

# De toekomst van depressiepreventie voor adolescenten: uitdagingen en kansen

S.P.A. RASING, D.H.M. CREEMERS, Y.A.J. STIKKELBROEK, R.C.W.M. KUIJPERS,  
R.C.M.E. ENGELS



In dit artikel gaan wij in op de noodzaak, de uitdagingen en de kansen van de preventie van depressie bij adolescenten. De afgelopen jaren is de depressiepreventie sterk ontwikkeld, zowel in onderzoek als in de praktijk, en er blijken positieve effecten te zijn. Wij bespreken de ernst van de gevolgen van depressie tijdens de adolescentie, de resultaten en beperkingen van depressiepreventie en we doen suggesties voor toekomstig onderzoek om de effectiviteit van preventieprogramma's te vergroten en de implementatie te verbeteren.

## Gevolgen van depressie tijdens de adolescentie

Depressieve stoornissen zijn met een geschatte *life-time* prevalentie van 12,6% bij adolescenten van 13-17 jaar oud in westerse landen een van de meest voorkomende psychische stoornissen (Kessler e.a. 2012). De gevolgen hiervan voor het dagelijks leven van jongeren zijn enorm: problemen in hun sociale relaties, verminderde schoolprestaties, meer schooluitval en hogere werkloosheid (Jaycox e.a. 2009; Quiroga e.a. 2013). Op de langere termijn zijn er problemen met lichamelijke en mentale gezondheid, waaronder middelenmisbruik, slaapproblemen, depressieve stoornissen op latere leeftijd en vaker suïcidepogingen en geslaagde suïcides (Hölzel e.a. 2011; Balázs e.a. 2013).

Onderzoek naar de maatschappelijke consequenties laat zien dat adolescenten met een depressieve stoornis meer gebruikmaken van de gezondheidszorg en minder productief zijn op school of werk (Bertha & Balázs 2013; Greenberg e.a. 2015). Daarnaast hadden hun ouders vaak een hoger werkverzuim (Keenan-Miller e.a. 2007).

De jaarlijkse kosten van depressie in Nederland worden geschat op 660 miljoen euro aan directe kosten, zoals zorgkosten, en 953 miljoen euro aan indirecte kosten, zoals werkverzuim (Meijer e.a. 2006; Smit e.a. 2006). Het inzetten van depressiepreventie bij adolescenten is noodzakelijk omdat het aantal depressieve stoornissen drastisch toeneemt tijdens deze leeftijdsfase en de consequenties daarvan mondiale impact hebben.

## Resultaten van depressiepreventie

Er is wetenschappelijk bewijs dat depressiepreventieprogramma's effect hebben op het verminderen van depressieve symptomen en episodes (Hetrick e.a. 2016; Stockings e.a. 2016). Effectgroottes van universele preventieprogramma's bleken, in het beste geval, klein en de effecten hielden 3 tot 9 maanden stand. Dit kan verklaard worden doordat het moeilijk is om effecten aan te tonen in de algemene populatie waar het niveau van depressieve symptomen erg laag is. Effectgroottes van selectieve en geïndiceerde preventie, dat wil zeggen gericht op groepen of individuen met een verhoogd risico of verhoogde symptomen, waren groter en de effecten hielden tot 12 maanden stand (Hetrick e.a. 2016).

## Beperkingen van depressiepreventie

Naast de enorme potentie van depressiepreventie zijn er ook beperkingen.

Ten eerste zijn er beperkingen in de huidige onderzoeksmethodes. In veel studies wordt een significante daling van depressieve symptomen gevonden bij passieve controlecondities. Dit impliceert dat onderzoekers meer aandacht moeten besteden aan de invulling van de controlecondities, bijvoorbeeld een actieve controle-interventie of een conditie waarbij slechts een lage mate van aandacht wordt gegeven aan de deelnemers.

Ook is het wenselijk om behalve symptomen ook de aanwezigheid van klinische stoornissen te meten. Verder worden effecten op lange termijn in de huidige studies alleen bepaald voor relatief korte periodes na de preventieprogramma's. Er is dringend meer onderzoek nodig naar de effecten langer dan 12 maanden na het einde van het preventieprogramma om de daadwerkelijke preventieve waarde van programma's op de lange termijn vast te stellen.

Een tweede beperking is dat weinig tot geen van de onderzochte preventieprogramma's wijd geïmplementeerd zijn. Het implementeren van depressiepreventie op grote schaal om de mentale gezondheid van jongeren te bevorderen is niet eenvoudig te realiseren. Scholen worden vaak

genoemd als meest voor de hand liggende plaats om de bevordering van mentale gezondheid en weerbaarheid in te zetten. Het is bij uitstek de locatie waar alle adolescenten aanwezig zijn en dus een toegankelijk plek is voor zowel adolescenten als hun ouders. Maar als gevolg van het beperkte aantal studies naar kosteneffectiviteit en implementatie blijft het moeilijk om beleidsmakers en bestuurders te overtuigen van de (gezondheids)winsten die de kosten van zulke investeringen zullen compenseren.

