



Oorzaken van depressie

Karen van Rooijen

April 2012

Nederlands Jeugdinstituut
Infolijn t (030) 230 65 64
e infojeugd@nji.nl
i www.nji.nl

Of kinderen en adolescenten een depressieve stoornis ontwikkelen hangt af van het samenspel van beschermende factoren en risicofactoren. Daarnaast kan een onderscheid gemaakt worden in kindfactoren en omgevingsfactoren.

Risicofactoren

Risicofactoren kunnen liggen in kenmerken van het kind zelf of in kenmerken van zijn omgeving.

Kindfactoren

Genetische risico's

In tweelingstudies is aangetoond dat genetische invloeden op het ontwikkelen van een depressie over het algemeen aanzienlijk zijn (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Kinderen van depressieve ouders hebben een vier keer zo grote kans om een depressie te ontwikkelen als kinderen van ouders zonder depressie. Daarbij is waarschijnlijk sprake van een complexe combinatie van genetische en omgevingsfactoren (Abela & Hankin, 2008). Dit risico op depressie neemt toe met de leeftijd. Genetische invloeden op depressieve symptomen zijn namelijk vóór de puberteit nog klein en worden pas groter tijdens de adolescentie (Rice, Thapar, Harold, 2002, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005, Thapar, Collishaw, Pine & Thapar, 2012). Genetische invloeden op het ontwikkelen van depressie in de adolescentie zijn daarnaast vooral aantoonbaar bij meisjes en minder bij jongens (Verhulst, 2006, Thapar et al, 2012).

Temperament en persoonlijkheid

Kinderen en adolescenten met een negatieve emotionele gesteldheid hebben een verhoogd risico op het ontwikkelen van een depressie (Goodyer, Altham, Ashby, 1993; Hodgins & Ellenbogen, 2003; McWilliams, 2003, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Kenmerkend voor een negatieve emotionele gesteldheid is de neiging om met sterke emoties als boosheid, angst en verdriet te reageren op prikkels uit de omgeving (Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, 2004). Een negatieve emotionele gesteldheid komt vaker voor bij meisjes dan bij jongens (Eley, Tahir & Angleitner, 2003; Sen, Villafuerte & Nesse, 2004, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Ook een internaliserende - naar binnen gekeerde - houding, een geringe mate van autonomie, een lage zelfwaardering en aangeleerde hulpeloosheid zijn eigenschappen die genoemd worden als risicofactoren voor depressie (Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, 2004).



Cognities

Bepaalde denkstijlen kunnen de kwetsbaarheid voor een depressie vergroten. Het gaat dan bijvoorbeeld om de neiging om negatief over zichzelf te denken bij tegenslag, bijvoorbeeld: 'ik ben een mislukkeling' of 'ik ben waardeloos'. Ook piekeren en dwanggedachten verhogen het risico op depressie (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Kelvin, Goodyer & Teasdale, 1999; Park, Goodyer & Teasdale, 2004, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Fysiologische risico's

Naar het risico dat fysiologische factoren vormen voor depressie bij jeugdigen is nog maar weinig onderzoek verricht. Over het algemeen komt uit onderzoek de suggestie naar voren dat er sprake kan zijn van biologische kwetsbaarheid in zowel de hersenen als de bijniere die stresshormonen als cortisol en adrenaline afgeven. Deze kwetsbaarheden worden waarschijnlijk veroorzaakt door een combinatie van genetische invloeden en omgevingsinvloeden (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Andere stoornissen en lichamelijke problemen

Wanneer een kind op jonge leeftijd al een depressie of depressieve symptomen heeft gehad, dan is de kans op herhaling groot. Een depressie op jonge leeftijd voorspelt zelfs langdurigere en ernstigere depressies op latere leeftijd. Ditzelfde geldt voor eerdere suïcidepogingen en andere psychische stoornissen, voornamelijk angststoornissen en dan met name sociale fobie. (Lewinsohn, Clarke, Seeley & Rohde, 1994b, in: Smit, Bohlmeijer & Cuijpers, 2003).

Andere risicofactoren voor depressie die genoemd worden zijn lichamelijke letsels, recente infecties, acute, chronische of ernstige ziekten (Jenkins, Newton & Yong, 1991, in: Smit et al., 2003). Het hebben van een fysieke of geestelijke handicap kan ook een risicofactor vormen voor het ontstaan van een depressie (Scott, Eccleston & Boys, 1992; Ormel, 1999, in: Smit et al., 2003).

Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren die het sterkst verbonden zijn met het ontstaan van depressie zijn gebeurtenissen die buiten de controle van het kind vallen, plotseling optreden en een terugkerend karakter hebben. Het gaat dan vooral om gebeurtenissen binnen het gezin of in vriendschappen (Rueter, Scaramella & Wallace, 1999; Goodyer, 2001, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Gezinsfactoren

Risicofactoren binnen het gezin zijn onder meer relatieproblemen of ruzies tussen de ouders en emotionele problemen tussen ouder en kind. Ouderlijke psychopathologie kan daarin een rol spelen (Hammen & Brennan, 2003; Hammen, Shih & Brennan, 2004, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Depressie van de ouders lijkt – net als alcoholisme van de ouders – verband te houden met een verhoogd risico op depressie bij het kind. Deze relatie blijft bestaan wanneer de kinderen volwassen geworden zijn (Bijl, Cuijpers & Smit, 2002, in: Smit et al., 2003). Hier speelt niet alleen de invloed van genetische factoren. De depressie van de ouder kan namelijk ook van invloed zijn op diens gedrag en leiden tot opvoedingsproblemen, relatieproblemen tussen de ouders, vijandigheid naar het kind, problemen in de communicatie met het kind en een verminderde emotionele steun. Het is niet altijd duidelijk of de depressie van het kind het gevolg is van deze omgevingsinvloeden. Het kan ook

zijn dat er sprake is van tweerichtingsverkeer waarin de problemen van de kinderen stress veroorzaken bij de ouders (Verhulst, 2006).

Een andere gezinsfactor die in verband lijkt te staan met het ontstaan van depressie bij het kind is mishandeling (Jaffee, Caspi & Moffit, 2002, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Zowel fysieke mishandeling als seksueel misbruik door de ouders, broers of zussen of vreemden is geassocieerd met depressie. Ook andere ernstige gebeurtenissen binnen het gezin of de familie, zoals het plotseling overlijden van een familielid of een huisdier, een ernstige ziekte bij een naast familielid of een plotselinge scheiding van ouders kan het risico op depressie verhogen (Tamplin, Gooduer & Herber, 1998; Tamplin & Goodyer, 2001, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Maar ook andere gebeurtenissen binnen het gezin, die op het eerste gezicht niet vervelend lijken, en de rolveranderingen die ze meebrengen, kunnen een risicofactor vormen. Dat geldt bijvoorbeeld voor de geboorte van een broertje of zusje (Abela & Hankin, 2008). Hoe meer er sprake is van emotionele verwaarlozing binnen het gezin, zoals onvoldoende betrokkenheid van ouders, onvoldoende complimenten en aanmoediging, voortgaande ruzies tussen de ouders en een gebrek aan autoritair ouderschap - de mogelijkheid om standvastig en duidelijk te zijn in een positieve emotionele omgeving -, des te groter het risico op psychiatrische problemen zoals depressie in de jongvolwassenheid (National Collaborating Centre for Mental Health, 2005). Deze negatieve invloed loopt nog tot ver in de volwassenheid door (Kessler, Kendler & Davis, 1997; Lewinsohn, Rohde, Klein & Seeley, 1999; Pine, Cohen, Johnson & Brook, 2002, in Smit et al., 2003).

Vriendschappen

Kinderen met een gebrek aan goede vriendschappen, die weinig vrienden hebben, weinig contact met vrienden hebben of een gebrek aan intieme relaties hebben, lopen een groter risico om een depressie te ontwikkelen (Goodyer, Altham & Wright, 1990; Cairns, Buchanan & Leung, 1995; Bukowski, Newcomb & Hartup, 1996, in: National Collaborating Centre for Mental Health, 2005).

Andere omgevingsfactoren

Schoolproblemen, zoals gepest worden, leerproblemen of problemen met de leerkracht, worden ook genoemd als risicofactor voor depressie bij jeugdigen (Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, 2004).

Beschermende factoren

Ook beschermende factoren worden onderverdeeld in kindfactoren en omgevingsfactoren.

Kindfactoren

Een belangrijke factor in het kind zelf die het kan beschermen tegen een depressie is het hebben van een persoonlijkheid die gekenmerkt wordt door sociale competentie, humor en intelligentie. Als beschermende factoren worden ook genoemd: het vermogen om te genieten, weerbaarheid tegen stress, een goede lichamelijke gezondheid, een veilige hechting, goede copingvaardigheden en een positieve emotionaliteit, in de zin van openstaan voor beloning, sociaal zijn, spanning zoeken en actief betrokken zijn bij de omgeving (Smit et al., 2003; Landelijk Platform Preventie Depressie en Angst, 2004).

Omgevingsfactoren

Omgevingsfactoren die het kind in het gezin kunnen beschermen tegen een depressie zijn: een goede relatie met minstens één ouder, een goed gezinsklimaat en een goede onderlinge relatie tussen de ouders. Buiten het gezin zijn dit onder meer: steun uit de omgeving van zowel volwassenen als leeftijdsgenoten, positieve schoolervaringen en deelname aan een sport, club- of verenigingsleven (Smit et al., 2003).

Bronnen

Abela, J.R.Z., & Hankin, B.L. (2008). *Handbook of Child and Adolescent Depression*. Edited volume. Guilford Press.

Bijl, R.V., Cuijpers, P., Smit, F. (2002). Psychiatric disorders in adult children of parents with a history of psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 7-12.

