

Mastherthese Orthopedagogiek

PAMA5166

How (bio)medical is TikTok?

A qualitative study on the extent to which a (bio)medical perspective is reflected in TikToks about depression.

Danni Koelma | S5335965

Master Orthopedagogiek

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen

Naam eerste beoordelaar: E.L. van Dijk

Naam tweede beoordelaar: B. de Groot

7 juli 2023

Totaal aantal woorden: 10936

Samenvatting

Inleiding Eén op de tien jongeren in Nederland kampt met een depressie. Deze hoge prevalentie is mogelijk een gevolg van hoge en onrealistische verwachtingen vanuit de maatschappij en jongeren zelf, waardoor gevoelens van somberheid optreden. Er is bekend dat er in de geestelijke gezondheidszorg veel sprake is van het medicaliseren van psychische aandoeningen, waardoor deze klachten veelal bestempeld worden met de classificatie depressie. Dit heeft veelal te maken met de (bio)medische visie waarmee zorgprofessionals worden opgeleid, waarin weinig aandacht is voor de maatschappelijke factoren en vooral de focus wordt gelegd op het probleem binnen het individu. Aan deze (bio)medische visie op psychische aandoeningen zitten enkele nadelen, zoals een afname in zelf-effectiviteit, stigmatisering en het niet altijd kunnen bieden van een passende oplossing. Aangezien jongeren veel te vinden zijn op sociale media platforms, zoals TikTok, en een erg beïnvloedbare groep zijn, is het relevant om te onderzoeken in hoeverre jeugdigen op TikTok een (bio)medisch perspectief hanteren op depressie. **Methode** Dit is onderzocht door middel van een kwalitatieve snapshot studie met een kwalitatieve inhoudsanalyse van honderd TikToks. Deze TikToks zijn door middel van een gemakssteekproef verzameld en geanalyseerd aan de hand van de kenmerken van een (bio)medisch model vanuit de literatuur. Daarnaast is er gekeken naar welke alternatieve perspectieven of combinaties van perspectieven er onder jongeren gehanteerd worden, welke zijn opgesteld tijdens het analyseren van de data. **Resultaten** In totaal zijn er honderdvijftig passages gecodeerd in de video's, waarvan 63 vielen onder het concept-driven codeerschema en 87 onder het data-driven codeerschema. De meest voorkomende code is *Alternatieve (bio)medische oorzaken* waarin er verwezen wordt naar oorzaken van depressie die niet beschreven staan in de literatuur, maar wel passend zijn bij een (bio)medisch perspectief. **Conclusie** Jeugdigen benoemen veelal (bio)medische oorzaken en oplossingen voor depressies. Het belangrijkste kenmerk hiervan is een individueel gerichte visie op depressie. Een aantal beperkingen in deze studie waren dat een aantal video's niet kon worden gebruikt in de data-analyse, omdat er niet af te leiden was van de inhoud of er sprake was van een (bio)medische visie. Vervolgonderzoek waarin diepte-interviews gehouden worden met jeugdigen is wenselijk om te kunnen vaststellen in hoeverre en waarom jeugdigen een (bio)medisch perspectief hanteren op depressie.

Abstract

Introduction One in ten adolescents in the Netherlands struggle with depression. This high prevalence may be a result of high, unrealistic expectations from society and young individuals themselves, leading to feelings of sadness. There is a significant medicalization of mental disorders in mental healthcare, often influenced by the (bio)medical perspective through which healthcare professionals are trained, focusing less on societal factors and primarily on depression as a problem within the individual. There are several drawbacks to this (bio)medical view of mental disorders, among which a decrease in self-efficacy, stigmatization and the inability to always provide a suitable solution. Since young people are heavily engaged on social media platforms like TikTok and are highly susceptible to influence, it is relevant to investigate the extent to which youths on TikTok adopt a (bio)medical perspective on depression. **Method** This was examined through a qualitative snapshot study using qualitative content analysis of one hundred TikToks. These TikToks were collected through convenience sampling and analyzed based on the features of a (bio)medical model derived from the literature. Additionally, the study explored alternative perspectives or combinations of perspectives adopted by young people, which were identified during data analysis. **Results** A total of one hundred and fifty passages were coded in the videos, with 63 falling under the concept-driven coding scheme and 87 under the data-driven coding scheme. The most common code identified was *Alternative (bio)medical causes*, referring to causes of depression not described in the literature but fitting within a (bio)medical perspective. **Conclusion** Young people often attribute (bio)medical causes and solutions to depression. This represents the primary characteristic of an individually focused perspective on depression. Several limitations were encountered in this study, as some videos could not be included in the data analysis due to the inability to determine whether they reflected a (bio)medical perspective. Subsequent research incorporating in-depth interviews with adolescents is desirable to ascertain the extent to which and the reasons why they adopt a (bio)medical perspective on depression.

