



Departement Klinische Psychologie en Gezondheid

Opleidingsniveau van de ouders, aantal kinderen in het gezin en depressieve
symptomen bij adolescenten.

Bachelorthesis

Februari 2014

Renata van den Berg

S159631

Onderzoeksbegeleider: Dr. J. Henrichs

Tweede beoordelaar: Dr. M.J. Cima

Abstract

Several studies have shown the negative correlation between low SES and depressive symptoms. Recent literature has also shown an association between crowded housing and more depressive symptoms in adolescence. This study aimed to investigate the moderating role of family size on the association between low parental education and depressive symptoms in adolescence. The study had a cross-sectional design and was embedded in the nationally representative Children and Young People Living Conditions Survey carried out in 2000 in Flanders among 10 to 18 year olds (N=1202). The SES of a family was determined by the parental education. Education of the parents was measured by parent-report. Family size was reported by the participating adolescent. Depressive symptoms were measured by the adolescents using the Short Depression Questionnaire for children. To test the association between crowdedness, parental education and depression, linear regression analyses were used. Low maternal education but not education of the father was associated with depressive symptoms. Larger family size was associated with more depressive symptoms. Moreover, larger family size exacerbated the association between both low maternal and paternal education and depressive symptoms in adolescence. This study suggests that children who are living in crowdedness and also have a parent with lower education, are at a higher risk of developing depressive symptoms in adolescence.

Keywords: depression, SES, parental education, crowdedness, adolescents, quality of life.

Samenvatting

Verscheidene literatuur heeft een negatief verband aangetoond tussen een lage Sociaal Economische Status (SES) en depressieve symptomen. In de recente literatuur is eveneens het verband beschreven tussen gezinsgrootte en depressieve symptomen. Deze studie had als doel om de modererende rol van gezinsgrootte te onderzoeken, aangaande de associatie tussen opleidingsniveau van ouders en depressieve symptomen bij adolescenten. De studie had een cross-sectionele design, uitgevoerd in Vlaanderen in 2000 en besloeg een nationaal representatieve steekgroep van tieners tussen de 10 en 18 jaar oud (N=1202). De SES werd gemeten middels het opleidingsniveau van ouders en werd verkregen via ouder-rapportage. Gezinsgrootte werd vastgesteld middels rapportage van de deelnemende tiener. Depressieve symptomen bij de tieners werd gemeten met behulp van de Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen (KDVK), wat een zelfrapportage vragenlijst betreft. Lineaire regressie analyses werden gebruikt om de associatie te onderzoeken tussen gezinsgrootte, opleidingsniveau van de ouders en depressieve symptomen bij adolescenten. De huidige studie vond een significant verband tussen een laag opleidingsniveau van moeder en depressieve symptomen bij tieners. Dit verband werd niet gevonden voor het opleidingsniveau van vader. Een groter gezin ging gepaard met significant meer depressieve symptomen bij adolescenten. Gezinsgrootte versterkt de associatie tussen zowel het opleidingsniveau van moeder, als het opleidingsniveau van vader en depressieve symptomen. De studie suggereert dat kinderen die opgroeien in grote gezinnen met een laag opgeleide ouder een groter risico hebben op het ontwikkelen van depressieve symptomen in de adolescentie.

Kernwoorden: Depressie, SES, opleidingsniveau, gezinsgrootte, adolescenten, kwaliteit van leven.

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

Het verband tussen het aantal kinderen in laag sociaal economische gezinnen en depressieve symptomen bij adolescenten.

Depressie is een ernstig maatschappelijk gezondheidsprobleem, de stijgende prevalentie en de effecten die deze aandoening met zich meedraagt in acht genomen.

Depressie is een ziekte die een grote impact heeft op zowel maatschappelijk als individueel niveau. De ziekte gaat gepaard met sociale en emotionele problematiek. Depressie kan gedefinieerd worden als een emotionele toestand die wordt gekenmerkt door een gevoel van somberheid, geen energie hebben, een lage zelfwaardering, schuldgevoel en andere gerelateerde symptomen (Comer, 2008). Cuijpers (1998) schrijft dat depressieve klachten beschouwd kunnen worden als een continuüm, met aan de ene kant ‘normale’ gevoelens van somberheid zonder pathologische kenmerken en aan de andere kant langdurige en ernstige gevoelens van somberheid met diverse bijkomende klachten, zoals in de DSM-IV beschreven staan.

Op de website van de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, WHO), stelt men dat wereldwijd meer dan 350 miljoen mensen, van alle leeftijden, lijden aan een depressie. Daarnaast schrijft het WHO dat depressie de leidende oorzaak is van disfunctioneren wereldwijd en een enorm deel bijdraagt aan de wereldwijde ziektekosten (World Health Organization, 2012). Volgens de statistieken van de WHO, kan vastgesteld worden dat naar verwachting in 2020, depressie de tweede grootste bijdrage zal leveren aan de ziektelast wereldwijd (Murray & Lopez, 1998). Alleen al in de Verenigde Staten liggen de jaarlijkse kosten van deze ziekte op 80 biljoen dollar. Deze kosten komen onder andere voort uit ziekenhuiskosten, behandeling en verlies van inkomsten (Sullivan, Valuck, Saseen, & Macfall, 2004; Greenberg et al., 2003). De hoge prevalentiecijfers en de hoge kosten die de ziekte met zich meedraagt, en het psychosociale leiden van het individu met een depressie geven weer dat het gaat om een groot maatschappelijk probleem.

Treffers (1989) voorspelt aan het einde van de twintigste eeuw, dat depressie in de loop der tijd op een steeds jongere leeftijd zal voorkomen. Tevens zou na de puberteit volgens Treffers een sterke toename plaatsvinden van het aantal jongeren, dat depressieve symptomen ervaren. Huidige studies naar de prevalentie van depressie bij kinderen en tieners laten geen eenduidige resultaten zien. Bij kinderen tussen de 6 en 12 jaar varieert het percentage tussen de 0,4 en 2 procent en bij jong volwassenen (13 tot 18 jaar), varieert het percentage tussen de 2 en 8,3 procent (Birmaher et al., 1996; Kubik, Lytle, Birnbaum, Murray & Perry, 2003; Ryan, 2005; Tracy, Zimmerman, Galea, McCauley & Van der Stoep, 2008). Demyttenaere (2004) geeft weer dat in België het percentage personen van 18 jaar en ouder met een stemmingsstoornis op 6,2 procent ligt.

Lewinsohn, Rohde en Seeley (1998) vinden in hun onderzoek dat het hebben van een depressie tijdens de adolescentie negatieve psychosociale gevolgen heeft. Cicchetti en Toth (1998) vinden hetzelfde in hun onderzoek en voegen daaraan toe dat de kans op terugval groot is, wanneer een kind in zijn kindertijd een depressieve episode doormaakt. Ongeveer 50 procent van de kinderen die te maken krijgt met een depressie, ontwikkelt later een co-morbide stoornis (Mash & Wolfe, 2005). De co-morbiditeit wordt meestal geassocieerd met een slechte psychosociale en academische resultaten en een verhoogd risico op alcohol- en drugsmisbruik, bipolaire stoornis, en zelfmoord (Birmaher et al., 1996). Het ervaren van depressieve symptomen of het hebben van een depressie in de kindertijd, kan een grote invloed hebben op het functioneren op latere leeftijd. Dit maakt jongeren die aan een depressie lijden, of meerdere symptomen van depressie ervaren, een kwetsbare groep. Ook door de onderschatting van depressieve symptomen bij kinderen en tieners en het daardoor niet behandelen, maakt dat deze groep extra kwetsbaar is (Mash & Wolfe, 2005).

