

## Kinderen van depressieve moeders

### Het integratieve model van Goodman en Gotlib

Sara Casalin · Nicole Vliegen

**Abstract** Goodman en Gotlib (1999) ontwierpen een integratief model waarin ze de mechanismen beschrijven die de overdracht van depressie van moeders op hun kinderen verklaren. Ook worden modererende variabelen beschreven in de relatie tussen de depressie van de moeder en het functioneren van haar kind. Het model tracht veronderstellingen en empirische onderzoeken bij elkaar te brengen. In het artikel bespreken we dit model kritisch en schenken daarbij vooral aandacht aan wat klinisch relevant is.

#### Inleiding

Over de betekenis van een depressieve<sup>1</sup> episode in het leven van een ouder voor de interactie met en de ontwikkeling van jonge kinderen bestaat een uitgebreide onderzoeksliteratuur. Het blijkt bijvoorbeeld dat baby's van depressieve moeders zich op mentaal en motorisch vlak minder goed ontwikkelen dan deze van niet-depressieve moeders (Gotlib & Lee, 1990). Ze lopen bovendien drie keer meer risico van een depressie (Weissman & Boyd, 1985). Van de kinderen van depressieve ouders ervaart 40% een depressieve episode van ten minste zes maanden voor hun 18e

jaar, vergeleken met 12% van de kinderen wier moeder niet lijdt aan een depressie (Beardslee, Versage & Gladstone, 1998). Ook krijgen kinderen van depressieve moeders op jongere leeftijd een depressie dan kinderen van niet-depressieve moeders (Weissman en anderen, 1987).

Onder anderen Dodge (1990) en Downey en Coyne (1990) gingen na welke factoren daarbij een rol kunnen spelen. De onderzoeksliteratuur is in diverse opzichten klinisch relevant. In het werken met depressieve volwassenen is het belangrijk dat de clinicus ook de kinderen, hun ontwikkeling en leefwereld in het vizier houdt. In het klinische werk met kinderen is het van belang rekening te houden met de mogelijke invloeden van de depressiviteit op de ouder-kindrelatie en op de kind-ontwikkeling. Maar deze onderzoeksliteratuur is zo divers, dat de clinicus moeilijk een beeld krijgt van alle nieuwe ontwikkelingen. Bovendien biedt de desbetreffende onderzoeksliteratuur zelf geen volledig overzicht van het geheel. Er bestaan wel theorieën die focussen op processen die de overdracht van de depressie van moeders op hun kinderen verklaren (Cicchetti & Toth, 1998; Tronick & Gianino, 1986, Van Bakel & Riksen-Walraven, 2002), maar er is nood aan een integrerende visie op het onderzoeksdomein.

Goodman en Gotlib (1999) komen hieraan tegemoet: zij stellen een integratief model voor dat de

---

Sara Casalinen, SARA CASALIN, klinisch kindersycholoog, is werkzaam als kindertherapeut in Fioretti, een dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie (K-Dienst) voor kinderen en pubers met een licht mentale handicap en bijkomende psychiatrische problematiek. NICOLE VLIËGEN is doctor in de psychologie, seksuoloog, psychoanalytisch kindertherapeut en psychoanalyticus. Ze is als onderzoeker verbonden aan het Centrum kindersychotherapie en ontwikkelingsgerichte interventie van de K.U. Leuven. Correspondentieadres: Sara Casalin, Prinsdaal 7, 9420 Bambrugge, België. E-mail: [sara.casalin@skynet.be](mailto:sara.casalin@skynet.be)

---

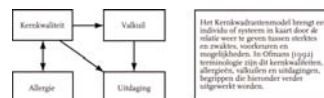
<sup>1</sup> In dit artikel richten we ons uitsluitend op moeders met een unipolaire depressieve stoornis. We doen dus geen uitspraken over depressieve moeders met psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, posttraumatische stressstoornis, ernstige somatische pathologie of acuut suïcidegevaar. We kunnen onderscheid maken tussen depressie die reeds vóór de geboorte van het kind bij de moeder aanwezig was en de postpartumdepressie. Wanneer we het hier hebben over depressie bedoelen we postpartumdepressie, omdat de literatuur over de depressieve moeder-kindrelatie zich vooral hierop richt.

kwetsbaarheden van kinderen van depressieve moeders in kaart brengt. Wat dit model zo interessant en vernieuwend maakt, is dat het veronderstellingen én empirische onderzoeken bij elkaar probeert te brengen, waar die tot dan toe eerder los naast elkaar bleven bestaan. Het is niet de bedoeling van de auteurs het bestaande onderzoek perfect in het model te laten inpassen, maar eerder bestaande onderzoeken en veronderstellingen over de overdracht van depressie van moeders op kinderen bij elkaar te brengen. Het model wijst daardoor op hiaten in onderzoek en biedt zo ook aanknopingspunten voor verdere studie. Dat Goodman en Gotlib de grenzen van onderzoeksdomeinen overschrijden, zoals het genetisch-biologische onderzoek en onderzoek over cognitief-interpersoonlijke factoren bij depressie, is een pluspunt van het model. Ten slotte sluit de integratieve visie nauw aan bij centrale uitgangspunten van de ontwikkelingspsychopathologie.

Wij vinden dit model relevant en zullen het in dit artikel aanreiken als kader om de disparate onderzoeksliteratuur bijeen te brengen en ter kritische discussie voor te leggen aan de clinicus. Het model van Goodman en Gotlib is een model voor kinderen van depressieve moeders in het algemeen, maar in dit artikel focussen we op de vroege band tussen depressieve moeders en baby's. We focussen hier op een periode waarin de communicatie tussen moeder en kind via non-verbale of faciale, vocale en lichamelijke emotionele expressie verloopt.

## Het model

Goodman en Gotlib beschrijven vier mechanismen die het verband tussen de depressie van de moeder en het minder goed functioneren van het kind verklaren: de erfelijkheid van de depressie; de aangeboren disfunctionele neuroregulatorische mechanismen; de blootstelling aan negatieve cognities, gedragingen en affecten van de moeder; en de stressrijke context waarin de kinderen leven. In geval van een depressieve moeder kunnen een of meer van deze mechanismen actief zijn; eventueel kunnen er ook interacties tussen deze mechanismen plaatsvinden. Zij leiden tot een verhoogde kwetsbaarheid bij het kind in een of meer domeinen van functioneren, zoals het psychobiologische, het cognitieve, het affectieve, het gedragsmatige of het interpersoonlijke. Deze kwetsbaarheden kunnen op hun beurt interageren en elkaar beïnvloeden. De mechanismen interageren ten slotte met drie potentiële moderatoren: de gezondheid en betrokkenheid van de vader; het verloop en het tijdstip van de depressie van moeder; en de kenmerken van het kind. Deze interacties vergroten of verkleinen de kans op een psychopathologische ontwikkeling in de kindertijd en adolescentie. Het model – schematisch weergegeven



**Figuur 1** Het integratieve model van Goodman en Gotlib (1999) over het overdrachtsrisico van depressie van moeder op kind

in figuur 1 – is bedoeld als gids om deze interacties te exploreren. In de volgende paragrafen werken we de mechanismen en moderatoren verder uit.

