

GERBEN J. WESTERHOF & COREY L.M. KEYES

Geestelijke gezondheid is meer dan de afwezigheid van geestelijke ziekte

Iemand met een psychische stoornis blijkt niet automatisch geestelijk ongezond te zijn. Het omgekeerde geldt ook. Deze bevinding is van belang voor het volksgezondheidsbeleid én voor de individuele hulpverlening.

Geestelijke gezondheid is lange tijd simpelweg gedefinieerd als de afwezigheid van psychische problemen. Traditioneel richt de geestelijke gezondheidszorg zich dan ook op de behandeling en preventie van geestelijke stoornissen. Daaronder verstaat men substantiële en aanhoudende afwijkingen van het normale functioneren, die gepaard gaan met emotioneel lijden en beperkingen in het functioneren (Spitzer & Wilson, 1975). Dat het hier gaat om een fenomeen met grote impact, staat buiten kijf: angststoornissen en depressie/dysthymie staan beide in de top vijf van ziektes met het grootste aantal 'disability adjusted life years', een maat die het aantal verloren jaren door vroegtijdig sterven combineert met het aantal jaren dat de ziekte beperkingen veroorzaakt (Hoeymans e.a., 2007). Het is echter de vraag of een reductie van het aantal stoornissen ook resulteert in een populatie die daadwerkelijk geestelijk gezond is (Keyes, 2007). De afgelopen jaren zocht men daarom naar een definitie die het begrip geestelijke gezondheid op een positieve wijze omschrijft. Dat leidde tot een belangrijke nieuwe vraag: is geestelijke gezondheid wel hetzelfde als de afwezigheid van geestelijke ziekte? Impliceert de afwezigheid van emotioneel lijden en van functieproblemen automatisch de aanwezigheid van positieve gevoelens en optimaal functioneren? Zijn gezondheid en ziekte uiteinden van eenzelfde

dimensie of zijn ze twee afzonderlijke dimensies, die onafhankelijk van elkaar invloed hebben op het functioneren van mensen?

In dit artikel beschrijven we ons onderzoek naar de vraag of er onder Nederlandse volwassenen een verband is te vinden tussen geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid. Daarnaast bekijken we of en in hoeverre geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid elk apart gerelateerd zijn aan 'rolbeperkingen'. Rolbeperkingen verwijzen naar de mate waarin mensen belemmerd zijn in alledaagse activiteiten (zoals een eindje lopen, trappen opgaan, zelfverzorging), sociale activiteiten en werk of scholing. Rolbeperkingen spelen immers een belangrijke rol in de definitie van geestelijke ziekte (Spitzer & Wilson, 1975) en zoals we zullen zien ook in die van geestelijke gezondheid (WHO, 2004). Maar eerst beschrijven we beknopt de pogingen om een positieve definitie van geestelijke gezondheid op te stellen, en enkele bevindingen van eerder onderzoek naar het verband tussen geestelijk welbevinden en geestelijke ziekte.

Een positieve definitie van geestelijke gezondheid

De Wereld Gezondheidsorganisatie WHO beschrijft geestelijke gezondheid als volgt: 'a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community' (WHO, 2004, p. 12) Deze brede definitie omvat drie centrale concepten: het individueel welbevinden, het effectief functioneren van het individu, en het effectief functioneren in de maatschappij. Deze concepten komen overeen met drie concepten uit de psychologische literatuur over welbevinden: subjectief welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden (zie tabel 1). Subjectief welbevinden gaat om levenstevredenheid en positieve gevoelens zoals geluk, interesse en plezier in het leven (Diener, 1984; Diener e.a., 1999). In de jaren zestig en zeventig onderzochten Amerikaanse onderzoekers de kwaliteit van leven in de samenleving vanuit het subjectieve perspectief van de inwoners zelf, met als doel sociale verandering te monitoren en politiek beleid te verbeteren (Andrews & Whithey, 1976; Bradburn, 1969; Campbell e.a., 1976). De laatste twee decennia is een onderzoeksstroming ontstaan die sterker de nadruk legt op optimaal functioneren in plaats van het ervaren van tevredenheid en geluk: niet geluk maar zelfverwerkelijking zou het hoogste goed voor de mens zijn. (Verwijzend naar filosofische achtergronden wordt er ook wel gesproken van eudaimonisch versus hedonistisch welbevinden; zie bijvoorbeeld Waterman, 1993). De meest complete uitwerking van dit gezichtspunt vinden we in het werk van Carol Ryff (1989; Ryff & Essex, 1991).