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
2. Theoretisch kader	9
2.1 De opkomst en (on)wenselijkheid van een (bio)medisch perspectief	9
2.2 Een (bio)medisch perspectief	11
2.2.1 Oorzaken van een depressie volgens een (bio)medisch perspectief	11
2.2.2 Classificering volgens een (bio)medisch perspectief	12
2.2.3 Behandeling van een depressie volgens een (bio)medisch perspectief	13
3. Methode	16
3.1 Onderzoeksdesign.....	16
3.2 Onderzoekspopulatie	16
3.3 Dataverzameling.....	17
3.4 Onderzoeksinstrument	17
3.5 Data-analyse	18
3.6 Betrouwbaarheid en validiteit.....	18
4. Resultaten	20
4.1 Algemene resultaten	20
4.2 Concept-driven categorieën.....	22
4.2.1 Individuele opvatting in een (bio)medisch perspectief.....	22
4.2.2 Oorzaken volgens een (bio)medisch perspectief	23
4.2.2.1 Chemicaliën in het brein.....	23
4.2.2.2 Gender	23
4.2.2.3 Genetische aspecten.....	24
4.2.3 Classificering volgens een (bio)medisch perspectief	24
4.2.4 Behandeling volgens een (bio)medisch perspectief	25
4.2.4.1 Biologische/medische behandeling	25
4.2.4.2 Effectiviteit van antidepressiva.....	25
4.3 Data-driven categorieën.....	26
4.3.1 Data-driven (bio)medische oorzaken.....	26
4.3.1.1 Dieet	26
4.3.1.2 Darmproblematiek	27
4.3.1.3 Lichaamsbeweging	27
4.3.1.4 Slaap	28
4.3.1.5 Zonlicht.....	28
4.3.1.6 Toxines.....	29
4.3.1.7 Overdenken.....	29

4.3.1.8 Chronische stress	29
4.3.2 Contextuele factoren.....	30
4.3.3 Data-driven classificering.....	30
4.3.4 Data-driven behandeling.....	31
5. Conclusie en discussie.....	33
5.1 Conclusie	33
5.2 Discussie.....	34
Literatuur	37
Bijlage 1 – Codeerschema’s	42

1. Inleiding

Depressie is wereldwijd de meest voorkomende psychische aandoening. Ruim 350 miljoen mensen lijden aan deze stoornis, wat neerkomt op ongeveer 5% van de wereldbevolking (World Health Organization, 2019). In Nederland blijkt depressie vooral onder jongeren een veel voorkomend probleem te zijn. Uit gezondheidsonderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (2022) blijkt dat de prevalentie van depressie onder jongeren tussen de zestien en twintig jaar in Nederland het hoogst is van alle leeftijdscategorieën. Daarnaast is er ook een stijging te zien in de prevalentie van de stemmingsstoornis onder deze leeftijdsgroep. In 2021 leed 10% van deze jongeren aan een depressie, waar dat percentage in 2020 nog op 7,3% lag. Dit maakt dat één tiende van de jongeren binnen deze leeftijdscategorie in 2021 geïdentificeerd waren met de stemmingsstoornis.