## Mechanismen

Van de vier mechanismen zijn er twee eerder biologisch van aard: de eventuele erfelijkheid van de depressie en de verstoringen in de aangeboren neuroregulatie. Het derde mechanisme focust op de verstoringen in de interpersoonlijke processen tussen depressieve moeders en hun kinderen. Het vierde mechanisme betreft de stressrijke omgeving van het kind. We schenken in dit artikel vooral aandacht aan het beschreven onderzoek ter ondersteuning van deze mechanismen, dat we relevant achten voor de klinische praktijk. We maken daarbij een keuze uit het door Goodman en Gotlib beschreven onderzoek en vullen dat – waar mogelijk – aan. In het navolgende beschrijven we steeds eerst het mechanisme en bekijken we vervolgens in welke mate onderzoek evidentie biedt voor dit mechanisme.

### Mechanisme 1: De genetische predispositie

#### Veronderstellingen

Een kind van een depressieve moeder kan genetisch gepredisponeerd zijn. Het kan via het DNA, dat de biologische mechanismen reguleert, de kwetsbaarheid voor depressie rechtstreeks overerven. Ook is het mogelijk dat de kwetsbaarheid voor een depressie indirect wordt doorgegeven. Het kind erft dan een aanleg voor bepaalde persoonlijkheidstrekken, voor een cognitieve of interpersoonlijke stijl, of een gevoeligheid voor omgevingskenmerken en ervaringen. Zo kan een geremde temperamentstijl, verlegenheid, negatieve affectiviteit of een lage zelfwaardering het risico van depressie verhogen omdat ze leiden tot voorkeur, selectie of juist vermijding van bepaalde omgevingen.

#### Evidentie

Onderzoek laat zien dat genetische factoren in belangrijke mate bijdragen aan het ontstaan van een depressie op volwassen leeftijd (Tsuang & Faraone, 1990). Steun

voor erfelijkheid bij depressie in de kindertijd of adolescentie is minder eenduidig. Bovendien is het risico van kinderen van depressieve moeders non-specifiek: deze kinderen kunnen een depressie ontwikkelen, maar ook andere stoornissen, zoals alcoholisme, druggebruik en antisociale persoonlijkheidsstoornissen.

#### Mechanisme 2: Aangeboren disfunctionele neuroregulerende mechanismen

##### *Veronderstellingen*

Kinderen van depressieve moeders zouden geboren worden met disfunctionele neuroregulerende mechanismen die interfereren met processen van emotieregulatie. Dit kan te wijten zijn aan genetische factoren of aan negatieve prenatale ervaringen. Het laatste doet zich voor wanneer de moeder tijdens of vóór de zwangerschap depressief was en het neuro-endocriene functioneren van de moeder onvoldoende hersteld was. De foetus wordt in dat geval blootgesteld aan neuro-endocriene veranderingen, beperkte bloedtoevoer naar de foetus et cetera.

##### *Evidentie*

Glover, Teixeira, Gitau en Fisk (besproken in Goodman & Gotlib, 1999) vonden dat depressieve vrouwen neuro-endocrien afwijkend functioneren, waardoor de foetus blootgesteld is aan een verhoogd cortisolniveau en een verminderde bloedtoevoer. De foetus groeit daardoor trager en beweegt minder (Emory, Walker & Cruz, 1983; Van den Bergh, 2001). Verder toont prospectief, longitudinaal onderzoek dat baby's van moeders die tijdens de zwangerschap veel angst en stress doormaken en dus onderhevig zijn aan belastende neuro-endocriene invloeden, gedurende de eerste maanden na de geboorte prikkelbaarder zijn en zich moeizamer aanpassen. Ze vertonen een moeilijker temperament en een vertraagde ontwikkeling (Van den Bergh & Marcoen, 2004). Deze kenmerken bemoeilijken de eerste wederzijdse aanpassing en afstemming tussen ouder en kind. Deze onderzoeken zijn belangrijk omdat ze het functioneren van de baby beschouwen nog voor deze is blootgesteld aan negatieve ervaringen met de depressieve moeder. Ze wijzen op de rol van de foetale omgeving.

#### Mechanisme 3: Beïnvloeding door negatieve cognities, gedragingen en affecten

##### *Veronderstellingen*

Dit mechanisme omvat vijf componenten:

1. een depressie bij de ouder gaat gepaard met negatieve cognities, gedragingen en affecten, die uiteraard in de interactie met het kind gebracht worden;
2. een depressieve ouder beschikt niet over alle capaciteiten om aan de sociale en emotionele noden van het kind tegemoet te komen;
3. dit inadequate ouderschap kan vervolgens van negatieve invloed zijn op de ontwikkeling van sociale en cognitieve vaardigheden bij het kind;
4. door imitatie en sociaal leren verwerft het kind cognities, gedragingen en affecten die lijken op die van de moeder;
5. deze negatieve cognities, gedragingen en affecten en de deficiënte vaardigheden en stijlen verhogen het risico van een depressie bij het kind.

##### *Evidentie*

ad 1: De eerste component houdt in dat depressie bij de moeder samengaat met negatieve cognities, gedragingen en affecten. Depressieve volwassenen hebben vaker een negatief zelfbeeld, dat ook hun beeld van zichzelf als ouder kleurt: ze zien zichzelf als slechte ouders (Gelfand & Teti, 1990), vinden dat ze minder controle hebben over de ontwikkeling van hun kind en zien zich minder in staat om hun kinderen positief te beïnvloeden (Kochanska, Radke-Yarrow, Kuczynski & Friedman, 1987). Kinderen van depressieve moeders worden dus meer aan depressieve gedragingen en affecten blootgesteld: ze worden geconfronteerd met negatieve conversaties en interacties (Gotlib, 1982). Verder uiten depressieve moeders meer droevig en geïrriteerd affect naar hun kinderen (Hops en anderen, 1987) en zijn ze minder liefdevol, minder communicatief en weten ze ook minder goed hoe ze met hen moeten omgaan. Moeders proberen discipline en straf te vermijden, maar zijn tegelijkertijd negatiever en kritischer tegenover hun kinderen (Radke-Yarrow & Zahn-Wachler, 1990). Bovendien gedragen ze zich intrusief, vijandig en conflictueus (Hammen, 1991; Radke-Yarrow & Zahn-Wachler, 1990).

ad 2: Deze negatieve cognities, gedragingen en affecten hypothekeren de ouderlijke capaciteiten van de depressieve ouder. Bij baby's kent het ouderschap twee sleutelaspecten: het bevorderen van een gehechtheidsrelatie enerzijds en het faciliteren van de ontwikkeling van de emotionele zelfregulatie anderzijds. Ouderschap dat gekenmerkt wordt door een geringe gevoeligheid voor de noden van het kind – depressieve ouders zijn in deze zin vaak *insensitive parents* – is een sterke predictor van zowel onveilige gehechtheid (Egeland & Farber, 1984) als van een problematische ontwikkeling van zelfregulatievaardigheden (Tronick & Gianino, 1986). Verder bieden depressieve ouders minder en ook

kwalitatief mindere stimulatie aan hun kinderen (Carter, Garrity-Rokous, Chazan-Cohen, Little & Briggs-Gowan, 2001; Livingood, Daen & Smith, 1983). Ze reageren trager en minder contingent<sup>2</sup> op de noden van het kind (Bettes, 1988; Field, Healy, Goldstein & Guthertz, 1990). Ze vocaliseren minder en hebben minder affectief contact met hun kinderen (Fleming, Ruble, Flett & Shaul, 1988). Er is minder afstemming op hun kind, zowel op gedragsniveau als op fysiologisch niveau (Riksen-Walraven, 2002).

