

Emotional Scars:

Impact of childhood trauma on depressive and anxiety disorders

Nederlandse samenvatting



Jacqueline G.F.M. Hovens

Inleiding

‘Traumatische gebeurtenissen uit de jeugd zijn niet verloren maar, als de voetafdrukken van het kind in natte cement, vaak levenslang bewaard. De tijd heelt geen wonden uit de kindertijd, tijd verbergt ze. Ze zijn niet verloren, ze zijn geïncorporeerd’ (Vincent Felitti, 2010)

Jeugdtrauma

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt jeugdtrauma als volgt gedefinieerd: ‘Elke vorm van verwaarlozing en/of bedreigende of gewelddadige interactie van emotionele, lichamelijke of seksuele aard die mogelijk lichamelijke of psychische schade veroorzaakt bij het kind en plaatsvindt in de context van een relatie gekenmerkt door afhankelijkheid, vertrouwen en macht’. Jeugdtrauma wordt vaak onderverdeeld in vier domeinen: (1) emotioneel/ psychologisch misbruik, i.e. verbale agressie, chantage of het minderwaardig laten voelen van het kind; (2) lichamelijke misbruik, i.e. slaan, schoppen, vastbinden, opsluiten en/of ander lichamelijke geweld tegen een kind; (3) seksueel misbruik, oftewel elke handeling van seksuele aard tussen een minderjarige en een gezagdragende persoon tegen de wil van de minderjarige; en (4) verwaarlozing (emotioneel of lichamelijke), gekenmerkt door afwezigheid van aandacht, betrokkenheid, empathie en/of zorg voor basale levensbehoeften. Emotionele verwaarlozing en emotioneel misbruik zijn de meest voorkomende vormen van jeugdtrauma (23%), gevolgd door lichamelijke misbruik (tussen 5 en 16%) en seksueel misbruik (tussen 5 en 10%). Emotioneel en lichamelijke misbruik/verwaarlozing in de jeugd vindt vooral plaats binnen het gezin (in ongeveer 80% door de ouders), bij seksueel misbruik is vaker een dader buiten het gezin betrokken. Er bestaat een grote samenhang tussen de verschillende vormen van jeugdtrauma, waarbij emotionele verwaarlozing/misbruik ook wel beschouwd wordt als het kernelement van een negatieve gezinscontext, waarbinnen andere vormen van jeugdtrauma kunnen plaatsvinden. Tot op heden hebben de meeste studies zich gericht op de effecten van lichamelijke en seksueel misbruik, terwijl emotionele verwaarlozing en emotioneel misbruik de meest verborgen, ondergerapporteerde en minst bestudeerde vormen van jeugdtrauma zijn.

In alle studies in dit proefschrift wordt jeugdtrauma gemeten aan de hand van een interview afgenomen bij volwassenen (NEMESIS Trauma Interview). Daarnaast worden ook negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd (<16 jaar) uitgevraagd, zoals het overlijden van een ouder, echtscheiding van ouders of uithuisplaatsing. Het retrospectief, op volwassen leeftijd, vragen naar jeugdtrauma kan resulteren in een onderrapportage, omdat mensen bepaalde gebeurtenissen zijn vergeten (recall bias oftewel herinneringsvertekening) of omdat zij deze niet willen rapporteren (report bias). Een andere mogelijke vorm van bias is dat het geheugen van mensen beïnvloed wordt door hun emotionele toestand op het moment van de retrospectieve rapportage. Patiënten met een psychiatrische stoornis op het moment van rapportage, zouden eerder geneigd kunnen zijn ervaringen uit het verleden te bestempelen als jeugdtrauma om (onbewust) zo hun psychische toestand te verklaren. Voor deze selectieve rapportage is echter weinig bewijs gevonden.