Bovenstaande laat zien dat depressie tijdens de adolescentie een veelvoudig en ernstig probleem is. Kinderen uit gezinnen met een laag sociaal economische status (SES) lopen een

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

bijzonder groot risico op het ontwikkelen van een depressie (Johnson, Cohen, Dohrenwend, Link, & Brook, 1999). De SES van een gezin wordt veelal bepaald middels het inkomen van het gezin en het opleidingsniveau van de ouders, gezien dit meetbare factoren zijn (Winkleby, Jatulis, Frank, & Fortmann, 1992). In de literatuur zijn er twee belangrijke theorieën die een mogelijke verklaring bieden voor het verband tussen een lage SES van ouders en een verhoogd risico op depressieve symptomen bij de kinderen uit een dergelijk gezin. De eerste theorie is de ‘social causation theory’; deze theorie veronderstelt dat tegenspoed en stress samengaan met een lage SES en daarmee bijdragen aan het ontstaan van een depressie. De tweede belangrijke theorie is de ‘social selection theory’; anders dan de eerste genoemde theorie, stelt de social selection theory dat niet tegenspoed en stress samen gaan met een lage SES, maar dat psychiatrische stoornissen ten grondslag liggen aan een daling van de SES of het onvermogen om een SES te boven op te komen. Constitutionele- en omgevingsfactoren dragen bij aan de aanvang van deze psychiatrische stoornissen (Johnson, Cohen, Dohrenwend, Link, & Brook, 1999). Uit het onderzoek van Johnson et al., (1999) komt naar voren dat de ‘social causation theory’ een grotere rol lijkt te spelen in het verband tussen SES en depressie, dan de ‘social selection theory’.

Een lage SES kan een algemeen negatieve invloed op het welbevinden hebben. Verscheidene onderzoeken tonen aan dat leden van gezinnen met een lagere SES gedurende hun hele leven een grotere kans hebben op ziektes en een slechtere gezondheid, waaronder psychische problemen (Jansen, 2009; Stephen, Kawachi, Fitzmaurice, & Buka, 2003; Lorant, Deliège, Eaton, Robert, Philippot, & Ansseau, 2002; Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhouf, & Geurts, 1997; Poulton et al., 2002). Aanvullend hierop is, dat uit meerdere onderzoeken blijkt dat klinisch gediagnosticeerde psychopathologie, waaronder depressie, vaker voorkomt bij kinderen en adolescenten die opgroeien in een gezin met een lage SES in verhouding tot kinderen en adolescenten die opgroeien in een gezin met een hoge SES

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

(Reijneveld, Brugman, Verhulst, & Verloove-Vanhorick, 2005; Ford, Goodman, & Meltzer, 2004; Lorant, et al., 2002; Bradley & Corwyn, 2002; Caspi, Taylor, Moffitt, & Plomin, 2000). Daarnaast hebben leden van lage SES gezinnen een slechtere toegang tot zorg (Lorant, et al. 2002). Hierdoor ontstaat er een vicieuze cirkel die moeilijk te doorbreken is.

Binnen lage SES gezinnen, komen in verhouding vaker grotere gezinnen voor (Saegert, 1982). Er zijn een aantal studies bekend die onderzoeken of het aantal kinderen binnen een gezin een positieve correlatie heeft met depressieve symptomen of het hebben van een depressie. Echter zijn de uitkomsten van deze onderzoeken verschillend. Vitaro en Pelletier (1995), vinden in hun studie geen verschil in depressieve symptomen tussen verschillende typen familie. Eerder vonden Lester en Caffery (1989) dat het aantal kinderen (broertjes en zusjes) geen effect had depressieve symptomen. Echter in meer recentere studies, wordt juist wel een effect gevonden van het aantal kinderen binnen het gezin op depressie. Zo tonen Amato en Sobolewski (2001) in hun studie aan dat verschillen in geestelijke gezondheid worden geassocieerd aan een scala van verschillende sociaalpsychologische processen binnen het gezin. Onderzoek van Reinherz, Paradis, Giaconia, Stashwick en Fitzmaurice (2003), toont aan dat geboren worden in een groot gezin (4 of meer kinderen) een significante risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie in de kindertijd. Uit een andere studie blijkt, dat kinderen uit grote families de hoogste ratio van suïcidaal gedrag vertoonden (Kirkcaldy, Richardson-Vejlgaard, & Siefen, 2009).

Voorgaande literatuur laat een verband zien tussen een lage SES en depressieve symptomen en eveneens een verband tussen het aantal kinderen binnen het gezin en depressieve symptomen. De studie van Evans, Saegert en Harris (2001) vindt een positieve relatie tussen grote gezinnen en psychische symptomen voor zowel lage SES gezinnen in de stad als op het platte land. Omdat eerder onderzoek suggereert dat zowel lage SES en een grote gezinsgrootte risicofactoren voor het ontwikkelen van depressieve symptomen in de

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

tienertijd zou men kunnen concluderen dat beide factoren elkaar versterken. Duidelijk zicht op de ontwikkeling van depressie van kinderen binnen lage SES gezinnen en ermee verbonden moderatoren, kan een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en verbetering van passende interventies en mogelijk aan het preventief voorkomen van depressie of depressieve symptomen in de adolescentie.

In de huidige studie, die gebaseerd is op een grootschalig nationaal representatief surveyonderzoek onder jongeren tussen de 10 en 18 jaar oud in Vlaanderen, worden twee onderzoeksvragen behandeld: 1) Is er een verband tussen de SES van de ouders en de grootte van het gezin met depressieve symptomen bij adolescenten? 2) Heeft het aantal kinderen binnen het gezin een modererend effect op de associatie tussen SES van de ouders en depressieve symptomen bij adolescenten? Bij deze onderzoeksvragen wordt de SES omvangen door het opleidingsniveau van de ouders. Aansluitend op de onderzoeksvragen worden de volgende hypothesen worden geformuleerd:

1. Een laag opleidingsniveau van ouders en een hoger aantal kinderen binnen het gezin, hangt samen met meer depressieve symptomen bij adolescenten.
2. Een groter aantal kinderen binnen het gezin versterkt de relatie tussen een laag opleidingsniveau en depressieve symptomen in de tienertijd. Deze hypothesen zullen worden onderzocht voor zowel het opleidingsniveau van vader en moeder.

Kortom, verwacht wordt dat het aantal kinderen binnen het gezin, de relatie tussen het opleidingsniveau van ouders en depressieve symptomen versterkt. Dit is uitgewerkt in een padmodel, figuur 1.

Juist het monitoren van jongeren binnen grote gezinnen met een lage SES (ouders met een laag opleidingsniveau) is van belang.

Methode

Participanten en procedure

De steekproef voor het dit nationaal representatieve surveyonderzoek is verworven middels een tweetrapssteekproef aan de hand van een random selectie van scholen op basis van alle scholen in Vlaanderen en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, uitgevoerd in het jaar 2000. Voor de tweestapssteekproef zijn als eerste de scholen geselecteerd, waarvan vervolgens per school 2 klassen random geselecteerd zijn. Hierbij is gestreefd naar een evenredige verdeling in de totale populatie van de Vlaamse scholen op het gebied van provincie, onderwijsnet, grootte van de school en de onderwijsrichting. Uiteindelijk hebben 19 basisscholen en 33 scholen in het voortgezet onderwijs deelgenomen aan het onderzoek. Aan het onderzoek hebben in totaal 1955 tieners ($N = 1955$) meegewerkt, dit is een responsrate van 90%. Van deze tieners zijn 722 participanten basisschoolleerlingen en 1233 participanten leerlingen uit het voortgezet onderwijs. De deelnemende tieners kregen toestemming van hun ouders om aan het onderzoek deel te nemen.