ad 3: Inadequaat ouderschap belemmert de ontwikkeling van sociale en cognitieve vaardigheden van het kind. Kinderen van depressieve moeders zijn vaker onveilig gehecht (Teti, Gelfand, Messinger & Isabella, 1995); vooral het ‘angstig depressieve’ gehechtheidstype komt vaker voor bij peuters van depressieve moeders. Dit gehechtheidstype wordt gekenmerkt door een droevig of vlak affect, slaperigheid, separatieangst en een algemene stijl van desorganisatie. Verder is het gedesorgeriseerde gehechtheidsgedrag verbonden met de ernst en chroniciteit van de depressie van de moeder (Teti en anderen, 1995). Baby’s van depressieve moeders komen trager tot zelfstandige regulatie (Field, Pickens, Fox, Nawrocki & Gonzalez, 1995). Deze kinderen ervaren moeilijkheden in affectieve, interpersoonlijke, cognitieve en gedragsvaardigheden en stijlen.

Baby’s die interageren met een depressieve ouder of met een moeder die de depressie simuleert en die niet responsief is, vertonen hoofdzakelijk negatieve affectieve gelaatsexpressies en een negatieve lichaamshouding. Aanvankelijk doen kinderen pogingen om de externe regulatie te verkrijgen die ze nodig hebben van hun moeder, maar uiteindelijk trachten ze zichzelf te reguleren (Tronick & Gianino, 1986). Baby’s van intrusieve depressieve moeders maken minder oogcontact met hun moeders, terwijl die van teruggetrokken depressieve moeders protesteren en verontrust lijken (Cohn, Matias, Tronick, Connell & Lyons-Ruth, 1986). Van Doesum, Hosman en Riksen-Walraven (2005) vonden dat depressieve moeders en hun baby’s zeer weinig positief affect delen. Sommige baby’s vertonen al na enkele maanden zelf depressieve kenmerken en geven hun pogingen tot contact met de moeder op. We zien dat er steeds meer steun wordt gevonden voor een directe invloed van het inadequate ouderschap van depressieve moeders op het ontstaan van maladaptieve vaardigheden.

Baby’s (tussen 9 en 12 maanden) wier ouders aangeemoedigd werden tot dagelijkse – vooral speelse – activiteiten met hun kind vertonen een betere cognitieve ontwikkeling (Riksen-Walraven, 1978). De verhoogde

responsiviteit van de ouders gaf de kinderen bovendien een gevoel van competentie, wat leidde tot meer exploratie en ondernemend gedrag. Op 12 jaar was er nog steeds een significant effect. De kinderen uit het programma vertoonden meer veerkracht of *ego resiliency* dan hun leeftijdsgenoten. Ook Van Wetswinkel (2005) beklemtoont dat het inpassen van speltijd (*floor time*, tijd die ouder en kind samen op de speelmat doorbrengen; Greenspan & Greenspan, 1989) de emotionele groei bij het jonge kind stimuleert.

ad 4: Door imitatie en sociaal leren gaan kinderen denken, voelen en zich gedragen zoals hun depressieve moeders. In verschillende onderzoeken vonden Field, Healy en Leblanc (1989) dat baby’s van depressieve moeders hun emotionele toestand in overeenstemming brengen met de negatieve emotionele toestand van hun moeder. Interessant is dat hun emoties minder overeenkomen wanneer de moeders positief waren tegenover hun kinderen. Radke-Yarrow en Nottelmann (besproken in Goodman & Gotlib, 1999) observeerden minder wederzijds positief en meer negatief affect in de interactie tussen peuters en hun depressieve moeders dan in niet-depressieve moeder-kindparen. Dit sluit aan bij de bevinding van Hops en anderen (1987) dat de familieleden hun gedragingen in overeenstemming lijken te brengen met die van de depressieve moeder. Twee maanden oude baby’s van depressieve moeders hebben moeite om geconcentreerd bezig te zijn met objecten en om zich te engageren in sociale interacties (Campbell & Cohn, 1991). Deze bevinding bevestigt de veronderstelling van Garber en Flynn (2001) dat baby’s door de ervaring met een moeder die weinig gevoelig is voor de noden van haar kind minder vertrouwen op de beschikbaarheid van anderen.

ad 5: De ‘depressieve’ cognities, gedragingen en affecten van de moeder en de daarbij aansluitende deficiënte vaardigheden vergroten het risico van een depressie bij het kind. Volgens Garber en Flynn (2001) verhogen negatieve gezinsinteracties de kwetsbaarheid voor depressie bij het kind op twee manieren. Ten eerste leert het kind door imitatie en feedback vanwege de depressieve ouder inadequate patronen van sociale interactie, probleemoplossing en affectregulatie. Zo zal bijvoorbeeld een peuter die met veel trots laat zien dat hij zijn lepeltje al zelf kan vasthouden zich waardeloos of schuldig voelen wanneer zijn moeder daar nauwelijks of vlak en apathisch op reageert. Ten tweede hebben deze negatieve interacties tussen ouder en kind negatieve gevolgen voor de zelfontwikkeling van het kind. De ontwikkeling van een gevoel van basisvertrouwen wordt ondermijnd. Dit maakt het kind ook kwetsbaar in de interacties met andere personen (Vliegen, Meurs & Cluckers, 2005).

<sup>2</sup> Een ouderlijke reactie is niet- of minder *contingent* wanneer ze ritmisch en temporeel niet goed aansluit bij een actie van het kind.

#### Mechanisme 4: Blootstelling aan een stressrijke omgeving

##### *Veronderstellingen*

Kinderen van depressieve moeders zijn niet uitsluitend blootgesteld aan de depressie van hun moeder. De context waarin deze kinderen leven omvat ook ruimere stressfactoren die bijdragen tot de ontwikkeling van psychopathologie. De blootstelling aan dergelijke stressoren zou kunnen mediëren tussen depressie bij de moeder en psychopathologie bij het kind.

##### *Evidentie*

Hammen en collega's vonden volgens Goodman en Gotlib (1999) dat gezinnen met depressieve moeders hogere stressniveaus rapporteren dan gezinnen met somatisch zieke moeders en gezonde moeders, en wel op het gebied van huwelijks- en sociale relaties, werk, financiën en relaties met de kinderen. Kinderen uit gezinnen met depressieve moeders melden meer episodische én chronische stressoren dan kinderen van gezonde moeders (Hammen, 1991).