Bukowski, W.M., Newcomb, A.F., & Hartup, W.W. (eds) (1996). *The Company They Keep: Friendship in Childhood and Adolescence*. Cambridge: Cambridge University Press.

Cairns, R.B., Leung, M.-C., Buchanan, L., et al. (1995). Friendships and social networks in childhood and adolescence: fluidity, reliability, and interrelations. *Child Development*, 66, 1330-1345

Eley, T.C., Tahir, E., Angleitner, A., et al. (2003). Association analysis of MAOA and COMT with neuroticism assessed by peers. *American Journal of Medical Genetics*, 120B, 90-96.

Goodyer, I.M., Wright, C., & Altham, P. (1990). The friendships and recent life events of anxious and depressed school-age children. *British Journal of Psychiatry*, 156, 689-698.

Goodyer, I.M., Ashby, L., Altham, P.M., et al. (1993). Temperament and major depression in 11 to 16 year olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 1409-1423.

Goodyer, I.M. (2001). Life events: their nature and effects. In *The Depressed Child and Adolescent*. (ed. I. M. Goodyer), pp. 204-233. Cambridge Child and Adolescent Psychiatry series. Cambridge: Cambridge University Press.

Hammen, C. & Brennan, P.A. (2003). Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 60, 253-258.

Hammen, C., Shih, J.H., & Brennan, P.A. (2004). Intergenerational transmission of depression: test of an interpersonal stress model in a community sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 511-522.

Hodgins, S. & Ellenbogen, M. (2003). Neuroticism and depression. *British Journal of Psychiatry*, 182, 79-80; author reply 80.

Jaffee, S.R., Moffitt, T.E., Caspi, A., et al. (2002). Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression. *Archives of General Psychiatry*, 59, 215-222.

Jenkins, R., Newton, J. & Young, R. eds. (1991). The prevention of depression and anxiety: the role of the primary care team. London: HMSO.

Kelvin, R.G., Goodyer, I.M., Teasdale, J.D., et al. (1999). Latent negative self-schema and high emotionality in well adolescents at risk for psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 959–968.

Kessler, R.C., Davis, C.G., Kendler, K.S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorders in the US National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101-19.

Landelijk Preventie Platform Depressie en Angststoornissen, werkgroep Kinderen en Jongeren. *Preventie Programma Depressie en Angst bij kinderen en jongeren. Basisdocument*. 2004.

Lewinsohn, P.M., Clarke, G.N., Seeley, J.R., Rohde, P. (1994b). major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33: 809-18.

Lewinsohn, P.M., Rohde, P., Klein, D.N., Seeley, J.R. (1999). Natural course of adolescent major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 58, 56-63.

Lyubomirsky, S. & Nolen-Hoeksema, N. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176–190.

McWilliams, L. (2003). Neuroticism and depression. *British Journal of Psychiatry*, 182, 80; author reply 80.

National Collaborating Centre for Mental Health (2005). Depression in children and young people. Identification and management in primary, community and secondary care. The British Psychological Society.

Ormel, J. (1999). Depressie. In: Den Boew, J.A., Ormel, J., Van Praag, H.M., Westenberg, H.G.M., D'Heanen, H. (eds.) *Handboek stemmingsstoornissen*. Maarssen: Elsevier/de Tijdstroom.

Park, R.J., Goodyer, I.M., & Teasdale, J.D. (2004). Effects of induced rumination and distraction on mood and overgeneral autobiographical memory in adolescent Major Depressive Disorder and controls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 996–1006.

Pine, D.S., Cohen, P., Johnson, J.G. & Brook, J.S. (2002). Adolescent life events as predictors of adult depression. *Journal of Affective Disorders*, 68, 49-57.

Rice, F., Harold, G., & Thapar, A. (2002). The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 43, 65–79.

Rueter, M.A., Scaramella, L., Wallace, L.E., *et al.* (1999). First onset of depressive or anxiety disorders predicted by the longitudinal course of internalizing symptoms and parent-adolescent disagreements. *Archives of General Psychiatry*, 56, 726–732.

Scott, J., Eccleston, D., Boys, R. (1992). Can we predict the persistence of depression? *British Journal of Psychiatry*, 161, 633–37.

Sen, S., Villafuerte, S., Nesse, R., *et al.* (2004). Serotonin transporter and GABAA alpha 6 receptor variants are associated with neuroticism. *Biological Psychiatry*, 55, 244–249.

Smit, E., Bohlmeijer, E., Cuijpers, P. (2003). Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk, nieuwe richtingen. Utrecht: Trimbos-instituut.

Tamplin, A., Goodyer, I.M., & Herbert, J. (1998) Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 48, 1–13.

Tamplin, A. & Goodyer, I.M. (2001) Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 170–179.

Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D.S., Thapar, A.K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*, 379, 1056–67

Verhulst, F. C. (2006). *Leerboek kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: van Gorcum.