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) vraagt zich af of ook sprake is van een maatschappelijk probleem bij een dusdanig hoge prevalentie van hetzelfde klachtenpatroon onder een grote groep mensen binnen dezelfde leeftijdsfase. Volgens onderzoek van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) krijgen jongeren veelal te maken met irreële verwachtingen vanuit de maatschappij, zoals het maakbare leven, het beeld van levenslang op hetzelfde niveau kunnen functioneren of het bereiken van perfectie op alle aspecten in het leven. Jeugdigen en jongvolwassenen hebben daarnaast ook veel (keuze)vrijheid, maar daar komt onzekerheid bij kijken. Dit kan leiden tot gevoelens van somberheid, welke vaak worden gemedicaliseerd door het als een depressie of depressieve klachten te bestempelen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017).

Bij het beschouwen van psychische aandoeningen zoals een depressie worden de klachten veelal benaderd door middel van een (bio)medische visie. Hierdoor dreigen maatschappelijke factoren en kijken vanuit een bredere context onderbelicht te blijven. Verschijnselen zoals gevoelens van somberheid en depressieve klachten hebben niet in alle gevallen een medische oorzaak. Een eenzijdige medische visie kan te beperkend zijn, omdat het zoeken van hulp in de zorg en een medische interventie lang niet altijd passende oplossingen zijn. Om die reden adviseert de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving om ook andere visies te hanteren dan de medische, zodat andere benaderingen zichtbaar worden in het ondersteunen van jongeren die te maken hebben met bijvoorbeeld somberheidsklachten (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017).

Een (bio)medisch perspectief brengt enkele voordelen, zoals het bieden van een diagnose en behandeling waarbij extra ondersteuning kan worden geboden (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Het hanteren van een (bio)medisch model kent ook enkele nadelen. Zo wordt het hanteren van dit model geassocieerd met een lager waargenomen effect van psychologische interventies door de patiënt zelf (Phelan et al., 2006). Verder blijkt uit onderzoek van Rusch en collega's (2009) dat het hanteren van dit model leidt tot een toename van hulpeloosheid en een afname in zelf-effectiviteit en het zoeken van hulp. Daarnaast kan het stigmatiserend werken en draagt het niet

altijd bij aan een passende oplossing (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). In een strikt (bio)medische visie worden psychische aandoeningen zoals een stemmingsstoornis als een biologisch verschijnsel gezien, waarbij het doel van behandeling een somatische therapie is om de onderliggende biologische problemen aan te pakken (Deacon, 2013). Echter zijn de werkzaamheid van medicatie en de daadwerkelijke biomarkers die de psychische aandoeningen zouden veroorzaken nooit wetenschappelijk bewezen, terwijl een (bio)medische model hier wel vanuit gaat (Kirsch, 2010; American Psychiatric Association, 2013).

Er zou bijvoorbeeld vanuit een meer contextuele visie gekeken kunnen worden naar psychische aandoeningen. Een meer contextueel-gericht model presenteert bijvoorbeeld een depressie als een gevolg van contextuele factoren zoals werkeloosheid, armoede, verlies van een geliefde of trauma (Rusch et al., 2009). Er wordt dus meer gekeken naar maatschappelijke factoren die bijdragen aan de stoornis, wat aansluit bij het pleidooi van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). Een strikt medisch perspectief laat deze maatschappelijke factoren onderbelicht en richt zich op individuele behandeling van depressieve klachten, bijvoorbeeld met medicatie (Delespaul et al. 2016).

In de geestelijke gezondheidszorg wordt door zorgprofessionals, zoals psychiaters en psychologen, veelal gewerkt met de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). De DSM-5 is hoofdzakelijk gericht op het classificeren van symptomen binnen het individu (Ogasawara et al., 2018). Deze manier van werken sluit aan bij een (bio)medische visie, waarin hoofdzakelijk gekeken wordt naar depressie als probleem binnen het individu (Delespaul et al., 2016; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Dit is een gevolg van dat deze manier van werken met de DSM-5 in de opleiding veelal aangeleerd wordt aan de professionals, en dat de maatschappelijke factoren hierin onderbelicht blijven. Deze (bio)medische visie van de DSM-5 is vaak ook de visie die zij hanteren bij het beschouwen, classificeren en behandelen van psychische aandoeningen, ook bij de doelgroep jongeren (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Volgens de Social Learning Theory van Bandura en McClelland (1977) vormen individuen onder invloed van (belangrijke) anderen attitudes en gedragingen over bepaalde zaken. Mogelijk ontwikkelen jongeren, door deelname aan therapieën en behandeling door professionals met een biomedische visie, zelf ook een biomedische visie op hun stemmingsstoornis. Onderzoek van Gwon en Jeong (2018) stelt dat jongeren hierin meer beïnvloedbaar zijn dan volwassenen. Zij stellen dat onder andere blootstelling aan een bepaalde omgeving en deelname aan activiteiten belangrijke factoren in de beïnvloeding van jeugdigen zijn. Dit maakt dat zij bijvoorbeeld bij het deelnemen aan therapieën beïnvloed kunnen worden door het perspectief van de psycholoog of psychiater.

