

Samen voor  
de jeugd  
Thema

**SJS**

Samenwerkende  
Jeugdzorg Specialisten  
Midden-Brabant

**Fontys**

Hogeschool Pedagogiek

*Terugblik Aan tafel 19 januari*

## 'Aan tafel' over jongeren en depressiviteit

'AAN TAFEL'

Op donderdagochtend 19 januari vond de vierde 'Aan tafel'- bijeenkomst plaats, met als thema: Jongeren en depressiviteit. De bijeenkomst viel in een week waarin we veel over 'depressie' hoorden. Zo was er een Depressiegala, waar cabaretiers, schrijvers en ervaringsdeskundigen aandacht vroegen voor depressie. Op de somberste dag van het jaar, ook wel 'Blue Monday' genoemd, pleegde een gymnasiumdocent zelfmoord door van het schoolgebouw te springen. Depressie is een actueel onderwerp, waar veel aandacht voor is in de politiek, wetenschap en media.

### Erkennen en onderkennen van depressie

Bacha Toumi opende de bijeenkomst met een persoonlijk verhaal. De ervaringsdeskundig medewerker van het RIBW ging in op het onderkennen en erkennen van zijn depressie. Bacha: "Op mijn zestiende was ik voor het eerst depressief, maar dat wist ik toen nog niet. Ik wilde vluchten voor het vervelende gevoel en ging drinken, feesten en drugs gebruiken. Dat ging een aantal jaren door tot ik Esther leerde kennen. Zij gaf me rust, maar die rust gaf me weer onrust. Ik voelde me zoals in de tijd voordat ik ging gebruiken. Ik werd boos en agressief om de kleinste dingen en ik besepte niet dat het aan mij lag. Tot het moment dat Esther zei: 'Ik ben bang voor jou.' Mijn hart brak. Ik moest hier iets aan doen."

In 2007 ging Bacha in gesprekstherapie. "Door die gesprekken voelde ik me beter. De therapie hielp me om de scheiding van mijn ouders te verwerken. Ik ging studeren en haalde mijn propedeuse in het tweede jaar. Daarna ging het weer slecht met me en ik besloot een 'sabbatical' te nemen."

Bacha liet zich onderzoeken door een psychiater en kreeg de diagnose 'recidiverende depressieve stoornis'. "Ik vond het fijn om te weten wat er aan de hand was. Nu kon ik uitzoeken welke therapie ik nodig had en ik kon leren om hiermee om te gaan. Mijn eerste psychiater gaf me een diagnose en medicijnen, maar hij zag me niet echt. Mijn tweede psychiater gaf me mijn 'mens zijn'. We spraken samen bijvoorbeeld over werk en ik leerde van hem over depressies. Zijn nabijheid werkte goed voor mij."

Toen hij de eerste keer in behandeling ging, wilde Bacha uit zijn depressie komen. “Een terugval zag ik als een grote ramp. Met iedere depressie leerde ik echter meer over mezelf. Ik kwam er ook achter wat me hielp, bijvoorbeeld lichttherapie en sporten.” Bacha kreeg een vast contract bij het RIBW en trouwde met Esther. Toen kreeg hij een burn-out. “Ik was bang dat ik weer depressief zou worden als ik geen dingen kon doen, want ik had het idee dat ik altijd bezig moest blijven. Bij de geboorte van onze dochter werd ik weer depressief. Ik dacht meteen: Ik wou dat je niet geboren was. Ik wilde alle kracht vinden om ervoor te zorgen dat mijn dochter niet het leven kreeg dat ik had. Ik ben weer aan de slag gegaan om te zorgen dat de emmer niet zou overlopen.”

Bacha vertelde over de belangrijkste persoon in zijn leven: Esther, zijn vrouw. “Als zij na een dag werken thuiskomt en ik zit nog in mijn badjas op de bank, terwijl ik allerlei dingen in huis zou doen, verwijt ze me niks. Ze vraagt hoe mijn dag is geweest. Esther is er voor mij en zij weet dat een depressie voorbijgaat. Ze laat me ‘zijn’.” De afsluitende boodschap van Bacha was: “Ik ben een mens, gelijkwaardig aan iedere persoon die tegenover me zit.”

## Herkennen van depressie

Renate Simons, klinisch psycholoog en psychotherapeut bij De Opgroeipraktijk, benadrukte dat er achter een depressie zoveel meer zit, wat we niet zien. Ze vertoonde een fragment uit de talkshow van Eva Jinek, waarin Voice-kidswinnares Laura van Kaam vertelde over haar depressie. Laura: “Ik wist nooit waarom ik ongelukkig was. Na een optreden kwam er een keer een meisje naar me toe, die zei: ‘Ik ben zo jaloers op jouw leven.’ Waarom voelde ik me dan zo ongelukkig? Ik ben ziek, maar daar heb ik altijd tegen gevochten.” De eerste dag waarop Laura op zichzelf ging wonen, ging het mis. Ze kwam in de crisiszorg terecht, mede door ingrijpen van goede vrienden die wisten van haar depressie. In het televisiefragment vertelde de zangeres ook hoe ze haar ouders inlichtte met een brief en hoe groot die stap was geweest. “Ik wilde niet meer liegen, niet meer dat masker op hebben. Ik wilde me er niet meer voor schamen.”

