

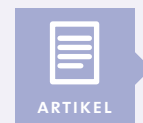
Emotionele littekens: langetermijn-gevolgen van jeugdtrauma voor angst- en depressieve stoornissen

J.G.F.M. HOVENS, E.J. GILTAY, A.M. VAN HEMERT, B.W.J.H. PENNINX

- ACHTERGROND** Het is bekend dat jeugdtrauma en negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd risicofactoren zijn voor het ontstaan van angst- en depressieve stoornissen op de volwassen leeftijd.
- DOEL** Nader onderzoek naar despecifieke verbanden tussen jeugdtrauma en negatieve levensgebeurtenissen en het risico en beloop van angst- en depressieve stoornissen.
- METHODE** Beschrijven van onze onderzoeksresultaten gebaseerd op gegevens uit de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA). Twee crosssectionele studies en drie prospectieve studies worden beschreven.
- RESULTATEN** Alle domeinen van jeugdtrauma vormen een risicofactor voor het optreden van angst- en/of depressieve stoornissen op de volwassen leeftijd. Emotionele verwaarlozing is de belangrijkste onafhankelijke voorspeller van het optreden en beloop van angst- en depressieve stoornissen. Bepaalde persoonlijkheidskenmerken en ongunstige klinische factoren spelen een mediërende rol in de relatie tussen jeugdtrauma en het beloop van angst- en depressieve stoornissen.
- CONCLUSIE** Jeugdtrauma verhoogt niet alleen de kwetsbaarheid voor het ontstaan van angst- en depressieve stoornissen, maar is ook geassocieerd met een ernstiger en chronischer beloop van deze stoornissen. Onze studies hebben tot nieuwe inzichten geleid in het onderliggend mechanisme tussen jeugdtrauma en angst- en depressieve stoornissen. Op basis hiervan worden aanbevelingen voor de klinische praktijk en maatschappelijk implicaties beschreven.

TUJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)5, 286-296

TREFWOORDEN angststoornissen, depressieve stoornissen, epidemiologie, jeugdtrauma



ARTIKEL



Traumatische gebeurtenissen in de kindertijd, zoals ingrijpende verlieservaringen, emotionele verwaarlozing en emotioneel, fysiek en seksueel misbruik, zijn prevalent en vormen een belangrijk maatschappelijk probleem. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft jeugdtrauma gedefinieerd als: *'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 veelal onderverdeeld in de volgende

domeinen: verwaarlozing (emotioneel of fysiek), emotioneel misbruik, fysiek misbruik en seksueel misbruik. Hoewel de meeste studies zich op de gevolgen van fysiek en seksueel misbruik hebben gericht, is inmiddels gebleken dat emotionele verwaarlozing de meest voorkomende (prevalentie tot 18,4%), ondergerapporteerde en minst bestudeerde vorm van jeugdtrauma is (Gilbert e.a. 2009). De verschillende vormen van jeugdtrauma hangen nauw samen, waarbij emotionele verwaarlozing/misbruik veelal het kernelement van een negatieve gezinscontext (*'context of abuse'*) is, waarbinnen andere vormen van

jeugdtrauma kunnen plaatsvinden (Rosenman e.a. 2004). Volwassenen met traumatische jeugdervaringen hebben niet alleen een verhoogde kans op het ontstaan van een breed scala aan psychiatrische stoornissen; er is ook evidentie dat jeugdtrauma gerelateerd is aan een ongezonde leefstijl, lichamelijke ziekten (hart- en vaatziekten, obesitas en type 2-diabetes) en een kortere levensverwachting (Norman e.a. 2012).

Jeugdtrauma en latere problemen

Depressieve en angststoornissen zijn veelvoorkomende ziektebeelden met een grote impact op het leven van patiënten en de samenleving als geheel. De WHO verwacht dat in 2030 depressie op de eerste plaats staat van ziekten met de hoogste ziektelast. In Nederland krijgt 15 tot 20% van de inwoners in zijn of haar leven te maken met een depressie en/of angststoornis. Deze aandoeningen komen in bijna de helft van de gevallen samen voor (comorbiditeit). Comorbide stoornissen zijn ernstiger, leiden tot meer invaliditeit en een slechtere behandelrespons, en zijn geassocieerd met een hogere medische consumptie (de Graaf e.a. 2012).

Het is bekend dat jeugdtrauma en/of negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd risicofactoren zijn voor het ontstaan en blijven voortbestaan van depressieve en angststoornissen (weliswaar minder onderzocht) op volwassen leeftijd (Norman e.a. 2012; Teicher e.a. 2013). De meeste onderzoeken waren tot nu toe beperkt van omvang en vaak gericht op een bepaalde stoornis (bijv. depressie) in relatie tot een beperkt aantal traumatische levensgebeurtenissen. Resultaten kunnen hierdoor vertekend zijn, aangezien depressie en angst vaak samen voorkomen en de verschillende traumadomeinen een aanzienlijke overlap tonen. Bovendien hebben de meeste studies een cross-sectionele opzet, waardoor er geen goede uitspraak gedaan kan worden over oorzakelijke verbanden.

Het aantal prospectieve studies die inzicht geven in de relatie tussen jeugdtrauma en psychiatrische stoornissen is beperkt en vaak ontbreekt een controlegroep van niet-getraumatiseerden. Verder zijn deze studies vaak uitgevoerd in groepen die niet representatief zijn voor de algemene bevolking en samengesteld op basis van gedocumenteerd misbruik, waarin de ernstigste casussen, de zichtbaarste vormen van misbruik (fysiek en seksueel) en het lager socio-economisch spectrum oververtegenwoordigd zijn.