Ouders van leerlingen werden bereikt via verkregen adressen van de geselecteerde scholen en klassen. De ouders werden individueel uitgenodigd om mee te werken aan de schriftelijke enquête, welke per post toegezonden werd. Na de eerste verzending werd nog tweemaal een herinnering verzonden. Van de 2163 potentiële respondenten namen 1318 ouders deel aan het onderzoek, een responsrate van 60,9 %. Bij 1202 ouders hadden ook de kinderen deelgenomen aan het onderzoek. Voor al deze 1202 tieners was data beschikbaar over depressieve symptomen. Van deze 1202 tieners rapporteerden 1120 (93,3 %) moeders en 998 (83%) vaders data met betrekking tot het opleidingsniveau. In de studie werd echter alleen gebruik gemaakt van de participanten waarvan data beschikbaar was over het opleidingsniveau van de ouders en over de mate van depressieve symptomen bij de tiener. Dit

heeft geleid tot een uiteindelijke steekproef van 1120 participanten. Zie voor deze gegevens ook tabel 1 in de bijlagen.

Meetinstrumenten

Depressie. In deze studie werd depressie gemeten door de Korte Depressie Vragenlijst voor Kinderen, kortweg de KDVK. De KDVK is een verkorte versie van de Depressie Vragenlijst voor Kinderen (DVK) (de Wit, 1987). De vragenlijst wordt ingevuld middels zelfrapportage en geeft een eerste indruk over de mate waarin het kind lijdt aan een mogelijke depressie (De Wit, 2000). De vragenlijst bestaat uit negen stellingen die betrekking hebben op cognitieve, affectieve en lichamelijke depressiesymptomen. De negen stellingen worden gescoord op een vijfpuntsschaal, waarbij één staat voor nooit en vijf voor altijd. Enkele voorbeelden van de items zijn: “Ik denk dat andere jongeren mij niet leuk vinden”, “Als er iets vervelends gebeurt, denk ik dat het door mij komt”, en “Ik slaap de laatste tijd niet zo goed”. De totale score van de vragenlijst werd verkregen door optelling van de antwoordscores op de negen items en varieert hieruit voortvloeiend van 9 tot en met 45. De Cronbach’s alpha voor de KDVK bedroeg 0.80 (De Wit, 2000).

Opleidingsniveau. De SES werd gemeten via het opleidingsniveau van de ouders, gezien een hogere opleiding vaak gepaard gaat met een baan op een hoger niveau en daarmee vaak met een beter inkomen (CBS, 2011). Het opleidingsniveau werd verkregen middels een vragenlijst, ingevuld door de ouders zelf. Hierin rapporteerden zij tevens de hoogst afgeronde opleiding van hun partner, indien van toepassing. Het opleidingsniveau werd in de volgende categorieën ingedeeld: (1) Lager onderwijs (2) Beroepsonderwijs (BSO) lagere cyclus (3) Technisch Onderwijs (TSO) lagere cyclus (4) Algemeen Secundair Onderwijs (ASO) lagere cyclus (5) Kunst Secundair Onderwijs (KUNST) lagere cyclus (6) Beroepsonderwijs hogere cyclus (7) Technisch Onderwijs (TSO) hogere cyclus (8) Algemeen Secundair Onderwijs

(ASO) hogere cyclus (9) Kunst Secundair Onderwijs (KUNST) hogere cyclus (10) Niet universitair hoger onderwijs (11) Universitair onderwijs. In deze studie werden categorieën 1 tot en met 5 geclassificeerd als een ‘laag opleidingsniveau’, categorieën 6 tot en met 9 werden geclassificeerd als een ‘middelbaar opleidingsniveau’ en categorieën 10 en 11 als een ‘hoog opleidingsniveau’.

Statistische analyse

Om de gestelde hypothese te toetsen en de vraag te beantwoorden of het aantal kinderen binnen het gezin de relatie tussen SES (gemeten aan de hand van het opleidingsniveau) en depressieve symptomen versterkt, werd er gebruikt gemaakt van verschillende statistische analyses.

Middels beschrijvende statistiek, frequentie tabellen en grafieken werd beoogd een eerste indruk te krijgen van de data binnen de steekproef. Deze beschrijvende statistiek en het theoretisch kader betreffende lage SES in ogenschouw genomen, leidde tot de vraag of de opleidingscategorie middelbaar wel significant afweek van de opleidingscategorie hoog; voor zowel vader als moeder. Daarom werd middels een univariable lineaire regressie analyse en aangemaakte dummy variabelen onderzocht of de opleidingscategorie middelbaar en hoog samengevoegd konden worden in verder onderzoek.

Om te onderzoeken of er een significant, dan wel positief of negatief, verband is van opleidingsniveau ouders met depressieve symptomen, werd er gebruik gemaakt van een univariabele lineaire regressie analyse. Dit werd gedaan voor zowel het opleidingsniveau van vaders, als van moeder. Er werd gebruik gemaakt van een lineaire regressie, omdat de afhankelijke variabele depressie gemeten is op schaalniveau, evenals de onafhankelijke variabele opleidingsniveau. Deze regressie laat zien of het opleidingsniveau een effect dan wel geen effect heeft op depressieve symptomen bij adolescenten.

Vervolgens werd er eveneens een univariate lineaire regressie analyse uitgevoerd,

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

waarbij het aantal kinderen de onafhankelijke variabele was en depressie symptomen de afhankelijke variabele. Deze regressie onderzocht of er een effect is van gezinsgrootte op depressieve symptomen.

Als laatste werd er gebruik gemaakt van een multiple lineaire regressie analyse met daarin een interactie effect. De afhankelijke variabele was wederom depressieve symptomen en de onafhankelijke variabelen waren het aantal kinderen binnen het gezin, het opleidingsniveau en de interactie van deze twee variabelen. Deze laatste analyse werd eveneens voor zowel vader als moeder uitgevoerd. In het verlengde van deze laatste analyse, werd de dataset gestratificeerd voor opleidingsniveau en werden univariate lineaire regressie analyses uitgevoerd om op deze manier het interactie-effect nader te onderzoeken.

Resultaten

De data van dit onderzoek zijn geanalyseerd met het programma SPSS 21.0. De alfa die aangehouden wordt is 0,05. De gepresenteerde resultaten werden gebaseerd op complete case analyses

Minimaal een van de analyses was gebaseerd op maximaal 1120 participanten. Meisjes waren sterker vertegenwoordigd in het onderzoek (82,3%) in verhouding tot jongens (17,8%). Het merendeel van de participanten draagt de Belgische nationaliteit (94,9%), een klein percentage (1,5%) draagt de Nederlandse Nationaliteit. Een klein gedeelte van de steekproef wordt ingevuld door overige nationaliteiten. In tabel 1.1 tot en met 1.5 is de beschrijvende statistiek weergegeven.