Huwelijksconflicten van de ouders blijken tot pervasieve stress te leiden. Gotlib en Beach (besproken in Goodman & Gotlib, 1999) vonden dat kinderen van depressieve moeders meer met huwelijksconflicten geconfronteerd worden. Gotlib en collega's (Gotlib & Avison, 1993; Gotlib & Lee, 1990) stellen in navolging van Cox, Puckering, Pound en Mills (1987) dat huwelijksproblemen mediëren tussen depressie en functioneren van het kind. Ook is gebleken dat depressieve kinderen meer verlies, separatie en interpersoonlijke conflicten hebben meegemaakt dan kinderen van niet-depressieve moeders (Monroe, Rohde, Seeley & Lewinsohn, 1999). Bovendien werden in de levensgeschiedenis van depressieve kinderen meer verwaarlozing, mishandeling en ouderlijke conflicten vastgesteld dan bij kinderen van niet-depressieve moeders (Garber & Flynn, 2001).

Samengevat zijn kinderen van depressieve moeders niet enkel blootgesteld aan de depressie van hun moeder, maar ook aan een meer stresserende omgeving dan kinderen van niet-depressieve moeders. Bovendien is aangetoond dat stressrijke levensgebeurtenissen de kans op depressie bij het kind verhogen. Ondanks de consistentie van deze bevindingen is er weinig specifiek onderzoek naar de oorzakelijke rol van stress en van contextvariabelen in het verband tussen depressie van de moeder en psychopathologie bij kinderen. Weinig onderzoekers hebben contextvariabelen betrokken in hun onderzoek naar kinderen met depressieve moeders. Een potentieel

risico is dat op die manier het specifieke effect van de depressie van moeder op de moeilijkheden van de kinderen overschat wordt. Het is goed mogelijk dat chronische stress beschouwd moet worden als een aparte en belangrijke predictor van het ontwikkelingsverloop bij kinderen met depressieve moeders (Hammen, 1991).

#### **Moderatoren**

Goodman en Gotlib bespreken drie belangrijke moderatoren die van invloed kunnen zijn op het verband tussen depressie bij de moeder en pathologie bij het kind: de relatie met de vader; het verloop en het moment van de depressie van moeder; en de kindkarakteristieken. Deze moderatoren helpen te verklaren wanneer en in welke omstandigheden de depressie van moeder sterker verbonden is met een minder gunstige ontwikkeling bij het kind.

Moderator 1: Beschikbaarheid en mentale gezondheid van de vader

##### *Veronderstellingen*

Pathologie of algehele afwezigheid van de vader verhoogt het risico van psychopathologie bij kinderen, terwijl een gezonde, betrokken en steunende vader een beschermende invloed heeft.

##### *Empirisch onderzoek*

De literatuur schenkt weinig aandacht aan de rol van gezonde volwassenen in het leven van kinderen met depressieve moeders. De meeste onderzoeken die vaders betrekken, onderzochten hun aandeel in het licht van de *assortative mating*-hypothese: mensen zijn geneigd een partner te zoeken die enigszins op hen lijkt. In het geval van een depressieve moeder betekent *assortative mating* dat zij als partner iemand met een depressieve stoornis of andere vorm van pathologie kiest (Gotlib & Hammen, 1992). Als deze hypothese klopt, zouden kinderen met depressieve moeders vaak een vader hebben met emotionele problematiek. De *assortative mating*-hypothese wordt ook verondersteld op te gaan voor het volledige sociale netwerk van de depressieve moeders (Weinberg & Tronick, 1997). Op deze manier zou het effect van de depressie van de moeder op het kind versterkt worden.

Eiden en Leonard (1996) vonden dat het functioneren van de vader het verband tussen de depressie van de moeder en het functioneren van het kind kan modereren. Carro, Grant, Gotlib en Compas (1993) onderzochten de depressieve kenmerken bij moeder en vader één maand

na de geboorte van hun kind als risico- en protectieve factoren voor de problemen van de kinderen op 2- en 3-jarige leeftijd. Hieruit blijkt dat depressie van de vader de symptomen van de moeder versterkt. In een gelijkaardige studie constateerden Hossain en anderen (1994) dat niet-depressieve vaders meer positieve interacties vertoonden met hun 3 tot 6 maanden oude zuigelingen dan de depressieve moeders. Dit sluit aan bij de bevindingen van Hops en anderen (1987) bij oudere kinderen (3 tot 16 jaar). De gezonde vaders scoorden significant hoger dan de depressieve moeders op schalen van affectieve toestanden, gelaatsexpressies, vocalisaties en spel. De kinderen vertoonden kwalitatief rijkere interacties met hun vader dan met hun depressieve moeder. Deze resultaten suggereren dat partners van depressieve vrouwen het negatieve gedrag van hun vrouwen trachten te compenseren.

Moderator 2: Tijdstip en verloop van de depressie van moeder

#### *Veronderstellingen*

Naarmate het kind jonger is, zal de depressie van moeder een sterkere en negatievere invloed hebben. De immense ontwikkeling van de vroege fysiologische, affectieve en cognitieve ontwikkeling impliceert dat verstoringen op zeer jonge leeftijd gevolgen hebben voor de latere ontwikkeling. Een depressie kan ervoor zorgen dat de moeder belemmerd wordt in de noodzakelijke regulerende begeleiding van spanningen en affecten van haar kind. Ten tweede moet men rekening houden met het verloop van de depressie van de moeder. Hoewel het waarschijnlijk is dat de depressie van de moeder met de tijd afneemt, is er weinig kennis over de mate waarin kinderen herstellen van de negatieve effecten van de depressie op fysiologisch, affectief, cognitief en gedragsvlak na herstel van de moeder. Het is de vraag of gedragspatronen, die adaptief waren in het omgaan met de depressieve moeder, zich generaliseren naar andere contexten waar dit gedrag niet meer adaptief is. Een chronisch verloop van depressie zal waarschijnlijk een negatievere invloed hebben dan een enkele depressieve episode. Belangrijk hierbij is echter op te merken dat ongeveer 80% van de depressieve moeders hervalt in de depressie (Belsher & Costello, 1988).

#### *Empirisch onderzoek*

Er is voorlopig nog maar weinig empirische steun voor deze moderator. Er zijn geen onderzoeken die kinderen vergeleken die varieerden in de leeftijd waarop ze voor het eerst met hun depressieve moeder in contact kwamen. Er is weinig onderzoek dat nagaat wat de invloed van een

chronisch of episodisch verloop van de depressie van de moeder op het kind is. Wel stelden Campbell en Cohn (1997) vast dat kinderen van chronisch depressieve moeders zich minder goed ontwikkelden dan kinderen van moeders met een episodisch verloopende depressie. Field (1992) merkte op dat het functioneren van de kinderen verbeterde naarmate de depressie van de moeder verdween en de negativiteit in de familie daalde. Cox en anderen (1987) constateerden echter dat kinderen van depressieve moeders gedragsproblemen blijven hebben, ook na het herstel van de moeder. Ten slotte moeten we rekening houden met de mogelijkheid dat verstoringen in het ouderschap bij de moeder kunnen blijven bestaan, ondanks het verdwijnen van de depressie. Consistent hiermee vonden Stein en anderen (1991) dat moeders bij wie de depressie verdwenen was, minder affectieve communicatie bleven hebben met hun (19 maanden oude) peuters dan moeders die geen depressieve episodes kenden in het verleden. Campbell en Cohn (1997) observeerden daarentegen geen disfunctionele kwaliteiten meer van de moeder-kindinteractie bij moeders die niet langer klinisch depressief waren, ook al bleven ze wel lichte depressieve symptomen vertonen.

