

# Over de toekomstige relevantie van de ggz voor de geestelijke volksgezondheid

P. Bracke

- Achtergrond** Over het maatschappelijke belang van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en welke weg de ggz moet inslaan, lopen de meningen uiteen. Is er behoefte aan preventie gericht op groepen met een hoog gezondheidsrisico en moet er meer aandacht gaan naar precisiepsychiatrie of is er eerder behoefte aan een mentaal gezonde levensstijl of aan laagdrempelige zorg in achtergestelde buurten?
- Doel** Schetsen van drie perspectieven het maatschappelijke belang van de ggz: de biomedisch-klinische insteek, het moreel-filosofische, sociaalkritische perspectief en een benadering die de nadruk legt op sociale ongelijkheid en achterstelling. Verder reflecteren over het mogelijke belang van enkele innovaties in de ggz voor de toekomstige algemene geestelijke volksgezondheid.
- Methode** Literatuuroverzicht en beschouwing.
- Resultaten** Doorgaans beschouwt men vragen over het maatschappelijke belang van de ggz en de toekomstige richting van de ggz vanuit een biomedisch, klinisch perspectief en veronderstelt men dat wat patiënten ten goede komt ook de kortste weg naar een betere geestelijke volksgezondheid is. Maar ook andere verhaallijnen domineren de discussie, zoals een sociaalkritische benadering of een perspectief dat de nadruk legt op sociale ongelijkheid en achterstelling.
- Conclusie** Wie deze benaderingen vanuit een volksgezondheidsperspectief belicht, moet tot de vaststelling komen dat vele vernieuwingen in de ggz voor de geestelijke volksgezondheid tamelijk irrelevant zijn, ondanks hun impact op de samenleving en ggz.

Wanneer het raakvlak tussen de psychiatrie en de samenleving ter sprake komt, gaat het meestal over de vermaatschappelijking van de hulpverlening. Minder aandacht gaat naar de impact van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) op de geestelijke volksgezondheid. Er wordt doorgaans aangenomen dat wat de patiënten ten goede komt, ook bijdraagt aan een betere volksgezondheid. Maar veel indicaties daarvoor zijn er niet. Zo leidt een toename van medicamenteuze en/of psychotherapeutische behandeling niet tot minder angst en depressie in de bevolking, ook niet bij groepen met een hoog gezondheidsrisico.<sup>1</sup> Als er al een verband gevonden wordt, is dit tamelijk zwak en uitzonderlijk. Meerdere factoren lijken een rol te spelen, maar één van de redenen is de nadruk in de ggz op een gespecialiseerde, behandelingsgerichte aanpak van psychische problemen, ten koste van een meer generaliserende eerstelijnsgezondheidszorg.<sup>2</sup>

Anderen betogen dat een preventieve aanpak van de geestelijke volksgezondheid de voorkeur geniet op een curatieve aanpak.<sup>3</sup> Maar zelfs dan domineert een klinische benadering van preventie, met een beperkte rele-

vantie voor de geestelijke volksgezondheid. Weinigen lijken wakker te liggen van de vaststelling dat, voor de geestelijke volksgezondheid, de relevantie van de ggz nogal beperkt lijkt. Hoe komt dit? Eén van de redenen kan zijn dat, alle retoriek ten spijt, dominante perspectieven in de ggz geen volwaardig beeld hebben over wat de volksgezondheid beroert. Ze richten zich eerder op zieke personen dan op zieke bevolkingen.

Het contrast tussen de klinische/biomedische en een volksgezondheidsbenadering werd krachtig verwoord door Rose.<sup>3</sup> Rose benadrukt in zijn bijdrage het onderscheid tussen het behandelen van zieke individuen en het aanpakken van de onderliggende oorzaken van ziekte op populatieniveau. Hij stelde dat klinische benaderingen zich richten op individuen met een hoog risico, maar dat dit alleen niet voldoende is om de totale volksgezondheid te verbeteren, omdat deze vooral een functie is van de totale distributie van gezondheidsrisico. Om grootschalige gezondheidsverbeteringen te bereiken, moeten interventies zich richten op de onderliggende sociale, omgevings- en gedragsfactoren die de distributie van risico's in de hele populatie verschuiven.