Samenvoegen van middelbaar en hoog onderwijsniveau. De beschrijvende statistiek en het theoretisch kader betreffende lage SES in ogenschouw genomen, leidde tot de vraag of de opleidingscategorie middelbaar wel significant afweek van de opleidingscategorie hoog; voor zowel vader als moeder. Figuur 2 en 3 laten een grafiek zien, waarbij het

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

opleidingsniveau van vader en moeder, afgezet is tegen depressieve symptomen bij adolescenten. Figuur 2 detecteert in alle drie de opleidingsniveaus van vader kleine verschillen. Figuur 3 daarentegen detecteert een groot verschil tussen een laag opleidingsniveau en een middelbaar en hoog opleidingsniveau bij moeder. Het verschil tussen het middelbaar en hoge opleidingsniveau lijkt niet erg groot. Univariante lineaire regressie analyse heeft uitsluitsel geven of de categorie middelbaar en hoog samengevoegd konden worden, voor zowel vader als moeder. Er blijkt geen significant verschil te zijn tussen een middelbaar en hoog opleidingsniveau voor zowel vader ($R^2 = 0.001$, $F(1, 642) = 0.719$, $b^* = 0.033$, $t = 0.848$, $p > 0.05$), als voor moeder ($R^2 = 0.001$, $F(1, 827) = 0.603$, $b^* = -0.27$, $t = -0.777$, $p > 0.05$). Daarom werden de categorieën middelbaar en hoog opleidingsniveau samengevoegd tot één categorie. Een hoog/middelbaar opleidingsniveau werd aangehouden als referentie categorie. In de beschrijvende statistiek worden de drie categorieën nog apart gebruikt, gezien de samenvoeging heeft plaatsgevonden naar aanleiding van en na de beschrijvende statistiek.

Verband opleidingsniveau en depressie. In de steekproef is het gemiddelde van depressie bij tieners met een middelbaar opleidingsniveau van vader, hoger ($M = 19.72$, $SD = 7.23$), dan tieners waarvan vader een laag ($M = 19.70$, $SD = 6.44$) of hoog ($M = 19.31$, $SD = 6.12$) opleidingsniveau heeft. Kijkend naar het opleidingsniveau van moeder in de steekproef, blijkt dat kinderen waarvan de moeder een laag opleidingsniveau heeft, hoger scoren op depressie ($M = 20.80$, $SD = 7.43$) dan kinderen waarvan de moeder een middelbaar ($M = 19.25$, $SD = 6.32$) of een hoog opleidingsniveau ($M = 19.52$, $SD = 6.15$) heeft. Een univariate lineaire regressie analyse werd uitgevoerd om te onderzoeken of er een significant verband bestaat tussen zowel het opleidingsniveau van moeder en vader (laag versus middelbaar en hoog) en depressieve symptomen. Hieruit blijkt dat er geen significant effect is van het opleidingsniveau van vader op depressie van tieners ($R^2 = 0.001$, $F(1, 996) = 0.702$, $b^* = -$

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

0.027, $t = 0.838$, $p > 0.05$). Anders dan het opleidingsniveau van vader had het opleidingsniveau van moeder wel een significant effect op depressie bij tieners ($R^2 = 0.009$, $F(1, 1118) = 10.503$, $b^* = 0.096$, $t = 3.241$, $p < 0.01$). Tieners van moeders met een laag opleidingsniveau hadden significant meer depressieve symptomen dan tieners van moeders met een middelbaar of hoog opleidingsniveau.

Gezinsgrootte en depressie. Voordat er een univariabele lineaire regressie analyse werd uitgevoerd tussen gezinsgrootte en depressie, werd eerst de variabele aantal kinderen binnen het gezin gestandaardiseerd. Hierna werd de regressie analyse uitgevoerd om te onderzoeken of gezinsgrootte geassocieerd is met depressieve symptomen bij tieners. De resultaten geven een significant effect weer van het aantal kinderen binnen het gezin op depressieve symptomen bij tieners $R^2 = 0.007$, $F(1, 1189) = 8.343$, $b^* = 0.083$, $t = 2.888$, $p < 0.01$). Tieners in grote gezinnen hadden significant meer depressieve symptomen dan tieners in kleine gezinnen.

Interactie gezinsgrootte en opleidingsniveau. Als laatste is er een multiple lineaire regressie analyse uitgevoerd, waarin het effect van gezinsgrootte, opleidingsniveau en de interactie hiertussen bekeken werd. De regressie analyse bevat drie modellen in respectieve volgorde: aantal kinderen binnen het gezin, aantal kinderen binnen het gezin en opleidingsniveau en het product van deze twee. Het eerste model werd significant bevonden ($R^2 = 0.009$, $F(1, 989) = 8.611$, $p < 0.01$). Het toevoegen van de variabele opleiding van vader, leidde niet tot een verbetering van het model ($R^2 = 0.009$, $F_{\text{change}}(1, 988) = 0.396$, $p > 0.05$). De toevoeging van het interactie effect leidde echter wel tot een verbetering van het model ($R^2 = 0.019$, $F_{\text{change}}(1, 987) = 10.255$, $p < 0.01$). Het interactie effect tussen gezinsgrootte en opleidingsniveau van vader speelt een significantie rol bij depressieve symptomen van tieners. Wanneer een zelfde analyse werd uitgevoerd voor opleidingsniveau van moeder, blijkt eveneens het eerste model significant ($R^2 = 0.008$, $F(1, 1108) = 8.722$, $p <$

0.01). De toevoeging van de voorspeller opleidingsniveau leidde bij moeder wel tot een significante bijdragen van het model ($R^2 = 0.017$, $F_{\text{change}}(1, 1107) = 10.255$, $p < 0.01$). Ook bij moeder leidde de toevoeging van de interactie tot een verbetering van het model ($R^2 = 0.023$, $F_{\text{change}}(1, 1106) = 6.797$, $p < 0.01$). Ook het interactie effect tussen gezinsgrootte en opleidingsniveau van moeder speelt een significantie rol bij depressieve symptomen van tieners. Nadat de dataset gestratificeerd werd voor opleidingsniveau, bleek uit regressie analyse dat gezinsgrootte een significant effect had op depressieve symptomen bij tieners, wanneer er sprake was van een laag opleidingsniveau bij zowel de vader ($R^2 = 0.067$, $F(1, 224) = 16.13$, $p < 0.01$) als de moeder ($R^2 = 0.039$, $F(1, 286) = 11.545$, $p < 0.01$) van de tieners. Het effect van gezinsgrootte bleek niet significant bij middelbaar/hog opgeleide vaders ($R^2 = 0.00$, $F(1, 763) = 0.226$, $p > 0.05$) en moeders ($R^2 = 0.00$, $F(1, 820) = 0.406$, $p > 0.05$). Gezinsgrootte versterkt het effect van een laag opleidingsniveau van zowel vader als moeder op depressieve symptomen bij tieners.

Discussie

Het doel van de huidige studie was inzicht verkrijgen in het effect van opleidingsniveau van ouders (dat een graadmeter is voor SES) en het aantal kinderen binnen het gezin op het hebben depressieve symptomen bij tieners. De studie laat zien dat een laag opleidingsniveau van moeder, maar niet van vader, met meer depressieve symptomen van adolescenten samenhangt. Daarnaast staat het aantal kinderen binnen het gezin in relatie met het hebben van depressieve symptomen bij tieners; waarbij geldt, dat depressieve symptomen van tieners toenemen, naarmate zij meer broers of zussen in het gezin hebben. Dit geldt alleen in gezinnen waarbij de ouders een lage opleiding genoten hebben. Als laatste speelt de gezinsgrootte een modererende rol; een laag opleidingsniveau van zowel de moeder als van de vader, wordt versterkt door het effect van de gezinsgrootte als het depressieve symptomen bij

tieners betreft.

