



Prof. dr. Brenda Penninx is als hoogleraar Psychiatrische epidemiologie verbonden aan de afdeling psychiatrie van Amsterdam UMC locatie VUmc. Ze leidt diverse Nederlandse en internationale psychiatrische cohort- en interventieonderzoeken. In haar onderzoek integreert ze genetica en neuro-imaging met klinische, psychologische en sociale invalshoeken.

Heb oog voor jeugdtrauma

Frank van Wijck, Susanne Claessen

Hoogleraar Psychiatrische epidemiologie Brenda Penninx onderzoekt hoe het komt dat mensen met een jeugdtrauma later in het leven een verhoogd risico hebben op lichamelijke ziekten en hoe dit het best kan worden voorkomen. Voor de huisarts is het belangrijk om de signalen van een jeugdtrauma te herkennen, stelt ze.

Er wordt steeds meer duidelijk over de relatie tussen een jeugdtrauma en het risico later in het leven op hart- en vaatziekten, diabetes en overgewicht. Maar wat is een jeugdtrauma precies? 'In onderzoeken worden hiervoor redelijk consistente meetinstrumenten gebruikt,' zegt Penninx. 'De kern is blootstelling aan verwaarlozing of geweld voor het 16e levensjaar. Dit kan emotioneel, fysiek of seksueel zijn. Emotionele verwaarlozing en misbruik komen het meest voor, maar er is vaak sprake van een clustering van de genoemde onderdelen.'

'De kern van jeugdtrauma is blootstelling aan verwaarlozing of geweld voor het 16e levensjaar'

Dosis-responsrelatie

Onderzoeken in de algemene bevolking gaan niet allemaal uit van exact dezelfde definitie, maar komen wel globaal tot dezelfde aantallen. Dit in acht nemende, rapporteert ongeveer 15% van de algemene bevolking een jeugdtrauma, en in de psychiatrische populatie zeker 50%. 'We zien dit ook terug in de NESDA, de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst,' zegt Penninx. 'Natuurlijk is er variatie in de ernst en frequentie van ervaren jeugdtrauma. Er is een duidelijke dosis-responsrelatie, waarbij het risico op latere lichamelijke en mentale gezondheidsproblemen hoger is als het jeugdtrauma ernstig bleek.'

Het is niet zo dat alle kinderen uit hetzelfde gezin op latere leeftijd dezelfde mate van klachten ervaren als gevolg van jeugdtrauma. 'Een interessant aspect bij dit onderwerp,' zegt Penninx, 'waarnaar we in ons NESDA-onderzoek dan ook gekeken hebben. We constateerden dat het ene kind in het gezin met depressie te kampen had en het andere veerkrachtig bleek, ondanks dat het in dezelfde omgeving is opgegroeid. Wat meespeelt is dat er sprake is van subjectieve interpretatie en beleving. Ook kan de mate van jeugdtrauma objectief per kind binnen een familie verschillen. Daarnaast verschillen personen in hun sociale context – zoals de steun die mensen ervaren in het gezin of het grotere netwerk – en de manier waarmee iemand omgaat met jeugdervaringen. Dit draagt ertoe bij dat de impact van jeugdtrauma op latere mentale maar ook lichamelijke gezondheid verschillend kan zijn tussen gezinsleden.'

Associatie of causaal verband?

Penninx houdt zich al jaren bezig met het onderwerp jeugdtrauma. 'Er is veel consistent bewijs uit meta-analyses voor het verband tussen jeugdtrauma en later mentale en fysieke gevolgen,' vertelt ze. 'In die meta-analyses zijn publicaties uit meer dan 100 onderzoeken samengevat. We zien dat mensen met een jeugdtrauma meer risico lopen op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, diabetes en overgewicht. Dit verhoogde risico is aanwezig ongeacht de aanwezigheid van depressie, maar de grootste risicogroep zijn de mensen die beide hebben, zowel jeugdtrauma als depressie.'

Is dit verband causaal of niet? 'In observationeel onderzoek kom je natuurlijk alleen tot het beschrijven van een associatie,' zegt Penninx. 'Maar die associatie is heel consistent, gebaseerd op vele studies en bovendien met een dosis-responsrelatie. Het is ook een thema waarop je vanzelfsprekend geen trials kunt doen; je kan niet willekeurig mensen wel of niet blootstellen aan een trauma. We moeten het dus van observaties hebben. Ook dierexperimentele onderzoeken laten zien dat stress in het vroege leven een duidelijke invloed heeft op cardiometabole processen in het lichaam. Er zijn dus diverse duidelijke

aanknopingspunten waaruit ik concludeer dat er sprake is van een causaal verband.’