Vanuit deze optiek belicht ik drie perspectieven: de biomedisch-klinische insteek, het moreel-filosofische, sociaalkritische perspectief en een benadering die de nadruk legt op sociale ongelijkheid en achterstelling. Verder reflecteer ik over enkele innovaties in de ggz en hun mogelijke belang voor de algemene geestelijke volksgezondheid van morgen.

### **Biomedische benadering en de volksgezondheid**

Het biomedische perspectief in de psychiatrie kent een lange voorgeschiedenis, die teruggaat tot het einde van de 18de eeuw. De afgelopen decennia heeft men aansluiting gezocht bij de hersenwetenschappen, gedreven door de zoektocht naar neurobiologische verklaringen voor de effectiviteit van psychofarmaca. Deze neurobiologische omwenteling schakelde in de 21ste eeuw een versnelling hoger door te pleiten voor precisiepsychiatrie, gericht op een meer geïndividualiseerde diagnosestelling, via biomarkers,<sup>4</sup> om de effectiviteit van farmaceutica te verhogen.

Deze conventionele gerichtheid op de behandeling van mensen met ernstige klachten, één van de kerntaken van de ggz, heeft een beperkte impact op de geestelijke volksgezondheid. Ten eerste omdat de doelgroep, mensen met ernstige psychische klachten of een hoog gezondheidsrisico, slechts een klein segment van de totale populatie uitmaakt. Bovendien gaat alle aandacht naar stoornisspecifieke oorzaken en behandelingen. Meer algemene oorzaken van verminderd psychisch welbevinden, zoals armoede en achterstelling, eenzaamheid en sociale isolatie of een te hoge werkdruk, lijken daardoor enkel van secundair belang. Met een klinische bril bekeken lijkt dit een terechte aanname. De vraag is of deze klinische lens de voorkeur geniet boven een volksgezondheidsperspectief.

Een voorbeeld ter verduidelijking is de bekende relatie tussen scholing en (mentale) gezondheid. Zo komt scholing de meest uiteenlopende aspecten van onze (mentale) gezondheid ten goede.<sup>5</sup> Toch weet elke hulpverlener in de ggz dat de klinische relevantie ervan beperkt is: de kans op herstel of terugval van iemand met ernstige psychische problemen heeft weinig uit te staan met iemands scholingsgraad, in tegenstelling tot andere stoornisspecifieke factoren en persoonlijke levensomstandigheden. Toch is deze scholing, ondanks haar tamelijk geringe relevantie voor specifieke groepen met hoge gezondheidsrisico's, uiterst relevant voor de algemene volksgezondheid.

Scholingsgraad en andere sociale condities, zoals financiële draagkracht, huisvesting, migratieachtergrond en etniciteit, worden in de ggz niet volkomen genegeerd. Men ziet ze als barrières voor de toegang tot de dienstverlening in de ggz of men houdt rekening met de relevantie ervan voor het behandlungs- of herstelproces, zoals bij het bepleiten van cultuursensitieve zorg. Maar ook dan blijft men steken in een klinische benadering.

Meer recente ontwikkelingen versterken deze beperkte visie op de maatschappelijke dimensie van de mentale gezondheid. Ten eerste brengen de proliferatie van specifieke stoornissen en het vervagen van grenzen tussen lichte en ernstige stoornissen, door de recente nadruk op spectrumstoornissen, een groeiende groep mensen in het vizier van de klinische psychiatrie. Bovendien wordt een conventionele diagnostiek, gebaseerd op klinische criteria, meer en meer aangevuld met strategieën om risicogroepen voor ernstige psychische klachten aan te wijzen, gebruikmakend van statistische criteria. Deze evolutie is zichtbaar in onderwijs, werk en ouderenzorg, waar we nieuwe risicogroepen zien verschijnen, zoals jongeren met leermoeilijkheden, personeel op de rand van burn-out, en eenzame ouderen.

