

Nog belangrijker, en nauwer verbonden met het mandaat van Olivier De Schutter als speciaal rapporteur over armoede bij de Verenigde Naties, is het feit dat lage inkomens en langdurige werkloosheid individuen in een vorm van **sociaal isolement en angst brengen, gekoppeld aan hun sociale status**, waardoor het risico op depressie en angst toeneemt.

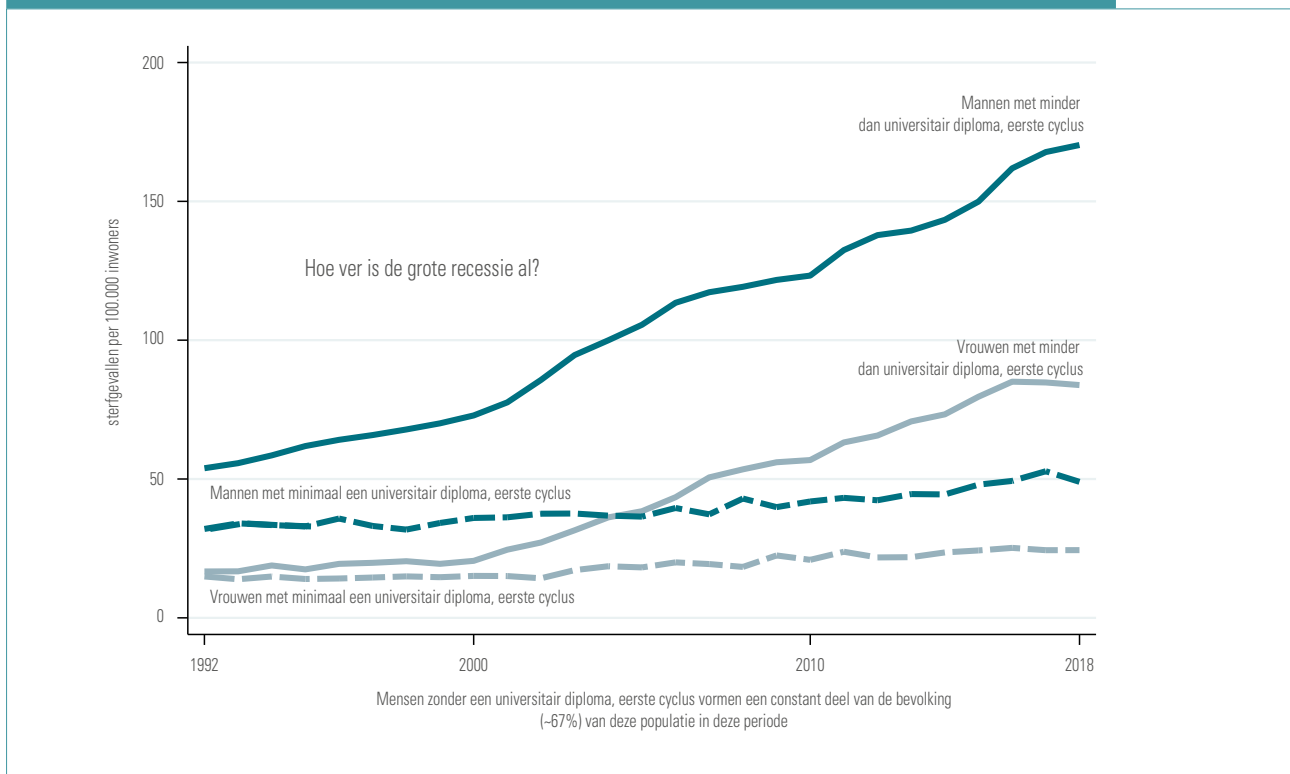
Wilkinson en Pickett hebben aangetoond dat het feit dat een samenleving gemiddeld eerder rijk dan arm is, niet betekent dat ze de uitdagingen waarvoor ze staat ook oplost. Integendeel, het zijn de landen met de grootste ongelijkheid, zoals Portugal, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten, die het moeilijkst kunnen antwoorden op de uitdagingen waarmee ze geconfronteerd worden, waaronder die van de mentale gezondheid (Wilkinson & Pickett, 2009). In een ander onderzoek dat zich richtte op de mentale gezondheid, toonden Wilkinson en Pickett ook aan dat **samenlevingen met de hoogste niveaus van ongelijkheid ook samenlevingen zijn met de hoogste percentages psychische aandoeningen**, met name depressie en angst (Pickett & Wilkinson, 2010). De prioriteit moet daarom niet liggen bij economische groei en het creëren van geldelijke rijkdom in het algemeen. Ze moet wel liggen bij het verminderen van de ongelijkheid, gezien de angst die wordt gecreëerd door het feit van te leven in zeer ongelijke samenlevingen waarin men zich voortdurend vergelijkt met anderen en bang is om de sociale status te verliezen die men heeft verworven in deze sterke concurrentie. Met andere woorden, hoe rijker een land is, hoe groter de kans op een toename van het aantal mensen met mentale gezondheidsproblemen, omdat dit landen zijn met een hogere intensivering van het werk en een hogere druk om competitief te zijn.

Olivier De Schutter koppelt dit ook aan de context van onze economieën via het werk van de econoom Milanovic. Deze onderzocht de ongelijkheid alsof de wereldbevolking één land zou zijn, om de veranderingen in de inkomens van de verschillende percentielen van de wereldbevolking te analyseren tussen 1988 en 2008, 20 jaar van zeer sterke mondialisering (Milanovic, 2016). In deze periode stegen de inkomens met gemiddeld 24%. Toch zagen veel mensen in westerse landen hun inkomen stagneren, terwijl de inkomens van hun concurrenten in het buitenland zijn gestegen en de inkomens van de rijkste 1-2% personen drastisch zijn gestegen. Dit laat zien dat de ongelijkheid in rijke landen toeneemt en onderhevig is aan een wereldwijde concurrentie. Die gaat vervolgens ten koste van de laagst gekwalificeerde werknemers, van wie de banen het meest bedreigd worden door het risico op delocalisatie, waardoor ook de onderhandelingspositie van de vakbonden die de rechten van werknemers verdedigen verzwakt. Het onderzoek van Milanovic illustreert de **achteruitgang van de middenklasse in ontwikkelde landen** en de bedreigingen voor de werkgelegenheid van laaggeschoolde arbeiders in rijke landen. Ze kunnen psychische stoornissen ontwikkelen die verband houden met hun onzekere toekomst.

Case en Deaton publiceerden in 2018 *'Deaths of despair'*, waarin ze de daling van de levensverwachting voor één bevolkingsgroep in een rijk land (laaggekwalificeerde blanke Amerikanen 50-54-jarigen) verklaren door het feit dat deze mensen de eerste slachtoffers zijn van de epidemie van opioïdengebruik, van alcoholmisbruik en vaker zelfdoding plegen (zie Figuur 6) (Case & Deaton, 2020). Dit kan verband houden met het gevoel van overbodigheid dat deze groep laaggeschoolde werknemers ervaart in een context waarin ze geleidelijk worden vervangen door machines en in recente jaren geconfronteerd worden met het risico op delocalisatie. Deze onderzoeken laten zien hoezeer de **angst voor sociale degradatie, de groeiende ongelijkheid en de onzekerheid over de toekomst van het werk** kunnen leiden tot een soort zelfvernietiging, hetzij direct door zelfdoding, hetzij door de langzame zelfdoding als gevolg van drugs- of alcoholmisbruik.

Armoedefobie kan ook een rol spelen in de mentale gezondheid, namelijk door de discriminatie, vernederingen, stigmatisering en dagelijkse ervaringen van minachting die mensen in armoede ondervinden. Armoedefobie is net zo venijnig als racisme, seksisme of homofobie en kan ook een bron zijn van verlies van zelfvertrouwen, depressie en angst.