Verwaarlozing en misbruik leidt, naast soms ernstig lichamelijk letsel, tot een breed scala aan psychosociale-, gedrags- en emotionele problemen en tot negatieve leerprestaties bij kinderen van alle leeftijden. Volwassenen met traumatische jeugdervaringen hebben een verhoogde kans op alle onderzochte psychiatrische stoornissen zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, verslavingsproblematiek, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, dissociatieve stoornissen en psychose. Daarnaast is er ook enige evidentie dat jeugdtrauma gerelateerd is aan een ongezonde leefstijl, lichamelijke ziekten (hart en vaatziekten, obesitas en type 2 diabetes) en een kortere levensverwachting. Dit proefschrift beperkt zich tot de invloed van jeugdtrauma op depressieve en angststoornissen.

Depressieve en angststoornissen

Depressieve en angststoornissen zijn veel voorkomende ziektebeelden met een grote impact op het leven van patiënten en op de samenleving als geheel. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) verwacht dat in 2030 depressie op de eerste plaats staat van ziekten met de hoogste ziektelast. In Nederland krijgt 20% van de bevolking in zijn of haar leven te maken met een depressieve en/of angststoornis. Deze aandoeningen komen in bijna de helft van de gevallen samen voor (dat wordt comorbiditeit genoemd). Comorbide depressieve en angststoornissen zijn ernstiger, leiden tot meer invaliditeit en een slechtere behandelrespons, en zijn geassocieerd met een hogere medische consumptie.

Sinds 1980 wordt in de psychiatrie wereldwijd gebruik gemaakt van het 'Diagnostic and Statistical Manual' (DSM), een classificatiesysteem om psychiatrische ziektebeelden te ordenen. Een depressieve stoornis wordt gekenmerkt door een sombere stemming en/of interesseverlies die langer dan twee weken aanhoudt. Daarnaast kan er sprake zijn van veranderingen in het slaap- en/of eetpatroon, geremde of juist opgejaagde bewegingen of gedachten, vermoeidheid, moeite met concentreren, besluiteloosheid, gevoelens van schuld en waardeloosheid en terugkerende gedachten aan de dood. Veel voorkomende angststoornissen zijn sociale fobie, paniekstoornis met of zonder agorafobie en de gegeneraliseerde angststoornis. Bij sociale fobie is iemand angstig om zich in sociale situaties op genante wijze te gedragen. Een paniekstoornis betekent het optreden van herhaalde en onverwachte paniekaanvallen. Uit angst voor paniekaanvallen gaat een deel van deze mensen situaties vermijden die daartoe kunnen leiden (agorafobie oftewel 'pleinvrees'). De gegeneraliseerde angststoornis wordt gekenmerkt door het zich gedurende langere tijd buitensporig zorgen maken over allerlei alledaagse situaties.

Een diagnose van een depressieve of angststoornis is enkel gericht op het al dan niet voldoen aan een bepaald aantal criteria. Aangezien symptomen van depressie en angst bij iedereen in min of meerdere mate kunnen voorkomen, bieden diagnoses een beperkt inzicht in subtiele individuele verschillen. Een manier om deze verschillen in kaart te brengen is het registreren van de ernst (aantal en mate) van de depressieve of angstsymptomen aan de hand van ernst-vragenlijsten.

Relatie tussen jeugdtrauma en depressieve en angststoornissen

Het is bekend dat jeugdtrauma en/of negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd risicofactoren zijn voor het ontwikkelen en blijven voortbestaan van depressieve en angststoornissen (weliswaar minder onderzocht) op volwassen leeftijd. De meeste onderzoeken tot nu toe waren beperkt van omvang en vaak gericht op een bepaalde stoornis (bijv. een depressie) in relatie tot een beperkt aantal traumatische levensgebeurtenissen. Resultaten kunnen hierdoor vertekend zijn, aangezien depressie en angst vaak samen voorkomen en de verschillende trauma domeinen aanzienlijke overlap tonen (zoals emotionele verwaarlozing en lichamelijk misbruik). Bovendien maken de meeste studies gebruik van een cross-sectioneel design, waardoor er geen goede uitspraak gedaan kan worden over oorzakelijke verbanden. Het aantal prospectieve studies die inzicht geven in de relatie tussen jeugdtrauma en psychopathologie is beperkt, vaak uitgevoerd in niet-representatieve groepen (lage socio-economische status) en vaak zonder een controle groep (niet-getraumatiseerden). De samenhang tussen enerzijds traumatische gebeurtenissen in de jeugd en anderzijds psychopathologie op volwassen leeftijd is een complexe en dynamische wisselwerking tussen omgevingsfactoren en biologische - en psychologische karakteristieken van individuen in de tijd. In het verlengde hiervan ligt de vraagstelling “hoe jeugdtrauma leidt tot depressieve en angststoornissen op latere leeftijd”. Tot op heden zijn de psychologische en biologische mechanismen die jeugdtrauma in verband brengen met de verhoogde kans op depressieve en angststoornissen complex en nog maar ten dele bekend.