Een negatief verband tussen een laag opleidingsniveau van ouders en het hebben van depressieve symptomen bij tieners, is in overeenstemming met een groot scala aan onderzoek. Verschillende studies tonen aan dat de leden van lage SES gezinnen een grotere kans hebben op ziektes en slechte gezondheid, waaronder ook psychische problemen. Deze kans is groter, gedurende hun hele leven (Gilman, Kawachi, Fitzmaurice, & Buka, 2003; Lorant, Delière, Eaton, Robert, Philpott, & Ansseau, 2002; Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof, & Geurts, 1997). Klinisch gediagnosticeerde psychopathologie, waaronder depressie, komt vaker voor bij kinderen en adolescenten die opgroeien in een gezin met een lage SES in verhouding tot kinderen en adolescenten die opgroeien in een gezin met een hoge SES (Bradley & Corwyn, 2002; Caspi, Taylor, Moffitt, & Plomin, 2000; Ford, Goodman, & Meltzer, 2004; Kalff et al., 2001; Reijneveld, Brugman, Verhulst, & Verloove-Vanhorick, 2005). De ‘social selection theory’ stelt, zoals eerder benoemd, dat psychiatrische stoornissen ten grondslag liggen aan een daling van de SES of het onvermogen om een SES te boven te komen (Johnson, Cohen, Dohrenwend, Link, & Brook, 1999). Dit duidt een negatief spiraal aan voor kinderen uit lage SES gezinnen. Deze kinderen hebben volgens de literatuur een grotere kans op het verkrijgen van psychiatrische stoornissen, daar bovenop zouden juist deze stoornissen ten grondslag liggen aan een daling van de SES of het onvermogen om een lage SES te boven te komen. Evenals een negatief verband tussen een laag opleidingsniveau van ouders en het hebben van depressieve symptomen bij tieners, is ook het gevonden effect van gezinsgrootte in de huidige studie in overeenstemming met eerder onderzoek (Reinherz, Paradis, Giaconia, Stashwick & Fitzmaurice, 2003). Het onderzoek van Reinherz et al. (2003) toonde aan dat geboren worden in een groot gezin (4 of meer kinderen) een significante risicofactor is voor het ontwikkelen van een depressie in de kindertijd.

Een mogelijke verklaring voor het gevonden verband tussen opleidingsniveau en

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

depressie kan gevonden worden in economisch voor- of tegenspoed. Ouders met een groter intellectueel capaciteit hebben vaker een hoog opleidingsniveau en daarmee een hoger inkomen. Deze ouders hebben meer middelen, zoals geld, woonomstandigheden en vrije tijd tot hun beschikking, waardoor zij kunnen kiezen tussen verschillende vormen van ouderschap (Kalff et al., 2001). Daarnaast hebben ouders met een hoog opleidingsniveau vaak meer kennis en inzicht, bijvoorbeeld met de zorg en de omgang van hun kinderen. Deze kennis kan een positieve invloed hebben op de benadering; en daarmee de opvoedstijl van hun kinderen (Kalff et al., 2001; McLoyd, 1998). In het onderzoek van McLoyd (1990), worden er verbanden gevonden tussen de SES van ouders en opvoedingskarakteristieken van het gezin. Ouders met een lage SES blijken ten aanzien van de opvoeding minder geneigd tot ondersteuning, genegenheid en beloning bij gewenst gedrag. Deze ouders gebruiken eerder fysieke straffen dan argumentatie en beredenering als vorm van discipline en neigen meer naar een autoritaire opvoedingsstijl. Anders dan een autoritaire, permissieve of verwaarlozende opvoedingsstijl heeft een autoritatieve opvoedingsstijl een positievere invloed op het kind en verkleint de kans op depressie (Randolph, & Dykman, 1998). Ouders met een laag opleidingsniveau worden begrensd in hun mogelijkheden met betrekking tot ouderschap, vanwege de vaak beperkte aanwezigheid van hulpbronnen en kennis, wat negatieve gevolgen voor het (psychisch) welbevinden van het kind kan hebben (McLoyd, 1998). Economische druk of armoede binnen het gezin kan leiden tot een hoge mate van psychologische stress bij de ouders, vaak in de vorm van depressie of vijandigheid (Early & Eccles, 1995). De 'social causation theory' veronderstelt dat stress en tegenspoed samengaan met een lage SES en daarmee bijdragen aan het ontstaan van een depressie (Johnson, Cohen, Dohrenwend, Link, & Brook, 1999). Depressie van de ouder(s) kan op zijn beurt weer samengaan met beperkte responsiviteit, gebrekkige affectiviteitsmogelijkheden en het kind niet op een adequate manier leren omgaan met negatieve emoties en nieuwe situaties. Dit kan mede tot gevolg hebben dat

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

het kind weinig geloof heeft in zichzelf en in de eigen mogelijkheden om problemen op te lossen en kwetsbaar wordt op het gebied van eigenwaarde, wat kan leiden tot depressiviteit (Van den Bergh et al., 2003).

Een andere mogelijke verklaring voor het negatieve verband tussen opleidingsniveau van ouders en depressieve symptomen van tieners, kan gevonden worden in de communicatie in een dergelijk gezin. Onderzoek laat zien dat een lage SES de kans op familieconflicten, negatieve communicatie binnen het gezin en slechte relaties tussen familieleden verhoogt (Conger, Conger, & Martin, 2010). Daarnaast blijkt uit het onderzoek van Dodge, Pettit, & Bates (1994), dat een gezin met een lage SES gerelateerd zijn aan een aantal specifieke communicatiefactoren binnen het gezin, zoals: blootstelling aan agressieve rolmodellen, agressieve normen en waarden en ruzies binnen het gezin. Dit kan weer van invloed zijn op de depressieve symptomen van de leden binnen het gezin.

Uit nadere analyse blijkt dat het verband tussen een opleidingsniveau en depressieve symptomen bij tieners, gedreven wordt door het opleidingsniveau van moeder. Mogelijk kan dit verklaard worden door de verschillende rollen die vaders en moeders aannemen binnen het gezin en de opvoeding. Ondanks dat er een nieuwe trend zichtbaar is waarbij vaders een grotere rol gaan spelen in de opvoeding, heeft in de meeste gezinnen de moeder de grootste rol wanneer het opvoeden en verzorgen van de kinderen betreft. De invloed van de vader op de ontwikkeling van het kind wordt gezien als indirect (gemedieerd door de moeder) terwijl de moeder eerder directe invloed heeft op het kind (Wille, 1995). Tevens komt in het onderzoek van Tomassen (2013) naar voren dat de relatie die tussen een laag opleidingsniveau van moeder en een verhoogd risico op depressieve symptomen bij de tiener, verklaard wordt door een gebrek aan acceptatie door de ouders en gebrek aan monitoring door de vader.

Een verklaring waarom de gezinsgrootte een invloed heeft op depressieve symptomen,

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

kan gevonden worden in de bevinding uit het onderzoek van Bell en Avery (1985). Zij vinden dat kinderen in grote families meer afstand van hun ouders ervaren en hun ouders als disciplinair ervaren en zich minder gesteund voelen. Daarnaast is een grote familie geassocieerd met minder communicatie en meer controle vanuit de ouders. Kinderen uit grote gezinnen rapporteren meer dominantie vanuit vader en meer fysieke straffen (Elder & Bowerman, 1963). Dit vergroot de kans op depressieve symptomen. Meerdere onderzoeken beschrijven een verlies van controle over sociale interacties, bij grote gezinnen (Baron & Rodin, 1978; Schmidt & Keating, 1979). Uit het onderzoek van Rodin (1976) blijkt dat dit verlies aan controle kan leiden tot een verlies van zelf-effectiviteit en een verhoogde gevoeligheid voor hulpeloosheid dat op zijn beurt weer een bijdrage kan leveren aan het ervaren van depressieve gevoelens en gedachten.