Renate noemde de volgende symptomen van depressie: aanhoudende somberheid en prikkelbaarheid, gewichtsverlies, achterblijven in groei of juist gewichtstoename, slaapproblemen, vermoeidheid en lichamelijke klachten, gevoelens van waardeloosheid, concentratieproblemen en terugkerende gedachten aan of verlangen naar de dood. Ze gaf aan dat dit lijstje vrij abstract is. Voor meer informatie verwees ze naar [www.gripopjedip.nl](http://www.gripopjedip.nl), [www.overjekop.nl](http://www.overjekop.nl) en [www.113online.nl](http://www.113online.nl) (voor jongeren) en [www.nji.nl](http://www.nji.nl), [www.kenniscentrum-kjp.nl](http://www.kenniscentrum-kjp.nl) en [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl) (voor professionals).

## Hoe vaak?

Renate zei dat depressies vaker voorkomen dan je denkt. “In de kindertijd is gemiddeld één kind per schoolklas depressief en bij meisjes komt het net zo vaak voor als bij jongens. In de puberteit gaat het om twee à drie jongeren per schoolklas. Bij meisjes komt het dan meer voor dan bij jongens.”

Ze omschreef een depressie als een combinatie van genetische kwetsbaarheid en heel veel druppels die de emmer doen overlopen. “De draagkracht is onvoldoende om de draaglast te hanteren.”

Renate noemde verschillende risicofactoren voor een depressie, bijvoorbeeld als ouders of andere familieleden depressief zijn (geweest) of als er sociale problemen spelen.

De prognose voor depressie is niet zo gunstig. Renate: “70 procent heeft binnen vijf jaar een tweede depressie. In enkele gevallen dooft de depressie uit. Suïcides komen teveel voor. In 2015 waren er 7 suïcides onder jongeren van 10 tot 15 jaar en 41 suïcides onder jongeren van 15 tot 20 jaar.”

### Suïcidaliteit en zelfbeschadiging

Esther Moonen (verpleegkundig specialist GGZ bij De Hondsborg) ging dieper in op suicidaliteit en zelfbeschadiging. Ze vertelde dat jongeren met zelfbeschadiging hun stress willen verlagen. “Ze gaan zich dan bijvoorbeeld snijden of doen zichzelf op een andere manier pijn. Er zit altijd problematiek onder. Als jongeren zijn opgenomen, kan er een sneeuwbal effect ontstaan. Ze doen elkaar dan na. Daar moeten we alert op zijn.”

Esther benadrukte dat het enorm belangrijk is om suïcide bespreekbaar te maken. “In de diagnostiek moet gekeken worden naar het huidige functioneren van de jongere (zelfzorg, thuis, sociale contacten, school) en life events (bijvoorbeeld het erkennen van homoseksualiteit). Verder moet het gezin worden betrokken in de diagnostiek (systeem dynamiek) en wordt er eventueel een psychologisch onderzoek gedaan.”

Ze noemde een aantal valkuilen in de diagnostiek. Zo moet je de loyaliteit en het ophouden van een masker niet onderschatten. Jongeren zijn altijd loyaal aan hun roots en willen hun ouders niet belasten. Ook moet je aan middelengebruik denken en aan het epidemische karakter van zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag.

### Depressie bij kinderen met LVB

Esther ging ook in op depressiviteit bij kinderen met een lichtverstandelijke beperking (LVB). “Deze kinderen hebben veel te maken met negatieve ervaringen en hebben moeite om mee te komen. Vaak hebben hun ouders ook een verstandelijke beperking. Er zijn meer ‘life-events’ en er is vaak sprake van een onstabiel systeem met veel problemen, bijvoorbeeld schulden. Ook hebben ze een lagere sociaal-emotionele ontwikkeling. Depressie komt vaker voor bij deze kinderen dan bij ‘gewone’ kinderen.”

Ze legde uit dat er vier fasen zijn van depressie bij LVB: de adaptatiefase, de socialisatiefase, de individuatiefase en de identificatiefase. Hiermee kun je kijken waar de ontwikkelingsachterstand zit. Ze attendeerde de toehoorders erop dat zowel internaliserende als externaliserende gedragingen kunnen wijzen op depressie. “Iemand kan stil in een hoekje zitten of juist agressief gedrag vertonen.”