Figuur 6: Sterfte door drugs, alcohol en zelfdoding onder blanke, niet latino personen tussen 50 en 54 jaar in de Verenigde Staten (Bron: Case & Deaton, 2020, eigen vertaling)



2.2. De invloed van de mentale gezondheid op armoede

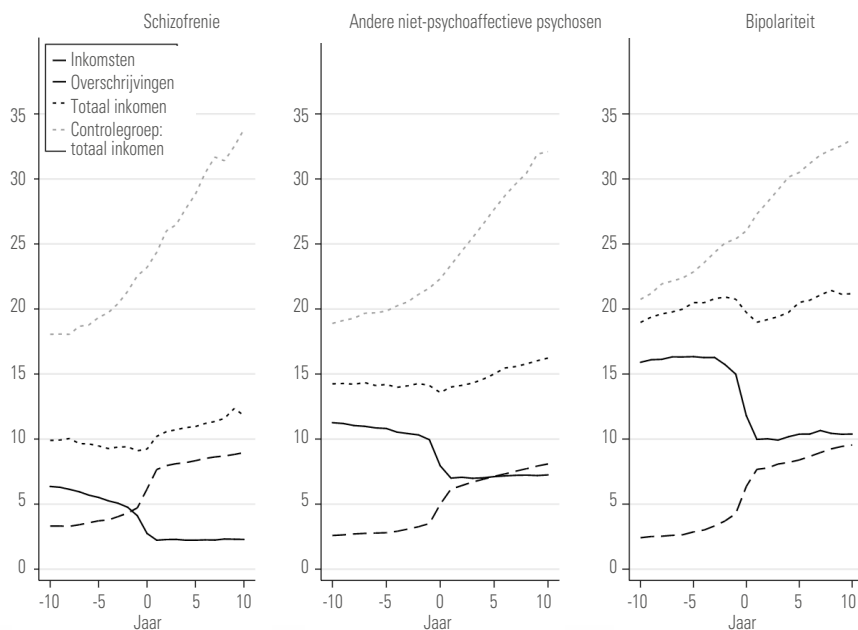
Alle factoren die Olivier De Schutter in het eerste deel van zijn presentatie schetste, verklaren waarom economische onzekerheid, gebrek aan voldoende inkomen en periodes van werkloosheid, vooral langdurige werkloosheid, kunnen leiden tot depressie- of angstsyndromen. Maar ook het omgekeerde is waar.

Een onderzoek trachtte de impact te meten van psychische aandoeningen (schizofrenie, bipolariteit en andere vormen van psychose) op de sociaaleconomische situatie van een populatie van meer dan 2.000.000 personen in Finland tussen 1988 en 2015. Uit de resultaten blijkt dat **mensen die aan deze aandoeningen lijden, veel meer moeite hebben om aan werk te geraken, en dat dit gevolgen heeft voor hun vermogen om een toereikend inkomen te verwerven**. Naarmate deze stoornissen zich ontwikkelen, neemt de welvaartsstaat in Finland het over, zodat de inkomens niet te sterk dalen. Desondanks zijn de inkomens van mensen die aan deze stoornissen lijden lager dan in controlegroepen die niet door deze stoornissen worden getroffen (zie Figuur 7). In deze controlegroepen stijgt het inkomen met de leeftijd en de beroepservaring, terwijl dit helemaal niet

het geval is voor mensen die deze aandoeningen ontwikkelen (Hakulinen, et al., 2019).

Mullainathan en Shafir komen met een eerste verklaring voor het onvermogen van mensen met psychische problemen om op de arbeidsmarkt te integreren en een inkomen te verdienen, maar deze verklaring is problematisch. Volgens deze auteurs nemen personen die van alles tekort hebben, beslissingen die niet rationeel zijn. Beslissingen worden genomen onder invloed van de stress van overal tekort aan hebben, en men heeft het eigen leven niet goed in de hand (Mullainathan & Shafir, 2013). Een citaat uit het boek *'Scarcity'*: "Studies tonen een verband aan tussen armoede en contraproductief gedrag. Mensen in armoede maken minder gebruik van preventieve gezondheidszorg, houden zich niet aan medicamenteuze behandelingen, zijn te laat op afspraken en komen die minder vaak na, zijn minder productieve werknemers, minder oplettende ouders en minder goede beheerders van hun financiën. Deze op zich al zorgwekkende gedragingen zijn nog problematischer omdat ze de armoede kunnen verergeren. Acute budgettaire bekommernissen zorgen ervoor dat er minder cognitieve middelen beschikbaar zijn om keuzes en acties te sturen" (Mullainathan & Shafir, 2013, eigen vertaling).

Figuur 7: Vergelijking van veranderingen in het inkomen van mensen met psychische aandoeningen in Finland met een controlegroep (Bron: Hakulinen et al., 2019, eigen vertaling)



Volgens Olivier De Schutter zijn mensen die in armoede leven echter in veel opzichten net zeer rationeel, bijvoorbeeld wanneer ze hun dagelijkse uitgaven tot op de cent nauwkeurig berekenen. Aan de ene kant is er deze hyper-rationaliteit en aan de andere kant is er gedrag dat niet altijd het meest redelijke is op middellange en lange termijn. We moeten afstand nemen van deze onderzoeken en van het idee dat we beslissingen voor deze mensen moeten nemen in plaats van hun autonomie en zelfbeschikking te erkennen. Omgekeerd kunnen we deze mensen helpen de juiste keuzes te maken door hen te steunen en vooral gerust te stellen over hun financiële en economische zekerheid. De eerste vraag die we kunnen stellen, is of het feit dat iemand in armoede leeft leidt tot het maken van slechte keuzes, zodat een vicieuze cirkel ontstaat.

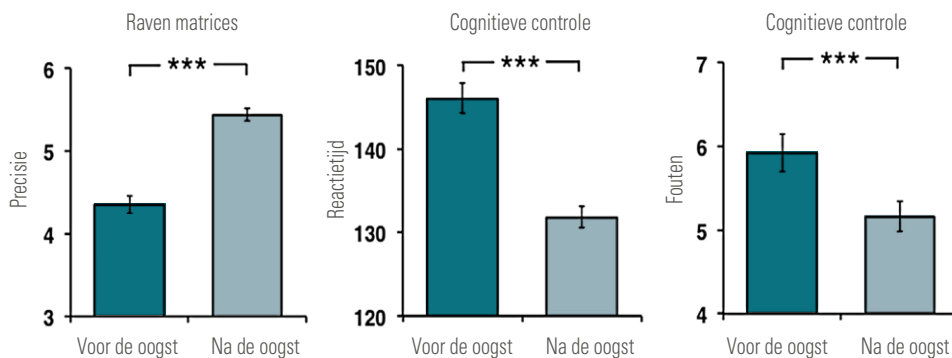
In een ander bekend onderzoek volgden Mani et al. suikerriettellers in een Indiase deelstaat voor en na de oogst. Ze stelden vast dat de boeren na de oogst beter presteerden op IQ- en cognitieve tests, sneller redeneerden en minder fouten maakten (zie Figuur 8) (Mani, Mullainathan, Shafir, & Zhao, 2013). De conclusie zou dus zijn dat ze na de oogst betere beslissingen nemen dan ervoor. Hieruit kunnen we afleiden dat mensen in armoede niet goed in staat zijn om de juiste keuzes te maken, en dit is ongetwijfeld iets dat ons zou moeten alarmeren en deels de vicieuze cirkel ver-

klaart: het **vermogen om de juiste keuzes te maken, wordt ongetwijfeld beïnvloed door onze mentale toestand.**

Volgens Olivier De Schutter maakt iemand die depressief is, die leeft in angst voor morgen, soms keuzes die gedicteerd worden door overwegingen die niet voldoende doordacht zijn en die onvoldoende rekening houden met de lange termijn. Wat we zien is dat **mensen in armoede geen risico's durven nemen** en de voorkeur geven aan de beslissing die het minste risico inhoudt, zelfs als dat irrationeel is omdat het veel beter zou zijn om een klein risico te nemen in de hoop op grotere voordelen in de toekomst.

De **overwaardering van stabiliteit** boven de mogelijkheid van voordelen op de langere termijn verklaart ook gedeeltelijk waarom mensen geen gebruik maken van hun rechten. Wanneer men administratieve hindernissen moet overwinnen, op bureaucratische deuren moet kloppen, documenten moet verzamelen om toegang te krijgen tot bepaalde sociale voordelen, is dat op korte termijn een inspanning en krijgen dringende kwesties voorrang. Men heeft meer directe zorgen dan op zoek te gaan naar die kinderbijslag of die bonus om de toegang tot huisvesting te bevorderen, men gaat niet alle obstakels aan bij het zoeken naar een baan, enz. Men eist zijn rechten niet op omdat men de korte boven de lange termijn verkiest, wat

Figuur 8: Suikerrietelers in Tamil Nadu, prestaties in termen van het vermogen om logische problemen op te lossen (Raven), responstijd (RT) of foutenpercentage, voor en na de oogst (Bron: Mullainathan & Shafir, 2013, eigen vertaling)



de tweede reden is waarom depressie en angst armoede kunnen veroorzaken.

Wie depressief of angstig is, kan een **minder productieve** werknemer zijn, deels omdat men discriminatie ondervindt, zich minder op zijn gemak voelt in sociale omgevingen en zich gestigmatiseerd voelt, minder gemotiveerd is om zich in te zetten voor het werk en om de negatieve stereotypen waarvan men het slachtoffer is te overwinnen, en deels ook omdat men minder netwerken heeft. Mensen die lijden aan depressie en angst, hebben over het algemeen een gebrek aan zelfvertrouwen en hebben minder netwerken om op terug te vallen voor toegang tot werk en professionele vooruitgang.