Een derde beperking is dat jongeren huiverig zijn om deel te nemen aan depressiepreventieprogramma's en het is voor professionals moeilijk om jongeren betrokken te krijgen en te houden. Het aantal uitvallers in zowel onderzoek als praktijk is hoog en dat heeft klaarblijkelijk gevolgen voor de effectiviteit. Om adolescenten te motiveren om deel te nemen aan depressiepreventieprogramma's moeten we zorgen dat de inhoud en de manier van aanbieden aansluiten bij de interesses en de leefwereld van adolescenten.

Eén van de oorzaken is de grote heterogeniteit van depressieve symptomen. Tijdens de adolescentie zijn er dagelijks, wekelijks en maandelijks stevige fluctuaties in het niveau van depressieve symptomen en hierdoor zijn adolescenten moeilijk te overtuigen om deel te nemen. Interventies gericht op positieve eigenschappen, zoals emotieregulatietraining of mindfulness, zijn daarom mogelijk meer motiverend. Een andere oorzaak is dat programma's op een voor jongeren onaantrekkelijke manier worden aangeboden en er zou meer gebruikgemaakt moeten worden van moderne technologie, zoals games.

Ten vierde moet de identificatie van jongeren met een verhoogd risico op depressie heroverwogen worden. Op dit moment is het gebruikelijk om te screenen op depressieve symptomen en om bij verhoogde depressieve symptomen te spreken van een verhoogd risico. Andere risicofactoren, zoals armoede, beperkte steun van ouders of verzorgers en weinig affectie van ouders, kunnen ook essentieel zijn en moeten overwogen worden om kwetsbaarheid te signaleren. Daarnaast moeten we in gedachten houden dat depressie heterogeen is en dat er mogelijk verschillende risicoprofielen te onderscheiden zijn die voortkomen uit verschillende combinaties van risicofactoren. Dit zou kunnen betekenen dat jongeren met verschillende risicoprofielen baat hebben bij verschillende preventiestrategieën.

Ten vijfde moeten we concluderen dat de duur van de effecten van preventieprogramma's teleurstellend is en dat er dus een hoge mate van terugval van depressieve symptomen is. De duur van de preventieve effecten moet significant verbeterd worden om een duurzaam effect te hebben op de mentale gezondheid van jongeren.

## AUTEURS

**SANNE P.A. RASING**, psycholoog, GGZ Oost Brabant, Kind & Jeugd GGZ, Boekel, en Universiteit Utrecht, Utrecht.

**DAAN H.M. CREEMERS**, gz-psycholoog, GGZ Oost Brabant, Kind & Jeugd GGZ, Boekel, en Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen.

**YVONNE A.J. STIKKELBROEK**, klinisch psycholoog, GGZ, Oost Brabant, Kind & Jeugd GGZ, Boekel, en Universiteit Utrecht, Utrecht.

**ROWELLA C.W.M. KUIJPERS**, gz-psycholoog, Behavioural Science Institute, Radboud Universiteit, Nijmegen, en Trimbos-instituut, Utrecht.

**RUTGER C.M.E. ENGELS** hoogleraar Ontwikkelingspsychopathologie, Universiteit Utrecht, en voorzitter raad van bestuur, Trimbos-instituut, Utrecht.

## CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Sanne P.A. Rasing, GGZ Oost Brabant, Kind & Jeugd GGZ

E-mail: spa.rasing@ggzoostrabant.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-12-2017.

## TITLE IN ENGLISH

The future of prevention of depression for adolescents: challenges and chances

Ten slotte moeten we de visie op depressiepreventie veranderen van het aanbieden van een enkel preventieprogramma naar een integrale en multimodale preventiestrategie om mentale gezondheid te bevorderen. Wanneer we denken aan depressiepreventie in termen van een strategie, dan kan, naast depressieve symptomen, een breder spectrum van uitkomstmaten worden overwogen, zoals het algemeen functioneren, cross-overeffecten op angst, meer bewustzijn voor mentale gezondheid, minder pesten, betere prestatie op huiswerk of minder afwezigheid van school. Wanneer een preventiestrategie wordt georganiseerd vanuit de samenwerking tussen verschillende ketenpartners is het aantrekkelijker voor scholen om te implementeren en is het mogelijk minder stigmatiserend.

## Nieuwe kansen voor depressiepreventie: richtingen voor de toekomst

Het aantal jongeren dat *behandeling* ontvangt voor depressieve *stoornissen* is de afgelopen jaren toegenomen (Bor e.a. 2014). Onderzoek heeft laten zien dat selectieve en geïndi-

ceerde depressiepreventie de ontwikkeling van depressieve stoornissen kan voorkomen en daarmee mogelijk het grote aantal behandelingen kan reduceren, wat grote voordelen met zich meebrengt voor zowel jongeren als voor de maatschappij.