Moderator 3: Temperament, geslacht, intellectuele en sociaal-cognitieve vaardigheden

#### *Veronderstellingen*

Kindkenmerken zoals temperament, geslacht en intellectuele en sociaal-cognitieve vaardigheden zijn van invloed op het verband tussen depressie bij moeder en problematische kinderontwikkeling. Kinderen variëren in stressbestendigheid of copingstijlen: kinderen met een lage gevoeligheid voor verandering, hoge drempels voor stimulatie en een flexibele responsstijl vergen minder van hun ouders en zijn daardoor ook minder stresserend voor hun kwetsbare ouders dan kinderen die niet over deze copingstijlen beschikken. Deze individuele verschillen zijn van invloed op de effecten die de depressie van moeder heeft op de ontwikkeling van het kind.

#### *Empirische steun*

Er is geen onderzoek dat de mogelijke rol van temperament steunt. Cutrona en Troutman (1986) merkten wel op dat de perceptie van moeders die hun kinderen als moeilijk handelbaar beschouwden, verbonden is met hun niveau van depressie. De bevindingen over geslachtsverschillen en psychiatrische problemen zijn verdeeld. Hammen (1991) vond bijvoorbeeld geen significante verschillen in psychopathologie tussen kinderen van verschillend geslacht. In onderzoek waarin dergelijke

verschillen wel werden gevonden, komen meisjes er de ene keer slechter uit dan jongens (Hops, 1996), terwijl andere onderzoekers vinden dat jongens minder goed functioneren dan meisjes (Murray, Fiori-Cowley, Hooper & Cooper, 1996). Jongens lopen een groter risico dan meisjes om stoornissen in het gedrag en emotioneel functioneren te ontwikkelen (Rutter & Quinton, 1984), hoewel dit patroon kan omdraaien tijdens de adolescentie (Petersen, 1988). Hankin en Abramson (1999) vonden dat meisjes vanaf de leeftijd van 13 jaar tweemaal zo kwetsbaar zijn voor depressie dan jongens. Wanneer echter met comorbiditeit met andere internaliserende en externaliserende stoornissen rekening wordt gehouden, zijn de geslachtsverschillen minder duidelijk. In de pre-pubertaire fase is het aantal depressies bij meisjes en jongens ongeveer gelijk (Garber & Flynn, 2001), maar volgens De Wit (1997) is de prevalentie hoger bij jongens. Wellicht wordt een depressie bij jongens in de puberteit niet herkend doordat deze zich uit in symptomen als irritatie, moeilijk gedrag, hyperactiviteit, leerproblemen en zelfs gedragsstoornissen (Blatt, 2004).

Er zijn verschillende modellen nodig om het differentieële risico van zonen en dochters van depressieve moeders te begrijpen. Volgens Goodman en Gotlib (1999) suggereert onderzoek van Hay (1997) dat jongens kwetsbaarder zijn dan meisjes voor de niet-contingente responsiviteit en het negatieve affect van hun depressieve moeders. Dit kan ook worden afgeleid uit de bevinding van Murray (1992) dat jongens vaker onveilig gehecht zijn. Klimes-Dougan en Bolger (1998) vonden dat zonen en dochters van depressieve moeders verschillende copingstrategieën gebruiken. Meisjes gebruiken meer interpersoonlijk gerichte copingstrategieën, zoals steun geven aan de moeder of steun zoeken van anderen. Dit verantwoordelijkheidsgevoel voor de depressie van moeder, dat sterker is bij meisjes dan bij jongens, kan ervoor zorgen dat meisjes kwetsbaarder zijn voor internaliserende stoornissen.

Een laatste mogelijke moderator is de intelligentie of het niveau van sociaal-cognitieve vaardigheden van het kind. Kinderen zijn beter beschermd tegen negatieve gevolgen wanneer ze intelligenter zijn (Radke-Yarrow & Sherman, 1990) of betere sociaal-cognitieve vaardigheden hebben (Downey & Walker, 1989).

### Reflecties bij het model

Waar theoretici zich vroeger concentreerden op één bepaald mechanisme van hoe de depressie van de moeder de ontwikkeling van het kind beïnvloedt (biologisch versus psychosociaal functioneren), worden biologische en omgevingsprocessen nu beschouwd als een dynamisch samenspel (Cicchetti & Toth, 1998; Zahn-Wachler, 1996). In

deze evolutie kan men het model van Goodman en Gotlib situeren. Dergelijke complexe modellen zijn moeilijker te testen, doordat metingen en onderzoeksontwerpen ingewikkelder worden (Goodman & Gotlib, 1999). Dit is volgens ons een belangrijke uitdaging voor toekomstig onderzoek. We vonden geen onderzoeken die het model specifiek toepasten of die het evalueerden tegenover andere modellen. We kunnen dus stellen dat het model niet *evidence-based* is; toch vinden wij het in de praktijk voor de clinicus heel bruikbaar (zie de volgende paragraaf).

Het gepresenteerde model houdt rekening met het ontwikkelingsmoment waarop het kind geconfronteerd wordt met de depressie van moeder. Er is aandacht voor de taken die het kind op dat moment meester moet zijn. Dit ontwikkelingsperspectief ontbreekt vaak in het onderzoek van kinderen van depressieve moeders. Bovendien is er in het model aandacht voor de rol van wederzijdse en transactionele relaties in gezinnen. Niet alleen de ouder beïnvloedt het kind, maar anderzijds hebben kindkenmerken een krachtige invloed op het ontwikkelingsverloop, de gezinsinteracties en het ontstaan van psychopathologie.

In een model dat zo uitputtend tracht te zijn missen we wel de aandacht voor het ruimere sociale netwerk en het belang van sociale steun. Zo duidt Bronfenbrenner (2002) zes niveaus aan in de context van het kind die elk van belang zijn opdat de baby zijn genetisch potentieel kan realiseren. Ten eerste is er het niveau van de complexe, wederzijds contingente interactie met een of meer volwassenen, met wie de baby een krachtige emotionele gehechtheidsrelatie aangaat. In het model van Goodman en Gotlib is dit de dyadische interactie tussen de baby en zijn depressieve moeder. Ten tweede heeft het kind nood aan een betrokken derde volwassene, die de zorgfiguur bewondert, liefheeft en aanmoedigt in betrokkenheid bij het kind. Dit is in het model van Goodman en Gotlib de vader, die van invloed is op het verband tussen de depressieve moeder en de ontwikkeling van het kind. Ten derde blijkt dat de relatie tussen een zorgfiguur en een kind de ontwikkeling bevordert voor zover deze relatie een hoge graad van continuïteit kent en relatief vrij is van breuken en stressfactoren. Zo zal een eventuele ziekenhuisopname van moeder een breuk in de interactie teweegbrengen. Discontinuïteiten in de ontwikkeling van het kind treden ook op als de moeder fysiek wel beschikbaar is, maar mentaal afwezig en gepreoccupeerd is. Ten vierde is er nood aan betrokkenheid bij het kind door ‘ruimere’ instituties, zoals Kind en gezin<sup>3</sup>, de kinderopvang, opvoedings- en gezinsondersteunende diensten en centra

<sup>3</sup> ‘Kind en gezin’ is een Vlaamse organisatie die actief is in de preventieve zorg voor gezinnen met zeer jonge kinderen en die de kwaliteit van opvang en zorgvoorzieningen voor zeer jonge kinderen bewaakt. Ze is actief in het domein ‘Welzijn, volksgezondheid en gezin’.

voor kindverzorging, die net als de ouders belang hechten aan ‘zich goed ontwikkelende kinderen’; en ten vijfde is de uitwisseling tussen het gezin en deze andere instituties van belang. Ten zesde is er het niveau van de maatschappelijke beleidslijnen die ontwikkeling en gezinsleven ondersteunen. Goodman en Gotlib hebben voor de invloed van de laatste drie niveaus in hun model geen plaats ingeruimd.