Beide ontwikkelingen leiden tot een proliferatie van categorieën met een hoog gezondheidsrisico. Deze verworden tot doelgroepen voor een sterk gemedicaliseerde vorm van preventie, gericht op vroegdetectie met screening, gevolgd door een vroegtijdige behandeling, al dan niet medicamenteus. Toch zijn er geen aanwijzingen dat deze uitbreiding van een klinische, behandelingsgerichte aanpak naar een groeiende groep van personen met een hoog gezondheidsrisico de volksgezondheid ten goede komt.

De roep om precisiepsychiatrie is de actueelste exponent van deze ontwikkeling. Deze komt voort uit ontgoocheling over het gebrek aan therapeutische effectiviteit van sommige farmaceutische behandelingen. Zo schat men in een recente studie de prevalentie van 'behandelingsresistente depressie' op 30 tot 55% van de personen met depressie.<sup>6</sup> Het begrip risico wordt gereduceerd tot individuele (lichamelijke) gezondheidsrisico's ten koste van aandacht voor omgevingsrisico,<sup>7</sup> zoals slechte sociale omstandigheden.

Ondanks hun geringe relevantie voor de geestelijke volksgezondheid zijn deze ontwikkelingen niet zonder gevolgen voor de samenleving. Ze dragen immers bij tot de verdere biomedicalisering en therapeutisering van de geestelijke volksgezondheid, en beïnvloeden onze houding tegenover mensen met een psychische kwetsbaarheid. De verdere verspreiding van genetische of neurobiologische verklaringsmodellen in de psychiatrie heeft bijgedragen aan een toename van negatieve stereotypen en afstandelijkheid.<sup>8</sup> Mensen die een biomedische attributie maken en psychische problemen toeschrijven aan genetische kwetsbaarheid of hersenstoornissen hebben doorgaans een negatievere houding en houden meer afstand van mensen met een psychische kwetsbaarheid.<sup>9</sup> Hoewel in sommige westerse landen de stigmatisering van personen met psychische klachten is afgenomen, heeft de opkomst van deze neurobiologische narratieven deze evolutie afgeremd.<sup>8</sup>

In een samenleving die de voorkeur geeft aan technisch-wetenschappelijke oplossingen voor psychische problemen, zoals het gebruik van psychofarmaca, ontstaan bovendien nieuwe sociale identiteiten, zowel bij de gebruikers als bij degenen die zich van dit gebruik dis-

tantiëren.<sup>10</sup> Zowel het omarmen als het verwerpen van het gebruik van benzodiazepines of van ADHD-medicatie is daar een voorbeeld van.<sup>11,12</sup> Psychische kwetsbaarheid en identiteitsvorming gaan hand in hand en culturele processen, zoals de biomedicalisering van kwetsbaarheid, creëren ruimte voor de ontwikkeling van nieuwe identiteiten en nieuwe vormen van stigmatisering. De relevantie van een gespecialiseerde, biomedische benadering voor de algemene volksgezondheid is minimaal. Toch is deze benadering maatschappelijk heel relevant, omdat ze de culturele lens op psychische kwetsbaarheid bepaalt. Dit vormt de voedingsbodem voor het volgende perspectief, dat aan populariteit wint telkens wanneer de biomedische, technisch-wetenschappelijke benadering haar culturele ambities aanscherpt.

### Theorieën over maatschappelijk onbehagen en psychisch welbevinden

Theorieën over maatschappelijk onbehagen ontstonden in de 19de eeuw als onderdeel van een breed gedragen romantische kritiek op de uitwassen van de moderne samenleving in de literatuur, de kunsten en de filosofie.<sup>13</sup> Deze theorieën komen in vele varianten en stellen doorgaans dat hedendaagse maatschappelijke ontwikkelingen de burgers brengen tot een levensstijl en een zelfbeeld die hun welbevinden ondermijnen. Voorbeelden zijn een doorgedreven materialisme en consumentisme; de neoliberale ideologie, een competitief mensbeeld dat verhindert dat mensen verbinding maken; vormen van extreem individualisme, de afbraak van traditionele maatschappelijke verhoudingen, of een obsessieve gerichtheid op eigenwaarde.