Tabel 1 **Overzicht van componenten van welbevinden****Subjectief welbevinden**

levenstevredenheid	een gevoel van tevredenheid, vrede en voldoening; je wensen en behoeften verschillen weinig van wat je bereikt en presteert
positieve gevoelens	geluk, interesse en plezier in het leven

Psychologisch welbevinden

zelf-acceptatie	een positieve houding ten opzichte van jezelf hebben; de verschillende aspecten van jezelf erkennen en accepteren; je positief voelen over je leven tot nu toe
persoonlijke groei	het gevoel hebben van continue ontwikkeling en mogelijkheden; open staan voor nieuwe ervaringen; steeds meer begrijpen en het gevoel hebben effectief te zijn
doel in het leven	doelen en richting in het leven hebben; het verleden als zinvol ervaren; overtuigingen hebben die het leven richting geven
omgevingsbeheersing	je in staat voelen om met een complexe omgeving om te gaan; een omgeving kiezen of creëren die bij je past
autonomie	zelfbepalend, onafhankelijk zijn, jezelf van binnenuit bepalen; weerstand bieden aan sociale druk; jezelf evalueren met je eigen persoonlijke standaarden
positieve relaties	warme, bevredigende en vertrouwelijke relaties hebben; geïnteresseerd zijn in het welzijn van anderen; in staat zijn tot sterke empathie, affectie en intimiteit; begrip hebben voor het geven en nemen in menselijke relaties

Sociaal welbevinden

sociale acceptatie	positieve houding hebben ten opzichte van anderen; in het algemeen andere mensen erkennen en accepteren, ondanks hun soms moeilijke en lastige gedrag
sociale actualisatie	Eraan bijdragen en geloven dat de maatschappij zich op een positieve manier ontwikkelt; geloven dat de maatschappij de mogelijkheid heeft positief te groeien; geloven dat de maatschappij mogelijkheden realiseert
sociale contributie	Het gevoel hebben dat je iets waardevols te geven hebt aan de maatschappij; denken dat je dagelijkse activiteiten gewaardeerd worden door de gemeenschap
sociale coherentie	een sociale wereld zien die te begrijpen is, logisch en voorspelbaar; zorgen voor en geïnteresseerd zijn in de samenleving en de omgeving
sociale integratie	je een deel voelen van een gemeenschap; geloven dat je behoort bij, ondersteund wordt door en dingen deelt met de gemeenschap

Zij was ontevreden over de manier waarop welbevinden gemeten werd en ging op zoek naar een steviger theoretische verankering van het begrip. Na studie van de levensloopspsychologie, de humanistisch geïnspireerde psychologie en de persoonlijkheidspsychologie vond ze zes criteria die een belangrijke rol spelen: zelfacceptatie, autonomie, omgevingsbeheersing, persoonlijke groei, doelgerichtheid en positieve relaties met anderen (zie tabel 1). Elk van deze dimensies is essentieel in het individuele streven om het eigen potentieel te realiseren. Samen bepalen ze het gevoel van ‘psychologisch welbevinden’. Dit komt overeen met een subjectieve inschatting van het effectief functioneren van het individu uit de WHO-definitie.

Corey Keyes, een leerling van Ryff, vond de criteria voor psychologisch welbevinden te sterk gericht op het eigen individu. Hij pleitte er daarom voor om meer aandacht te besteden aan de ervaring van *sociaal* welbevinden (Keyes, 1998). Hij bestudeerde daartoe het werk van sociologen en sociaal psychologen en vond in hun werk vijf gemeenschappelijke dimensies die volgens hem gezamenlijk het sociaal welbevinden bepalen (zie tabel 1): het begrijpen van de samenleving (sociale coherentie), het aanvaarden van de aard van de mens (sociale acceptatie), het gevoel dat de maatschappij zich positief ontwikkelt (sociale actualisatie), het gevoel deel te zijn van de maatschappij (sociale integratie) en het leveren van een bijdrage aan de maatschappij (sociale bijdrage). Deze vijf criteria beschrijven dus een persoon die een positieve visie heeft op de maatschappij, zich er thuis voelt en erin participeert. Overeenkomstig de WHO-definitie vormen ze een subjectieve inschatting van het effectief functioneren voor de maatschappij.