Doel van dit proefschrift

Samenvattend waren de doelen van de studies opgenomen in dit proefschrift driedig: (1) inzicht verkrijgen in de associaties tussen jeugdtrauma, ingrijpende gebeurtenissen in de jeugd en depressieve en angststoornissen op volwassen leeftijd, (2) in kaart brengen van de longitudinale associaties tussen jeugdtrauma en het beloop van depressieve en angststoornissen, en (3) bestuderen van de associaties tussen jeugdtrauma enerzijds en latere psychosociale kenmerken en persoonlijkheidsfactoren anderzijds en de potentiële invloed hiervan op de relatie tussen jeugdtrauma en het beloop van depressieve en angststoornissen.

Onze onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op gegevens uit de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). Voor NESDA werden 2981 deelnemers (leeftijd tussen de 18 en 65 jaar), afkomstig uit de algemene bevolking, de 1e lijn en de geestelijke gezondheidszorg onderzocht. NESDA is een langlopende studie met als doel het beloop van depressieve en angststoornissen te onderzoeken en factoren die daaraan gerelateerd zijn beter in beeld te krijgen.

Belangrijkste bevindingen

In de eerste studie beschreven in dit proefschrift (**hoofdstuk 2**) bestudeerden wij *welke* vorm van jeugdtrauma en *welke* negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd samenhangen met *welke* psychiatrische stoornis (depressie of angst, of de combinatie) op volwassen leeftijd. We hebben dit

onderzocht op basis van de eerste NESDA meting ('baseline') van 1931 deelnemers: 252 met een huidige angststoornis, 314 met een huidige depressieve stoornis en 845 met beiden (zowel een huidige angststoornis en een depressieve stoornis). Daarnaast was er een gezonde controle groep van 520 personen zonder voorgeschiedenis van een angst en/of depressieve stoornis. In deze studie vonden wij dat alle vormen van jeugdtrauma een risicofactor vormen voor het optreden van angst en/of depressieve stoornissen op volwassen leeftijd; het sterkste verband werd gevonden voor de mensen met zowel een angst *en* depressieve stoornis (comorbiditeit). Aangezien comorbiditeit is geassocieerd met meer en ernstiger symptomen, lijkt een jeugdtrauma vooral bij te dragen aan meer en ernstiger psychopathologie. Het verband met jeugdtrauma lijkt sterker voor depressie dan voor angst, in het bijzonder geldt dit voor emotionele verwaarlozing en emotioneel misbruik. Hoe vaker verwaarlozing en misbruik samen voorkwamen, des te sterker was het verband met het voorkomen van psychopathologie. Opvallend was dat, in tegenstelling tot jeugdtrauma, negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd geen rol speelden. De resultaten suggereren dat jeugdtrauma gekenmerkt door emotionele verwaarlozing en/of psychologisch, lichamelijk en seksueel misbruik, de kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van angst en depressieve stoornissen kunnen vergroten. Vooral bij mensen die lijden aan een combinatie van angst en depressie, is het belangrijk om na te gaan of er sprake is van een jeugdtrauma in het verleden. Hierbij is met name emotionele verwaarlozing en psychologisch misbruik een aandachtspunt. Adequate interventies gericht op jeugdtrauma kunnen dan bijdragen tot een effectieve behandeling voor een subgroep van patiënten met angst en depressie.

De resultaten uit deze studie nuanceren bestaande (specificiteits) hypothesen die angststoornissen vooral relateren aan bedreigende ervaringen zoals lichamelijk en seksueel misbruik, en depressie vooral in verband brengen met emotionele verwaarlozing.