De samenhang tussen traumatische gebeurtenissen in de jeugd en psychiatrische stoornissen op volwassen leeftijd is een complexe en dynamische wisselwerking tussen omgevingsfactoren en biologische en psychologische karakteristieken en kwetsbaarheden van individuen in de

AUTEURS

JACQUELINE HOVENS, psychiater, LUMC, Leiden.

ERIK GILTAY, psychiater en epidemioloog, LUMC, Leiden.

BERT VAN HEMERT, hoogleraar Psychiatrie, LUMC, Leiden.

BRENDA PENNINX, hoogleraar Psychiatrische Epidemiologie, VUMC, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. J.G.F.M. Hovens, psychiater, Leids Universitair Medisch Centrum, Albinusdreef 2, 2333 ZA Leiden.

E-mail: j.g.f.m.hovens@lumc.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-2-2017.

tijd. In het verlengde hiervan ligt de vraag: 'Hoe leidt jeugdtrauma tot angst- en depressieve stoornissen op latere leeftijd?' Tot op heden zijn de psychologische en biologische mechanismen die jeugdtrauma in verband brengen met een verhoogde kans op angst- en depressieve stoornissen complex en nog maar ten dele bekend.

Onderzoeksdoelen

De onderzoeksdoelen van de studies opgenomen in dit artikel waren drieledig:

- Inzicht verkrijgen in de samenhang tussen jeugdtrauma, negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd en angst- en depressieve stoornissen op de volwassen leeftijd (Wiersma e.a. 2009; Hovens e.a. 2010).
- In kaart brengen welke jeugdtraumadomeinen het beloop van deze angst- en depressieve stoornissen voorspellen (Hovens e.a. 2012; 2015).
- Bestuderen van het verband tussen jeugdtrauma en de psychosociale kenmerken en persoonlijkheidsfactoren op de volwassen leeftijd enerzijds en het aandeel van deze factoren in het voorspellen van de relatie tussen jeugdtrauma en een ongunstig ziektebeloop anderzijds (Hovens e.a. 2016).

METHODE

Patiënten

Onze studies zijn gebaseerd op gegevens uit de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA), een lopende longitudinale cohortstudie waaraan meerdere universiteiten, academische ziekenhuizen en gezondheidszorginstellingen deelnemen. De deelnemers werden uit de algemene

bevolking (19%), huisartsenpraktijken (54%) en de geestelijke gezondheidszorg (27%) geworven. Het cohort bestaat uit 2981 volwassenen (66,5% vrouw, leeftijd 18-65 jaar), overwegend van blanke origine.

De NESDA-studie is opgezet om het beloop en de gevolgen van depressie en angststoornissen op lange termijn te onderzoeken (Penninx e.a. 2008). Inclusiecriteria waren: een huidige of *lifetime*-DSM-IV-diagnose (American Psychiatric Association 2000) van een depressieve stoornis (d.w.z. dysthymie of depressieve stoornis) en/of angststoornis (d.w.z. gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis met of zonder agorafobie, sociale fobie en/of agorafobie zonder paniekstoornis). Een niet-klinische controlegroep van mensen zonder huidige of *lifetime*-DSM-IV-diagnose werd ook opgenomen in de NESDA-studie. De startmeting vond plaats tussen 2004 en 2007. Voor onze longitudinale studies hebben we gebruikgemaakt van de vervolgmetingen na 2 en 4 jaar met een respons van resp. 87,1 en 80,6%.

Meetinstrumenten

Voor de start- en vervolgmetingen werd gebruikgemaakt van een gestandaardiseerd psychiatrisch interview: het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Wittchen 1994) om huidige en *lifetime*-classificaties volgens de DSM-IV vast te stellen. Om het beloop nader te specificeren werden bij alle deelnemers met angst- en depressieve symptomen bovendien de aanwezigheid en ernst van de symptomen in kaart gebracht met het *Life Chart Interview* (LCI; Lyketsos e.a. 1994). Daarnaast werden stoornisspecifieke ernstmaten voor zowel depressie (*Inventory of Depressive Symptomatology*, IDS; Rush e.a. 1996) als angst (*Fear Questionnaire*, FQ; Marks e.a. 1979 en *Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck e.a. 1988) meegenomen.

Met een semigestructureerd interview (*NEMESIS Trauma Interview*; de Graaf e.a. 2004) werd aan de deelnemers gevraagd of ze voor het 16de levensjaar emotionele verwaarlozing en/of emotioneel, fysiek of seksueel misbruik hadden meegemaakt. Deze werden als volgt gedefinieerd:

1. emotionele verwaarlozing gekenmerkt door afwezigheid van aandacht, betrokkenheid, empathie en/of steunzorg voor basale levensbehoeften;
2. emotioneel misbruik, oftewel verbale agressie, chantage of het minderwaardig laten voelen van een kind;
3. fysiek misbruik, oftewel slaan, schoppen, vastbinden, opsluiten en/of ander fysiek geweld tegen een kind;
4. seksueel misbruik, oftewel elke handeling van seksuele aard tussen een minderjarige en een gezagdragende persoon tegen de wil van de minderjarige.

Indien positief, werd aan de hand van een 5-puntslikert-schaal (eenmalig, soms, regelmatig, vaak, en zeer vaak) de frequentie van het misbruik uitgevraagd. De cumulatieve

'jeugdtraumascore' (0-8) reflecteert de ernst van het misbruik gebaseerd op de combinatie van het aantal aanwezige misbruikdomeinen en de frequentie van het misbruik. Ook werd gevraagd naar het voorkomen van ingrijpende levensgebeurtenissen in de kindertijd, zoals echtscheiding van ouders, overlijden van ouders en uithuisplaatsing. De cumulatieve 'levensgebeurtenissenscore' (0-3) is een somscore van het aantal gerapporteerde negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd. Het NEMESIS-trauma-interview heeft een aangetoonde goede constructvaliditeit.