### Perspectieven van behandeling

Haiko Jessurun (manager behandeling en klinisch psycholoog bij GGz Breburg) trakteerde de toehoorders op een bombardement van muziek, foto's en teksten. In zijn presentatie ging hij in een sneltreinvaart in op de perspectieven van behandeling rondom klinische vragen van depressies bij jongeren. De beelden, teksten en geluiden kwamen enorm binnen bij de toehoorders. Opvallend was dat steeds weer de zin ‘Je hebt geen idee...’ verscheen. Een korte impressie van de presentatie:

Geestelijke gezondheid is het vermogen om te kunnen liefhebben (jezelf en anderen), te kunnen werken en te kunnen spelen. Als je depressief bent, kun je het in geen daarvan nog vinden. De eerlijkheid gebiedt te zeggen: Er is heel veel om je zorgen over te maken, ook als kind.

Depressie is een psychiatrische aandoening, die staat beschreven in de DSM-V, op kenmerken van het gedrag, niet op hoe het is ontstaan. Bij het ontstaan van een depressie spelen omgevingsfactoren, lichaamsfactoren en kindfactoren een rol. Deze factoren hebben ook weer invloed op elkaar. Omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld: echtscheiding of verlies, ervaringen met geweld of misbruik of negatieve ervaringen in contacten. Lichaamsfactoren zijn bijvoorbeeld: erfelijke factoren, afwijkingen in de chemische processen van de hersenen en hormonale afwijkingen. Kindfactoren zijn bijvoorbeeld: temperament, hechtingsproblemen of emotie regulatieproblemen.

Kinderen krijgen vaak mis 'diagnoses', zoals AD(H)D, lui, ongemotiveerd, lastig, brutaal, PDD-NOS, waarbij het kind zelf uit het oog verloren wordt.

Depressie bij jeugdigen verstopt zich graag. 'Zie jij ze wel? En weet jij dan wat je moet doen?'

Trimbos, Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie en NICE hebben richtlijnen opgesteld voor behandeling, medicatie en wanneer klinische opname nodig is.

Ouders krijgen met psycho-educatie uitleg over depressie. Mening: 'Psycho-educatie is geen theoretische exercitie. Je ontmoet elkaar van mens tot mens en wordt geraakt door de depressie van het kind.'

Een depressie heb je niet alleen. Gezinspatronen gaan zich ernaar richten. Gezinsleden zijn bang voor wat er kan gebeuren en voelen zich machteloos. Wanneer iemand niet tijdig en effectief wordt behandeld, is het gevaar voor recidive hoog. Tijdige herkenning is dus van groot belang, ook als de depressie schuilgaat achter andere problemen.

En nu... even los van richtlijn en protocol.

We zouden ons moeten richten op het repareren van het afgebroken vertrouwen, het hervinden van de waarde als mensenkind. Dit kan alleen als we werken in de immer veranderlijke relatie en niet op basis van industriële producten die haalbaar lijken.

'Je hebt geen idee hoe het is om mij te zijn.'

'Je hebt geen idee hoe het is om depressief te zijn.'

In de gespecialiseerde gezondheidszorg helpen we deze kinderen en hun ouders om weer de moed te vinden om hun ontwikkeling op te pakken. Dag in dag uit, zodat ze weer kunnen gaan liefhebben, weer kunnen spelen en weer kunnen werken. Wees het verschil.

## Depressie van ouders

Anouschka van Eijk-Heitlager (docent en onderzoeker bij Fontys Hogeschool Pedagogiek) doet haar promotieonderzoek naar de veerkracht van gezinnen met een depressieve moeder. Wat zijn de mogelijkheden waarop een gezin kan functioneren ondanks de depressie? Haar collega Liesbeth Faas vertelde over het onderzoek.

In Nederland hebben bijna 900.000 ouders een psychische stoornis of verslaving. Zij hebben 1.2 miljoen kinderen onder 21 jaar. Deze kinderen worden Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen (KOPP) genoemd. Het gaat om 38,5 procent van het totaal aantal kinderen in Nederland. Zij hebben een hoog risico op psychische problemen. Uit longitudinale studies blijkt dat de kans op het ontwikkelen van een psychiatrische stoornis bij jeugdigen varieert van 41 tot 77 procent. Ongeveer 60 procent heeft zelf tijdelijke tot ernstige psychische problemen. Een op de twintig jeugdigen van een moeder met depressie is zelf depressief.

We weten uit onderzoek dat er sprake is van een grote overdracht van problemen van ouder op kind. Een studie van het Trimbos Instituut laat zien dat in Nederland een hoog percentage kinderen van depressieve moeders zelf depressieve klachten heeft. De clustering van psychische stoornissen in familie en over generaties noemen we familiale aggregatie. Ouders kunnen een andere diagnose hebben dan hun kinderen. Een vader met een depressie kan een kind hebben met een angststoornis. Het overdragen van een stoornis naar een ander type stoornis noemen we crossaggregatie. De risico's zijn niet alleen ernstig, ten gevolge van crossaggregatie zijn ze ook divers.