In **hoofdstuk 3** werd het belang van jeugdtrauma en negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd onderzocht in het kader van de chronische depressie. De resultaten uit deze studie zijn ook gebaseerd op de eerste NESDA meting. In deze studie werden 1230 patiënten met een depressieve stoornis onderzocht. Binnen deze groep werden chronisch depressieve patiënten met niet-chronisch depressieve patiënten vergeleken. Hieruit kwam naar voren dat chronisch depressieve patiënten vaker jeugdtrauma, zoals emotionele verwaarlozing en/of psychologisch, lichamelijk en seksueel misbruik, rapporteerden dan niet-chronisch depressieve patiënten. Verder bleek het aantal jeugdtraumata en de frequentie van de meegemaakte traumata van belang. Depressieve patiënten met meerdere en/of meer frequente jeugdtraumata, lijken een hoger risico op het ontwikkelen van een chronische depressie te hebben dan patiënten die geen of minder jeugdtraumata hebben meegemaakt. Dit verband bleef bestaan, ook nadat rekening gehouden werd met de klinische kenmerken van de chronische depressie (leeftijd waarop de depressie zich voor het eerst manifesteert, ernst, comorbiditeit met angst). Ook in deze studie hadden negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd, zoals het overlijden van ouders, het scheiden van ouders of uithuisplaatsing, geen effect op het optreden van chronische depressie op latere leeftijd. Deze bevindingen steunen de hypothese dat de kwaliteit van de ouder-kind relatie, de aan/afwezigheid van een betrokken en empathische (plaatsvervangende) ouder en de mate van conflict in het gezin,

een belangrijker rol spelen dan de feitelijke negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd. Recente bevolkingsstudies in Nederland en de Verenigde Staten bevestigen dat het verlies van een ouder of echtscheiding van de ouders voor de leeftijd van 16 jaar niet geassocieerd is met een verhoogd risico op depressieve en/of angststoornissen.

In het volgende gedeelte van het proefschrift gebruikten wij naast de baseline meting ook de vervolgmetingen van NESDA. Hierdoor was het mogelijk om voorspellers van het ziektebeloop te onderzoeken. In **hoofdstuk 4** beschreven we het effect van jeugdtrauma en negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd op het beloop van depressieve en angststoornissen bij volwassenen. Hiervoor gebruikten we de data van 1209 patiënten met een angststoornis en/of depressieve stoornis bij de eerste meting. In een vervolgmeting na 2 jaar werd de aanwezigheid van een angst en/of depressieve stoornis opnieuw nagegaan met behulp van een gestandaardiseerd interview. Tevens werd gedurende deze periode van 2 jaar het beloop van hun stoornis onderzocht. Van deze patiënten had 18.4% tenminste één negatieve levensgebeurtenis in de kindertijd en had 57.8% één of meer van bovengenoemde jeugdtraumata meegemaakt. Negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd bleken niet het beloop van angst en depressie te voorspellen. Daarentegen waren emotionele verwaarlozing, psychologisch misbruik en lichamelijk misbruik geassocieerd met een verhoogde kans dat een depressieve stoornis of een angst en depressieve stoornis na 2 jaar nog steeds aanwezig was. Emotionele verwaarlozing en psychologisch misbruik waren ook geassocieerd met een meer chronisch beloop en recidiveren van klachten van angst en depressie na aanvankelijk herstel. De depressieve en angststoornissen van patiënten die jeugdtrauma rapporteerden werden vergeleken met die van patiënten zonder jeugdtrauma. Bij de groep met een jeugdtrauma werd bij de eerste ('baseline') meting vastgesteld dat de klachten op vroegere leeftijd waren ontstaan, langer duurden, en dat er sprake was van meer en ernstiger angst en/of depressieve symptomen en meer comorbiditeit. Deze klinische factoren bleken een sterke invloed te hebben op de relatie tussen jeugdtrauma en het ziektebeloop van de depressieve en angststoornissen. Deze bevindingen suggereren een oorzakelijk model, waarbij jeugdtrauma aan de basis van het ziekteproces staat en via meer en ernstiger symptomen uiteindelijk leidt tot een slechter ziektebeloop.

