

NEDERLANDSE SAMENVATTING

Depressieve stoornissen en angststoornissen komen vaak voor, en kunnen zeer ingrijpend zijn. Dit geldt voor de persoon zelf, maar ook voor diens naasten zoals partner en kinderen. In dit proefschrift staat de intergenerationele overdracht van depressieve stoornissen en angststoornissen centraal, en proberen we zicht te krijgen op mogelijkheden voor interventie.

Achtergrond

Depressieve stoornissen en angststoornissen zijn veel voorkomende psychische aandoeningen die de kwaliteit van leven sterk kunnen beïnvloeden. In Nederland krijgt ongeveer 1 op de 5 mensen ten minste éénmaal in het leven een depressie. Hetzelfde geldt voor een angststoornis. Deze stoornissen komen ook vaak samen voor. In dit proefschrift spreken we daarom van depressieve/angststoornissen. Deze stoornissen kunnen zich op elke leeftijd manifesteren, maar ontstaan vaak al op jongere leeftijd. Angststoornissen ontstaan vaak in de kindertijd of adolescentie. Voor depressie ligt de piek iets later, zo tussen het 20^e en 40^e levensjaar. Het beloop van deze stoornissen is dikwijls terugkerend of chronisch, wat kan leiden tot substantiële beperkingen in het fysieke, sociale en schools/beroepsmatig functioneren. Ook voor de samenleving als geheel zijn de kosten van deze aandoeningen vanwege ziekteverzuim en zorgkosten hoog.

Eén van de belangrijkste risicofactoren voor het ontwikkelen van een depressieve/angststoornis is een geschiedenis van depressie/angst bij de ouder. Kinderen van wie één of beide ouders last hebben van (één van) deze aandoeningen, hebben een verhoogde kans om zelf ook een depressieve/angststoornis te ontwikkelen. Genetische invloeden, omgevingsfactoren (bijvoorbeeld blootstelling aan een meer stressvolle omgeving) en de wisselwerking tussen beide komen uit de literatuur naar voren als mogelijke mechanismen die kunnen verklaren waarom deze kinderen extra vatbaar zijn.

Dit proefschrift bouwt voort op deze achtergrond. Het eerste deel van dit proefschrift richt zich op het ontstaan en beloop van stemming/angststoornissen bij deze kinderen (hoofdstuk 2 t/m hoofdstuk 5). In het tweede deel staan preventieprogramma's en professionele hulpverlening centraal (hoofdstuk 6 en hoofdstuk 7).

Welke onderzoeksgegevens hebben we gebruikt?

Voor de studies in dit proefschrift is gebruik gemaakt van de gegevens van twee grote Nederlandse studies: Adolescents at Risk of Anxiety and Depression: A Neurobiological and Epidemiological approach (ARIADNE) en de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). ARIADNE is in 2000 gestart en heeft 523 jongeren (13-25 jaar) gevolgd in hun ontwikkeling. Al deze jongeren hadden een ouder die behandeld is binnen de geestelijke gezondheidszorg voor een depressieve/angststoornis. In 2004 is ARIADNE afgesloten en is aan alle deelnemers gevraagd of zij wilden meedoen NESDA dat destijds werd opgezet (2004-2007). NESDA is een groot cohort onderzoek onder 2.981 volwassenen, dat als doel heeft het

beloop en de gevolgen van depressieve/angststoornissen in kaart te brengen. NESDA loopt nog steeds en van de deelnemers is inmiddels informatie beschikbaar over een periode van negen jaar. Dat betekent dat een groot deel van het ARIADNE-cohort inmiddels 13 jaren is gevolgd.

Hoe groot is de kans dat ‘kinderen van’ zelf een stemming/angststoornis ontwikkelen?