Het opleidingsniveau van de ouders binnen het gezin en de gezinsgrootte blijken risicofactoren te zijn voor het ervaren van depressieve symptomen bij jongeren. Het effect van opleidingsniveau en gezinsgrootte versterken elkaar, bij gezinnen met een laag opleidingsniveau van zowel vader als moeder. Een mogelijke verklaring voor dit interactie effect kan gevonden in de ratio tussen gezinsgrootte en woonoppervlakte. Hoger opgeleide ouders hebben doorgaans een baan op hoger niveau en daarmee vaak een beter inkomen dan lager opgeleiden (CBS, 2011). Een beter inkomen kan de mogelijkheid bieden tot een groter huis met meerdere kamers en een groter oppervlakte. Hierdoor daalt bij grote gezinnen het aantal mensen per vierkante meter in ratio. Juist bij gezinnen met een laag opleidingsniveau en veel gezinsleden, stijgt deze ratio. Een hoge woonratio kan een negatief effect hebben op het welbevinden van de gezinsleden (Myers, Bae, & Choi, 1996).

Sterktes en zwaktes. Een limitatie van de huidige studie, is dat deze een cross-sectioneel design heeft, waardoor geen causale verbanden aangegeven kunnen worden. Hiervoor zou een longitudinaal onderzoeksdesign gebruikt moeten worden. Echter is de

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

huidige studie gebaseerd op een grote nationale representatieve steekproef, hierdoor kan wel bekeken worden of er een negatief dan wel positief verband is tussen variabelen. Een andere limitatie kan zijn dat de data over depressieve symptomen afkomstig is uit zelfrapportage. Zelfrapportage is niet altijd betrouwbaar (Kraemer et al., 2003). Toch blijkt uit meerdere onderzoeken dat er een sterke correlatie is tussen zelfrapportagevragenlijsten en klinische interviewresultaten als het depressie betreft (Kelly et al., 2011; Polaino & Senra, 1991; Sanchez-Villegas et al., 2008). Daarnaast komt uit onderzoek van Verhulst en van der Ende komt (1992) naar voren dat andere informaten dan het individu zelf, bijvoorbeeld ouders, niet altijd betrouwbare informanten zijn. Ouders onderschatten de aanwezigheid van depressieve symptomen bij hun kinderen (Van den Bergh et al., 2003). Een limitatie die aangedragen kan worden is de meting van depressieve symptomen. De KDVK meet in hoeverre depressieve symptomen aanwezig zijn en samen voorkomen, maar niet de 'langdurigheid' ervan. De KDVK brengt dus alleen de aan- of afwezigheid van een depressieve symptomen in kaart op dat moment en niet de tijdsduur waarmee deze voorkomt (Tomassen, 2013). Depressie wordt volgens de DSM vastgesteld als er sprake is van langdurig samen voorkomen van cognitieve, affectieve en lichamelijke depressieve symptomen. Toch is er gekozen voor de KDVK, omdat deze vragenlijst gebruikt kan worden voor een snelle screening. De betrouwbaarheid en de begripsvaliditeit van deze vragenlijst is als voldoende door de COTAN beoordeeld (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000).

Sterk punt aan dit onderzoek is de grote hoeveelheid respondenten. Maar liefst 1955 tieners hebben deelgenomen aan het onderzoek en 1318 ouders. Hierdoor en door de tweestapse samplingmethode is de steekproef representatief voor de Vlaamse populatie en kunnen er uitspraken gedaan worden die van toepassing zijn op de populatie.

Aanbevelingen. Om uitspraken te kunnen doen over causale verbanden, wordt aangeraden om in de toekomst een studie met een longitudinaal onderzoeksdesign op te

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

zetten, die onderzoekt of depressieve symptomen veroorzaakt worden door een lage SES.

Hierin kan eveneens het aantal kinderen in meegenomen worden. Wat eveneens interessant kan zijn is een onderzoek naar andere mogelijke mechanisme die ten grondslag liggen aan depressieve symptomen binnen het gezin bij tieners. Denk aan communicatie, opvoedstijl en de dominantie van vader. Mogelijk spelen er veel confouders een rol. Onderzoek met zoveel mogelijk confouders wordt daarom aanbevolen.

Conclusie. Er is een negatief effect van opleidingsniveau op depressieve symptomen. Dit effect wordt gedreven door een laag opleidingsniveau van moeder. De gezinsgrootte speelt eveneens een rol op de kans van depressieve symptomen, waarbij de gezinsgrote een modererende rol heeft. Gezinsgrote versterkt het effect van een lage opleiding van ouders op depressieve symptomen bij tieners. Inzicht binnen deze voorspellende variabelen is van groot belang, zodat er tijdig ingegrepen kan worden ter preventie van depressie. Gezien de groeiende prevalentie van psychopathologie bij kinderen en jongeren is het van maatschappelijk belang dat er meer inzicht wordt verkregen aangaande de relatie tussen SES van gezinnen en depressie. Inzicht kan een bijdrage leveren aan de ontwikkeling en verbetering van goede interventies waarmee depressie voorkomen kan worden of de effecten van depressie beperkt kunnen blijven. Mogelijk kan er meer toezicht komen op lage SES gezinnen en kunnen gezinnen waarbij de moeder een laag opleidingsniveau heeft meer ondersteuning krijgen in bijvoorbeeld het opvoeden van de kinderen en de communicatie binnen het gezin. De nieuwe inzichten betreffende opleidingsniveau, gezinsgrootte en depressieve symptomen in deze nationaal representatieve studie kunnen een opstap zijn naar betere toepasbare en gerichte interventieprogramma's die een bijdrage leveren aan de maatschappelijke gezondheid.

Referenties

- Amato, P.R., & Sobolewski, J.M. (2001). The Effects of Divorce and Marital Discord on Adult Children's Psychological Well-Being. *American Sociological Review*, 66, 900–921.
- Baron, R. M., & Rodin, J. (1978). Personal Control as a Mediator of Crowding. *Advances in environment psychology*, 1, 145-181.
- Bell N.J., & Avery A.W. (1985). Family structure and parent-adolescent relationships: does family structure really make a difference? *Journal of Marriage and Family*, 47, 503–508.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Perel, J., & Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past two years. Part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.
- Bradley, R.H., & Corwyn R.F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.
- Caspi, A., Taylor, A., Moffitt, T.E., & Plomin, R. (2000). Neighborhood deprivation affects children's mental health: Environmental risks identified in a genetic design. *Psychological Science*, 11(4), 338-342.
- Cicchetti, D., & Toth, S.L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53(2), 221-241.
- Comer, R.J. (2008). *Fundamentals of Abnormal Psychology*. Fifth edition. New York: Worth Publishers.
- Conger, R.D., Conger, K.J., & Martin, M.J. (2010). Socioeconomic status, Family Processes, and individual development. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 685-704.
- Cuijpers, P. (1998). Korte bijdrage: Het belang van subklinische depressies. *Tijdschrift voor*

Psychiatrie 40(10), 635-640.

Dodge, K.A., Pettit, G.S., & Bates, J.E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, 65(2), 649-665.

Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Posada-Villa, J., Gasquet, I., Kovess, J., Lepine, J.P., . . . Chatterji, S. (2004). WHO World Mental Health Survey Consortium.

JAMA: the Journal of the American Medical Association, 291(21), 2581-2590.

Early, D.M., & Eccles, J.S. (1995). Understanding the links between socioeconomic status and parenting behavior in African American and European American samples. *Proceedings of the 1995 Biennial Meeting of the Society for Research in Child development* (pp. 1-9). Indianapolis, Indiana.

Elder, G.H., & Bowerman, C. E. (1963). Family structure and Child-rearing Patterns: The effect of family size and sex composition. *American Sociological Review*, 28(6), 891-905.

Evans, G.W., Saegert, S., & Harris, R. (2001). Residential Density and Psychological Health among Children in Low-Income Families. *Environment and Behavior*, 33(2), 165-180.

Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). The relative importance of child, family, school and neighborhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 487-496.