Meer recent betoogde Keyes (2005; 2007) dat positieve geestelijke gezondheid zowel subjectief, psychologisch als sociaal welbevinden omvat. Hij maakte daartoe de vergelijking met de definitie van depressie, waarbij zowel gevoelens van *an-hedonie* (een neerslachtige stemming en interesseverlies) als beperkingen in het functioneren (zoals eet-, slaap- en concentratieproblemen) een rol spelen. Op soortgelijke wijze moet men om de geestelijke gezondheid van een persoon te bepalen kijken naar gevoelens van geluk, tevredenheid en interesse, maar óók of hij of zij optimaal functioneert in de zin van een psychologisch en sociaal welbevinden. Individuen bij wie zowel het subjectief als het psychologisch en sociaal welbevinden hoog is, omschrijft Keyes als *flourishing* ofwel florerend. Wanneer zowel het subjectief als het psychologisch en sociaal welbevinden laag is, spreekt hij over *languishing* ofwel verkommerend/wegkwijnend. De groep ertussenin heeft een gematigde geestelijke gezondheid (*moderate mental health*). We zien in deze benadering van geestelijke gezondheid dus de kernelementen uit de definitie van de WHO terug: het subjectief welbevinden in combinatie met eigen inschattingen van het effectief individueel en maatschappelijk functioneren.

Onderzoek naar welbevinden en stoornissen

Maar zijn geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte polen van dezelfde dimensie en impliceert de afwezigheid van ziekte dus de aanwezigheid van gezondheid? Of zijn ziekte en gezondheid twee afzonderlijke dimensies die onafhankelijk van elkaar invloed hebben op het functioneren van mensen? Keyes (2005) onderzocht deze vraag met data van de Midus-studie (Midlife Development in the United States), een representatief onderzoek onder Amerikanen tussen 25 en 74 jaar. In deze studie werden subjectief, psychologisch en sociaal welbevinden gemeten met behulp van verschillende schalen uit eerder onderzoek (Cantril, 1965; Mroczek & Kolarz, 1998; Ryff & Keyes, 1995; Keyes, 1998). Daarnaast werd de aanwezigheid van vier geestelijke stoornissen vastgesteld: de depressieve stoornis, de gegeneraliseerde angststoornis, de paniekstoornis, en alcoholafhankelijkheid (met de Composite International Diagnostic Interview (CIDI); Kessler e.a., 1998). De resultaten wezen uit dat het om twee gerelateerde dimensies gaat. Dat bleek ook in ander onderzoek (Keyes, 2005; 2006; Keyes e.a., 2008). Mensen die geestelijk ziek zijn, zijn over het algemeen ook minder geestelijk gezond, maar het verband is niet rechtevenredig. Keyes (2005) vond dat 10% van de deelnemers aan de Midus-studie weliswaar geen geestelijke stoornis heeft, maar toch een zwakke geestelijke gezondheid (*languishing*). Omgekeerd, mensen met een geestelijke stoornis hadden vaker een matige geestelijke gezondheid (15%) dan een zwakke geestelijke gezondheid (7%).

Meer studies tonen een relatieve onafhankelijkheid van geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid aan. Uit de literatuur over subjectief welbevinden blijkt dat positieve en negatieve affecten onafhankelijk van elkaar zijn (Larsen & Diener, 1992; Westerhof, 2001). Mensen definiëren levensproblemen ook op een heel andere manier dan waarden en doelen in het leven (Ryff & Essex, 1991; Westerhof e.a., 2001; Westerhof e.a., 2006). Het wordt ook steeds duidelijker dat positief en negatief welbevinden zelfs een verschillende fysiologische grondslag hebben (McAdams & Pals, 2006; Ryff e.a., 2006).