In **hoofdstuk 2** hebben we onderzocht hoe groot de kans is dat kinderen van ouders die behandeld zijn voor een depressieve/angststoornis vergelijkbare problemen ontwikkelen als hun ouder(s). Het is relevant om dit binnen deze populatie te bekijken, omdat de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen een setting is waarbinnen deze kinderen relatief eenvoudig zijn te identificeren en waar indien nodig gepaste ondersteuning kan worden geboden of in gang kan worden gezet. Tot nu toe weten we nog weinig over de omvang van dit risico vanwege het beperkte aantal studies dat deze kinderen heeft gevolgd tot in de volwassenheid, en daarmee de piekperiode waarin depressieve/angststoornissen voor het eerst ontstaan heeft meegenomen. Uit onze studie, gebaseerd op gegevens van ARIADNE, blijkt dat naar schatting 38% van de jongeren op 20-jarige leeftijd zelf een stemming/angststoornis heeft ontwikkeld. Op 35-jarige leeftijd is dat 65 procent. **Hoofdstuk 2** laat hiermee zien dat kinderen van ouders die ooit behandeld zijn voor een depressieve/angststoornis vaak, maar niet altijd, soortgelijke stoornissen als hun ouders ontwikkelen. Het is daarom van groot belang dat preventie zich richt op deze kwetsbare groep kinderen en dat kinderen die al klachten hebben zo snel mogelijk passende ondersteuning of zorg ontvangen. Opgemerkt moet worden dat in deze studie andere stoornissen zoals stoornissen in gebruik van middelen en eetstoornissen niet zijn meegenomen. Ook weten we niet in hoeverre de onderzochte groep representatief is voor alle kinderen van ouders die voor depressieve/angststoornissen behandeld zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Welke risico- en beschermende factoren spelen een rol bij het ontstaan van klachten?

Gelukkig krijgen niet alle kinderen van patiënten met een depressieve/angststoornis te maken met een vergelijkbare stoornis. Het risico blijkt daarnaast niet voor elk kind even groot, en is mede afhankelijk van het bestaan van andere zogenaamde risico- en beschermende factoren. In **hoofdstuk 2** hebben we daarom ook de invloed van verschillende ouder-, gezins- en kindkenmerken op het ontstaan van stemming/angststoornissen onderzocht. We zagen dat meisjes/vrouwen, kinderen die een ouder hebben bij wie de stoornis al op jonge leeftijd (voor het 20e levensjaar) is ontstaan, en kinderen die opgegroeid zijn in een gezin waarin beide ouders een dergelijke stoornis hadden, vaker stemming/angststoornissen ontwikkelden. Deze resultaten kunnen mogelijk helpen om kinderen in beeld te krijgen voor wie het risico extra hoog is en voor wie gerichte preventie of behandeling aangewezen kan zijn. Bovendien vonden we dat het opgroeien in een goed functionerende gezinsomgeving geassocieerd is met een verminderd risico op het ontstaan van een stemming/angststoornis, ook wanneer er andere risicofactoren aanwezig zijn. Deze bevinding ondersteunt het belang van het

versterken van het gezinsfunctioneren als onderdeel van preventieve of behandelinterventies voor deze kinderen.

Spelen het geslacht van de ouder en het aantal aangedane ouders een rol bij het ontstaan van klachten?

Lange tijd heeft met name de moeder aandacht gekregen in onderzoek naar het ontstaan van psychische aandoeningen bij kinderen. In **hoofdstuk 3** bespreken we de studie van Lewis en collega's, die specifieke aandacht hebben voor de rol van vaders. Zij tonen aan dat zowel depressieve symptomen van de vader als depressieve symptomen van de moeder bijdragen aan het risico op depressieve symptomen (in de adolescentie) bij het kind. Deze resultaten sluiten aan bij onze eigen bevindingen uit **hoofdstuk 2**: het geslacht van de ouder is geen voorspeller voor het ontstaan van een stemming/angststoornis en het risico voor het kind is hoger wanneer beide ouders een depressieve/angststoornis hebben gehad dan wanneer dat er één is. Het is mogelijk dat de gecombineerde invloeden van een aangedane moeder én vader elkaar ook nog eens versterken (een zogenaamd interactie-effect) en het risico optelt tot 'meer dan dubbel' ($1+1=3$), bijvoorbeeld doordat er geen ouder is die eventuele negatieve gevolgen van de psychische aandoening op de ouder-kind relatie (gedeeltelijk) kan compenseren. Omdat onze eigen gegevens niet geschikt zijn om dit te onderzoeken, hebben we Lewis en collega's gevraagd deze vraag te beantwoorden. Zij vonden geen interactie-effect: wanneer beide ouders depressieve symptomen hebben is het risico voor het kind niet 'meer dan dubbel'. Desalniettemin maken onze bevindingen duidelijk dat in de klinische praktijk en in toekomstig onderzoek rekening gehouden moet worden met de geestelijke gezondheid van beide ouders, en niet zoals nog vaak gebeurt, voornamelijk met die van de moeder.

Zijn 'kinderen van' ook op volwassen leeftijd verhoogd kwetsbaar?