Verder hebben wij gekeken naar het psychosociaal functioneren op de volwassen leeftijd, zoals aanwezigheid van een steunnetwerk en partner/vrienden (*Close Person Inventory*; Stansfeld e.a. 1992), negatieve levensgebeurtenissen (*List of threatening experiences*, LTE; Brugha e.a. 1985) en gevoelens van eenzaamheid (*Loneliness Scale*; de Jong-Gierveld 1987).

Persoonlijkheid werd geoperationaliseerd volgens de *Neuroticism-Extraversion-Openness Five Factor Inventory* (NEO-FFI; Costa & McCrae 1995). 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 (versus geslotenheid), meegaandheid (versus competitiviteit), neuroticisme (versus emotionele stabiliteit) en consciëntieusheid (versus onverschilligheid).

De *Mastery Scale* (Pearlin & Schooler 1978) werd gebruikt om de *locus of control* te meten oftewel de mate van controle die iemand ervaart over gebeurtenissen in zijn/haar leven. De *Leiden Index of Depression Sensitivity-Revised* (LEIDS-R; van der Does 2002) reflecteert de mate van disfunctionele gedachten (oftewel de cognitieve reactiviteit) tijdens een sombere stemming, waarbij wij geïnteresseerd waren in de subschalen hopeloosheid en rumineren.

Statistische analyse

In onze studies hebben we gebruikgemaakt van de volgende analyses:

1. Beschrijvende statistiek in zowel de crossectionele als longitudinale studies, waarbij categorale variabelen in de verschillende groepen vergeleken werden met χ^2 -toetsen, en de continue variabelen met ANOVA.
2. Logistische-regressieanalyses van de crossectionele data, gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en opleidingsniveau, om de oddsratio's te berekenen.
3. Uni- en multivariate logistische-regressieanalyses om in de longitudinale studies de voorspellers voor het beloop van angst en depressieve stoornissen te onderzoeken.
4. Mediatieanalyses uitgevoerd volgens het multi-pele mediatiemodel (Preacher & Hayes 2008) in alle longitudinale studies.

RESULTATEN

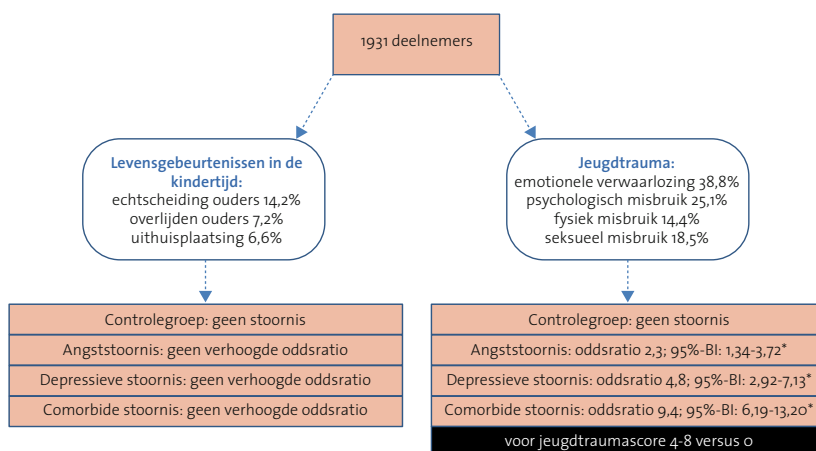
Samenhang tussen jeugdtrauma en latere stoornissen

In deze studie (FIGUUR 1) wordt beschreven welke vorm van jeugdtrauma en welke negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd samenhangen met welke psychiatrische stoornis (depressie, angst of de combinatie) op de volwassen leeftijd (Hovens e.a. 2010). Wij analyseerden de gegevens van de NESDA-startmeting met 1931 deelnemers: 252 met een huidige angststoornis, 314 met een huidige depressieve stoornis, 845 met beide (een huidige angst- en

een depressieve stoornis) en een controlegroep van 555 personen.

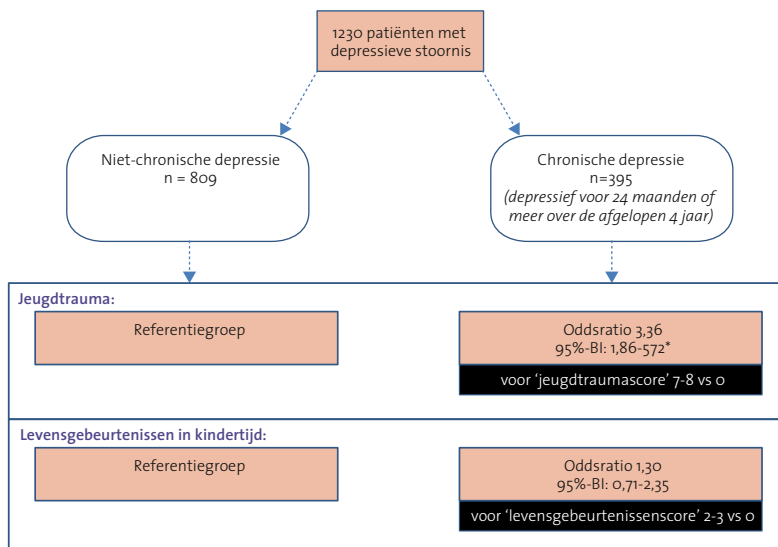
Wij vonden dat alle domeinen van jeugdtrauma een risicofactor vormen voor het optreden van angst- of depressieve stoornissen op de volwassen leeftijd; in alle traumadomeinen werd het sterkste verband gevonden bij de deelnemers met een comorbide stoornis. We konden bovendien een duidelijke dosis-responsrelatie vaststellen tussen de cumulatieve 'jeugdtraumascore' en het voorkomen van psychiatrische stoornissen. Onze resultaten lieten zien dat jeugdtrauma optreedt als een specifieke risicofactor en de kwetsbaarheid voor het ontstaan van angst- en depressieve