Gilman, S.E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G.M., & Buka, S. (2003). Family Disruption in Childhood and Risk of Adult Depression. *American Journal of Psychiatry*, 160, 939-946.

Greenberg, P.E., Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W., Berglund, P.A., & Corey-Lisle, P.K. (2003). The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1999 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12),

1465-1475.

Jansen, P.W. (2009). *Social inequalities in pregnancy outcomes and early childhood behavior*. Rotterdam: Optime Grafische Communicatie.

Johnson, J. G., Cohen, P., Dohrenwend, B. P., Link, B. G., & Brook, J. S. (1999). A longitudinal investigation of social causation and social selection processes involved in the association between socioeconomic status and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 490 – 499.

Kalff, A., Kroes, M., Vles, J.S.H., Bosma, H., Feron, F.J.M., Hendriksen, J.G.M., ... Jolles, J. (2001) Factors affecting the relation between parental education as well as occupation and problem behavior in Dutch 5- to 6-year-old-children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 324-331.

Kalff, A., Kroes, M., Vles, J.S.H., Hendriksen, J.G.M., Feron, F.J.M., Steyaert, J., ... van Os, J. (2001). Neighbourhood level and individual level SES effects on child problem behavior: A multilevel analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(4), 246-250.

Kelly, M. A. R., Morse, J. Q., Stover, A., Hofkens, T., Huisman, E., Shulman, S., . . .

Pilkonis, P. A. (2011). Describing depression: Congruence between patient experiences and clinical assessments. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(1), 46-66.

Kirkcaldy, B., Richardson-Vejlgaard, R., & Siefen, G. (2009). Birth-order: Self-injurious and suicidal behaviour among adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 14(1), 9-16.

Kraemer, H. C., Measelle, J. R., Ablow, J. C., Essex, M. J., Boyce, W. T., & Kupfer, D. J. (2003). A new approach to integrating data from multiple informants in psychiatric assessment and research: Mixing and matching contexts and perspectives. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1566-1577.

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

- Kubik, M.Y., Lytle, L.A., Birnbaum, A.S., Murray D.M., & Perry C.L. (2003). Prevalence and correlates of depressive symptoms in young adolescents. *American Journal of Health Behavior*, 27, 546-553.
- Lewinsohn, P.M., Rohde, P., & Seeley, J.R. (1998). Major Depressive Disorder in older Adolescents: Prevalence, Risk Factors and Clinical Implications. *Clinical Psychology Review*, 18(7), 765–794.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2002). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112).
- Mackenbach, J.P., & Howden-Chapman, P. (2003). New perspectives on socioeconomic inequalities in health. *Perspectives in Biology and Medicine*, 46(3), 428-444.
- Mackenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E.J.M., Groenhouf, F., & Geurts, J.J.M. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet*, 349(9066), 1655 – 1659.
- McLoyd, V.C. (1990). The impact of economic hardship on black families and children: psychological distress, parenting, and socioemotional development. *Child Development*, 61, 311-34
- McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist*, 53, 185-204.
- Mash, E.J., & Wolfe, D.A. (2005). *Abnormal Child Psychology*. Belmont: Wadsworth McCullough.
- Murray, C.L., & Lopez A.D. (1998). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press.
- Myers D, Baer W, Choi S. 1996. The changing problem of overcrowded housing. *Journal of the American Planning Association* 62(1),66–84.

- Polaino, A., & Senra, C. (1991). Measurement of depression: Comparison between self-reports and clinical assessments of depressed outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13(4), 313-324.
- Poulton, R., Caspi, A., Milne, B.J., Thomson, W.M., Taylor, A., Sears, M.R., & Moffitt, T.E. (2002). Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life-course study. *The Lancet*, 360, (9346), 1640-165.
- Randolph, J.J., & Dykman, B.M. (1998). Perceptions of parenting and depression-proneness in the offspring: dysfunctional attitudes as a mediating mechanism. *Cognitive Therapy and Research*, 22(4), 377-400.
- Reijneveld, S.A., Brugman, E., Verhulst, F.C., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2005). Area deprivation and child psychosocial problems: A national cross-sectional study among school-aged children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1), 18-23.
- Reinherz, H.Z., Paradis, A.D., Giaconia, R.M., Stashwick, C.K., & Fitzmaurice, G. (2003). Childhood and adolescent predictors of major depression in the transition to adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2141-2147.
- Rodin, J. (1976). Density, perceived choice, and responses to controllable and uncontrollable outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, 564-578.
- Ryan, N.D. (2005). Treatment of depression in children and adolescents. *The Lancet*, 366, 933-940.
- Saegert, S. (1982). Environment and children's mental health: Residential density and low income children. In A. Baum & J. E. Singer (Ed.), *Handbook of psychology and health* (2) (pp. 247-271). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Sanchez-Villegas, A., Schlatter, J., Ortuno, F., Lahortiga, F., Pla, J., Benito, S., & Martinez-Gonzalez, M. A. (2008). Validity of a self-reported diagnosis of depression among

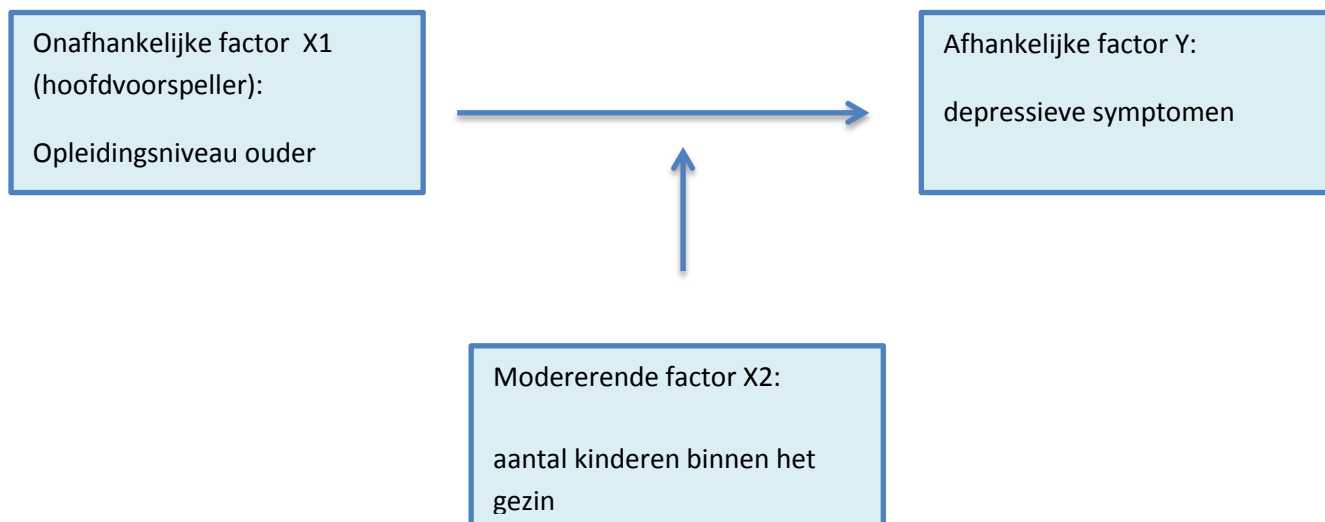
- participants in a cohort study using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I). *BMC Psychiatry*, 8.
- Schmidt, D., & Keating, J. P. (1979). Human control and personal control: An integration of research. *Psychological Bulletin*, 86, 680-700.
- Stephen, G.E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G.M., & Buka, S.L. 2003. Family Disruption in Childhood and Risk of Adult Depression. *American Journal of Psychiatry*, 160, 939–46.
- Sullivan, P.W., Valuck, R., Saseen, J., & Macfall, H.M. (2004). A comparison of the direct costs and cost effectiveness of serotonin reuptake inhibitors and associated adverse drug reactions. *CNS Drugs*, 18(13), 911-932.
- Tomassen, N.M. (2013). Het Verband tussen het Opleidingsniveau van Ouders en Depressieve Symptomen bij Tieners: Hoe beïnvloeden communicatie binnen het gezin, opvoedingsstijl en de gezondheid van ouders dit verband? (Master's thesis, Tilburg University, Tilburg)
- Tracy, M., Zimmerman, F.J., Galea, S., McCauley, E., & Van der Stoep, A. (2008). What explains the relation between family poverty and childhood depressive symptoms? *Journal of Psychiatric Research*, 42(14), 1163-1175.
- Van den Bergh, B., Ackaert, L., & De Rycke, L. (2003). *Tienertijd: Communicatie, opvoeding en welzijn in contact: 10- tot 18-jarigen, ouders en leerkrachten bevraagd*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Verhulst, F.C., & van der Ende, J. (1992). Agreement between parents' reports and adolescents' self-reports of problem behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 1011- 1023.
- Vitaro, F., & Pelletier, D. (1995). Correlates of depressive symptoms in early adolescence. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 3(4), 241-251.