Ten slotte biedt het model een belangrijke aanzet voor toekomstig theoretisch en empirisch onderzoek. Op die manier kunnen preventieve en therapeutische programma's nog beter onderbouwd worden.

### Klinische relevantie van het model

Het model van Goodman en Gotlib biedt de clinicus een geïntegreerde leidraad om de depressieve moeder-kinddyade te begrijpen en om gericht te interveniëren. We denken hier bijvoorbeeld aan de wijze waarop depressieve moeders bepaalde gedragingen van hun kind foutief interpreteren (mechanisme 3). Ook vermijden kinderen van depressieve moeders in de omgang met haar vaak het oogcontact en/of ze weren het contact af. Depressieve moeders kunnen dit interpreteren als ‘Zie, mijn kind wil niet naar mij kijken’ (Vliegen, 2005) of ‘Mijn baby houdt niet van mij’ (Reck en anderen, 2004). Bovendien focust een depressieve moeder vaak op de negatieve aspecten van de relatie en ziet ze de positieve reacties van de baby vaker over het hoofd. Op die manier ontstaat een vicieuze cirkel, waarin het gedrag van de moeder dat van het kind bekrachtigt en omgekeerd. Een op video opgenomen moeder-kindinteractie samen met de betrokken moeder herbekijken en bespreken, kan hier een belangrijke therapeutische uitweg bieden (Beebe, 2003; McDonough, 2000; Reck en anderen, 2004; Vliegen, 2005). Van belang is daarbij bijzondere aandacht te besteden aan processen van afstemming, *containment* en reflectief functioneren. Het is therapeutisch waardevol om de moeder te helpen de positieve momenten in de interactie te ervaren en om naar de ontwikkeling van haar kind te kijken. Dit kan de moeder helpen een grotere sensitieve responsiviteit te ontwikkelen, die op haar beurt een veilige gehechtheidsrelatie ten goede komt. In België krijgt deze moeder-kindinteractie bijzondere aandacht op sommige moeder-en-kindafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen. Op deze afdelingen wordt veel aandacht geschonken aan het contact en de afstemming tussen de depressieve moeders en hun baby's. Daarnaast wordt er ook aandacht geschonken aan het gezinssysteem en aan transgeneratiele dynamieken. Dit laatste brengt ons bij het vierde mechanisme uit het model. Hiermee rekening houdende is het belangrijk oog te hebben voor allerlei stressoren in

het leven van de moeder. Men kan bijvoorbeeld nagaan of er geen nood is aan echtpaar- of gezinstherapie, of aan begeleiding bij financiële moeilijkheden.

Men kan ook beschermend te werk gaan door bijvoorbeeld een vertrouwd, niet-depressief netwerk voor de depressieve moeder en haar kind uit te bouwen (zie moderator 1). Interessant hierbij is onderzoek dat suggereert dat negatieve interacties met de moeder veralgemenen naar onbekende, maar niet naar andere vertrouwde, interactievere sociale partners (Martinez en anderen, 1996; Pelàez-Nogueras, Field, Cigales, Gonzales & Clasky, 1994).

Ten slotte biedt het model belangrijke aanknopingspunten voor preventie. Vanuit het derde mechanisme is het belang van vroegtijdige versterking en vermeerdering van positieve interacties duidelijk. In een preventief programma van Van Doesum, Hosman en Riksen-Walraven (2005) worden ouders en kind via huisbezoeken begeleid door een preventiewerker, met behulp van instructie, praktische en didactische ondersteuning, bekrachtiging van positieve interacties, *modeling* en technieken uit de videohometraining. De verbetering van de relatie moeder-kind en de kwaliteit van de zorg is duidelijk zichtbaar.

Vanuit het tweede mechanisme van het model kan gepleit worden voor nog vroegere preventieve acties. Zo vraagt Van den Bergh preventie nog vóór het kind is geboren (Vanclooster, 2005). Zij wil de zwangere vrouwen zo veel mogelijk van stress ontlasten. ‘Stress is immers niet alleen het probleem van de zwangere vrouw en haar partner, maar van de hele maatschappij’, aldus Van den Bergh (geciteerd door Vanclooster, 2005).

### Besluit

Waar de meeste literatuur over de effecten van de depressie slechts één bepaald aspect van het verband tussen de depressie van de moeder en de ontwikkeling van het kind bestudeerde, biedt het model van Goodman en Gotlib een breder, integratiever beeld van het overdrachtsrisico van de depressie. In het ontwikkelingsgerichte integratieve model worden mechanismen beschreven die de overdracht van depressie van moeders op hun kinderen kunnen verklaren. Ook worden variabelen beschreven die de relatie tussen de depressie van de moeder en het functioneren van haar kind modereren. Goodman en Gotlib ontwikkelden dit model aan de hand van veel empirisch onderzoek. Onze aandacht ging daarbij vooral uit naar de vroegste band tussen depressieve moeders en hun baby's.

Wat het mechanisme van de erfelijkheid van de depressie betreft, is er minder steun voor erfelijkheid bij depressie in de kindertijd dan bij depressie in de



volwassenheid. Voor het tweede mechanisme, dat van de verstoringen in de aangeboren neuroregulatie, is er wel empirische steun, maar veel van het onderzoek is nieuw en dient gerepliceerd te worden. Wat betreft het derde mechanisme bestaat er weinig twijfel dat depressieve moeders gekenmerkt worden door negatieve affecten, cognities en gedragingen, waardoor ze niet in staat zijn tegemoet te komen aan de sociale en emotionele noden van hun kinderen. Er is weinig onderzoek over *hoe* deze negatieve manier van voelen, denken en gedragen zorgt voor de ontwikkeling van depressie bij het kind. Toch is er evidentie dat dit negatieve functioneren van de moeders leidt tot een verhoogd risico van depressie bij deze kinderen. Ondanks de algemene bevinding dat kinderen van depressieve moeders zich in een stressrijkere omgeving bevinden, is er weinig onderzoek dat de potentiële oorzakelijke rol van dit mechanisme bestudeert.