FIGUUR 1 Samenhang tussen jeugdtrauma en negatieve levensgebeurtenissen en angst- en depressieve stoornissen bij volwassenen (Hovens e.a. 2010)



* $p < 0,001$

FIGUUR 2 Jeugdtrauma en negatieve levensgebeurtenissen in relatie met chronische depressies bij volwassenen (Wiersma e.a. 2009)



* $p < 0,001$

stoornissen verhoogt. Opvallend was dat, in tegenstelling tot jeugdtrauma, negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd niet geassocieerd waren met angst- en/of depressieve stoornissen op latere leeftijd.

Jeugdtrauma en chronische depressies bij volwassenen

In deze studie (FIGUUR 2) werden de gegevens van de NES-DA-startmeting van 395 patiënten met een chronische depressieve stoornis vergeleken met 809 patiënten zonder chronische depressieve stoornis (Wiersma e.a. 2009).

Patiënten met depressieve stoornis en een hogere 'jeugdtraumascore' hadden een hoger risico op het ontstaan van een chronische depressie dan patiënten die geen of minder jeugdtrauma hadden meegemaakt. Dit verband bleef ook bestaan na correctie voor klinische kenmerken en risicofactoren van de chronische depressie (ontstaansleeftijd van depressie, ernst en comorbiditeit met angst). Negatieve levensgebeurtenissen waren evenmin geassocieerd met het optreden van chronische depressie op latere leeftijd. De correlaties tussen de verschillende jeugdtraumadomeinen waren redelijk sterk (coëfficiënten 0,27-0,63); echter, de correlaties tussen de jeugdtraumadomeinen en de negatieve levensgebeurtenissen waren veel zwakker (coëfficiënten 0,03-0,22).

Effect van jeugdtrauma op beloop latere stoornissen

In deze studie (FIGUUR 3) werd de voorspellende waarde van jeugdtrauma en negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd onderzocht voor het 2-jaarsziektebeloop van 1209 patiënten met bij aanvang van het onderzoek een angst- en/of depressieve stoornis (Hovens e.a. 2012).

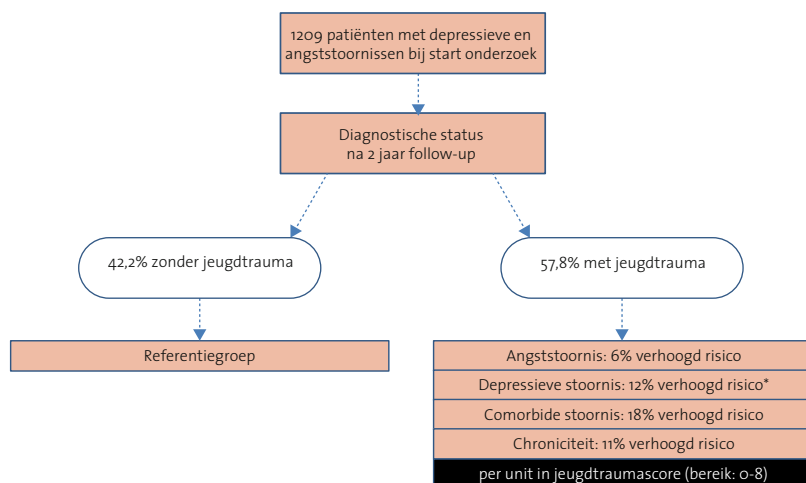
Wij vonden dat emotionele verwaarlozing, emotioneel misbruik en fysiek misbruik geassocieerd waren met een verhoogde kans op het persisteren van een depressieve stoornis of een angst- en depressieve stoornis. Deze associaties waren niet significant voor het 2-jaarsbeloop van angststoornissen. Emotionele verwaarlozing en emotioneel misbruik voorspelden eveneens een meer chronisch beloop en/of recidiveren van angst- en depressieve klachten na aanvankelijk herstel. Patiënten met jeugdtrauma hadden bij aanvang van de studie angst- en/of depressieve stoornissen die op jongere leeftijd ontstaan waren, langer duurden en ernstiger en vaker comorbide waren ($p < 0,001$). Uit onze mediatieanalyses kwam naar voren dat deze ongunstige klinische factoren, met name ernstiger depressieve symptomen bij aanvang van het onderzoek, een significant (indirect) effect hadden op de relatie tussen jeugdtrauma en het ziektebeloop van de depressieve en angststoornissen.

Effect van jeugdtrauma op het optreden van latere stoornissen

In deze studie (FIGUUR 4) hebben wij gekeken naar jeugdtrauma en negatieve levensgebeurtenissen in de kindertijd als voorspellers van het (eerste of recidiverend) optreden van angst- en/of depressieve stoornissen bij 1167 volwassenen zonder depressieve en/of angststoornis bij de start van de studie (Hovens e.a. 2015). Van hen had 48,7% ooit eerder in hun leven een depressieve en/of angststoornis gehad.