Bij deze kritische perspectieven hanteert men een holistische visie op mentale gezondheid, waarin de ervaring van zinvolheid, authenticiteit en verbinding een plaats krijgen en streeft men gedragsverandering na die moet leiden tot een geestelijk gezonde levensstijl, een versterkt zelfbeeld, een ervaring van zinvolheid en tot de capaciteit om authentiek te verbinden met anderen. In de 19de eeuw inspireerden deze perspectieven de sociaal-hygiënische beweging in de ggz. In de jaren 70 van de 20ste eeuw vertoonden ze affiniteiten met de antipsychiatrie. Ze blijven zich heruitvinden als een alternatief voor de beschreven biomedische aanpak. De conventionele, biomedisch georiënteerde ggz wordt gezien als een instelling die eerder bijdraagt tot stigmatisering dan er het slachtoffer van is. Daarom vraagt deze benadering om een normalisering en humanisering van de zorgverstrekking in de ggz.

Deze maatschappijkritische perspectieven vertonen affiniteit met vormen van therapeutisch handelen in de ggz, die worden voorgesteld als een alternatief voor de biomedische benadering. Voorbeelden zijn mindfulness en open dialoog.<sup>14,15</sup> Meta-analyses bevestigen de gunstige, maar bescheiden, therapeutische impact van, bijvoorbeeld, mindfulness, op het psychisch welbevinden van bepaalde doelgroepen, zoals personen met ADHD, zorg-

professionals met burn-out, leerlingen uit het secundair onderwijs en mensen met een psychose.

Toch is het twijfelachtig of het uitbreiden van deze strategieën tot de algemene bevolking om een geestelijk gezonde levensstijl te bewerkstelligen kans van slagen heeft. Er is geen empirisch onderzoek dat daarover uitsluitel kan geven, maar onderzoek naar de effectiviteit van gezondheids promotie toont aan dat de bereidheid om een ongezonde levensstijl te veranderen doorgaans laag is.<sup>16</sup> Gedrags- en attitudeveranderingen zijn doorgaans weinig succesvol als de onderliggende sociale condities onveranderd blijven. Dit verklaart waarom dergelijke interventies vaak leiden tot meer ongelijkheid in (geestelijke) gezondheid. Zo hebben in België recent vooral hoogopgeleiden en bemiddelden met een depressie de overstap gemaakt van een medicamenteuze behandeling naar een combinatie met psychotherapie, terwijl kortgeschoolden zich vaak enkel tot medicatie wenden.<sup>17</sup> Niet helemaal vergelijkbaar uiteraard, maar toch.

De moreel-filosofische theorieën zijn vormen van maatschappijkritiek, eerder dan concrete suggesties voor interventies gericht op het verbeteren van de geestelijke volksgezondheid.<sup>13</sup> Ze worden evenwel vaak opgevoerd om strategieën te promoten die aansturen op individuele gedragsverandering,<sup>18</sup> met een nadruk op persoonlijke verantwoordelijkheid en motivatie, die moeten leiden tot een geestelijk gezonde levensstijl, zoals diëten, fysieke activiteiten, yoga en mindfulness, slaaphygiëne. Hierbij laat men de sociale condities die deze gedragsverandering ondersteunen of verhinderen buiten beschouwing. Het propageren van technische oplossingen, zoals het aanbevelen van digitale technologieën om deze gedragsveranderingen te bewerkstelligen, versterkt dit proces. Ze nemen de aandacht weg van de sociale condities die aan de basis liggen van de algemene gevoelens van onbehagen, doordat ze complexe persoonlijke en sociale problemen opbreken in talrijke, meer haalbare uitdagingen en daardoor deze complexe problemen decontextualiseren.<sup>19</sup> Het is maar de vraag of dit de geestelijke volksgezondheid ten goede kan komen. Deze sociale condities komen wel meer centraal te staan in het volgende perspectief.