Wie aan een depressie of een ernstige angstaandoening lijdt, heeft bovendien **gezondheidszorguitgaven**, wat de bestaansonzekerheid versterkt. Dat zijn de ingrediënten die deze vicieuze cirkel verklaren.

2.3. Conclusie

Het eerste punt in de conclusie van de presentatie is dat wanneer we rond armoede werken, zoals Olivier De Schutter de afgelopen vier jaar heeft gedaan in het kader van zijn mandaat bij de Verenigde Naties, oplossingen rond een minimumloon of fatsoenlijk loon, sociale bijstand, het versterken van de welvaartsstaat, eerlijke fiscaliteit, enz., als eerste worden overwogen. Te vaak wordt het belang van investeren in de preventie van mentale gezondheidsproblemen onderschat. Volgens Olivier De Schutter is de

beste investering die we kunnen doen in termen van kosten-batenverhouding het **intensiveren van de preventie van psychische stoornissen**. Zo kan men vermijden dat mensen in economische moeilijkheden lijden aan depressies en angsten, wat dan kan leiden tot de vicieuze cirkel die de armoede versterkt. De kosten van de investering in mentale gezondheid zijn laag in vergelijking met de voordelen op vlak van armoedebestrijding. Dit is de beste manier om armoede te bestrijden.

De tweede conclusie is dat mensen die lijden aan depressie, angst, psychose, schizofrenie en bipolaire aandoeningen vaak gestigmatiseerd worden. Het is nog altijd iets waar mensen zich voor schamen. Ze durven niet op consult te gaan of te zeggen dat ze op consult gaan. **Mentale gezondheidsproblemen moeten van hun stigma worden ontdaan, want anders worden mensen niet aangemoedigd om zich te laten behandelen en zal hun sociaal isolement alleen maar toenemen.**

Ten derde zijn de mondialisering, die ons wordt verkocht als bron van sociale vooruitgang en economische groei, de introductie van nieuwe technologieën op de werkplek, de robotisering en artificiële intelligentie bronnen van **economische onzekerheid en angst om een baan te verliezen. Deze kunnen vervolgens de mentale gezondheid ondermijnen van de mensen die door deze ontwikkelingen worden bedreigd.** De koopkrachtcrisis en de onzekerheden als gevolg van een slecht beheerde mondialisering en snelle technologische veranderingen brengen dus extra risico's met zich mee, waar we ons bewust van moeten zijn.

3. Piet Bracke: Sociale ongelijkheden in geestelijke gezondheid

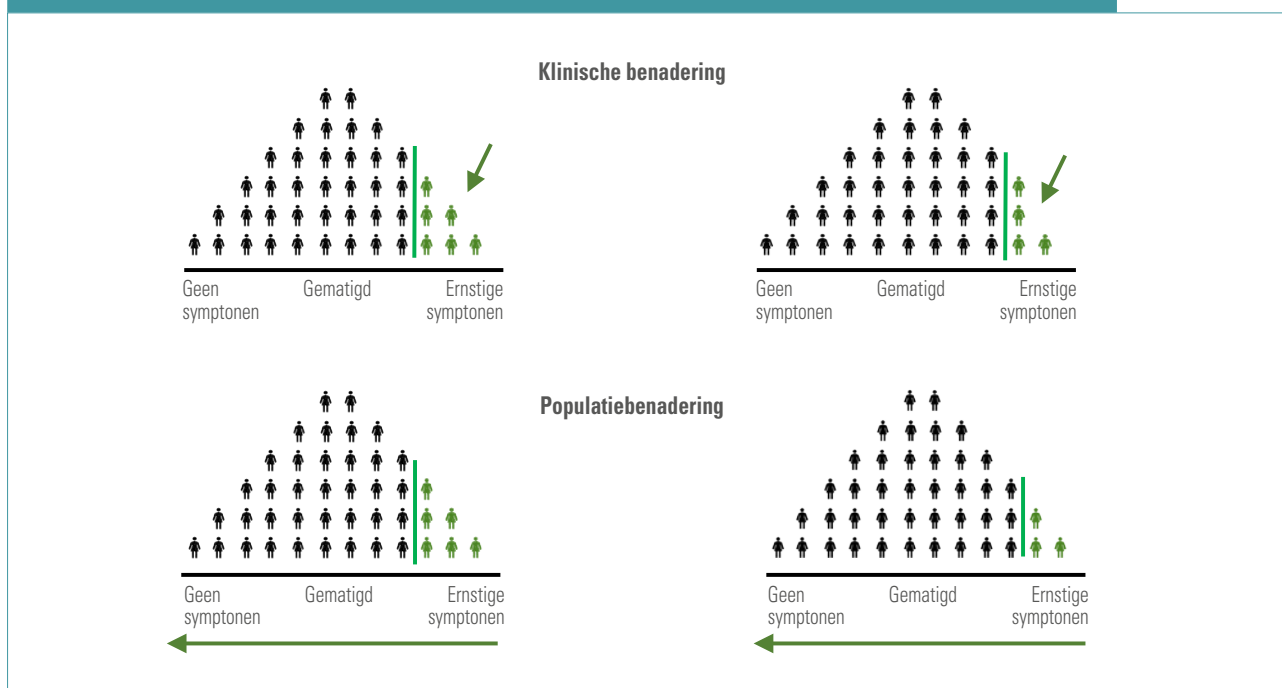
In zijn presentatie wil prof. dr. Piet Bracke een aanzet geven voor hoe we moeten nadenken over *public mental health*, dit is mentale gezondheid als uitdaging voor de volksgezondheid. Als we sociale ongelijkheid en mentale gezondheidsproblemen willen indijken, moeten we ons beter bewust worden van zowel de mogelijkheden als de beperkingen van interventies op verschillende niveaus, zo stelt hij. Zowel preventie als curatieve interventies bieden voordelen, maar hebben vaak ook ongewenste nadelen. Om die goed in kaart te kunnen brengen, plaatst Bracke enkele verschillende invalshoeken naast elkaar.

3.1. Een klinische versus een populatiebenadering van volksgezondheid

Bij wijze van inleiding staat Piet Bracke stil bij twee mogelijke benaderingen om binnen het domein van de volksgezondheid te kijken naar mentale gezondheid, het zorggebruik en de sociale ongelijkheid daarin. Een eerste is de typisch **klinische benadering** waarbij de focus ligt op die

mensen die geconfronteerd worden met ernstige klachten, op de groep met een hoog gezondheidsrisico, gedefinieerd op basis van klinische criteria (zie Figuur 9). De nadruk ligt hier op **curatieve interventies** (met uitzondering van tertiaire preventie of het verhinderen dat een conditie er verder op achteruitgaat) die weliswaar effectief kunnen zijn, maar die voor de algemene volksgezondheid en voor de ongelijkheid in gezondheid relatief irrelevant zijn. Ze dragen ook niet bij tot een afname van de omvang van de totale doelgroep van mensen met psychische klachten, zowel ernstige als eerder milde. Een tweede mogelijke benadering is de **populatiebenadering** die kijkt naar de spreiding van klachten binnen de algemene bevolking (zie Figuur 9). Hierbij gaat men uit van een normale distributie, gaande van mensen die zich compleet goed voelen tot zij die geconfronteerd worden met ernstige psychische klachten en problemen. Sociologen die dit fenomeen bestuderen, beschouwen psychische klachten als een normale manier van zich te gedragen en zoeken naar sociale determinanten van gezondheid en de spreiding hierin. Hun **interventies** zijn **meer gericht op** de totale bevolking en op **een verschuiving van de volledige bevolking in de richting van minder klachten** ('*shifting the curve*'). In deze benadering is **ook ruimte voor preventiedenken**. Dergelijke aanpak heeft een directe impact op de groep met ernstige klachten, aangezien die in omvang afneemt. Maar daarnaast heeft ze een zeer grote impact op mensen met eerder milde klachten. Dit laatste is meteen ook een van de zwakke

Figuur 9: Klinische versus populatiebenadering van mentale gezondheid (Bron: Bracke, presentatie CM-studiedag, 2023)



punten van de populatiebenadering. Als men zich richt op het algemeen verbeteren van de mentale gezondheid in de bevolking, ziet een grote groep er het nut niet van in omdat ze zich eigenlijk al goed voelen.