Eerder onderzoek naar intergenerationele overdracht is voornamelijk uitgevoerd onder kinderen en jongeren, en heeft een duidelijk verband laten zien tussen depressie/angst bij de ouder en de aanwezigheid van deze problemen bij hun kinderen. **Hoofdstuk 4** laat zien dat dit verband ook op volwassen leeftijd bestaat. In een grote groep NESDA-deelnemers blijkt het hebben van een ouder die ooit depressief/angstig was een voorspeller van het ontstaan van depressieve/angststoornissen op volwassen leeftijd. Dit verband blijft echter niet bestaan wanneer we rekening houden met subklinische symptomen van de deelnemers bij aanvang van NESDA. Onze resultaten suggereren dat, eenmaal volwassen, depressie/angst bij de ouder een risicofactor is voor het ontstaan van depressieve/angststoornissen, maar dat de mate waarin iemand al subklinische klachten ervaart beter kan voorspellen wie later depressief/angstig zal worden en wie niet.

Lopen 'kinderen van' meer risico op een ongunstig beloop van klachten?

Of het hebben van een depressieve/angstige ouder ook nadelig is voor het verdere beloop van depressieve/angststoornissen wanneer deze aandoeningen zich eenmaal hebben

gemanifesteerd is nog onduidelijk. Het is belangrijk om hier beter zicht op te krijgen, omdat inzicht in factoren die een ongunstig beloop voorspellen mogelijk kan helpen bij het maken van behandelbeslissingen. In **hoofdstuk 4** hebben we het beloop van depressieve/angststoornissen bekeken van een grote groep NESDA-deelnemers die gedurende negen jaren zijn gevolgd. Een geschiedenis van depressie/angst bij de ouder blijkt een onafhankelijke voorspeller te zijn van terugval in een nieuwe episode. Ouderlijke geschiedenis is tevens een risicofactor voor een zeer chronisch beloop. Anders dan voor terugval, blijft dit verband niet bestaan wanneer we rekening houden met de leeftijd waarop de stoornis is ontstaan. Onze resultaten suggereren dat deelnemers met een depressieve/angstige ouder meer kans hebben op een zeer chronisch beloop van hun aandoening, maar dat een lagere aanvangsleeftijd een sterkere voorspeller is van chroniciteit.

Hoe gaat het met ‘kinderen van’ nadat zij zelf klachten hebben gekregen?

In **hoofdstuk 5** hebben we het beloop in kaart gebracht van (inmiddels volwassen geworden) deelnemers van het ARIADNE-cohort die zelf ook een depressieve/angststoornis hebben gekregen. Ruim de helft heeft op enig moment tijdens de onderzoeksperiode van zes jaar nog last van depressieve/angst episodes. Tegelijkertijd zien we dat een aanzienlijk deel klinisch is hersteld, tenminste wanneer we dit definiëren als de afwezigheid van een diagnose. Het merendeel ervaart ook daadwerkelijk nauwelijks klachten meer. Herstel van een psychische aandoening gaat niet alleen om terugdringing van symptomen en genezing van de ziekte. Minstens net zo belangrijk is of iemand nog beperkingen in het dagelijks functioneren ervaart, bijvoorbeeld op het gebied van werk en sociale relaties. Onze resultaten laten zien dat klinisch herstel en herstel van algemeen functioneren niet per se gelijk opgaan. We zagen enerzijds dat ongeveer driekwart van de volwassenen die tijdens de onderzoeksperiode geen depressieve/angst episode doormaakte nog steeds aanzienlijke beperkingen in functioneren rapporteerde. Anderzijds ervaarde een deel van de volwassenen met een diagnose juist nauwelijks beperkingen in functioneren. Het evalueren van beperkingen in het dagelijks leven is een belangrijk onderdeel in de diagnostiek. Deze resultaten onderstrepen het belang om tevens het functioneren te evalueren bij het beoordelen van het beloop, en bij de effectiviteit van preventieve interventies of behandeling. Daarnaast hebben we gekeken of het beloop verschillend is voor deelnemers van het ARIADNE-cohort en NESDA-deelnemers zonder depressieve/angstige ouder. We hebben, anders dan in **hoofdstuk 4**, geen bewijs gevonden voor verschillen in beloop.

Zoeken ‘kinderen van’ met klachten ook hulp?