In **hoofdstuk 5** bestudeerden we ook het effect van jeugdtrauma en negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd op het beloop van depressieve en angststoornissen bij volwassenen, maar dan vanuit een andere invalshoek. In deze studie beschreven we 1167 deelnemers, die bij de baseline meting geen depressieve en/of angststoornis hadden en gedurende een periode van 2 jaar gevolgd werden. Van hen had 48.7% ooit eerder in hun leven een depressieve en/of angststoornis gehad. Wij vonden dat een voorgeschiedenis van jeugdtrauma een belangrijke voorspeller was voor het optreden van zowel een 'eerste' als een 'recidief' depressieve en/of comorbide episode tijdens de 2-jarige follow-up. Hierbij maakte het geen verschil of de patiënten ooit (versus nooit) een eerdere episode hadden gehad voorafgaand aan de eerste (baseline) meting. Van alle trauma domeinen, bleek emotionele verwaarlozing de enige onafhankelijke voorspeller te zijn in multivariabele modellen. Deze bevinding impliceert dat emotionele verwaarlozing de meest cruciale rol speelt in de relatie tussen jeugdtrauma en depressie en angst op latere leeftijd. De relatie tussen jeugdtrauma en het optreden

van een 'eerste', dan wel 'recidief' episode van depressieve en angststoornissen, bleek verder grotendeels af te hangen van de aanwezigheid van meer en ernstiger angst of depressieve symptomen en/of de aanwezigheid van een eerdere angst of depressieve episode in de voorgeschiedenis. Onze bevindingen wijzen erop dat jeugdtrauma een belangrijke risicofactor is in de omgeving, die kwetsbaar maakt voor het optreden van nieuwe en recidiverende depressieve en comorbide episoden. Deze longitudinale resultaten kunnen bijdragen aan een beter inzicht in *hoe* jeugdtrauma kan leiden tot depressieve en angststoornissen bij volwassenen.