3.2. Ongelijkheid in geestelijke gezondheid als maatschappelijk fenomeen

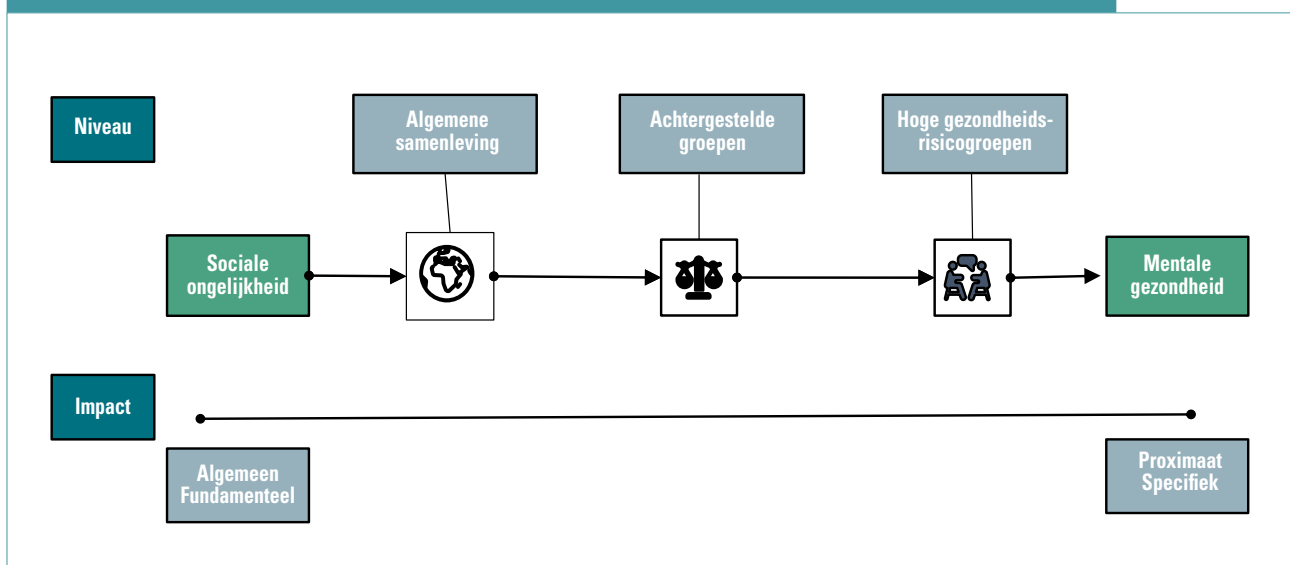
Voor de denkoefening over maatschappelijke factoren die impact hebben op de geestelijke volksgezondheid en op de sociale ongelijkheid in mentale gezondheid, neemt Piet Bracke als vertrekpunt de veronderstelling dat ongelijkheid in mentale gezondheid een maatschappelijk fenomeen is en dat de oorzaken en de interventies zich op hetzelfde niveau moeten situeren. Hij onderscheidt drie niveaus met elk hun mogelijkheden en beperkingen: het niveau van de algemene samenleving, het niveau van de achtergestelde groepen en het niveau van de hoge gezondheidsrisicogroepen (zie Figuur 10).

3.2.1. Het niveau van de algemene samenleving

Op het eerste niveau gaat het erom hoe een samenleving zich organiseert, om de algemene systemen van stratificatie en de welvaartsstaat, de sociale organisatie van de economie of van verwantschap. Een zeer relevant aspect hier is de **genderstratificatie** binnen de samenleving. Gender is een belangrijke factor wanneer het gaat over geestelijke gezondheid. Voor sommigen wordt het verschil in geestelijke gezondheid volgens geslacht vooral

biologisch verklaard, maar onderzoek heeft aangetoond dat het genderverschil niet overal even uitgesproken is. Dit komt omdat dit verschil ook te maken heeft met hoe **sociale verhoudingen op een gendered manier georganiseerd** zijn, dus met **de mate van genderongelijkheid of gendergelijkheid in een samenleving**. Een studie naar de verdeling van klachten van angst en depressiviteit in verschillende samenlevingen wijst uit dat er in samenlevingen met een grote graad van genderongelijkheid een duidelijk verschil is in de prevalentie van de klachten volgens geslacht (Bracke, Delaruelle, Deruedde, & Van de Velde, 2020). Bovendien nemen de klachten toe met de leeftijd, evenals de kloof tussen vrouwen en mannen. In samenlevingen met grote graad van gendergelijkheid, bijvoorbeeld Noorwegen, zijn er daarentegen weinig genderverschillen in mentale gezondheid en neemt het welbevinden toe met de leeftijd. Het geslachtsverschil in depressiviteit wordt dus sterk bepaald door verschillen tussen mannen en vrouwen in machtsverhoudingen en statusverhoudingen in samenlevingen. Genderstratificatie is een fundamenteel proces en heeft als maatschappelijk fenomeen ook een impact op een resem andere domeinen die ook indirect gelinkt zijn aan het mentaal welbevinden, zoals werken in precair werk of niet precair werk, reproductieve gezondheid, de mate waarin mensen in staat zijn het leven te leiden dat ze zelf willen, enz. Een belangrijke kanttekening hier is dat deze algemene processen **fundamentele processen zijn die moeilijk te wijzigen zijn**, en waarop mensen, hulpverleners zeer weinig controle hebben en die ze moeilijk direct kunnen beïnvloeden. Een bijkomende moeilijkheid op het niveau van de brede samenleving is dat **veel van wat gedaan wordt ertoe leidt dat ongelijkhe-**

Figuur 10: Drie niveaus van oorzaken in ongelijkheid in mentale gezondheid (Bron: Bracke, presentatie CM-studiedag, 2023)



den gereproduceerd worden, eerder dan dat ze verholpen worden. Dit heeft veel te maken met de wijze waarop de interventies uitgebouwd worden.

Nog in verband met het genderverschil, is geweten dat vrouwen meer klachten vertonen van angst en depressiviteit. Maar toch is er niet de verwachte genderkloof in het **gebruik van hulp**. Vrouwen stoten immers op een aantal drempels die hen verhinderen professionele hulp te zoeken. Dit bleek ook uit studies rond determinanten van hulpzoekend gedrag die in de conclusies verwijzen naar redenen waarom vrouwen er soms minder goed toe komen om professionele hulp te zoeken (Buffel, Van de Velde, & Bracke, 2014). Ten eerste leven vrouwen doorgaans meer in armoede dan mannen, bijvoorbeeld in een eenoudergezin na een echtscheiding waarbij vrouwen en hun kinderen in preciaire omstandigheden moeten leven. Ten tweede nemen vrouwen nog steeds meer dan mannen zorgtaken op voor hun kinderen, voor andere leeftijdsgenoten en voor de ouders. Dit verhindert hen soms om voor zichzelf te zorgen en professionele hulp te zoeken.

Een andere studie wijst dan weer op het fenomeen van de **stigmatisering van de dienstverlening**. Er wordt vaak gezegd dat mannen aarzelen professionele hulp te zoeken omdat ze bij psychische klachten meer geneigd zijn om op zichzelf terug te vallen en om zelfredzaamheid centraal te stellen. Uit de resultaten van de studie blijkt evenwel dat deze zelfredzaamheid niet enkel verwacht wordt door mannen over zichzelf, maar ook door de vrouwen uit hun omgeving (Pattyn, Verhaeghe, & Bracke, 2015). Dit genderstereotype is dus duidelijk een cultureel gegeven dat mannen verhindert op tijd hulp te zoeken, waardoor ze op het moment van een hulpvraag al kampen met zeer ernstige klachten.

3.2.2. Het niveau van de achtergestelde groepen

Een tweede niveau, dat van de achtergestelde groepen, betreft bijvoorbeeld mensen in armoede, kortgeschoolden, met een migratieachtergrond, en vooral mensen die deze achterstellingen accumuleren. Het gaat eveneens om de buurten waarin deze groepen geconcentreerd leven als gevolg van sociale segregatieprocessen. Het is **het niveau voor oorzaken voor ongelijkheid in mentale gezondheid** en ook het niveau **waar interventies kunnen gepland worden om met die ongelijkheid om te gaan**. Ter illustratie verwijst Piet Bracke naar een studie over de impact van de economische crisis en van buurtvernieuwingsprojecten op de mentale gezondheid en het gebruik van psychofarmaca in de Spaanse regio's in Andalusië (Zapata Moya &

Navarro Yañez, 2021). Uit de analyses blijkt duidelijk dat de economische crisis algemeen een impact had op de geestelijke gezondheid en op het gebruik van psychofarmaca. Maar deze impact is veel geringer voor huishoudens in wijken waar aan stadsrenovatie is gedaan in vergelijking met huishoudens in wijken waar er geen stadsrenovatie was (= controlegroep). Bijgevolg is inzetten op buurtrenovatie een zeer belangrijke determinant van geestelijke gezondheid en in dit geval het gebruik van psychofarmaca.