### Sociale ongelijkheid, achterstelling en de ggz

De focus in de ggz op ongelijkheid, achterstelling en discriminatie als condities die bijdragen aan een verhoogde psychische kwetsbaarheid is oud, maar kwam pas na de Tweede Wereldoorlog tot volle wasdom, samen met de ontwikkeling van de welvaartsstaat en zijn aandacht voor minderbedeelde en achtergestelde groepen in de samenleving. We merken deze insteek wanneer aandacht gevraagd wordt voor cultuursensitieve zorgverstrekking aan etnisch-culturele minderheden,<sup>20</sup> voor personen in armoede, voor ongelijkheid in de toegang tot een kwaliteitsvolle dienstverlening, wegens de vooroordelen bij zorgverstrekkers, of wegens hun gebrek aan kennis over relevante sociale omstandigheden, zoals armoede.<sup>21</sup>

Net zoals de biomedische benadering richt deze benadering zich op bepaalde subgroepen van de samenleving. Deze doelgroepen worden evenwel niet bepaald met klinische criteria of statistische indicaties van hoge gezondheidsrisico's, maar met sociale criteria. Thuislozen, migranten zonder papieren, mensen in armoede, zij die wonen in achtergestelde buurten zijn de focus. De risico's bij deze aanpak zijn risico's verbonden aan de (sociale) omgeving, in tegenstelling tot het genoemde biomedische/statistische risicobegrip. Ook hier kan sprake zijn van een precisiebenadering van de geestelijke volksgezondheid (*'precision mental health'*),<sup>7</sup> naar analogie met de precisiepsychiatrie, maar dan met aandacht voor de eigenheid van personen op meerdere complexe intersecties van achterstelling, zoals de mentale gezondheid van genderfluïde personen met een migratieachtergrond. Omwille van sociale segregatieprocessen, die achtergestelde en gediscrimineerde groepen doen clusteren in bepaalde stadsdelen, gaat deze benadering doorgaans samen met een laagdrempelige, veralgemeende dienstverlening in achtergestelde buurten. Een passend voorbeeld vormen de werkzaamheden van wijkgezondheidscentra in Vlaanderen. Studies bevestigen dat deze dienstverlening een diepgaandere impact heeft op de geestelijke volksgezondheid dan de gespecialiseerde psychiatrische hulpverlening.<sup>22</sup> Ze hebben een bredere, algemene, d.w.z. niet stoornisspecifieke, relevantie voor meerdere aspecten van de (geestelijke) volksgezondheid, vandaar hun impact. Maar ook deze benadering is niet alleenzaligmakend.

Een belangrijk deel van de aandacht bij deze insteek gaat naar de toegankelijkheid van de zorg voor personen uit achtergestelde groepen in achtergestelde buurten, waardoor deze benadering een sterk behandelingsgerichte oriëntatie kan hebben. Dit is belangrijk, maar beperkt als de preventieve focus ontbreekt. Bovendien gaat de aandacht vaak naar wat achtergestelde groepen 'kenmerkt', zoals een ongezonde levensstijl, een gebrek aan mentale gezondheidsgeletterdheid en een aarzeling om professionele hulp te zoeken, in plaats van naar de sociale processen van ongelijkheid, discriminatie en uitsluiting die de meer fundamentele oorzaken van hun achterstelling zijn.<sup>23,24</sup> Beide factoren zorgen voor een, weliswaar duidelijke, maar toch tamelijk beperkte impact van de ggz op de algemene geestelijke volksgezondheid.

Bovendien leidt de focus in de ggz op sociale achterstelling de aandacht af van andere groepen in de samenleving die geconfronteerd worden met omstandigheden die hun psychisch welbevinden ondermijnen, zoals promovendi,<sup>25</sup> huisartsen, werknemers in de dienstensector en anderen met een risico op burn-out.

Ten slotte kan men zich afvragen in hoeverre de geestelijke gezondheidszorg zich moet richten op achtergestelde groepen. Een redenering kan zijn dat iedereen die psychisch kwetsbaar is recht heeft op professionele hulp, ongeacht sociale omstandigheden. Als de ggz zich openstelt voor iedereen die psychisch kwetsbaar is, dan worden ook de minstbedeelden geholpen.