De combinatie van universele en geïndiceerde preventie zou een mogelijke preventiestrategie kunnen zijn. Universele preventieprogramma's hebben potentie om bewustwording van mentale gezondheid te creëren en weerbaarheid en veerkracht te versterken (Dray e.a. 2017). Geïndiceerde preventieprogramma's hebben laten zien dat preventie gericht op individuen met verhoogde depressieve symptomen een effectieve strategie is om op grote schaal toe te passen (Hetrick e.a. 2016; Stockings e.a. 2016). De combinatie van het versterken van de veerkracht en weerbaarheid in de hele populatie en daarbovenop het reduceren van depressieve symptomen in risicogroepen vormt een *stepped-care* aanpak voor preventie en zal verder ontwikkeld en daadwerkelijk verbeterd moeten worden om een effectieve en langdurige impact te hebben.

### Suggesties voor toekomstig onderzoek

- Stimuleer bewustwording van mentale gezondheid en verminder stigma op psychische problemen om de mentale gezondheid te bevorderen. Zet universele preventie in om deze bewustwording te genereren; deze kan daarmee bevorderen dat jongeren eerder hulp zoeken wanneer dat nodig is.
- Maak strategische keuzes in welke setting preventiestrategieën geïmplementeerd moeten worden. Scholen lijken de geschiktste locaties om jongeren te signaleren met een verhoogd risico op depressie. Scholen zouden hiermee naast hun verantwoordelijkheid in de onderwijsprestaties van scholieren een rol kunnen spelen in de mentale gezondheid van jongeren.
- Laat modulaire preventiestrategieën op verschillende niveaus en door verschillende ketenpartners in samenwerking uitvoeren om optimale resultaten te behalen. Universele preventieprogramma's gericht op algemene life skills zouden een eerste stap moeten zijn in de bewustwording van mentale gezondheid. De tweede stap zou moeten bestaan uit vroegsignalering van jongeren met een verhoogd risico op depressie gevolgd door het reduceren van dat risico met geïndiceerde preventieprogramma's.
- Verken welke mogelijkheden er zijn om de preventieve interventies gepersonaliseerd aan te bieden. Het vereist een flexibele of modulaire aanpak, vaak gebruikmakend van e-mental health, om de preventiestrategieën aan te passen aan individuen.

- Maak voor preventieprogramma's veel vaker gebruik van e- of m-health technologieën. Deze programma's zijn toegankelijker, makkelijker te verspreiden, minder stigmatiserend en passen mogelijk beter bij adolescenten. Daarnaast maken ze direct feedback mogelijk op gedrag in het dagelijks leven. Met bijvoorbeeld wearables kan men het activiteitsniveau monitoren en adolescenten direct feedback geven.
- Het lijkt erop dat veelgebruikte methoden en instrumenten niet geschikt of niet sensitief genoeg zijn om de dynamiek van depressie waar te nemen. Gebruik daarom nieuwe technologieën, zoals sensortechnologie, die de mogelijkheid bieden om realtime accurate informatie over veranderingen in gedrag en activiteit te meten als resultaat van preventieprogramma's.

### Conclusie

Afgelopen jaren is depressiepreventie sterk ontwikkeld, zowel in onderzoek als in de praktijk, en het onderzoek heeft laten zien dat er wel degelijk positieve effecten zijn voor jongeren. Toekomstig onderzoek kan bijdragen aan de zoektocht naar mogelijkheden om de effectiviteit van preventieprogramma's te vergroten en de implementatie te verbeteren.

### LITERATUUR

- Balazs J, Miklósi M, Keresztesy A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, e.a. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54: 670-7.
- Bertha EA, Balázs J. Subthreshold depression in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013; 22: 589-603.
- Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Austral NZ J Psychiatry* 2014; 48: 606-16.
- Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, e.a. Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017.
- Greenberg PE, Fournier AA, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry* 2015; 76: 1,478-162.
- Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2016(8).
- Hölzel L, Härter M, Reese C, Kriston L. Risk factors for chronic depression - a systematic review. *J Affect Disord* 2011; 129: 1-13.

- Jaycox LH, Stein BD, Paddock S, Miles JNV, Chandra A, Meredith LS, e.a. Impact of teen depression on academic, social, and physical functioning. *Pediatrics* 2009; 124: e596-605.
- Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA. Health outcomes related to early adolescent depression. *J Adolesc Health* 2007; 41: 256-62.
- Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res* 2012; 21: 169-84.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen; 2006.
- Quiroga CV, Janosz M, Bisset S, Morin AJS. Early adolescent depression symptoms and school dropout: Mediating processes involving self-reported academic competence and achievement. *J Educat Psychol* 2013; 105: 552.
- Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, de Graaf R, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. *J Ment Health Pol Econom* 2006; 9: 193-200.
- Stockings EA, Degenhardt L, Dobbins T, Lee YY, Erskine HE, Whiteford HA, e.a. Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychol Med* 2016; 46: 11-26.

## TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE

### LEZERSONDERZOEK

De redactie van het *Tijdschrift voor Psychiatrie* vraagt uw medewerking bij het invullen van een enquête over ons tijdschrift. Wij hopen naar aanleiding van de resultaten nog beter in staat te zijn aan uw wensen tegemoet te komen. Het invullen duurt 5-10 minuten en is uiteraard volledig anoniem.

Het onderzoek kunt u online invullen op onze website:  
[www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/page/lezersonderzoek](http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/page/lezersonderzoek)



Hartelijk dank voor uw medewerking.