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ
ADOLESCENTEN

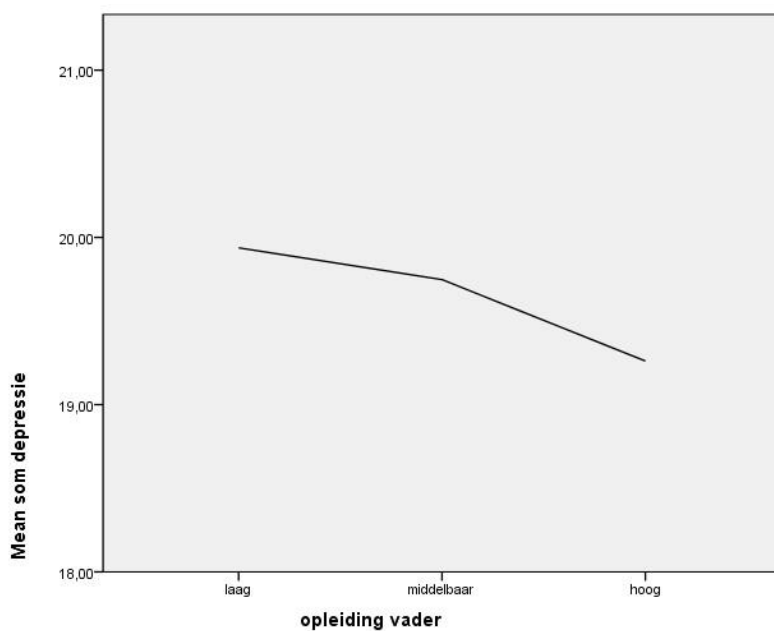
- Wille, D.E. (1995). The 1990's: Gender differences in parenting roles. *Sex Roles: a journal of research*, 33(11-12), 803-817.
- Wit, C. A. M. de (1987). *Depressie Vragenlijst voor Kinderen, DVK. Handleiding*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- de Wit, C.A.M., (2000). *Depressie bij kinderen en adolescenten: Theorie en onderzoek, diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Winkleby, M., Jatulis, D.E., Frank, E., & Fortmann, S.P. (1992). Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*, 82, 816-820.
- World Health Organisation (October, 2012). *Depression Fact sheet N°369*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

Bijlagen

Figuur 1: padmodel

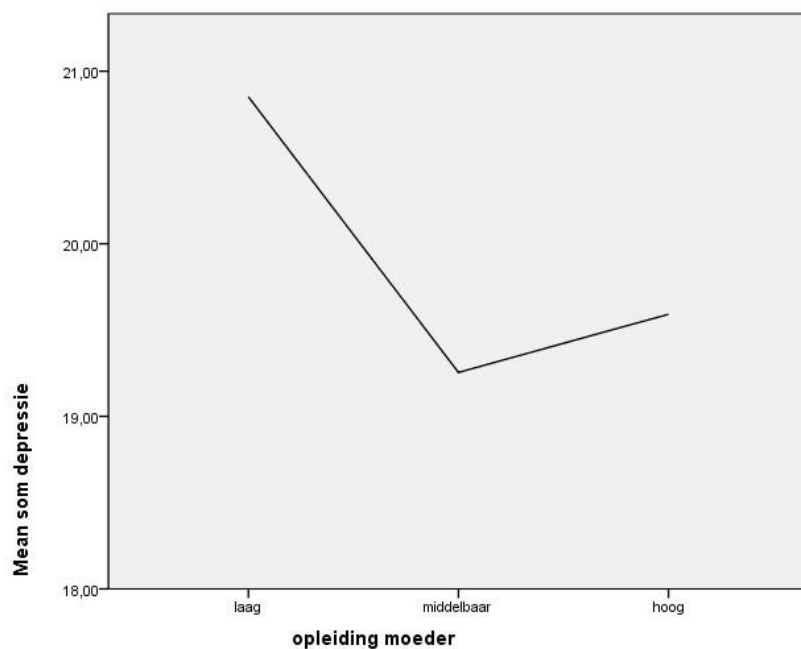


Figuur 2 : grafiek opleiding vader, afgezet tegen depressieve symptomen bij adolescenten



OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

Figuur 3 : grafiek opleiding moeder, afgezet tegen depressieve symptomen bij adolescenten



Tabel 1.1 Beschrijvende statistiek algemeen

	N	Mean (SD)	Range	Min	Max
Aantal kinderen in het gezin (incl. respondent)	1191	2.52 (1.59)	15	1	16
Depressie	1202	19,79 (6.58)	36	9	45
Opleiding moeder	1120	2,07 (0.77)	2	1	3
Opleiding vader	998	2,12 (0,75)	2	1	3
N listwise	706				

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

Tabel 1.2 frequentie aantal kinderen

N kind	Frequentie	Percentage	N kind	Frequentie	Percentage
1	304	25,30	9	2	0,20
2	405	33,70	10	2	0,20
3	256	22,00	11	1	0,10
4	125	10,40	12	1	0,10
5	44	3,70	13	3	0,20
6	20	1,70	14	0	0,00
7	18	1,50	15	0	0,00
8	0	0,00	16	2	0,20

Tabel 1.3 frequentie depressie

somscore	Frequentie	Percentage	somscore	Frequentie	Percentage
9	43	3,6	27	33	2,7
10	22	1,8	28	32	2,7
11	38	3,2	29	31	2,6
12	61	5,1	30	19	1,6
13	45	3,8	31	12	1,0
14	63	5,2	32	20	1,6
15	54	4,5	33	15	1,2
16	93	7,8	34	8	0,7
17	67	5,6	35	7	0,6
18	67	5,6	36	2	0,1
19	79	6,6	37	3	0,2
20	76	6,3	38	1	0,1
21	70	5,8	39	4	0,3
22	51	4,2	40	2	0,2
23	54	4,5	41	1	0,1
24	48	4,0	42	3	0,2
25	41	3,4	43	0	0,0
26	33	2,8	44	1	0,1
			45	3	0,2

OPLEIDING OUDERS, GEZINSGROOTTE EN DEPRESSIEVE SYMPTOMEN BIJ ADOLESCENTEN

Tabel 1.4 frequentie opleiding vader

	Frequentie	Percentage
laag	227	18,90
middelbaar	419	34,90
hoog	351	29,20

Tabel 1.5 frequentie opleiding moeder

	Frequentie	Percentage
laag	291	24,20
middelbaar	452	37,60
hoog	377	31,40