Anderzijds weet men uit ander onderzoek dat zelfs interveniëren op dit niveau maar een zeer geringe impact heeft op de totale volksgezondheid en op de globale ongelijkheid in mentale gezondheid. Er zijn immers allerlei andere processen op hogere niveaus die het effect van het buurtniveau deels kunnen tenietdoen. We denken bijvoorbeeld aan processen die sociale klassen in onze samenleving van elkaar scheiden (klassensegregatieprocessen) en waarbij de geschoolde middenklasse in de betere wijken woont, terwijl de laagbetaalde en kortgeschoolde klasse uitwijkt uit naar de meer preciaire wijken. Op die manier reproduceren interventies op dit niveau in feite de gezondheidsongelijkheid. Sociologen verwijzen hier naar **klassensegregatie als een fundamentele oorzaak van ongelijkheid in welbevinden die zichzelf bovendien blijft reproduceren**.

3.2.3. Het niveau van de hoogrisicogroepen

Ten slotte is er het niveau van de hoogrisicogroepen, waar onder bijvoorbeeld mensen met suïcidale gedachten, met een voorgeschiedenis van bipolaire stoornissen, enz. Dit is de groep waarop de **curatieve residentiële psychiatrie** zich hoofdzakelijk richt. Hoewel deze benadering als **effectief en relevant** wordt ervaren, zowel door de professionelen als door de cliënten, is het probleem met deze benadering dat ze **geen impact** heeft **op de volksgezondheid**. Er zijn immers geen zuiver klinische interventies gekend die de volksgezondheid verbeteren. Deze interventies hebben ook **geen impact op de ongelijkheid in mentale gezondheid**. Integendeel, de wijze waarop sommige interventies worden georganiseerd, reproduceren juist die ongelijkheid. Men kan curatief interveniëren in populatiegezondheid. Het is vergelijkbaar met het uitdelen van hoestsiroop tijdens een griep epidemie. Deze zal bij een individu het hoesten verlichten, maar dit heeft geen impact op het rondom ons razen van het griepvirus. De vraag is dan uiteraard hoe de verspreiding van het griepvirus wel kan beïnvloed worden. Dezelfde denkoefening moet worden gemaakt voor mentale gezondheid: hoe moet men interveniëren om iets te doen aan de ongelijkheid in mentale gezondheid.

Bij wijze van voorbeeld verwijst Piet Bracke naar een studie op basis van de gegevens van de gezondheidsenquêtes van Sciensano over de evolutie in het gebruik van psychofarmaca en psychotherapie in de Belgische bevolking gedurende de laatste vijftien jaar (Colman, Delaruelle, & Bracke, 2023a; Colman, Delaruelle, & Bracke, 2023b). Deze studie vergelijkt de evolutie tussen vier groepen mensen met een zelfverklaarde depressie: zij die enkel farmacologische behandeling volgden, zij die geen behandeling gevraagd of gekregen hebben, zij die enkel langsgingen bij een psychotherapeut of klinisch psycholoog en ten slotte zij die zowel antidepressiva namen als zich psychotherapeutisch lieten behandelen. Dit laatste, een combinatie van medicatie en psychotherapie, wordt algemeen beschouwd als een meer effectief behandelingspatroon. De resultaten tonen aan dat een louter medicamenteuze behandeling de voorbije jaren plaats aan het maken is voor een gecombineerde psychotherapeutische/medicamenteuze behandeling. Maar uit analyses volgens scholingsgraad blijkt dat deze shift naar meer effectieve dienstverlening zich vooral voordoet bij mensen die langgeschoold zijn (tertiair onderwijs of meer). We stellen dus vast dat de toename van het aanbod van psychotherapeutisch helpen bijdraagt tot een toename van de kloof in de toegang tot effectieve hulpverlening. Sociologische theorieën verklaren dit vanuit de wijze waarop de zorg georganiseerd is en geven hiermee tegelijk aan dat dit niet zo hoeft te zijn.

3.3. Hoe kunnen we impact hebben op de volksgezondheid en op de ongelijkheid?

In het laatste deel van zijn presentatie gaat Piet Bracke in op de factoren waarmee rekening moet worden gehouden bij het organiseren van interventies opdat die een impact zouden hebben op de volksgezondheid en op de ongelijkheid in mentale gezondheid. Hij gaat ook in op de factoren die ertoe bijdragen dat dienstverlening de ongelijkheid reproduceert. Hij doet dit aan de hand van drie tweedelingen.

3.3.1. Maatschappelijk preventief versus klinisch curatief

Een eerste factor heeft te maken met het onderscheid tussen maatschappelijk preventief werken versus klinisch curatief. **Alle factoren die inwerken op de fundamentele oorzaken van mentale gezondheid en ongelijkheid hierin, zijn in staat hier een belangrijke rol te spelen en dus impact te hebben op de volksgezondheid en de ongelijkheid in mentale gezondheid** (= maatschappelijk preventief). Alle

factoren die ons weg brengen van het populatieniveau en er ons toe brengen louter curatief in te zetten op zij die beschouwd worden als zijnde hogericisogroepen, hebben zeer weinig consequenties voor de volksgezondheid en voor de ongelijkheid in mentale gezondheid (= klinisch curatief). Dit betekent uiteraard niet dat curatieve interventies voor de hoogerisicogroepen niet zeer relevant en zinvol zijn voor wie geconfronteerd wordt met deze problematiek. Het betekent in deze context bijvoorbeeld wel dat middelen die gebruikt worden om meer doelgericht te zoeken naar de risicofactoren bij mensen met suïcidale ideatie, beter ingezet kunnen worden op de reorganisatie van het onderwijs. Deze reorganisatie kan ervoor zorgen dat het onderwijs in veel geringere mate dan nu het geval is, de sociale klassenverschillen in de samenleving reproduceert naar de volgende generatie.

3.3.2. Complex versus eenvoudig

Een tweede onderscheid is dat tussen complex versus eenvoudig. Uit studies weten we dat **interventies die complex zijn, de ongelijkheid in gezondheid reproduceren, in tegenstelling tot makkelijk te implementeren interventies**. Dit geldt niet alleen voor het domein van de mentale gezondheid, maar voor alles binnen de domeinen gezondheid, gezondheidspromotie en gezondheidspreventie. Zo is een behandeling voor depressie enkel via de huisarts en door het nemen van medicatie een zeer eenvoudige manier van behandelen. En een dergelijke aanpak draagt niet bij tot het reproduceren van ongelijkheid. Daarentegen is het volgen van familietherapie bij een gespecialiseerde psycholoog of seksuoloog met een kantoor in een ziekenhuis aan de rand van de stad wel een complexe interventie die bovendien bijdraagt tot de reproductie van ongelijkheid. Die complexe interventies vragen immers de motivatie van de cliënt. Appelleren op de motivatie en op bepaalde competenties van cliënten, zorgt ervoor dat men mensen aantrekt die aan deze vereisten kunnen beantwoorden, bijvoorbeeld langgeschoolden.

3.3.3. Structure versus agency

Ten slotte is er nog de tweedeling tussen *structure* en *agency* of het verschil tussen enerzijds inwerken op de condities en anderzijds op de competentie en de handlingsdoeltreffendheid van individuen. Sommige interventies appelleren op de handlingsdoeltreffendheid van individuen. Wanneer men bijvoorbeeld iets wil doen aan de fysieke activiteit van mensen, hen meer willen laten bewegen in de stad, dan kan in een bepaalde buurt waar geen groen is, geïnvesteerd worden in de aanleg van een park.

Het is geweten dat alleen al door buurten te vergroenen, mensen meer fysieke activiteiten zullen vertonen, ze meer naar buiten zullen komen, wat dan weer een zeer gunstig effect heeft op de levenskwaliteit en de gezondheid van mensen. Een nieuw fietspad aanleggen daarentegen dat mensen toelaat meer de fiets te gebruiken en zo iets te doen aan hun fysieke conditie, zorgt voor een toename van de ongelijkheid. Immers, het fietspad op zich verbetert de fysieke conditie niet, men moet er als fietser gebruik van maken.

Als we dit doortrekken naar het domein van de geestelijke gezondheid, betekent dit dat **ingezet moet worden op het veranderen van de condities in de wijken**. Zo moet gestreefd worden naar een eerstelijnsgeestelijke gezondheidszorg in samenwerking met de wijkgezondheidscentra, naar een aanwezigheid in de buurten. Dit zal ertoe bijdragen dat de afstand tussen de achtergestelde, kwetsbare groepen in preciaire buurten en zij die instaan voor de dienstverlening kleiner wordt.