## Discussie en besluit

De neurobiologische wending in de psychiatrie draagt bij aan de biomedicalisering van de geestelijke volksgezondheid. De recente aandacht voor precisiepsychiatrie dreigt dit proces te versnellen. Het onderliggende neurobiologische narratief wordt niet alleen ter discussie gesteld, maar het kan bovendien bijdragen aan een versterking van de stigmatisering van personen met psychische klachten.<sup>8,26</sup> Bovendien kan deze benadering bijdragen aan een verdere fragmentatie van de ggz als deze leidt tot meer gespecialiseerde, individualistische, interventies voor een groeiend aantal groepen met specifieke hoge gezondheidsrisico's, een strategie met een geringe relevantie voor het algemeen welbevinden van de bevolking.<sup>27</sup>

Theorieën over maatschappelijk onbehagen lijken het antidotum voor een te sterk doorgedreven biopsychiatrische benadering. Toch lijken de interventies gericht op gedragsverandering via een resocialisatie in een geestelijk gezonde levensstijl, waarvoor deze benadering een voorkeur heeft, weinig impact te kunnen hebben op de geestelijke volksgezondheid, ondanks hun bewezen effectiviteit als klinische interventie. Het propageren van eenvoudige technische oplossingen voor behapbare onderdelen van complexe problemen, onder andere via het aanbevelen van digitale toepassingen om gedragsveranderingen te realiseren, kan hun populariteit nog versterken, maar het is maar de vraag of dit de geestelijke volksgezondheid ten goede zal komen.<sup>19</sup> Niettemin zal de aantrekkingskracht van deze benadering in de ggz waarschijnlijk verder groeien, parallel met de verdere verspreiding van neurobiologische narratieven over psychische kwetsbaarheid binnen en buiten de ggz. De doorleefde ervaringen en de levensomstandigheden van de patiënten en van achtergestelde maatschappelijke groepen centraal stellen in de ggz, komt niet enkel deze kwetsbare personen ten goede, maar kan een substantiële impact hebben op de algemene volksgezondheid. Een voorwaarde is dat men deze insteek niet reduceert tot het aanbieden van individualistische gedragsinterventies, gericht op het remediëren van, zogenaamde, 'ongunstige' kenmerken van achtergestelde groepen, zoals een ongezonde levensstijl of een gebrekkige gezondheidsgeletterdheid, zonder de onderliggende processen van discriminatie en uitsluiting aan te pakken. Dit zou leiden tot een onterechte responsabilisering zonder kans op een duurzame verbetering van de geestelijke volksgezondheid.

Een meer fundamentele vraag is waarom de ggz haar dienstverlening soms afstemt op achtergestelde groepen, maar op andere momenten klinische criteria meer laat meewegen. Sociale criteria, om doelgroepen af te bakenen, lijken meer voor de hand te liggen voor mensen in armoede, werklozen, personen met een migratieachtergrond of inwoners van achtergestelde buurten, dit zijn de meer conventionele doelgroepen van het sociale beleid van welvaartsstaten. Voor andere doelgroepen, zoals professionals met burn-out, universiteitsstudenten

of oudere volwassenen in eenzaamheid, lijkt men eerder terug te vallen op klinische strategieën en navenante interventies.

Bovendien lijken gedragsinterventies met het oog op het versterken van een geestelijk gezonde levensstijl, zoals mindfulness of het benadrukken van activiteiten in groene ruimtes, vooral relevant voor de vage gevoelens van onbehagen bij een hooggeschoolde, stedelijke middenklasse. Het is duidelijk dat diepliggende maatschappelijke processen bepalen welke criteria gebruikt worden om doelgroepen af te bakenen en interventies voor te stellen. De vraag is welke benaderingen in de nabije toekomst de balans zullen doen doorslaan in de ggz, de neurobiologische insteek, de sociaalkritische beschouwingen over samenleven en onbehagen, of een verhoogde aandacht voor achterstelling en discriminatie. Vervolgens is de vraag of deze keuzes zullen bijdragen aan de relevantie of irrelevantie van de ggz voor het psychisch welbevinden van de bevolking.