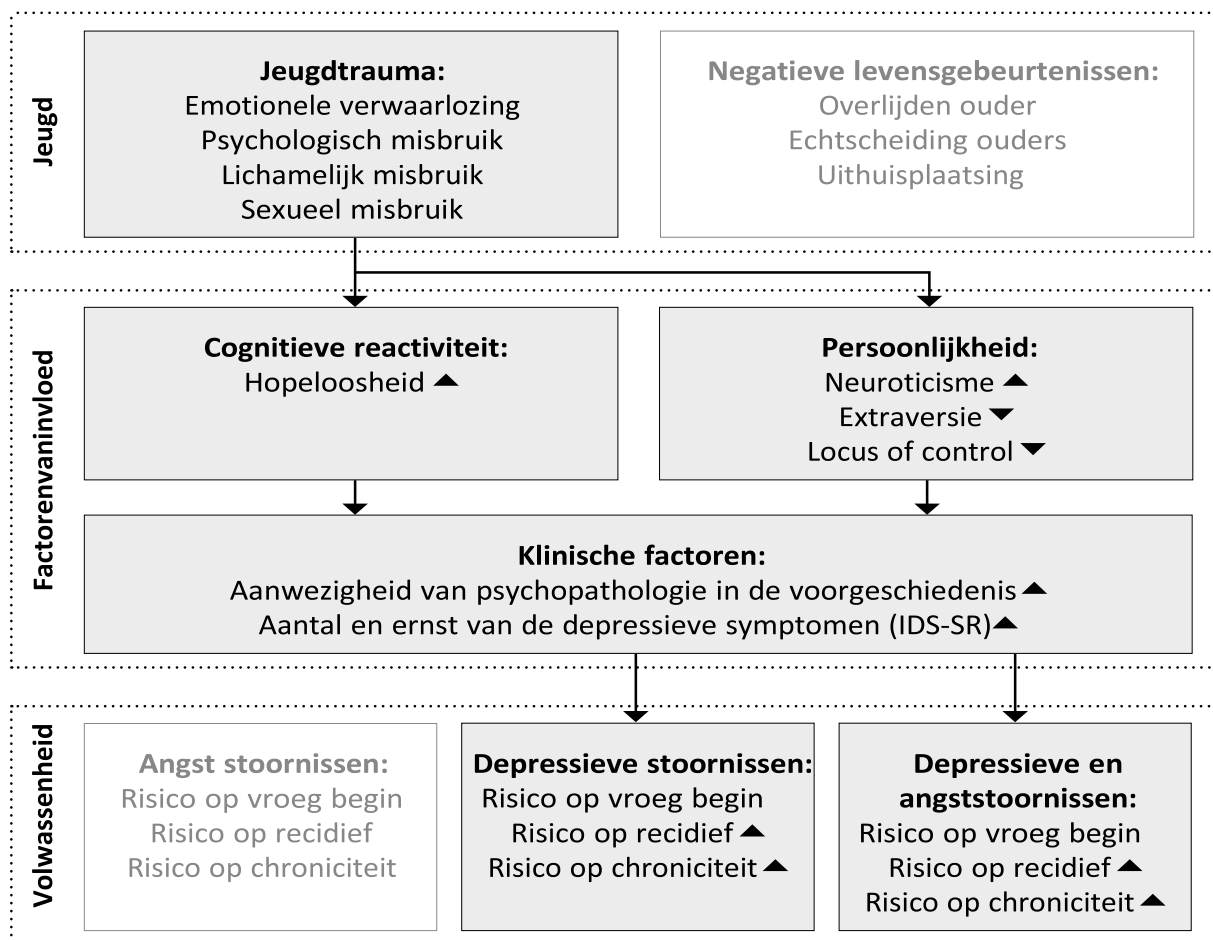
De laatste studie in dit proefschrift (**hoofdstuk 6**) beschrijft jeugdtrauma en het beloop van depressieve en angststoornissen in een bredere context. In deze studie hebben we gekeken naar het psychosociaal functioneren op volwassen leeftijd (in het kader van werk, inkomen, sociaal netwerk, partner/vrienden en negatieve levensgebeurtenissen) en de rol van psychologische kenmerken, zoals persoonlijkheid, cognitieve reactiviteit (i.e. de mate van dysfunctionele gedachten tijdens een sombere stemming) en 'locus of control' (i.e. mate van controle die iemand ervaart over de gebeurtenissen in zijn/haar leven). Een gangbare manier om persoonlijkheid in te delen is aan de hand van het Big Five model. Dit model gaat ervan uit dat persoonlijkheid bestaat uit vijf min of meer onafhankelijke dimensies, namelijk de mate van extraversie (versus introversie), openheid voor nieuwe ervaringen en ideeën, meegaandheid (versus competitiviteit), neuroticisme (versus emotionele stabiliteit) en consciëntieusheid (versus onverschilligheid). Iedereen heeft elk van deze vijf persoonlijkheidstrekken in een bepaalde mate, en de combinatie van deze vijf trekken bepaalt iemands karakter.

Blootstelling aan jeugdtrauma wordt in verband gebracht met een verstoorde hechting tussen ouder en kind, die kan leiden tot een ongunstige persoonlijkheidsontwikkeling en copingstijl (i.e., hoe omgegaan wordt met problemen en gebeurtenissen) en tot nadelige psychosociale omstandigheden op de volwassen leeftijd. In deze studie gebruikten we van 1474 patiënten, met een angststoornis en/of depressieve stoornis, de baseline meting en werd het beloop (met name de duur tot herstel) van hun psychiatrische ziekte tijdens een 4-jarige follow-up in kaart gebracht. Wij vonden dat jeugdtrauma, met name emotionele verwaarlozing en misbruik, een negatieve invloed had op het psychosociaal functioneren op volwassen leeftijd en het risico verhoogde op blootstelling aan later negatieve levensgebeurtenissen. Daarnaast was jeugdtrauma geassocieerd met een ongunstiger persoonlijkheidsprofiel. Uit de resultaten kwam naar voren dat patiënten met jeugdtrauma in de voorgeschiedenis, hoger scoorden op de domeinen neuroticisme, openheid, hopeloosheid, rumineren en externe 'locus of control' en lager scoorden op de domeinen extraversie, meegaandheid en consciëntieusheid, in vergelijking met de niet-getraumatiseerde patiënten. Het lijkt er daarom op dat bepaalde persoonlijkheidsdimensies een belangrijke rol spelen bij de relatie tussen jeugdtrauma en het ongunstige ziektebeloop van depressie en angst. Hoge scores op neuroticisme, hopeloosheid en externe 'locus of control' en lage extraversie scores hadden een belangrijk aandeel in het voorspellen van de relatie tussen jeugdtrauma en het ongunstige ziektebeloop. De bevindingen uit deze studie kunnen van belang zijn voor de klinische praktijk, met name bij de behandeling van deze prognostisch ongunstiger subgroep van depressieve en angststoornissen. Vroege interventies, gericht op het verminderen van neuroticisme en