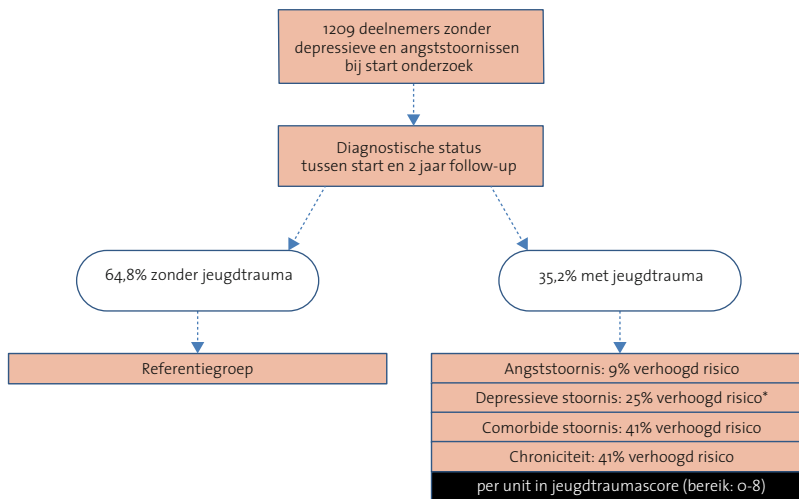
Wij vonden dat jeugdtrauma een belangrijke voorspeller was van het optreden van zowel een eerste als een recidiverende depressieve en/of comorbide episode, maar niet significant van het optreden van angststoornissen. Van

FIGUUR 3 Effect van jeugdtrauma op beloop van angst- en depressieve stoornissen (Hovens e.a. 2012)



* $p < 0,001$

FIGUUR 4 Effect van jeugdtrauma op het optreden van angst- en depressieve stoornissen (Hovens e.a. 2015)



* $p < 0,001$

alle jeugdtraumadomeinen bleek emotionele verwaarlozing de enige onafhankelijke voorspeller te zijn. De relatie tussen jeugdtrauma en het optreden van een eerste of recidiefepisode van depressieve en angststoornissen bleek grotendeels te worden gemedieerd (indirect effect) door de aanwezigheid van ernstiger depressieve symptomen bij aanvang en, in mindere mate, door de aanwezigheid van een eerdere angst- of depressieve episode in de voorgeschiedenis.

Jeugdtrauma en beloop latere stoornissen: aandeel persoonlijkheid

In deze studie hebben we gekeken naar het effect van jeugdtrauma op het psychosociaal functioneren en op psychologische kenmerken bij 1474 patiënten met bij aanvang een angst- en/of depressieve stoornis (Hovens e.a. 2016). Jeugdtrauma, met name emotionele verwaarlozing en misbruik, bleek een negatieve invloed te hebben op het psychosociaal functioneren op de volwassen leeftijd: o.a. hogere werkloosheid, lager inkomen, kleiner steunsysteem, afwezigheid van partner en vrienden, en meer eenzaamheid, (alle p 's $< 0,05$). Ook verhoogde jeugdtrauma het risico op latere negatieve levensgebeurtenissen (p 's $< 0,01$).

Daarnaast was jeugdtrauma geassocieerd met een in alle dimensies ongunstig persoonlijkheidsprofiel, zoals hogere scores op neuroticisme, openheid, hopeloosheid, rumineren en externe *locus of control* en lagere scores op extraversie, meegaandheid en consciëntieusheid, in vergelijking met

de niet-getraumatiseerde patiënten (alle p 's $< 0,001$). Uit onze mediatieanalyses bleek dat bepaalde persoonlijkheidskenmerken, zoals een hoge mate van neuroticisme, hopeloosheid en externe locus of control en een lage mate van extraversie, onafhankelijke voorspellers waren van de relatie tussen jeugdtrauma en een ongunstig ziektebeloop.

DISCUSSIE

De studies beschreven in deze review hebben tot nieuwe inzichten geleid in de samenhang tussen jeugdtrauma en angst- en depressieve stoornissen. Jeugdtrauma is een algemene risicofactor voor het ontstaan van angst- en depressieve stoornissen op de volwassen leeftijd. Het effect van jeugdtrauma blijft niet alleen beperkt tot een verhoogde initiële kwetsbaarheid, maar heeft ook impact op het klinische beloop van deze stoornissen. Jeugdtrauma voorspelt een ernstiger, vaak chronisch en prognostisch ongunstig ziektebeloop. Emotionele verwaarlozing kan gezien worden als een kernelement van jeugdtrauma en is bijna altijd aanwezig als er sprake is van emotioneel, fysiek of seksueel misbruik. Binnen de traumadomeinen is emotionele verwaarlozing de belangrijkste onafhankelijke voorspeller van het voorkomen en beloop van angst- en depressieve stoornissen op de volwassen leeftijd. Daarnaast hebben we een aantal factoren geïdentificeerd die individuen, blootgesteld aan jeugdtrauma, enerzijds kwetsbaar maken voor het ontstaan van depressieve en angststoornissen en die anderzijds een cruciale rol spelen in het ongunstiger ziektebeloop.

Theoretisch model

Onze resultaten suggereren een oorzakelijk model, waarbij jeugdtrauma, als één van de belangrijke ontwikkelings- en omgevingsrisicofactoren, aan de basis lijkt te staan van het ziekteproces. Vroege interacties tussen ouder en kind, gekenmerkt door onveiligheid, verlaten en/of geweld, kunnen resulteren in een fundamenteel verstoorde hechting en vroege ontwikkelingsstoornissen op emotioneel, cognitief en sociaal vlak (Bowlby 1973). Aan de hand van een op onze resultaten gebaseerd verklaringsmodel (FIGUUR 5) komen wij tot de volgende beschrijving van het onderliggend mechanisme:

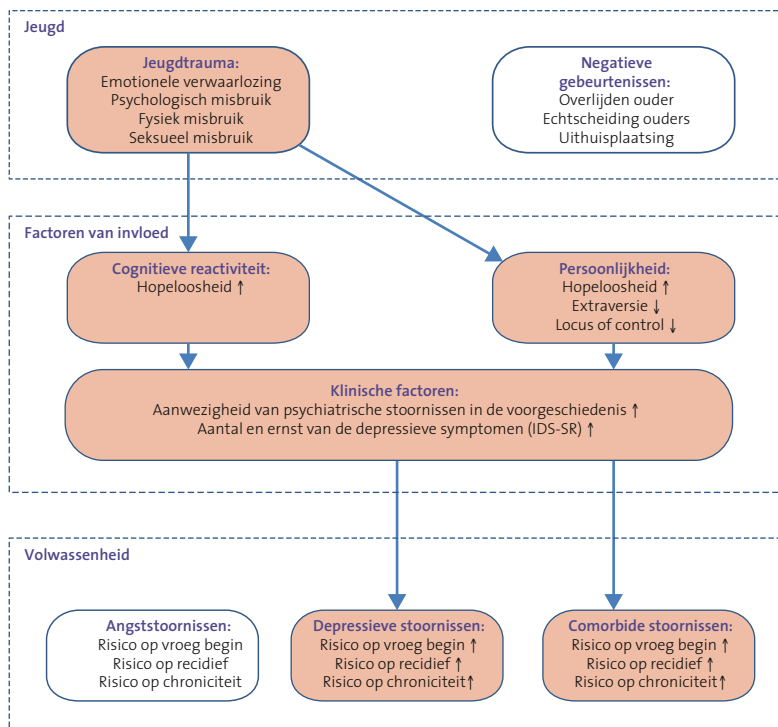
- a. Blootstelling aan jeugdtrauma kan leiden tot *scarring* van de persoonlijkheidsontwikkeling en copingstrategieën in overeenstemming met de scarringhypothese (Post 1992), hetgeen een ongunstig persoonlijkheidsprofiel kan induceren, gekenmerkt door neuroticisme, gebrek aan extraversie, een negatieve cognitieve stijl en een externe locus of control, en kan leiden tot psychosociaal disfunctioneren (langetermijnconsequenties).
- b. Een hoge mate van neuroticisme en maladaptieve depressieve cognities kunnen vervolgens leiden tot depressieve symptomen. Eerder onderzoek liet zien dat een hoge mate van neuroticisme en een lage mate van extraversie gerelateerd zijn aan een verhoogde kwetsbaarheid voor affectieve stoornissen, het zogenaamde

traiteffect (Kendler & Gardner 2011). Daarbij gaat men uit van persoonlijkheidskenmerken als stabiele constructen, die een voorspellende waarde hebben voor het optreden van depressieve symptomen.

- c. We hebben aangetoond dat de ernst van depressieve symptomen en een eerdere angst- of depressieve episode in de voorgeschiedenis een significant (indirect) effect hebben op de relatie tussen jeugdtrauma en het ziektebeloop van de depressieve en angststoornissen. Onze studies laten zien dat jeugdtrauma predisponeert voor een vroeger begin van angst- en depressieve stoornissen, een ernstiger beloop en een verhoogd risico op comorbiditeit. Ook is jeugdtrauma een belangrijke voorspeller van het optreden en recidiveren van depressieve en comorbide stoornissen. Opmerkelijk is dat het negatieve effect van jeugdtrauma op het optreden en beloop van angststoornissen minder evident is dan bij depressieve en comorbide stoornissen. Dit suggereert dat angststoornissen zich onderscheiden van depressieve stoornissen en mogelijk minder gevoelig zijn voor omgevingsinvloeden gedurende de kindertijd.

Ons model benadrukt het psychologische mechanisme van de emotionele/cognitieve kwetsbaarheid als mogelijke oorzaak van depressieve en angststoornissen op de volwassen leeftijd. Echter, dit model dient te worden geplaatst in de context van eveneens aanwezige neurobio-

FIGUUR 5 Verklaringsmodel gebaseerd op onze resultaten



logische kwetsbaarheidsfactoren. Naast de aan de kinderen doorgegeven genetische kwetsbaarheidsfactoren van de ouders (die tevens het vaakst betrokken zijn bij jeugdtrauma) en reeds aangetoonde neuro-endocriene en -anatomische effecten van jeugdtrauma, kunnen ook gen-omgevingsinteracties en epigenetische veranderingen bijdragen aan het verhoogde risico voor psychiatrische stoornissen (Teicher e.a. 2013).

Beperkingen

Het meten van jeugdtrauma vormt een grote uitdaging binnen de traumaresearch. Jeugdtrauma betreft niet alleen een gevoelig onderwerp, het is ook vaak niet eenduidig definieerbaar. De feitelijke gebeurtenis, de beleving van deze gebeurtenis en de interpretatie ervan zijn nauwelijks te onderscheiden. In onze studies werd jeugdtrauma retrospectief gemeten, zoals overigens gebruikelijk is bij de meeste traumameetinstrumenten en in de klinische praktijk. Alhoewel dit gepaard kan gaan met significante onderrapportage en gevoeligheid voor bias (zogenaamde *report*, *recall* en/of *moodbias*), is er evidentie voor voldoende validiteit van retrospectieve rapportage van jeugdtrauma (Hardt & Rutter 2004).

Het NEMESIS *Trauma Interview* exploreert alle domeinen van jeugdtrauma en ingrijpende levensgebeurtenissen, de frequentie van het misbruik en de relatie met de dader, maar geeft geen inzicht in de kwaliteit van de ouder-kindrelatie, de hechting en mate van conflict binnen het gezin. De mogelijke aanwezigheid van psychiatrische stoornissen en (genetische) risicofactoren bij de ouders zijn in onze studies buiten beschouwing gebleven.