Het is zinvol om te weten of kinderen met een depressieve/angstige ouder die zelf ook psychische problemen hebben gekregen, in beeld komen bij de hulpverlening. We hebben dit bekeken in een groep deelnemers van het ARIADNE-cohort die, net als hun ouders, zelf ook een stemming/angststoornis hebben ontwikkeld. **Hoofdstuk 7** laat zien dat bijna iedereen uiteindelijk professionele hulp zoekt, bijvoorbeeld bij de huisarts of psycholoog. Wel blijkt het

bij een deel van de kinderen lang te duren voordat de stap naar hulpverlening wordt gezet, soms pas jaren nadat de stemming/angststoornis voor het eerst is ontstaan. We vonden drie groepen die relatief lang wachten met het zoeken van hulp: jongens en mannen, deelnemers bij wie de stoornis al vroeg in het leven is ontstaan en deelnemers met een angststoornis. Wat betreft type hulp vonden we dat ongeveer een derde hulp zocht bij de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Een lagere intelligentie en lagere sociaaleconomische status waren voorspellers van het zoeken naar dit type hulp. Sneller hulp zoeken vergoot de kans op herstel. Daarom is het van belang kinderen die klachten ervaren te stimuleren hulp te zoeken en daarbij gerichte aandacht te hebben voor groepen die hier over het algemeen relatief lang mee wachten.

Preventieprogramma's voor 'kinderen van': hoe ziet de inhoud eruit en zijn deze programma's effectief?

In **hoofdstuk 6** hebben we bestaande preventieprogramma's voor kinderen van ouders met een stemming/angststoornis op een rij gezet. We vonden 20 studies die over zeven unieke preventieprogramma's rapporteerden. Hoewel de programma's qua inhoud verschillen, bieden ze allemaal psycho-educatie over de psychische aandoening van de ouder en de mogelijke invloed ervan op het kind en het gezin als geheel. Bij vier programma's staat het familie functioneren centraal, waarbij er met name aandacht is voor opvoedcompetenties en/of communicatie tussen de gezinsleden. Bij programma's voor het kind is er aandacht voor cognitieve herstructurering, een techniek waarbij belemmerende gedachten worden opgespoord en uitgedaagd. We zagen dat kinderen die deelnemen aan preventieprogramma's minder vaak een soortgelijke stoornis als de ouder ontwikkelen, in vergelijking met een controlegroep. Het effect is wel minder sterk op de lange termijn (≥ 2 jaar). Ook zagen we een afname van het symptoomniveau bij de kinderen. Onduidelijk is welke elementen van deze programma's bijdragen aan dit positieve effect, omdat uitsluitend de effectiviteit van de programma's als geheel is onderzocht. Wie er baat hebben bij deze programma's is ook onbekend, onder meer omdat niet onderzocht is in hoeverre de kinderen/gezinnen die hebben meegedaan een representatieve groep vormen. In toekomstig onderzoek is het van belang dat onderzoekers nauwkeurig de inhoud van de onderzochte interventies beschrijven en de gebruikte wervingsstrategieën, onderzoekspopulatie, kenmerken van wie er wel en niet meedoen, en eventuele andere moeilijkheden in meer detail rapporteren.

Discussie

Dit proefschrift eindigt met een algemene discussie (**hoofdstuk 8**) van de bevindingen in hoofdstuk 2 tot en met 7. Ook worden methodologische overwegingen en beperkingen, implicaties voor de klinische praktijk en mogelijkheden voor vervolgonderzoek besproken. Al onze bevindingen tezamen wijzen erop dat kinderen van ouders die behandeld zijn voor een depressieve/angststoornis een aanzienlijk risico lopen om zelf ook soortgelijke problemen te ontwikkelen. Bij een groot deel van deze kinderen ontstaan deze problemen in

de adolescentie of jongvolwassenheid, fasen waarin belangrijke stappen in het leven worden gezet, zoals het opbouwen van een vriendenkring en het volgen van een studie. Een psychische stoornis in deze fase van het leven, zelf als deze eenmalig zou zijn, kan daarmee het verdere leven nadelig bepalen. We vonden tevens dat een geschiedenis van depressie/angst bij de ouder een voorbode kan zijn voor een ongunstig beloop van depressieve/angststoornissen. Tegelijkertijd lijkt het niet onmogelijk het ontstaan van deze aandoeningen te voorkomen, uit te stellen, en/of in ernst te reduceren. Dat zagen we in onze studie naar de effectiviteit van preventieprogramma's. Ook onze bevinding dat het risico op stemming-/angststoornissen afneemt wanneer er sprake is van een goed functionerende gezinsomgeving ondersteunt deze uitspraak. Deze inzichten benadrukken het belang van een geïntensiveerde aanpak gericht op preventie en steun aan deze kinderen en gezinnen, en tijdige behandeling, indien nodig en wenselijk. We pleiten daarom voor een gezinsgerichte aanpak binnen de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen, waarbij aandacht voor ouderschap en het welzijn van de kinderen een standaard onderdeel is van de dagelijkse behandelpraktijk. Intergenerationele overdracht is niet geheel te voorkomen, maar valt zeker terug te dringen, en daartoe moeten concrete stappen worden gezet.