3.4. Conclusie

Bij wijze van besluit herhaalt Piet Bracke dat heel veel van wat binnen de geestelijke gezondheidszorg gedaan wordt of vooral gedaan is, irrelevant was voor de volksgezondheid en de sociale ongelijkheid in mentale gezondheid reproduceerde. Dit verhaal is intussen gelukkig steeds meer achterhaald en recente evoluties zullen er waarschijnlijk in slagen om dit tij te keren.

4. Eva Kestens: Laten we luisteren naar de wijsheid van kinderen

In haar presentatie gaat dr. Eva Kestens, kinder- en jeugdpsychiater en lid van vzw KIEM³, in op wat kinderen en jongeren en hun brein nodig hebben om volop te kunnen ontwikkelen. Voor haar lezing baseert ze zich onder meer op een aantal uitspraken van kinderen en jongeren uit een rapport van Unicef⁴ en de daarbij horende video. Ze pleit ervoor om meer gehoor te geven aan de stemmen van kinderen en jongeren die vaak wijzer zijn dan we denken. Kestens bespreekt de oorzaken en beschermende factoren van psychopathologie bij kinderen en jongeren, en neemt ons vervolgens mee in het verhaal van hun ontwikkelende brein. Want als we de mentale gezondheid van kinderen en jongeren beter willen begrijpen en beschermen, dan is het cruciaal dat we hen benaderen als een groep met een eigen context, eigen noden en eigen ervaringen.

4.1. Psychopathologie bij kinderen en jongeren

Wat weten we intussen over **psychopathologie bij kinderen**? In de meeste onderzoeken zien we een gausscurve als het gaat over de verdeling van psychische kwetsbaarheid en hoeveel kinderen een bepaalde psychische kwetsbaarheid vertonen. Dit betekent dus dat er een normale verdeling is over de onderzochte populatie.

Kijken we naar de oorzaken van deze kwetsbaarheden, dan zien we dat genetische factoren een rol spelen (bijvoorbeeld ouders met een psychische kwetsbaarheid), net als iemands temperament. Maar ook tal van **omgevingsfactoren beïnvloeden de kans om in het latere leven psychologische problemen te ontwikkelen**. Bij deze omgevingsfactoren zijn de belangrijkste in negatieve zin: **negatieve levensgebeurtenissen en chronische stress**. Tijdens de COVID-19-pandemie is vastgesteld dat heel wat gezinnen veel stress hebben ervaren en dat dit ook gevolgen had voor het welbevinden in deze gezinnen.

3 Het Kiem-team wil de samenleving en zorgvertrekkers inspireren door het uitwisselen van inzichten en ervaringen rond trauma en herstel bij kinderen en jongeren. Meer info op: Home | Kiem Team.

4 U kunt het rapport van Unicef raadplegen op: What do you think rapport 2022 NL LR.pdf (unicef.be).

Ook wat betreft veerkracht (die beschermend kan werken), zijn zowel de genetische factor als iemands temperament medebepalend. Maar opnieuw spelen omgevingsfactoren een belangrijke rol. In wat voor nest word je geboren? Hoeveel steun is er in je omgeving? Het gaat dan vooral over de ouders, maar zeker ook over de mensen rondom de ouders, het netwerk waar ze beroep kunnen op doen. De COVID-19-periode heeft heel duidelijk gemaakt dat er in onze samenleving grote verschillen zijn tussen kinderen en dat niet alle kinderen opgroeien in een gezin dat op een groot netwerk kan terugvallen. Dit betekent ook dat heel wat kinderen in die periode niet konden rekenen op beschermende omgevingsfactoren.

4.2. Onderzoek naar vroegtijdige traumatische ervaringen

Kestens besteedt in haar presentatie veel aandacht aan de impact van vroegtijdige traumatische ervaringen, wellicht beter bekend als **Adverse childhood experiences (ACE's)**. Als kinderen zo een ervaring meemaken of blootgesteld worden aan chronische stress, verhoogt hun kans op psychologische problemen.

De **bekende ACE-studie** van Felitti (Felitti, 1998) peilde bij volwassenen naar **blootstellingen aan bepaalde situaties** in hun kindertijd, zoals fysiek en verbaal geweld, emotionele verwaarlozing, samenwonen met een ouder met psychische problemen, het hebben van een familielid met een alcohol- of drugsprobleem of het gescheiden worden van de ouders. Voor de eerste ACE-studie, daterend van meer dan twintig jaar geleden en uitgevoerd in de maatschappelijke context van toen, is het belangrijk om mee te geven dat deze overwegend betrekking had op een blanke middenklasse, op 'witte' Amerikanen. Intussen weten we immers ook dat aanhoudend pesten en racisme en discriminatie belangrijke bronnen van stress zijn, en dus ook als vroegtijdige traumatische ervaringen beschouwd moeten worden. Personen met een andere huidskleur of personen met een beperking hebben hier vaker mee te maken wat hun risico verhoogt op psychologische problemen.

De ACE-studie toonde ook aan dat het doormaken van één of meerdere vroegtijdige traumatische ervaringen (uitgedrukt in een ACE-score) **niet enkel het risico op mentale problemen verhoogt, maar ook op fysieke klachten**, zoals auto-immuunaandoeningen, hart- en vaatziekten en zelfs

kanker. Toch worden deze ervaringen in de praktijk niet steeds even goed onderkend of met de nodige aandacht behandeld. Tijdens de COVID-19-periode zagen we een hogere prevalentie van huiselijk geweld, seksueel misbruik, en had men minder netwerk om op terug te vallen. Dus het risico op vroegtijdige traumatische ervaringen nam voor de meeste kinderen en jongeren toe.

In de studie van Felitti werd er niet enkel gekeken of iemand een van deze ervaringen had meegemaakt, maar werd ook gevraagd hoeveel steunende relaties iemand had (Felitti, 1998). De studie leert ons dat het aantal **steunende relaties** dat iemand heeft **een belangrijke buffer biedt tegen de gevolgen van deze vroege negatieve ervaringen**. Het omgekeerde is helaas ook waar. Alleen opgroeien zonder steunend netwerk op zich verhoogt het risico op comorbide ervaringen, zelfs zonder dat een kind een traumatische ervaring heeft. De **belangrijkste boodschap** is dus om **kinderen goed te omringen; niet alleen de kinderen maar ook hun ouders, want als de ouders goed omringd zijn, zijn meteen de kinderen goed omringd**.

Het is belangrijk dat we beseffen dat deze gebeurtenissen **effecten hebben op verschillende niveaus**: op het biologisch niveau, gender, op de manier waarop het brein ontwikkelt, welke breinstructuren aangelegd worden, onze stressregulatie, enz. De emotionele en gedragsproblemen die we zien, zijn maar een klein topje van de mogelijke effecten.

We spreken hier over gezondheid en voor dr. Kestens zijn dat mentale en lichamelijke gezondheid. Ze hoopt dat die opsplitsing niet langer gemaakt wordt.

Er zijn helaas weinig cijfers over het voorkomen van deze ervaringen bij kinderen en jongeren. We zijn in België niet goed in het verzamelen van cijfers. Hoeveel kinderen hebben dit soort dingen meegemaakt? Dr. Kestens verwijst naar een artikel uit de Lancet en een overzicht waarin het aandeel van kinderen wordt weergegeven dat één, twee of meer dan twee ACE's heeft meegemaakt (Hughes, et al., 2021). Als we kijken naar de cijfers in dit overzicht, dan lijkt het allemaal wel mee te vallen in België. Meer dan 70% heeft niets meegemaakt, 23,4% heeft één ACE meegemaakt en slechts 6 of 8% heeft twee of meer ACE's meegemaakt. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat **30% dat twee of meer ACE's heeft meegemaakt** een realistischer percentage is. Deze schatting is gebaseerd op cijfers in landen die beter zijn in het bijhouden van statistiek.