Het onderzoek naar de correlaten van geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid (Keyes, 2002; 2004; 2005; 2007; Keyes e.a., 2008) onderscheidt geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid nog verder door te laten zien dat beide op een eigen wijze samenhangen met lichamelijke gezondheid en productiviteit. Mensen die floreren én niet geestelijk ziek zijn, functioneren in alle opzichten beter dan mensen met een mindere geestelijke gezondheid en/of een geestelijke ziekte: zij zijn lichamelijk gezonder, maken minder gebruik van gezondheidszorg en zijn productiever in hun werk. Deze verschillende bevindingen tonen aan dat een populatie zonder

geestelijke ziekte nog niet automatisch optimaal geestelijk gezond is. Al met al kunnen we concluderen dat een volledige definitie van geestelijke gezondheid zowel de afwezigheid van stoornissen als de aanwezigheid van positieve gevoelens en optimaal psychologisch en sociaal functioneren dient te omvatten.

Onderzoek naar samenhang

Is er samenhang tussen geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid onder Nederlandse volwassenen? En in hoeverre zijn geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid onafhankelijk van elkaar gerelateerd aan rolbeperkingen? Om deze vragen te beantwoorden, is in dit artikel gebruik gemaakt van het LISS panel dat beheerd wordt door CentERdata (Langlopende Internet Studies voor de Sociale wetenschappen; Das e.a., zonder jaar). Dit is een representatief panel van 5.000 Nederlandse huishoudens die maandelijks via internet vragenlijsten invullen. De respons ligt tussen 60 en 70%. In een derde van de huishoudens die aan het panel deelnemen werd in december 2007 één persoon gevraagd om de Nederlandse versie van de Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) en de Brief Symptom Inventory (BSI) in te vullen (N=1663; respons 78%). 1.227 van deze respondenten beantwoordden ook vragen over rolbeperkingen. Lager opgeleiden en niet-westerse allochtonen zijn iets ondervertegenwoordigd in de hier gebruikte steekproef.

De MHC-SF (Keyes, 2005; 2006; Keyes e.a., 2008) is het meest complete instrument om geestelijke gezondheid te meten dat momenteel voorhanden is. De test is gebaseerd op eerdere instrumenten om subjectief, psychologisch en sociaal welbevinden te meten. Elk van de veertien items is theoretisch gestoeld op de dimensies van welbevinden in Tabel 1. De MHC-SF vraagt naar de frequentie van de aanwezigheid van uiteenlopende gevoelens gedurende de afgelopen maand, variërend van 1=nooit tot 6=elke dag.

De drie subschalen voor subjectief welbevinden, psychologisch welbevinden en sociaal welbevinden hebben onderling vrij hoge correlaties (tussen de .47 en .64), hetgeen ervoor pleit om ook met de totaalscore van de MHC-SF te werken. De betrouwbaarheid (Cronbach's Alpha) van de subschalen subjectief welbevinden en psychologisch welbevinden is .83 en die van de subschaal sociaal welbevinden is .74. De betrouwbaarheid van de totale schaal is .89. Het instrument levert dus een score voor elk van de drie dimensies van welbevinden, en een totaalscore voor geestelijke gezondheid. Deze laatste kan vervolgens gecategoriseerd worden in zwakke geestelijke gezondheid (*languishing*), gematigde en goede geestelijke gezondheid (*flourishing*). Geestelijke stoornissen werden gemeten met de BSI (Derogatis, 1975; De

Beurs, 2006; De Beurs & Zitman, 2006), een verkorte versie van de Symptom Checklist-90 (SCL-90; Arrindell & Ettema, 2003). Dit instrument vraagt naar de intensiteit van negen typen klachten gedurende de afgelopen week: somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid (i.e., sociale angst), depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Op grond van hun klachten werden mensen ingedeeld aan de hand van grensscores in drie groepen: waarschijnlijk zonder stoornis, vermoedelijk een stoornis en waarschijnlijk een stoornis (zie De Beurs, 2006).