## LITERATUUR

- Ormel J, Emmelkamp PMG. More treatment, but not less anxiety and mood disorders: why? Seven hypotheses and their evaluation. *Psychother Psychosom* 2023; 92: 73-80.
- Kringos DS, Boerma W, Van Der Zee J, e.a. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff* 2013; 32: 686-94.
- Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 2001; 30: 427-32.
- Fernandes BS, Williams LM, Steiner J, e.a. The new field of 'precision psychiatry'. *BMC Med* 2017; 15.
- Bracke P, Van De Straat V, Missinne S. Education, mental health, and education-labor market misfit. *J Health Soc Behav* 2014; 55: 442-59.
- McIntyre RS, Alsuwaidan M, Baune BT, e.a. Treatment resistant depression: definition, prevalence, detection, management, and investigational interventions. *World Psychiatry* 2023; 22: 394-412.
- Olstad DL, McIntyre L. Reconceptualising precision public health. *BMJ Open* 2019; 9: e030279.
- Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, e.a. 'A disease like any other'? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry* 2010; 167: 1321-30.
- Colman L, Delaruelle K, Luybaert C, e.a. Burdens in mental health recovery: Causal beliefs and their relation to stigma and help seeking recommendations. *Int J Soc Psychiatry* 2021; 67: 992-1004.
- Collin J. On social plasticity: the transformative power of pharmaceuticals on health, nature and identity. *Sociol Health Illness* 2016; 38: 73-89.
- Ceuterick M, Van Ngoc P, Bracke P, e.a. From prescribing dilemma to knowledge in practice: The ontological politics of benzodiazepines and Z-drugs. *Soc Sci Med* 2023; 339: 116358.
- Vallée M. The countervailing forces behind France's low Ritalin consumption. *Soc Sci Med* 2019; 238: 112492.
- Bracke P. Comparative mental health sociology: in between psychiatric epidemiology and theories of societal discontent. *Future challenges for health and health care in Europe*. Aalborg: Aalborg University Press; 2016. p. 125-54.
- Karunamuni N, Weerasekera R. Theoretical foundations to guide mindfulness meditation: a path to wisdom. *Curr Psychol* 2019; 38: 627-46.
- Von Peter S, Bergström T, Nenoff-Herchenbach I, e.a. Dialogue as a response to the psychiatrization of society? Potentials of the Open Dialogue approach. *Front Sociol* 2021; 6.
- Walsh R. Lifestyle and mental health. *Am Psychol* 2011; 66: 579.
- Colman L, Delaruelle K, Bracke P. The stratified medicalisation of mental health symptoms: educational inequalities in the use of psychotropic medication in Belgium. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2023; 58: 833-42.
- Carey G, Malbon E, Crammond B, e.a. Can the sociology of social problems help us to understand and manage 'lifestyle drift'? *Health Promot Int* 2017; 32: 755-61.
- Berners Lee B. Reconciling healthism and techno solutionism: An observational study of a digital mental health trial. *Sociol Health Illn* 2024; 46: 39-58.
- Özgen M, Karimi F, Braakman MH. Culturele diversiteit in de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2022; 64: 513-6.
- Catthoor K, De Hert M, De Loof H, e.a. Viewpoint: Psychiatrists and other medical professionals in Belgium show a substantial lack of knowledge about poverty. *Eur Psychiatry* 2023; 66: e60.
- Pirkola S, Sund R, Sailas E, e.a. Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 2009; 373: 147-53.
- Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health* 2013; 103: 813-21.
- Williams O, Fullagar S. Lifestyle drift and the phenomenon of 'citizen shift' in contemporary UK health policy. *Sociol Health Illn* 2019; 41: 20-35.
- Levecque K, Anseel F, De Beuckelaer A, e.a. Work organization and mental health problems in PhD students. *Research policy* 2017; 46: 868-79.
- Van Os J, Kohnen ACJ. It is not enough to sing its praises: the very foundations of precision psychiatry may be scientifically unsound and require examination. *Psychol Med* 2021; 51: 1415-7.
- Khouri MJ, Galea S. Will precision medicine improve population health? *JAMA* 2016; 316: 1357-8.

## AUTEUR

**Piet Bracke**, gewoon hoogleraar Sociologie, Universiteit Gent.

### Correspondentie

Prof. dr. Piet Bracke (Piet.Bracke@UGent.be).

Geen strijdige belangen gemeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 3-1-2025.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2025;67(2):124-128