hopeloosheid en het versterken van extraversie en 'locus of control', kunnen de prognose van deze 'hoge risico' groep mogelijk verbeteren.

Algemene discussie

Dit proefschrift eindigt met een algemene discussie (**Hoofdstuk 7**), waarin de bevindingen van hoofdstukken 2 tot en met 6 worden besproken. Deze studies hebben tot nieuwe inzichten geleid in de onderlinge samenhang tussen jeugdtrauma en depressieve en angststoornissen. De bevindingen laten zien dat jeugdtrauma een belangrijke risicofactor is voor het ontwikkelen van depressieve en angststoornissen, met name voor depressieve en comorbide stoornissen, en een chronisch en prognostisch ongunstig ziektebeloop voorspelt. Emotionele verwaarlozing is een kernelement van jeugdtrauma, en heeft een overwegende en sterke negatieve invloed op het ontstaan en beloop van depressieve en angststoornissen op volwassen leeftijd. Daarnaast hebben we een aantal risicofactoren geïdentificeerd die individuen, blootgesteld aan jeugdtrauma, kwetsbaar maken voor het ontwikkelen van depressieve en angststoornissen op volwassen leeftijd. Deze risicofactoren spelen op hun beurt een cruciale rol in het ongunstiger ziektebeloop van depressieve en angststoornissen, bij patiënten met een jeugdtrauma in de voorgeschiedenis. Het onderliggend mechanisme van hoe jeugdtrauma leidt tot depressieve en angststoornissen op volwassen leeftijd, hebben we weergegeven in een schematisch overzicht (zie Figuur).



In dit op onze resultaten gebaseerde verklaringsmodel wordt een oorzakelijk verband beschreven waarin: (a) blootstelling aan jeugdtrauma de persoonlijkheidsontwikkeling en copingsstrategieën beïnvloedt via een mechanisme van “litteken vorming”, (b) dit een ongunstig persoonlijkheidsprofiel kan induceren, gekenmerkt door hoog neuroticisme, lage extraversie, een negatieve cognitieve stijl en externe ‘locus of control’, (c) een hoge mate van neuroticisme en maladaptieve depressieve cognities vervolgens kan leiden tot depressieve symptomen en uiteindelijk tot (d) syndromale depressieve en comorbide stoornissen met een chronisch beloop. Dit model benadrukt de relatie tussen jeugdtrauma en depressieve en angststoornissen op volwassen leeftijd via het mechanisme van de cognitieve kwetsbaarheid. Het is natuurlijk van belang om dit model te plaatsen in de context van eveneens aanwezige neurobiologische kwetsbaarheidsfactoren, die in dit proefschrift buiten beschouwing zijn gebleven.