Tot slot waren er vragen over rolbeperkingen, dat wil zeggen de mate waarin de lichamelijke gezondheid en emotionele problemen mensen belemmerd hebben in 1) alledaagse activiteiten, zoals een eindje lopen, trappen opgaan, zich aankleden, zich wassen, naar het toilet gaan; 2) sociale activiteiten, zoals vrienden of bekenden bezoeken; en 3) het werk, bijvoorbeeld in een baan, in het huishouden, of op school. Hier werden vijf antwoordcategorieën gebruikt, variërend van helemaal niet tot heel erg veel. Bij 9,6% van de onderzochte personen is waarschijnlijk sprake van een stoornis, bij nog eens 20,8% is vermoedelijk sprake van een stoornis en bij is 69,6% waarschijnlijk geen sprake van een stoornis.

Om de samenhang tussen geestelijke gezondheid en psychische klachten te bepalen, werd in eerste instantie de correlatie berekend van de totaalscore van de MHC-SF met de totaalscore van de BSI. Er bleek een gematigd significante samenhang tussen geestelijke ziekte en gezondheid te zijn ($r = -.32$; $p < .001$).

Tabel 2 Principale componentenanalyse met Varimax-rotatie voor de subschalen van de MHC-SF en de BSI (N=1663)

	Geestelijke ziekte	Geestelijke gezondheid
subjectief welbevinden	-0,37	0,73
sociaal welbevinden	-0,01	0,86
psychologisch welbevinden	-0,11	0,89
somatische klachten	0,62	-0,05
problemen in cognitieve functies	0,76	-0,12
interpersoonlijke sensitiviteit	0,79	-0,15
depressie	0,82	-0,27
angst	0,82	-0,12
hostiliteit	0,62	-0,10
fobische angst	0,71	-0,09
paranoïde klachten	0,76	-0,10
psychoticisme	0,79	-0,17
% verklaarde variantie	43,3	18,7

We bekeken de samenhang tussen de verschillende subschalen van de MHC-SF en de BSI met een principale componentenanalyse (tabel 2). In overeenstemming met de theorie en eerdere bevindingen van Keyes vonden we twee factoren, die we konden benoemen als geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid. Ze verklaren samen 62% van de variantie.

Tabel 3 Combinaties van geestelijke gezondheid en ziekte (N=1663)

	geestelijke gezondheid			totaal
	zwak	matig	goed	
geestelijke ziekte	<i>languishing</i>			<i>flourishing</i>
waarschijnlijk geen	1,8%	39,5%	28,3%	69,6%
vermoedelijk wel	1,4%	14,4%	5,1%	20,8%
waarschijnlijk wel	1,7%	6,3%	1,6%	9,6%
totaal	4,9%	60,2%	34,9%	100,0%

Tot slot zetten we de drie categorieën van geestelijke gezondheid af tegen de drie categorieën van psychopathologie. In tabel 3 is te zien dat er een relatie bestaat tussen geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid ($\chi^2(4)=113,2$; $p<.001$). Maar er zijn relatief grote groepen die afwijken van de diagonaal, hetgeen weer wijst op een relatieve onafhankelijkheid tussen de twee dimensies.

Tabel 4 Samenhang van MHC-SF en BSI met rolbeperkingen (N=1227)

	Rolbeperkingen		
	alledaagsleven	sociale activiteiten	werk
Geestelijke gezondheid (MHC-SF)			
subjectief welbevinden	-.21*	-.28*	-.31*
sociaal welbevinden	-.10*	-.12*	-.15*
psychologisch welbevinden	-.14*	-.15*	-.19*
totaal	-.16*	-.19*	-.23*
Geestelijke ziekte (BSI)			
Totaal	.30*	.44*	.42*

* $p<.001$

N.B. De vetgedrukte correlaties blijven significant als gecontroleerd wordt voor de score op de BSI dan wel de MHC-SF.

Welke relatie hebben geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte met rolbeperkingen? In tabel 4 is te zien dat zowel elk van de subschalen als de totaalschaal van de MHC-SF significant samenhangen met rolbeperkingen. Dit geldt ook voor de BSI-score. Geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte hangen ook los van elkaar samen met rolbeperkingen (blijkend uit partiële correlaties). Die correlaties bleven significant, met uitzondering van die voor sociale rolbeperkingen. Deze bevindingen wijzen erop dat geestelijke ziekte en geestelijke gezondheid deels apart verband houden met rolbeperkingen. Ook uit de indeling in de groepen blijkt een verband met rolbeperkingen. Naarmate de geestelijke gezondheid zwakker was, waren er meer rolbeperkingen (alledaagse rolbeperkingen ($F(2,1224)=12,8$; $p<.001$), sociale rolbeperkingen ($F(2,1224)=14,9$; $p<.001$) en rolbeperkingen in het werk ($F(2,1224)=24,5$; $p<.001$)). Hetzelfde gold wanneer er vermoedelijk of waarschijnlijk een geestelijke stoornis was (alledaagse rolbeperkingen ($F(2,1224)=50,4$; $p<.001$), sociale rolbeperkingen ($F(2,1224)=128,0$; $p<.001$) en rolbeperkingen in het werk ($F(2,1224)=98,2$; $p<.001$)).