Gezien de NESDA-onderzoeksopzet zijn onze bevindingen niet generaliseerbaar naar etnische minderheden, ouderen en (klinische) patiënten met ernstige depressieve en angststoornissen.

Implicaties voor de klinische praktijk

Onze bevindingen bevestigen het belang van aandacht voor de mogelijke aanwezigheid van jeugdtrauma in het verleden, in het bijzonder bij een subgroep van patiënten met comorbide angst- en depressieve stoornissen en/of met een chronisch beloop. Veel klinici zijn nog steeds terughoudend om jeugdtrauma bespreekbaar te maken. Expliciet en gedetailleerd onderzoek naar jeugdtrauma in de voorgeschiedenis moet echter onderdeel zijn van de diagnostische evaluatie van patiënten met angst- en depressieve stoornissen, omdat dit kan bijdragen aan de profilering van een prognostisch ongunstiger subgroep, oftewel een snellere identificatie van patiënten met een hoog risico voor een ernstig en chronisch beloop en slechte behandelrespons. Een meta-analyse van 10 klinische studies met 3098 patiënten toont aan dat jeugdtrauma is

geassocieerd met een gebrek aan respons of remissie tijdens – zowel farmacologische als psychologische – behandeling van depressie (Nanni e.a. 2012).

Specifieke interventies gericht op traumatische gebeurtenissen in de jeugd kunnen bijdragen aan een effectievere behandeling voor deze subgroep. Verder is het minstens zo belangrijk om de behandeling te richten op ontwikkelings-specifieke en relationele facetten (Courtois e.a. 2009), zoals onveilige hechting, gestoorde emotieregulatie en (in de basis) bedreigde identiteit en beschadigd zelfbeeld van deze patiënten. Psychotherapie gericht op het verbeteren van de emotieregulatievaardigheden en interpersoonlijk functioneren (veiligheid versus angst/vermijding), het versterken van het zelfbeeld en versterken van het probleemoplossend vermogen verdient dan ook een belangrijke plaats in de behandeling. Daarbij is de therapeutische benadering die uitgaat van *empowerment* binnen de context van een veilige therapeutische relatie (*holding*) essentieel voor patiënten met jeugdtrauma in de voorgeschiedenis.

Een patiënt met een angst- en/of depressieve stoornis met jeugdtrauma in de voorgeschiedenis betreft een ander prototype patiënt, die zich onderscheidt van de niet-getraumatiseerde patiënt door een specifiek klinisch, etiologisch en neurobiologisch profiel. De huidige standaardbehandelingen volgens de evidence-based richtlijnen voor depressieve en angststoornissen zijn niet geschreven vanuit een traumaperspectief en zijn naar alle waarschijnlijkheid ontoereikend voor getraumatiseerde patiënten. Het is dan ook belangrijk om nieuwe behandelmodules te exploreren die gericht zijn op de psychologische en biologische kwetsbaarheid van deze subgroep, en om deze te implementeren in toekomstige richtlijnen voor de behandeling van angst- en depressieve stoornissen.

Maatschappelijke implicaties

Hoewel emotionele verwaarlozing en emotioneel misbruik een groot maatschappelijk probleem vormen, zijn de schadelijke gevolgen hiervan voor het ontstaan van psychiatrische stoornissen bij volwassenen lange tijd onvoldoende erkend en aanzienlijk ondergewaardeerd (Norman e.a. 2012). Aandacht voor vroegtijdige herkenning en signalering van jeugdtrauma is een belangrijke eerste stap in het kader van preventie. Door vroegtijdig ingrijpen in de gezinssituatie kan men de duur en ernst van (de gevolgen van) verwaarlozing/misbruik wellicht beperken. Naast het bieden van opvoedingsondersteuning aan de ouders zijn interventies gericht op het kind zoals het versterken van de sociale en emotionele vaardigheden en verbeteren van het zelfbeeld, aangewezen.

Hulpverleners in de (jeugd)zorg zouden standaard moeten screenen op emotionele verwaarlozing en emotioneel misbruik naast lichamelijk en seksueel misbruik. Verder

valt er winst te boeken door professionals aan de frontlinie (medewerkers van kinderdagverblijven, leraren op scholen en medici en psychologen in de jeugdgezondheidszorg) te stimuleren om samen te werken en hen te empoweren door educatie- en preventieprogramma's vanuit de overheid, gericht op het signaleren en bespreekbaar maken van emotionele verwaarlozing/misbruik.

Maatschappelijke bewustwording en meer kennis over de langetermijnevolgen van jeugdtrauma, onder de algemene bevolking en bij professionals in de jeugd- en volwassenzorg, zullen hopelijk leiden tot meer herkenning van verwaarlozing/misbruik onder jeugdigen en tot een afname van de prevalentie (van de negatieve gevolgen van) van jeugdtrauma.

Toekomst

De link tussen jeugdtrauma en het optreden van psychiatrische stoornissen is een complex en dynamisch proces. Psychosociale factoren (gezinscontext en ouder-kindhechting), psychologische kenmerken en biologische kwetsbaarheden lijken in belangrijke mate bij te dragen aan de

ontwikkeling en het beloop van angst- en depressieve stoornissen.

Longitudinale studies naar causale risico- en beschermende factoren, die in de tijd accumuleren en met het kind meebewegen in de ontwikkelingslijn, kunnen meer inzicht bieden in deze complexe dynamiek. Daarnaast kunnen genetische studies (adoptie-, tweeling- of familieonderzoeksopzet) meer informatie leveren over de wisselwerking tussen de genetische predispositie voor psychiatrische stoornissen en de (in)directe en onafhankelijke effecten van jeugdtrauma.