4.3. Houd rekening met het ontwikkelende brein van kinderen

In het filmpje van Unicef⁵ zeggen kinderen dat er een verschil is tussen een 12- of 17-jarige. Ze wijzen er terecht op dat kinderen geen kleine volwassenen zijn. Als we terugblikken op de COVID-19-pandemie, stellen we vast dat er eerst naar volwassenen geluisterd is en het uitgangspunt daarbij was: wat goed is voor volwassenen is ook goed voor kinderen. Vanuit het oogpunt van het brein is dit een vreemde redenering. Het brein van kinderen en jongeren is immers nog volop in ontwikkeling, dit in tegenstelling tot het volwassen brein dat volledig gevormd is. Het is pas rond de leeftijd van 25 jaar dat het brein volledig ontwikkeld is. **Een brein in ontwikkeling moet nog heel wat zaken leren.** Het is ook daarom dat bepaalde ontwikkelingen op een bepaald tijdstip gebeuren: leren praten, leren stappen, naar de lagere school op 6 jaar. **De periode van 0-3 jaar** is de periode waarin gigantisch veel geleerd wordt, **op geen ander ogenblik in ons leven leren we zoveel.** Ook nadien blijven ze meer leren dan wat we leren als we volwassen zijn. Er werd tijdens de schoolsluitingen in de COVID-19-periode vooral naar cognitief leren gekeken, maar leren is meer dan enkel cognitief leren. Het houdt ook in hoe we omgaan met onze emoties (kunnen we onze emoties onder controle houden, hoe kan ik snappen wat ik voel?) en het aanleren van sociale vaardigheden. Dit zijn allemaal zaken die kinderen en jongeren nog moeten leren en die toen *on hold* werden gezet.

Kinderen kunnen daarom niet gezien worden als kleine volwassenen. We moeten kinderen dus geven wat ze nodig hebben en op het juiste moment. Het is belangrijk om hiermee rekening te houden, niet in het minst in relatie tot het tijdig verstrekken van hulp. **Want wanneer we dit niet doen, berokkenen we hen schade.** Tijdens de COVID-19-pandemie was er echter heel weinig aandacht voor de problemen waar kinderen en jongeren melding van maakten. Het kon toch allemaal niet zo erg zijn, hoorden kinderen en jongeren geregeld. Dit is echter een foute redenering, net omwille van het feit dat het brein nog volop in ontwikkeling is, was de situatie tijdens de COVID-19-pandemie veel moeilijker voor jongeren dan voor volwassenen.

4.4. Laat kinderen niet wachten op hulp

Kinderen en jongeren lang laten wachten op psychologische hulp is, gezien de onvolledige ontwikkeling van het brein, geen goede zaak. We laten dan belangrijke momenten voorbijgaan, aangezien het op het moment van de hulpvraag is, dat ze bepaalde noden hebben. Door hen dan te laten wachten op hulp, zoals nu helaas vaak het geval is, doen we hen onrecht aan.

Hen niet of niet tijdig helpen heeft een hoge kost, zowel menselijk als op vlak van hun ontwikkeling. Zoals eerder aangehaald, leren kinderen heel veel op korte tijd en is hun brein nog voortdurend in ontwikkeling. Wanneer er geen hulp geboden wordt, betekent het dat dit proces onderbroken wordt en levert dit een **achterstand** op. Kinderen kunnen immers na een lange wachttijd ook niet gewoon aanhaken bij hun vroegere klasgenoten en de draad eenvoudig terug opnemen. Ze lopen zo vertraging op, niet alleen op schoolvlak, maar ook in hun interactie met hun vrienden en vriendinnen. Dr. Kestens benadrukt dat ze er zeker geen voorstander van is om volwassenen te laten wachten op hulp, maar de gevolgen voor kinderen zijn nu eenmaal groter omwille van hun ontwikkelend brein. **De impact is zoveel groter voor kinderen en we moeten ook nog een keer de achterstand inhalen, dus de kost is dubbel.**

Om problemen te voorkomen, is inzetten op **preventie** belangrijk. Primaire preventie houdt in dat we de risicofactoren mee in kaart brengen, zoals ook het sociale aspect, armoede, huisvesting, pesten en dat we deze trachten te voorkomen of aan te pakken. Maar we moeten er ook voor zorgen dat **ouders tijd kunnen maken voor hun kinderen. Goed omringd zijn heeft immers een belangrijk beschermend effect.** Secundaire preventie houdt in dat we aan vroegdetectie doen, maar er eveneens voor zorgen dat we op tijd met een behandeling starten als we een probleem vaststellen. Tertiaire preventie betekent dat als we een probleem vaststellen, we aan kwalitatieve behandeling doen en doen wat nodig is om herval te voorkomen.

5 Het filmpje kan worden bekeken op: 'Luister naar ons, zodat je ons kan helpen.' | UNICEF BELGIUM - YouTube <https://www.youtube.com/watch?v=6GA0e7KMKgU>.

4.5. Laat kinderen spelen, omring hen met natuur en dieren

Kinderen uit het filmpje van Unicef die in psychiatrie verbleven, vroegen een groter voetbalveld en dieren. Het klinkt triviaal, maar ook hier hebben de kinderen weer gelijk. Kinderen **ontwikkelen ook door te spelen**, niet op een *spelconsole* of een computer, maar wel door buiten te spelen in de natuur. Zo oefenen ze fijne en grove motoriek, ontwikkelen ze concentratie en relationele vaardigheden. Dit alles draagt bij aan het opbouwen van veerkracht. Daarom moeten we ervoor zorgen dat er **genoeg natuur** is, waar kinderen kunnen spelen. Ook tijdens de pandemie zagen we dat heel wat personen de natuur opzochten en daar baat bij hadden om tot rust te komen. Ook voor kinderen is de natuur een plek waar ze leren en tot rust kunnen komen, een kalm brein terugvinden en zo ook veerkracht opbouwen. Een kalm brein is ook nodig om te kunnen leren. Na de pandemie zagen we dat de focus sterk kwam te liggen op de leerachterstand die kinderen hadden opgelopen, hoewel die inherent is aan het niet naar school kunnen en dus het niet echt verrassend was. Deze focus zorgde ervoor dat de druk verhoogd werd en dat kinderen gepenaliseerd werden voor de opgelopen leerachterstand. **Maar misschien hadden we ons de vraag moeten stellen: Hoe hadden we ervoor kunnen zorgen dat ze voldoende op school hadden kunnen zijn?** En hoe zorgen we ervoor dat kinderen een kalm brein hebben, iets dat nodig is om te kunnen leren?

Niet alleen natuur en spel hebben een gunstig effect op kinderen, maar ook **dieren**. Bij dieren vinden kinderen **steun en rust**, en ze bieden hen kansen tot relationeel leren. **Natuur kan een helpende factor zijn om bij te dragen aan hun mentaal welbevinden.**

4.6. Betrek de ouders en familie van kinderen

Met de uitdrukking *'so goes the child, so goes the family'*, wil dr. Kestens aangeven dat een kind altijd met diens ouders komt. Je kan een kind dan ook niet helpen, als je ook niet de ouders helpt. Daarom is het belangrijk dat we **ouders ondersteunen**. Als ouders hoge stressniveaus hebben, of zelf traumatische ervaringen hebben meegemaakt die hun ouderschap bepalen, dan moeten we ook hen kunnen helpen.

Voor kinderen kan een groter netwerk resulteren in meer steunfiguren en dat kan een positieve en beschermende invloed hebben. Kinderen hebben hun ouders en andere steunende figuren nodig. Het is belangrijk dat ook leerkrachten de noden van kinderen zien, ook zij kunnen steunfiguren zijn, net zoals iemand uit de jeugdbeweging of de sportclub. Deze sociale contacten hebben zoals reeds aangehaald een beschermend effect. Het is belangrijk om hierop in te zetten.

4.7. Neem kinderen hun problemen ernstig

In een Unicef rapport van 2021 zien we dat **zelfdoding** in West-Europa **de tweede belangrijkste doodsoorzaak** is bij jongens en meisjes tussen 16-19 jaar (UNICEF, 2021)⁶. Overlijden ten gevolge van een verkeersongevallen staat op de eerste plaats. Pas nadien komen lichamelijke problemen, zowel aandoeningen ten gevolge van druggebruik en leukemie staan lager in de ranglijst, respectievelijk op de vierde en vijfde plaats.

Eva Kestens vraagt deze cijfers even te laten bezinken. Zelfdoding is de tweede belangrijkste doodsoorzaak. Volgens stelt ze de vraag of je, kijkend naar de cijfers en deze laat doordringen, **je dan nog kan uitleggen dat we deze jongeren niet onmiddellijk helpen als ze zich aanmelden op spoed en dat we regelmatig genoodzaakt zijn ze naar huis te sturen, omdat er geen plaats is en hen vragen te wachten tot er plaats is?** Als we dit met een kind met kanker zouden doen (wat een minder belangrijke doodsoorzaak is), zouden we aangeklaagd worden, maar onze maatschappij draait zijn hoofd als het gaat om zelfdoding, als het gaat om mentale problemen.