Implicaties voor de klinische praktijk

De studies in dit proefschrift onderschrijven het belang van aandacht voor de mogelijke aanwezigheid van jeugdtrauma in het verleden, in het bijzonder bij een subgroep van patiënten met comorbide depressieve en angststoornissen en/of met een chronisch beloop. Expliciet en gedetailleerde navraag naar aanwezigheid van jeugdtrauma in de voorgeschiedenis moet onderdeel zijn van de diagnostische evaluatie van patiënten met angst en depressieve stoornissen en draagt bij aan de profilering van een prognostisch ongunstiger subgroep. Zo zou men tot een snellere identificatie van patiënten met een groot risico voor een slechter en chronischer beloop kunnen komen. Verder kan dit bijdragen tot een verfijning van de diagnostiek en behandeling voor de individuele patiënt. De standaard behandelingen volgens de richtlijnen voor depressieve en angststoornissen zijn ontoereikend voor deze subgroep van patiënten. Niet alleen moet er aandacht zijn voor de traumatische gebeurtenissen in de jeugd, maar de behandeling moet zich ook richten op ontwikkelings-specifieke en relationele facetten. Hiermee refereren we aan de verstoring van de hechtings relatie, problemen met het zelfbeeld en met het vertrouwen van belangrijke anderen. (Psycho)therapeutische technieken zoals het verbeteren van de emotieregulerende vaardigheden en hechtingsstijlen en het vergroten van het probleemoplossend vermogen en de persoonlijke controle worden aanbevolen. De therapeutische benadering die uitgaat van ‘empowerment’ binnen de veiligheid van een therapeutische relatie, is essentieel voor deze patiënten met jeugdtrauma in de voorgeschiedenis. Het is verder belangrijk om nieuwe behandelmodules te exploreren die zijn gericht op de psychologische en biologische kwetsbaarheid van deze subgroep, en om deze te implementeren in toekomstige richtlijnen voor de behandeling van depressieve en angststoornissen.

Maatschappelijke implicaties

De resultaten in dit proefschrift benadrukken de link van jeugdtrauma met a) een verhoogd risico op het ontwikkelen van, en b) een ongunstig ziektebeloop van depressieve en angststoornissen. Vroegtijdige interventies gericht op het voorkomen van negatieve effecten van jeugdtrauma op volwassen leeftijd zijn aanbevelingswaardig. Aandacht voor vroegtijdige herkenning en signalering

van jeugdtrauma is een belangrijke eerste stap in het kader van preventie. Hoewel emotionele verwaarlozing en emotioneel misbruik een groot maatschappelijk probleem vormen, zijn de schadelijke gevolgen hiervan voor het ontwikkelen van psychopathologie bij volwassenen lange tijd onvoldoende erkend en aanzienlijk ondergewaardeerd. Hulpverleners in de jeugdzorg zouden standaard moeten screenen op emotionele verwaarlozing en emotioneel misbruik naast lichamelijk en seksueel misbruik. In gezinnen met een hoog risico is tijdige detectie en het bieden van opvoedingsondersteuning van belang. Vroege detectie biedt de mogelijkheid om snel in te grijpen in het gezin en de duur en de ernst van (de gevolgen van) verwaarlozing/misbruik te beperken. Bovendien kunnen dan vroegtijdige interventies plaatsvinden die zijn gericht op het weerbaarder maken van het kind, zoals het verbeteren van zelfwaardering, emotionele stabiliteit en negatieve cognities. Kortom, toegenomen maatschappelijke bewustwording en kennis over de lange termijn gevolgen van jeugdtrauma, onder de algemene bevolking en onder professionals in de jeugd- en volwassen zorg zullen hopelijk leiden tot meer rapportage van verwaarlozing/misbruik onder jeugdigen en op termijn tot een afname van de prevalentie van jeugdtrauma.

Perspectieven voor toekomstig onderzoek

Een grote uitdaging voor de toekomst is het opzetten van lange termijn studies die aandacht besteden aan de complexe wisselwerking tussen de gezinscontext, de ouder-kind relatie, psychosociale bronnen en psychologische en biologische kwetsbaarheden, die allen interacteren met jeugdtrauma tijdens de transitie naar volwassenheid. Voor toekomstig onderzoek naar depressieve en angststoornissen, lijkt de parameter 'met jeugdtrauma' van belang om subtypes van depressieve en angststoornissen te onderscheiden, waardoor deze populaties gestratificeerd kunnen worden binnen een onderzoeksdesign. Daarnaast zou ook het soort jeugdtrauma nader gespecificeerd moeten worden. Hierdoor kunnen we meer inzicht verwerven in de verschillen in klinische presentatie, beloop en behandelrespons. Verder zijn gerandomiseerde gecontroleerde studies gericht op geïntegreerde behandelmodules van belang om de behandeling van deze subgroep te optimaliseren.