Tot slot verdient het aanbeveling om jeugdtrauma in toekomstig onderzoek te beschouwen als een belangrijke *profiler* om subtypes van depressieve en angststoornissen te onderscheiden, waardoor deze populaties gestratificeerd kunnen worden binnen een onderzoeksopzet. Behalve het beloop voorspellen, kunnen we hierdoor tot een betere indicatiestelling komen voor behandeling en vormgeven aan toekomstige behandelstudies om de behandeling van deze hoogrisicogroep te optimaliseren.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). Washington: APA; 2000.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 893-7.
- Bowlby J. Attachment and loss: Volume 2. Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books; 1973.
- Brugha T, Bebbington P, Tennant C, Hurry J. The List of Threatening Experiences: a subset of 12 life event categories with considerable long-term contextual threat. *Psychol Med* 1985; 15: 189-94.
- Costa PT, McCrae RR. Domains and facets: hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *J Pers Assess* 1995; 64: 21-50.
- Courtois CA, Ford JD, Cloitre M. Best practices in psychotherapy for adults. In: Courtois CA, Ford JD, red. Treating complex traumatic stress disorders: scientific foundations and therapeutic models. New York: Guilford Press; 2009.
- Does W van der. Cognitive reactivity to sad mood: structure and validity of a new measure. *Behav Res Ther* 2002; 40: 105-20.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373: 68-81.
- Graaf R de, ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalence of mental health disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 203-13.
- Graaf R de, Bijl RV, ten Have M, Beekman AT, Vollebergh WA. Pathways to comorbidity: the transition of pure mood, anxiety and substance use disorders into comorbid conditions in a longitudinal population-based study. *J Affect Disord* 2004; 82: 461-7.
- Hardt J, Rutter M. Validity of adult retrospective reports of adverse childhood experiences: review of the evidence. *J Child Psychol Psychiatry* 2004; 45: 260-73.
- Hovens JG, Giltay EJ, van Hemert AM, Penninx BW. Childhood maltreatment and the curse of depressive and anxiety disorders: the contribution of personality characteristics. *Depress Anxiety* 2016; 33: 27-34.
- Hovens JG, Giltay EJ, Spinhoven P, van Hemert AM, Penninx BW. Impact of childhood life events and childhood trauma on the onset and recurrence of depressive and anxiety disorders. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: 931-8.
- Hovens JG, Giltay EJ, Wiersma JE, Spinhoven P, Penninx BW, F.G. Zitman. Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 126: 198-207.
- Hovens JG, Wiersma JE, Giltay EJ, van Oppen P, Spinhoven P, Penninx BW, e.a. Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 122: 66-74.
- Jong-Gierveld J de. Developing and testing a model of loneliness. *J Pers Soc Psychol* 1987; 53: 119-28.
- Kendler KS, Gardner CO. A longitudinal etiologic model for symptoms of anxiety and depression in women. *Psychol Med* 2011; 41: 2035-45.

- Lyketsos CG, Nestadt G, Cwi J, Heithoff K, Eaton WW. The life-chart method to describe the course of psychopathology. *Int J Methods Psychiatr Res* 1994; 4: 143-55.
- Marks IM, Mathews AM. Brief standard self-rating for phobic patients. *Behav Res Ther* 1979; 17: 263-7.
- Nanni V, Uher R, Danese A. Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 141-51.
- Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9: e1001349.
- Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *J Health Soc Behav* 1978; 19: 2-21.
- Penninx BW, Beekman AT, Smit JH, Zitman FG, Nolen WA, Spinhoven P, e.a. The Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA): rationale, objectives and methods. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008; 17: 121-40.
- Post RM. Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 999-1010.
- Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behav Res Meth* 2008; 40: 879-91.
- Rosenman S, Rodgers B. Childhood adversity in an Australian population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 695-702.
- Rush AJ, Gullion CM, Basco MR, Jarrett RB, Trivedi MH. The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): psychometric properties. *Psychol Med* 1996; 26: 477-86.
- Stansfeld S, Marmot M. Deriving a survey measure of social support: the reliability and validity of the Close Persons Questionnaire. *Soc Sci Med* 1992; 35: 1027-35.
- Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 1114-33.
- Wiersma JE, Hovens JG, Van Oppen P, Giltay EJ, van Schaik DJ, Beekman AT, e.a. The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression. *J Clin Psychiatry* 2009; 70: 983-9.
- Wittchen HU. Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review. *J Psychiatr Res* 1994; 28: 57-84.

SUMMARY

Emotional scars: impact of childhood trauma on the development of depressive and anxiety disorders later in life

J.G.F.M. HOVENS, E.J. GILTAY, A.M. VAN HEMERT, B.W.J.H. PENNINX

BACKGROUND Childhood trauma and negative life events in childhood are risk factors for the development of anxiety and depressive disorders in adulthood.

AIM To increase our understanding of the specific associations between trauma and negative life events in childhood and the development and course of anxiety and depressive disorders in adulthood.

METHOD Our research findings are based on data from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). In our article we report on two cross-sectional and three prospective studies.

RESULTS All domains of childhood trauma are risk factors for the development of anxiety and/or depressive disorders in adulthood. Emotional neglect is the main independent predictor of the occurrence and the course of anxiety and depressive disorders. Certain personality characteristics and more unfavorable clinical factors play an important role in mediating the relationship between childhood trauma and the course of anxiety and depressive disorders later in life.

CONCLUSION Not only does childhood trauma increase an individual's vulnerability to the development of anxiety and depressive disorders, it is also associated with a more serious and more chronic course of these disorders. Our studies have provided new insights into the underlying mechanism that links childhood trauma and anxiety and later anxiety depressive disorders. Consequently, we feel justified in making some recommendations with regards to clinical practice and public health interventions.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 59(2017)5, 286-296

KEY WORDS anxiety disorders, childhood trauma, depressive disorders, epidemiology