Discussie

In deze studie onderzochten we de samenhang tussen geestelijke gezondheid en geestelijke ziekte. Geestelijke gezondheid definieerden we (in aansluiting op de WHO-definitie) als de aanwezigheid van subjectief welbevinden in combinatie met psychologisch en sociaal welbevinden (Keyes, 2007). Geestelijke ziekte definieerden we als een substantiële en aanhoudende afwijking van het normale functioneren (Spitzer & Wilson, 1975). Uit het onderzoek kunnen we concluderen dat geestelijke gezondheid weliswaar samenhangt met geestelijke ziekte, maar dat beide ook van elkaar te onderscheiden zijn. Deze bevindingen komen overeen met eerder onderzoek (Keyes, 2005; 2006; Keyes e.a., 2008).

Een punt van kritiek zou kunnen zijn dat de relatieve onafhankelijkheid een product is van de methode: de MHC-SF vraagt immers naar de frequentie van gevoelens gedurende de laatste maand, terwijl de BSI vraagt naar de intensiteit van gevoelens gedurende de laatste week. Wanneer de correlatie van de MHC-SF met de aanwezigheid van symptomen op de BSI berekend wordt (De Beurs, 2006), dus zonder de intensiteit van de gevoelens in aanmerking te nemen, is de relatie tussen beide schalen echter identiek. Dit wijst erop dat het hier niet gaat om een methodologisch artefact.

De indeling in groepen verduidelijkt dat er in Nederland relatief weinig mensen zijn met een zwakke geestelijke gezondheid (5% *languishing*) en veel met een goede geestelijke gezondheid (35% *flourishing*). Keyes (2005) en

Keyes e.a. (2008) vonden in de Verenigde Staten en in Zuid-Afrika een hoger percentage *languishing* (17% resp. 12%) en een lager percentage *flourishing* (18% resp. 20%).

Deze goede geestelijke gezondheid van Nederlanders zou ermee te maken kunnen hebben dat de huidige steekproef relatief veel hoogopgeleiden en weinig niet-westerse allochtonen kent. Echter, bij nadere vergelijking met de beide hierboven genoemde internationale studies blijken de Nederlanders met name hoger te scoren op subjectief welbevinden, maar niet op psychologisch en sociaal welbevinden. Ook het percentage dat vermoedelijk (10%) of waarschijnlijk (21%) een geestelijke stoornis heeft, is duidelijk hoger dan het percentage met een zwakke geestelijke gezondheid (5%). In de huidige steekproef vertoonden mensen dus geen algemene tendens om positief te antwoorden. Eerder duiden de bevindingen erop dat er inderdaad een multidimensionele benadering van geestelijke gezondheid en ziekte gebruikt moet worden om een compleet beeld te krijgen.

Geestelijke gezondheid is dus op te vatten als een toestand waarin niet alleen ziekte ontbreekt, maar waarin een individu tevens op een hoog subjectief, sociaal en psychisch peil functioneert. Deze bevinding heeft enkele belangrijke implicaties voor het veld van de geestelijke volksgezondheid, zowel op het maatschappelijke niveau -- de volksgezondheid -- als op het niveau van individuele hulpverlening. Op maatschappelijk niveau geldt dat pogingen om psychopathologie te reduceren niet per se een bevolking met een goede geestelijke gezondheid opleveren. Dit is van belang, omdat mensen die niet volledig geestelijke gezond zijn, op velerlei terreinen minder goed functioneren (Keyes, 2005; 2007). Zelfs bij afwezigheid van geestelijke ziekte zal een bevolking met een zwakke geestelijke gezondheid (*languishing*) ongetwijfeld hoge economische kosten opleveren. Het bevorderen van geestelijke gezondheid is echter niet alleen een middel tot kostenbesparing, maar ook een belangrijk beleidsdoel op zich. Het monitoren van de geestelijke gezondheid kan immers belangrijke beleidsinformatie opleveren waarmee de kwaliteit van leven verbeterd kan worden (Diener e.a., 2008).