4.8. Niet behandelen kost meer dan preventie

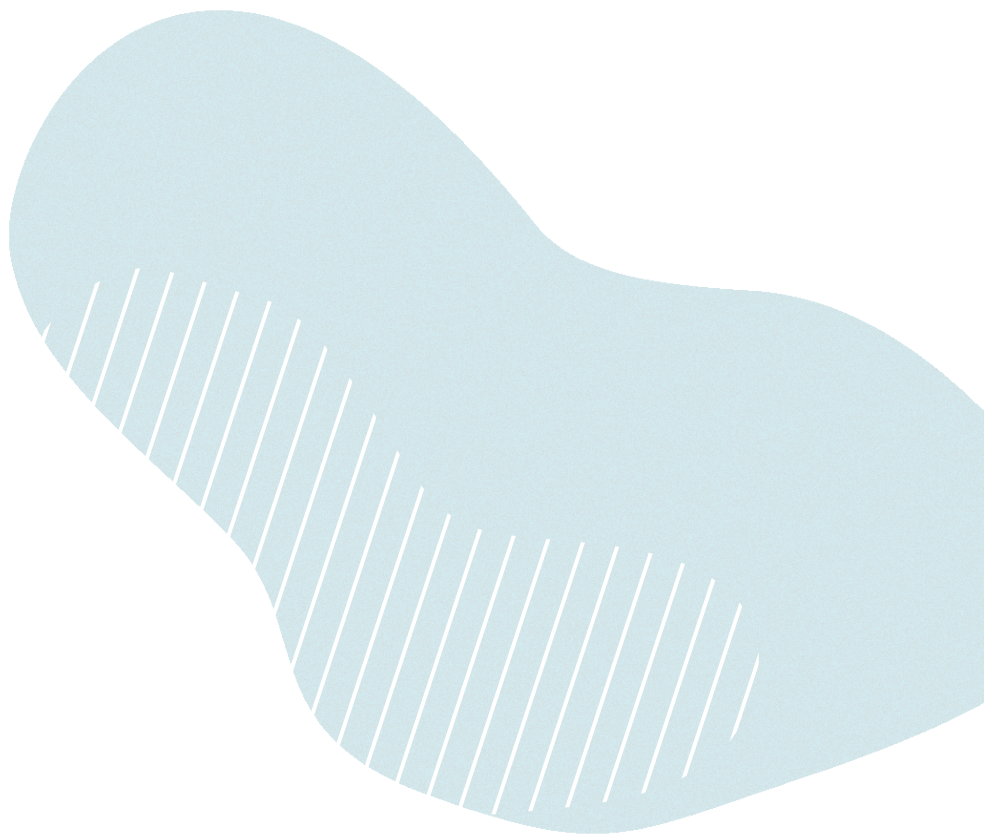
De **kost** voor de gezondheidszorg ten gevolge van het doormaken van **vroegtijdige traumatische ervaringen** wordt in Europa geschat op 580 miljard dollar. Het verminderen van de groep kinderen die dergelijke ervaringen meemaakt met 10%, wat niet veel is, zou resulteren in drie miljoen minder verloren gezonde levensjaren en een besparing van 105 miljard dollar (UNICEF, 2021).

6 SOWC-2021-full-report-English.pdf (unicef.org).

Deze cijfers geven duidelijk aan dat investeringen in kinderen en hun ouders, in hun ondersteuning, enorme gezondheidsvoordelen met zich kan meebrengen, die de druk op het gezondheidssysteem in de toekomst verminderen en dus niet enkel vanuit menselijk, maar ook vanuit economisch oogpunt gunstig zijn.

4.9. Conclusie

In haar lezing roept Eva Kestens beleidsmakers op te luisteren naar kinderen. Ze dringt eveneens aan op het **sneller behandelen** van kinderen met psychologische problemen en hun problemen ernstig te nemen. **Uitstel** van deze hulp maakt de kost alleen maar groter en heeft **negatieve gevolgen voor de ontwikkeling van kinderen**. In termen van preventie is het belangrijk om de **ouders goed te omringen**, maar ook om kinderen voldoende speel- en ontwikkelingskansen te geven die verder gaan dan enkele het cognitieve. **Natuur** om in te spelen en **huisdieren** hebben hier zeker een plaats.



Bibliografie

- Avalosse, H., Noirhomme, C., & Cès, S. (2022). Ongelijk in gezondheid. *Gezondheid & Samenleving*, 4, 6-30.
- Barbalat, G., & Franck, N. (2020). Ecological study of the association between mental illness with human development, income inequalities and unemployment across OECD countries. *BMJ open*.
- Bracke, P., Delaruelle, K., Deruedde, R., & Van de Velde, S. (2020). Depression in woman and men, cumulative disadvantage and gender inequality in 29 European countries. *Social Science & Medecine*, 267, 113354.
- Buffel, V., Van de Velde, S., & Bracke, P. (2014). Professional care seeking for mental health problems among men and women in Europe: the role of socioeconomic, family-related and mental health status factors in explaining gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 1641-1653.
- Case, A., & Deaton, A. (2020). *Deaths of Despair and the Future of Capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Colman, L., Delaruelle, K., & Bracke, P. (2023a). *The socialization power of education: approaching the social gradient in treatment for self-reported depression in Belgium between 2004 and 2008. Working paper*. Gent: UGent.
- Colman, L., Delaruelle, K., & Bracke, P. (2023b). The stratified medicalisation of mental health symptoms: educational inequalities in the use of psychotropic medication in Belgium. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58, 833-842.
- Felitti, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 4, 245-258.
- Finkelstein, A., Taubman, S., Wright, B., Bernstein, M., Gruber, J., Newhouse, J. P., . . . Baicker, K. (2012). The Oregon health insurance experiment: Evidence from the first year. *The Quarterly Journal of Economics*, 127(3), 1057-1106.
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Arffman, M., Lumme, S., Pirkola, S., Keskimäki, I., . . . Böckerman, P. (2019). Mental disorders and long-term labour market outcomes: nationwide cohort study of 2 055 720 individuals. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 140(4), 371-381.
- Hoff, K., & Pandey, P. (2004). WorldBankPolicyResearch.
- Hughes, K., Ford, K., Bellis, M. A., Glendinning, F., Harrison, E., & Passmore, J. (2021). Health and financial costs of adverse childhood experiences in 28 European countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 6(11), e848 - e857.
- Kuhn, A., Lalive, R., & Zweimüller, J. (2009). The public health costs of job loss. *Journal of Health Economics*, 28(6), 1099-1115.
- Layte, R., & Whelan, C. (2014). Who feels inferior ? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health. *European Sociological Review*, 30, 525-535.
- Lindqvist, E., Ostling, R., & Cesarini, D. (2018). Long-Run Effects of Lottery Wealth on Psychological Well-Being. *NBER Working Paper No. w24667*.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigall, J., Joska, J. A., . . . Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71(3), 517-528.
- Mani, A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty Impedes Cognitive Function. *Science*, 341(6149), 976-980.
- Milanovic, B. (2016). *Global Inequality: A New Approach for the Age of Globalization*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mullainathan, S., & Shafir, E. (2013). *Scarcity: Why Having Too Little Means So Much*. New York: Henry Holt and Company.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089-1095.
- Pickett, K., & Wilkinson, R. (2010). Inequality: An underacknowledged source of mental illness and distress. *The British Journal of Psychiatry*, 197(6), 426-428.
- Pierce, J. R., & Schott, P. K. (2020). Trade Liberalization and Mortality: Evidence from US Counties. *American Economic Review: Insights*, 2(1), 47-64.
- Piketty, T. (2019). « La fiscalité est le prolongement concret des idéologies » . *Richard Werly [entretien avec Thomas Piketty], Le temps, n° 6515*.
- Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. (2011). Relationship Between Household Income and Mental Disorders: Findings From a Population-Based Longitudinal Study. *Archives Of General Psychiatry*, 68(4), 419-427.
- Schor, J. (1997). *A structural critique of Consumption: Inequality, Globalization and the Aspirational Gap*. Harvard University. Opgehaald van schor-juliet-inequalitypdf.pdf (undp.org)
- Schor, J. (2004). *Born to Buy: The Commercialized Child and the New Consumer Culture*. New York, London, Toronto, Sydney: Scribner.
- UNICEF. (2021). *The State of the World's Children 2021, On My Mind – Promoting, protecting and caring for children*. New York: UNICEF.
- Veblen, T. (2007). *The Theory of the Leisure Class*. Oxford: Oxford University Press.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2013). *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous*. Paris: Les petits matins.
- Wilkinson, R., & Pickett, K. (2020). *Pour vivre heureux, vivons égaux*. Paris: Les liens qui libèrent.
- Zapata Moya, Á., & Navarro Yañez, C. (2021). Urban regeneration policies and mental health in a context of economic crisis in Andalusia (Spain). *Journal of Housing and Built Environment*, 36(2), 393-405.