Er komt steeds meer evidentie voor de belangrijke rol die de vader speelt in gezinnen met een depressieve moeder, hetzij in het versterken van het risico, hetzij in het beschermen van het kind tegen het risico. Wij vonden geen onderzoek waarin nagegaan werd of vroege blootstelling aan de depressie van de moeder negatievere effecten heeft dan latere blootstelling. Wat het verloop van de depressie betreft, blijkt er uit het weinige follow-uponderzoek enig herstel te zijn, maar deze kinderen functioneren niet zo goed als kinderen die niet met een depressieve moeder te maken kregen. Onderzoek naar het effect van zowel het tijdstip als het verloop van de depressie van de moeder op de ontwikkeling van het kind is dan ook nodig. Vanuit een transactioneel en klinisch oogpunt zou men vermoeden dat temperament een belangrijke modererende rol speelt in de relatie tussen depressie van de moeder en disfunctioneren van het kind. Empirisch onderzoek heeft echter geen steun voor deze hypothese gevonden. Onderzoek naar de impact van geslacht leverde conflicterende resultaten op. Ook hier is er verder onderzoek nodig. Ten slotte lijkt zowel intelligentie als goed sociaal-cognitief functioneren het kind te beschermen tegen negatieve gevolgen.

Het grootste voordeel van het model van Goodman en Gotlib is dat het de clinicus handvatten biedt voor de praktijk. Bovendien kan men, door bijvoorbeeld op bepaalde mechanismen of moderatoren in te werken, de depressie van de moeder beïnvloeden en daardoor ook de ontwikkeling van het kind. Ten slotte biedt het model ook belangrijke aandachtspunten voor preventie. Waar het model echter in tekortschiet, is de aandacht voor het ruimere sociale netwerk en het belang van sociale steun.

#### **Children of depressive mothers: Goodman and Gotlib's integrative model**

Goodman and Gotlib's model (1999) describes mechanisms explaining the transmission of risk from depressed mothers to

their children. Factors that might moderate this risk are considered, too. This model tries to assemble both assumptions and empirical research. In this article we discuss this model critically and pay attention to what is clinically relevant.

#### **Literatuur**

- Bakel, H. van, & Riksen-Walraven, M. (2002). Parenting and development of one-year olds: links with parental, contextual, and child characteristics. *Child Development, 73*, 256-273.
- Beardslee, W., Versage, E., & Gladstone, T. (1998). Children of affectively ill parents: A review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Adolescent Psychiatry, 37*, 1134-1141.
- Beebe, B. (2003). Brief mother-infant treatment: Psychoanalytically informed video-feedback. *Infant Mental Health Journal, 24*, 24-52.
- Belsher, G., & Costello, C. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. *Psychological Bulletin, 104*, 84-96.
- Bergh, B. van den (2001). Moederlijke stress en emoties tijdens de zwangerschap: de gevolgen voor foetus en kind. In de syllabus 'Perspectief voor het miskende kind'. Provincie Hogeschool Limburg, Kinderen en Jongeren.
- Bergh, B. van den, & Marcoen, A. (2004). High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- en 9-year-olds. *Child Development, 75*, 1085-1079.
- Bettes, B.A. (1988). Maternal depression and mothers: Temporal and intonational features. *Child Development, 59*, 1089-1096.
- Blatt, S. (2004). *Experiences of depression. Theoretical, clinical and research perspectives*. Washington DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (2002). Preparing a world for the infant in the twenty-first century: The research challenge. In J. Gomes-Pedro & J.K. Nugent (Eds.). *The infant and family in the twenty-first century*. (pp. 45-52). New York: Brunner-Routledge.
- Campbell, S., & Cohn, J. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 594-599.
- Campbell, S., & Cohn, J. (1997). The timing and chronicity of postpartum depression: Implications for infant development. In P. Murray (Ed.), *Postpartum depression and child development* (pp. 165-197). New York: Guilford Press.
- Carro, M., Grant, K., Gotlib, I., & Compas, B. (1993). Postpartum depression and child development: An investigation of mothers and fathers as sources of risk and resilience. *Development and Psychopathology, 5*, 567-579.
- Carter, A. Garrity-Rokous, E., Chazan-Cohen, R., Little, C., & Briggs-Gowan, M. (2001). Maternal depression and comorbidity: Predicting early parenting, attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 40*, 18-26.
- Cicchetti, D., & Toth, S. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist, 53*, 221-241.
- Cohn, J.F., Matias, R., Tronick, E.Z., Connell, D., & Lyons-Ruth, K. (1986). Face-to-face interactions, spontaneous and structured, of depressed mothers and their infants. In E.Z. Tronick & T. Field (Eds.), *Maternal depression and infant disturbance*.