De resultaten laten zien dat het van maatschappelijk belang is om niet alleen in te zetten op het behandelen en voorkómen van geestelijke ziekte, maar ook op het bevorderen van geestelijke gezondheid. Naast het terrein van de preventie van ziekte is langzamerhand dan ook het terrein van de 'mental health promotion' in opkomst (Jané-Llopis e.a., 2005). Met name de groep zonder psychische problematiek, maar met een zwakke of matige geestelijke gezondheid verdient hierbij aandacht. Deze groep functioneert in veel opzichten net zo slecht als de groep die wél een geestelijke ziekte heeft, en zou een verhoogd risico kunnen lopen op de ontwikkeling van psychopathologie (Keyes, 2007). Verder onderzoek is nodig om de

maatschappelijke, institutionele en individuele factoren te identificeren die bijdragen aan een zwakke geestelijke gezondheid. Omdat het bij geestelijke ziekte en gezondheid gaat om twee relatief onafhankelijke dimensies, kunnen we er niet zonder meer van uitgaan dat de risicofactoren voor een zwakke geestelijke gezondheid dezelfde zijn als die voor geestelijke ziekte (Keyes, 2007).

Daarnaast heeft ons onderzoek belangrijke implicaties voor de individuele hulpverlening. Als geestelijke ziekte en gezondheid twee relatief onafhankelijke dimensies zijn, heeft dat gevolgen voor de diagnostiek. Een zwakke geestelijke gezondheid lijkt niet zomaar te reduceren tot een subklinische vorm van pathologie (Keyes, 2007). In de diagnostiek is het daarom van belang niet alleen aandacht te besteden aan de aan- of afwezigheid van klachten, maar ook aan de aan- en afwezigheid van ‘symptomen’ van positief functioneren.

De behandeling van psychische problematiek zou ook anders kunnen verlopen bij een zwakke geestelijke gezondheid dan bij een matige tot goede geestelijke gezondheid. In het laatste geval kunnen er in de therapie ook bestaande reserves worden aangesproken. Het zou daarom interessant zijn om na te gaan of een matige tot goede geestelijke gezondheid bij aanvang van een behandeling eerder verbetering van klachten geeft.

Meer in het algemeen geldt dat het tweedimensionele model van geestelijke ziekte en gezondheid twee doelen van behandeling genereert: het verminderen van klachten en het verbeteren van gezondheid. Waar de afgelopen vijftig jaar veel kennis is opgedaan over het eerste doel, staat het tweede doel nog relatief in de kinderschoenen.



Literatuur

- Andrews, F.M., & S.B. Withey (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum.
- Arrindell, W.A., & J.H.M. Ettema (2003). *SCL-90: Herziene handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger
- Beurs, E. de. (2006). *Brief Symptom Inventory: Handleiding*. Leiden: PITS.
- Beurs, E. de, & F. Zitman (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI): De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61, 120-141.
- Bradburn, N.M. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Campbell, A., P.E. Converse & W.L. Rodgers (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns*. New Brunswick (NJ): Rutgers University Press.
- Das, J.W.M., A. Kapteyn, & A. van Soest (zonder