Ouders geven hun eigen emotionele problemen en gedragsproblemen vaak door aan hun kinderen (Van Meurs, 2009). Al tijdens de zwangerschap kunnen emotionele problemen invloed hebben op de foetus. Na de geboorte blijken deze ouders vaak op een minder optimale manier met hun kind te kunnen omgaan (De Bruijn, 2010).

Voor een ouder met een depressie of een andere psychiatrische kwetsbaarheid is het moeilijk om voldoende aandacht op te brengen voor de behoeften van het kind en het kind goed aan te voelen. Onmacht, die vaak het gevolg is van traumatische jeugdervaringen, geeft stress. Door stress zijn ouders onvoldoende in staat tot nadenken. Zij kunnen niet mentaliseren over hun eigen gevoelens en gedrag en interpreteren het gedrag van het kind vaak vanuit hun eigen behoeften en belevingen.

Stress bij de ouders speelt ook een rol in het kunnen reguleren van de eigen emoties. Deze regulatieproblemen kunnen worden overgedragen op het kind. De gevolgen van stress zijn van invloed op de hechting en de opvoeding. Deze kinderen hebben dan een groter risico om zelf psychische problemen te ontwikkelen en vertonen angstig, teruggetrokken of agressief gedrag.

Probleemgedrag is veelal persistent in de ontwikkeling naar volwassenheid. Ook de volgende generatie loopt zo weer een groter risico om probleemgedrag te ontwikkelen. Er is sprake van zogenaamde intergenerationele overdracht van psychopathologie. Problemen in de ouder-kindrelatie blijken zodoende een belangrijke factor in het ontstaan van pathologie.

Problemen bij KOPP-jeugdigen zijn: psychische stoornissen, waaronder depressie, verslaving, emotionele verwaarlozing en kindermishandeling, hechtingsproblemen, vroege emotionele en gedragsproblemen, stressgevoeligheid en minder sociaal-emotionele competenties, minder zelfvertrouwen en negatief zelfbeeld, problemen op school, onderwijsachterstand, gevoelens van schuld, schaamte en verlies, stigmatisering, sociaal isolement, pesten, parentificatie en zorgmijndend gedrag (Hosmans, 2016).

Moeders met een depressie zijn in interactie met hun kinderen angstiger, minder responsief, minder betrokken, minder communicatief, negatiever in hun verbaal en non-verbaal gedrag en minder tolerant en structuur biedend. Ook geven ze een gemis aan opvoedcompetenties aan.

Veerkracht wordt gezien als een beschermende factor. De focus ligt op eigen kracht van de jeugdige en het gezin. De kracht van een steunende omgeving. Het normale opvoeden en ontwikkelen centraal stellen.

De onderzoeksvragen van Anouschka van Eijk-Heitlager zijn: Welke gezinsprocessen typeren veerkracht? Hoe veranderlijk zijn deze processen? Hoe beïnvloeden deze processen elkaar? Hoe ervaart het gezin de onderlinge relaties in het dagelijks gezinsleven en welke betekenis geven zij aan hun eigen rol en verantwoordelijkheden in de gezinsopvang?

De onderzoeker vergelijkt twee groepen met elkaar, met een korte tijdschaal en een lange tijdschaal. Het onderzoek omvat observaties en diepte-interviews.

Het is de bedoeling dat het onderzoek en de praktijk met elkaar worden verbonden. Hoe kunnen we de rijke praktijkkennis van professionals benutten in het onderzoek? Hoe kunnen we kansen benutten om de kennis en resultaten uit het onderzoek écht van betekenis te laten zijn voor de beroepspraktijk? De onderzoeker wil kennis delen 'on the job' en zoekt naar professionaliseringsmogelijkheden in de praktijk. Ook wil ze samenwerken in de werving van gezinnen voor deelname aan het onderzoek.

## Mailadressen

Bacha Toumi: [btoumi@ribwbrabant.nl](mailto:btoumi@ribwbrabant.nl)

Renate Simons: [r.simons@deopgoeipraktijk.nl](mailto:r.simons@deopgoeipraktijk.nl)

Esther Moonen: [emoonen@dehondsberg.koraalgroep.nl](mailto:emoonen@dehondsberg.koraalgroep.nl)

Anouschka van Eijk-Heitlager [a.heitlager@fontys.nl](mailto:a.heitlager@fontys.nl)

Haiko Jessurun: [H.Jessurun@ggzbreburg.nl](mailto:H.Jessurun@ggzbreburg.nl)