- New directions for child development, Vol. 34* (pp. 31-46). San Francisco: Jossey-Bass.
- Cox, T., Puckering, C., Pound, A., & Mills, M. (1987). The impact of maternal depression on young children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28*, 917-928.
- Cutrona, D., & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child development, 57*, 1507-1518.
- Dodge, K. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology, 26*, 3-6.
- Doesum, K. van, Hosman, C., & Riksen-Walraven, J. (2005). A model-based intervention for depressed mothers and their infants. *Infant Mental Health Journal, 26*, 157-176.
- Downey, G., & Coyne, J. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin, 108*, 50-76.
- Downey, G., & Walker, E. (1989). Social cognition and adjustment in children at risk for psychopathology. *Developmental Psychology, 25*, 835-845.
- Egeland, B., & Farber, E. (1984). Infant-mother attachment: Factors related to its development and changes over time. *Child Development, 55*, 753-771.
- Eiden, R., & Leonard, K. (1996). Paternal alcohol use and the mother-infant relationship. *Development and Psychopathology, 8*, 307-323.
- Emory, E., Walker, E., & Cruz, A. (1983). Fetal heart rate: II. Behavioral correlates. *Psychophysiology, 19*, 680-686.
- Field, T. (1992). Infants of depressed mothers. *Development and psychopathology, 4*, 49-66.
- Field, T., Healy, B., & LeBlanc, W. (1989). Sharing and synchrony of behavior states and heart rate in non-depressed versus 'depressed' mother-infant interactions. *Infant Behavior and Development, 12*, 357-367.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of non depressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology, 26*, 7-14.
- Field, T., Pickens, J., Fox, N. A., Nawrocki, T., & Gonzalez, J. (1995). Vagal tone in infants of depressed mothers. *Development and Psychopathology, 7*, 227-231.
- Fleming, A., Ruble, D., Flett, G., & Shaul, D. (1988). Postpartum adjustment in first-time mothers: Relations between mood, maternal attitudes, and mother-infant interactions. *Developmental Psychology, 12*, 1152-1156.
- Garber, J., & Flynn, C. (2001). Vulnerability to depression in childhood and adolescence. In R. Ingram & J. Price (Eds.), *Vulnerability to psychopathology. Risk across the lifespan* (pp. 175-225). New York/Londen: Guilford Press.
- Gelfand, D. M. & Teti, D. M. (1990). The effects of maternal depression on children. *Clinical Psychology Review, 10*, 329-353.
- Goodman, S. & Gotlib, I. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission, *Psychological Review, 106*, 458-490.
- Gotlib, I. (1982). Self-reinforcement and depression in interpersonal interaction: The role of performance level. *Journal of Abnormal Psychology, 91*, 3-13.
- Gotlib, I., & Avison, W. (1993). Children at risk for psychopathology. In C. Costello (Ed.), *Basic issues in psychopathology* (pp. 271-319). New York: Guilford Press.
- Gotlib, I., & Hammen, C. (1992). Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration. Chichester, England: Wiley.
- Gotlib, I., & Lee, C. (1990). Children of depressed mothers: A review and directions for future research. In C. McCann & N. Endler (Eds.), *Depression: New directions in theory, research, and practice* (pp. 187-208). Toronto, Canada: Wall & Thompson.
- Greenspan, S.I., & Greenspan, N. (1989). *The essential partnership: how parents and children can meet the emotional challenges of infancy and childhood*. New York: Viking Penguin.
- Hammen, C. (1991). *Depression runs in families. The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. New York/ Berlin: Springer-Verlag.
- Hankin, B., & Abramson, L. (1999). Development of gender differences: Description and possible explanations. *Annals of Medicine, 31*, 372-379.
- Hay, D. (1997). Postpartum depression and cognitive development. In P. Murray (Ed.), *Postpartum depression and child development* (pp. 85-110). New York: Guilford Press.
- Hops, H. (1996). Intergenerational transmission of depressive symptoms: Gender and developmental considerations. In C. Mundt, M.J. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 113-129). Londen: Royal College of Psychiatrists.
- Hops, H., Biglan, A., Sherman, L., Arthur, J., Friedman, L., & Osteen, V. (1987). Home observations of family interactions of depressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 341-346.
- Hossain, Z., Field, T., Gonzalez, J., Malphurs, J.E., Valle, C., & Pickens, J. (1994). Infants of «depressed» mothers interact better with their nondepressed fathers. *Infant Mental Health Journal, 15*, 348-357.
- Klimes-Dougan, B., & Bolger, A.K. (1998). Coping with maternal depressed affect and depression: adolescent children of depressed and well mothers. *Journal of Youth & Adolescence, 27*, 1-15.
- Kochanska, G., Radke-Yarrow, M., Kuczynski, L., & Friedman, S. (1987). Normal and affectively ill mothers' beliefs about their children. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 345-350.
- Livingood, A.B., Daen, P., & Smith, B.D. (1983). The depressed mother as a source of stimulation for her infant. *Journal of Clinical Psychology, 39*, 369-375.
- Martinez, A., Malphurs, J., Field, T., Pickens, J., Yando, R., Bendell, D., Valle, C., & Messinger, D. (1996). Depressed mothers' and their infants' interactions with nondepressed partners. *Infant Mental Health, 17*, 74-80.
- McDonough, S. (2000). Interaction guidance: An approach for difficult-to-engage parents. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York/Londen: Guilford Press.
- Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*, 543-561.
- Murray, L., Fiori-Cowley, A., Hooper, R., & Cooper, P. (1996). The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcomes. *Child Development, 67*, 2512-2526.
- Monroe, S., Rohde, P., Seeley, J., & Lewinsohn, P. (1999). Life events and depression in adolescence: Relationship loss as a prospective risk factor for first-onset of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 606-614.
- Peláez-Nogueras, M., Field, T., Cigales, M., Gonzalez, A., & Clasky, S. (1994). Infants of depressed mothers show less "depressed" behavior with their nursery teachers. *Infant Mental Health Journal, 15*, 358-367.
- Petersen, A. (1988). Adolescent development. *Annual Review of Psychology, 39*, 583-607.
- Radke-Yarrow, M., & Sherman, T. (1990). Hard growing: Children who survive. In J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, & S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 97-119). Cambridge, England: Cambridge University Press.

- Radke-Yarrow, M., & Zahn-Wachler, C. (1990). Research on affectively ill parents: Some considerations for theory and research on normal development. *Development and Psychopathology*, 2, 349-366.
- Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E., Downing, G., Tronick, E., & Mundt, C. (2004). Interactive regulation of affect in postpartum depressed mothers and their infant: An overview. *Psychopathology*, 37, 272-280.
- Riksen-Walraven, J.M.A. (1978). Effects of caregiver behavior on habituation rate and self-efficacy in infants. *International Journal of Behavioral Development*, 1, 105-130.
- Riksen-Walraven, J.M.A. (2002). *Wie het kleine niet eert ... Over de grote invloed van vroege sociale ervaringen*. Inaugurele rede aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen, 1 maart.
- Rutter, M., & Quinton, P. (1984). Parental psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Stein, A., Gath, D., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. (1991). The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *British Journal of Psychiatry*, 158, 46-52.
- Teti, D., Gelfand, D., Messinger, D., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment: An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychology*, 31, 364-376.
- Tronick, E., & Gianino, A. (1986). The transmission of maternal disturbance to the infant. In E. Tronick & T. Field (Eds.), *Maternal depression and infant disturbances: Vol. 34* (pp. 31-47). San Francisco: Jossey-Bass.
- Tsuang, M. T., & Faraone, S. V. (1990). *The genetics of mood disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Vanclooster, B. (2005). Stress tijdens zwangerschap is even slecht als roken. Verband met ADHD en andere gedragsproblemen. *Campuskrant, Tijdschrift van de K.U. Leuven*, 17, 1.
- Vliegen, N. (2005). Observatieschalen voor emotionele beschikbaarheid. Een instrument voor onderzoeks- en klinische praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 31, 6-28.
- Vliegen, N., Meurs, P., & Cluckers, G. (2005). 'Closed doors and landscapes in the mist' 1. Childhood and adolescent depression in developmental psychopathology. In J. Corveleyn, P. Luyten & S.J. Blatt (Eds.), *The theory and treatment of depression. Towards a dynamic interactions model* (pp.163-188). Leuven: Universitaire Pers.
- Weinberg, M., & Tronick, E. (1997). Maternal depression and infant maladjustment: A failure of mutual regulation. In J. Noshpitz, S. Greenspan, S. Wieder & J. Osofsky (Eds.), *The handbook of child and adolescent psychiatry: Vol. 1. Infants and preschoolers: Development and syndromes* (pp. 177-191). New York: John Wiley and Sons.
- Weissman, M.M., & Boyd, J.H. (1985). Affective disorders: Epidemiology. In H.I. Kaplan, A.M. Freedman & B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (4th ed., pp. 764-769). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Weissman, M., Gammen, G.D., John, K., Merikangas, K.R., Warner, V., Prusoff, B.A., & Sholomskas, D. (1987). Children of depressed mothers: Increased psychopathology and early onset of depression. *Archives of General Psychiatry*, 44, 847-853.
- Wetswinkel, U. van (2005). *Inpassen van floor time binnen een ontwikkelingsgerichte ouder-kind interactie begeleiding*. Niet-gepubliceerde lezing op het congres 'Kinderpsychiatrie en psychotherapie' te Antwerpen.
- Wit, C. de (1997). Depressies bij kinderen en adolescenten. De stand van zaken na vijftientig jaar onderzoek. *Kind en Adolescent*, 26, 217-232.
- Zahn-Wachler, C. (1996). Environment, biology, and culture: Implication for adolescent development. *Developmental Psychology*, 32, 571-573.