- datum). An Advanced Multi-Disciplinary Facility for Measurement and Experimentation in the Social Sciences (MESS). download via www.uvt.nl/centerdata/nl/mess/ op 3 maart 2008.
- Derogatis, L.R. (1975). *The Brief Symptom Inventory*. Baltimore (MD): Clinical Psychometric Research.
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *95*, 542-575.
- Diener, E., P. Kesebir, & R. Lucas (2008). Benefits of accounts of well-being: For societies and for psychological science. *Applied Psychology*, *57*, 37-53.
- Diener, E., E.M. Suh, R. Lucas & H.L. Smith (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*, 276-302.
- Hoeymans, N., A.M. Gommer, & M.J.J.C. Poos (2007). Sterfte, ziekte en ziektebelasting voor 56 geselecteerde aandoeningen. download via www.rivm.nl op 3 maart 2008.
- Jané-Llopis, E., M. Barry, C. Hosman, & V. Patel (eds.). (2005). The evidence of mental health promotion effectiveness: Strategies for action. *Promotion and Education, Supplement 2*, 9-25.
- Kessler, R.C., G. Andrews, D. Mroczek, B. Ustun, & H.U. Wittchen (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *7*, 171-185.
- Keyes, C.L.M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, *61*, 121-140.
- Keyes, C.L.M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, *43*, 207-222.
- Keyes, C.L.M. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging and Mental Health*, *8*, 266-274.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 539-548.
- Keyes, C.L.M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, *76*, 395-402.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, *62*, 95-108.
- Keyes, C.L.M., D. Shmotkin & C.D. Ryff (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 1007-1022.
- Keyes, C.L.M., M. Wissing, J. Potgieter, M. Temane, A. Kruger & S. van Rooy, (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in Swetsana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 181-192.
- Larsen, R.J., & E. Diener (1992). Promises and problems with the circumplex model of emotion. *Review of Personality and Social Psychology*, *13*, 25-59.
- McAdams, D.P., & J.L. Pals (2006). A new Big Five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, *61*, 204-317.
- Mroczek, D.K., & C.M. Kolarz (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 1333-1349.
- Ryan, R.M., & E.L. Deci (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, *52*, 141-166.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *57*, 1069-1081.
- Ryff, C.D., & M.J. Essex (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, *10*, 144-171.
- Ryff, C.D., & C.L.M. Keyes (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of*

Personality and Social Psychology, 69, 719-727.

Ryff, C.D., G.D. Love, H.L. Urry, D. Muller, M.A.

Rosenkranz, E.M. Friedman, R.J. Davidson & B. Singer (2006). Psychological well-being and ill-being: Do they have distinct or mirrored biological correlates? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 85-95.

Spitzer, R.L., & P.T. Wilson (1975). Nosology and the official psychiatric nomenclature. In A. Freedman, H. Kaplan & B. Sadock (eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore (MD): Williams and Wilkins, p. 826-845.

Waterman, A.S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 678-691.

Westerhof, G.J. (2001). Wohlbefinden in der zweiten Lebenshälfte: Intensität des Wohlbefindens. In F. Dittmann-Kohli, C. Bode & G. J. Westerhof (Hrsg.), *Die zweite Lebenshälfte - Psychologische Perspektiven. Ergebnisse des Alters-Survey*. Stuttgart: Kohlhammer, p. 79-128.

Westerhof, G.J., F. Dittmann-Kohli & T. Thissen (2001). Beyond life satisfaction: Qualitative and quantitative approaches to judgments about the quality of life. *Social Indicators Research*, 56, 179-203.

Westerhof, G.J., T. Thissen, F. Dittmann-Kohli & N. Stevens (2006). What is the problem?: A taxonomy of life problems and their relation with subjective well-being. *Social Indicators Research*, 79, 97-115.

World Health Organization (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice* (Summary report). Geneva: WHO.

Summary

G. J. Westerhof & C. L. M. Keyes, 'Mental Health is More Than the Absence of Mental Disease'

Mental health can be positively defined as the absence of subjective well-being in combination with

a large extent of psychological and social well-being.

Based on a representative study among 1,663 Dutch adults, the question is examined as to whether mental health and mental disease are the ends of one and the same dimension or two separate dimensions. The study shows that mental health and mental disease exhibit a moderate relationship. This is why complete mental health should include the absence of disease as well as the presence of subjective, psychological and social well-being.

Personalia

Dr. G. J. Westerhof (1964), psycholoog en universitair hoofddocent aan de Universiteit Twente, is mederedacteur van *Ageing in Society: European Perspectives on Gerontology* (Sage, 2007) en De betekenis van levensverhalen (Bohn Stafleu van Loghum, 2007).

Adres: g.jwesterhof@utwente.nl

Dr. C. L. M. Keyes (1962), is socioloog en Associate Professor aan de Emory University, Atlanta, Verenigde Staten.