Mechanismen

Hoe kan een jeugdtrauma leiden tot lichamelijke ziekten? Daar zijn 3 redenen voor, stelt Penninx. ‘De eerste is dat mensen met een jeugdtrauma emotioneel en in gedragsniveau verschillen van anderen. Dit kan zich uiten in onzekerheid, een laag zelfbeeld en verminderde coping. Maar ook in ongezond leefgedrag: roken, drinken, minder bewegen, slechter slapen. De tweede reden is dat deze mensen een 2 tot 4 maal verhoogd risico hebben op de ontwikkeling van mentale ongezondheid: bijvoorbeeld angst of depressie, maar ook verslaving. De medicatiebehandeling voor deze mentale ziekten kan invloed hebben op bijvoorbeeld cardiometabole processen, maar ook verhogen deze mentale ziekten zelf de kans op het krijgen van lichamelijke ziekten. De derde reden is fysiologisch: de stresssystemen in het lichaam – de HPA-as, het autonome zenuwstelsel en het immuunsysteem – worden geactiveerd. Een jeugdtrauma is dus te beschouwen als een

‘Plan regelmatige controles in als een jeugdtrauma leidt tot duidelijke mentale ongezondheid’

chronische stressor voor het lichaam. In meerdere observationele en ook experimentele onderzoeken zien we dat deze mensen chronische overactivatie lijken te hebben van hun stresssystemen. Dit geeft een indicatie dat het lichaam echt in een voortdurende stressactiviteitsstand staat. Er is zelfs schade op celniveau: kijkend naar de lengte van telomeren en epigenetische processen op het DNA. We weten uit cohortonderzoek onder 3000 mensen dat mensen met een jeugdtrauma biologisch ouder zijn dan mensen zonder een jeugdtrauma. Kortom, uit de literatuur, maar ook uit ons NESDA-onderzoek, weten we dat mensen met jeugdtrauma neurobiologisch en pathofysiologisch anders zijn dan mensen zonder jeugdtrauma.’

Hoe te handelen

Een jeugdtrauma voorkomen is helaas niet altijd mogelijk. Dus, stelt Penninx, is de vraag relevant hoe moet worden gehandeld als sprake is van een jeugdtrauma. ‘Naar de vraag of mensen na een jeugdtrauma minder goed reageren op behandeling tegen depressie is onderzoek gedaan’, vertelt ze. ‘Dat

blijkt niet het geval; de respons na behandeling met antidepressiva of psychotherapie is vergelijkbaar met de respons bij mensen zonder een jeugdtrauma. Alleen zijn degenen met een jeugdtrauma aan het begin al ernstiger depressief, dus blijven ze relatief meer restsymptomen behouden. Misschien is 1 behandeling daarom niet genoeg en zou ook een specifieke behandeling moeten worden geboden die ingaat op het jeugdtrauma. Ook daarnaar wordt momenteel onderzoek gedaan. Dat is belangrijk, want er is ook angst dat het oprakelen van een jeugdtrauma in de behandeling niet leidt tot een beter behandelresultaat. Er zijn nog veel vragen.’

De andere relevante vraag is: wat is de rol van de huisarts in relatie tot een jeugdtrauma? ‘Gelet op het feit dat een jeugdtrauma veelvuldig voorkomt en enorme impact heeft, is het zeker relevant voor huisartsen om er kennis van te hebben’, zegt Penninx. ‘Zij zien het gezin in zijn context tenslotte. Waarmee ik overigens zeker niet wil suggereren dat huisartsen hun hele populatie erop moeten screenen. Ik wil niet alles op het bord van de huisarts leggen. Maar je bewust zijn van het feit dat een jeugdtrauma invloed heeft op psychosociaal functioneren en leefstijl en dat het mogelijk is om daarop in te grijpen, is een taak voor elke arts. Dus ook voor de huisarts. Oog hebben hiervoor betekent ook dat de huisarts aan een volgende behandelaar kan meegeven dat een jeugdtrauma een rol kan spelen in de mentale of fysieke problemen van de patiënt, en dus wellicht moet worden meegenomen in de behandeling. Verder kunnen huisartsen een signalerende functie hebben. Bij een vermoeden kunnen zij het onderwerp in gezinsverband bespreken, of in het ernstigste geval instanties verwittigen.’

Signaal

Als er inderdaad sprake is van een jeugdtrauma, is het dan zinvol voor de huisarts om een regelmatige controle in te plannen? ‘Wel als het jeugdtrauma leidt tot duidelijke mentale ongezondheid’, reageert Penninx. ‘Het kan een positieve invloed hebben op de effectiviteit van de behandeling van depressie als het jeugdtrauma expliciet aandacht krijgt. Het kan leiden tot beter herstel van de latere mentale problemen. We hebben op dit moment onderzoeken lopen, zoals het onderzoek naar jeugdtrauma en depressie en de RESET-studies, die precies hierop testen.’

Maar hoe kan de huisarts alert zijn op een mogelijk jeugdtrauma als de patiënt nog geen mentale problemen heeft? ‘Dan is het de vraag of de huisarts altijd iets kan of hoeft te doen’, zegt Penninx. ‘Blijf ook alert op andere signalen, zoals onzekerheid, een laag zelfbeeld of een ongezonde leefstijl, want daarbij kunnen onveilige jeugdervaringen een rol bij spelen. Zie ons onderzoek als een signaal, is mijn boodschap. Heb er oog voor. En als er sprake is van rode vlaggen: bekijk en benoem die dan.’ ■