Aangezien TikTok een populair platform is onder jongeren, waarin zij veel spreken over mentale gezondheid en psychische stoornissen (NOS, 2021; Yeung & Abi-Jaoude, 2022), lijkt het

waarschijnlijk dat zij elkaar ook beïnvloeden. Onderzoek van Over en Carpenter (2012) stelt dat jongeren gevoelig zijn voor invloeden van leeftijdsgenoten, waarin zij gedragingen en opvattingen kunnen gaan kopiëren. Dit gebeurt vooral wanneer de jeugdige zich identificeert met het model en de sociale groep waartoe dit model behoort. Hierdoor bestaat de kans dat de jeugdige gebruikers zich gaan identificeren met (bekende) makers van de video's. Dit maakt dat het van belang is om een beeld te vormen van in hoeverre makers van TikTok-video's een biomedische of juist contextuele visie hanteren op stemmingsstoornissen. Vanuit dit oogpunt is de volgende onderzoeksvraag opgesteld: *In hoeverre hanteren jongeren een (bio)medische visie op depressie in hun TikTok-video's?*

Aangezien er in de geestelijke gezondheidszorg veel gewerkt wordt met de DSM-5 en de hieraan gekoppelde (bio)medische visie, dreigen contextuele en maatschappelijke factoren die een rol kunnen spelen in de ontwikkeling van depressieve klachten onderbelicht te blijven. Vanuit deze aanname is het relevant om te onderzoeken of de medicaliserende bril van zorgprofessionals, welke dus niet altijd passend is bij het beschouwen en behandelen van depressieve klachten, doorwerkt op jeugdigen. Aangezien TikTok veel jonge gebruikers kent en zij veel delen over mentale gezondheid en psychische stoornissen is dit een relevant onderzoeksgebied.

Om de hoofdvraag beter te kunnen beantwoorden, is het van belang om een duidelijk onderscheid te kunnen maken tussen welke kenmerken horen bij een (bio)medische visie op stemmingsstoornissen. Daarnaast is er op dit moment geen zicht op eventuele alternatieve visies op stemmingsstoornissen. Om die reden zijn de volgende deelvragen opgesteld:

- *Welke kenmerken horen bij een biomedische visie/model?*
- *Welke visies, of combinaties van visies, zijn er onder jongeren bij het beschouwen van een depressie?*

2. Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de deelvraag: ‘*Welke kenmerken horen bij een biomedische visie/model?*’ Allereerst wordt een kritische blik geworpen op een (bio)medische visie en wordt besproken waarom deze visie niet altijd volstaat bij het beschouwen van psychische aandoeningen zoals een depressie. Daarna wordt uitgelegd wat er wordt bedoeld met een (bio)medische visie, welke oorzaken ten grondslag liggen aan een depressie volgens een (bio)medische visie, op welke manier een depressie wordt geclassificeerd binnen een (bio)medisch model en welke vormen van behandeling worden ingezet bij een (bio)medische visie.

2.1 De opkomst en (on)wenselijkheid van een (bio)medisch perspectief

Binnen de psychiatrie is geen consensus over de etiologie van verschillende psychiatrische aandoeningen. De DSM-5 is nog steeds hoofdzakelijk gericht op het classificeren van symptomen en is er nog altijd niet in geslaagd om de oorzaken van de ontwikkeling van psychische aandoeningen aan te tonen (Ogasawara et al., 2018). Binnen de geestelijke gezondheidszorg is regelmatig sprake van een (bio)medische visie op psychische problematiek.

De opkomst van antidepressiva, rond de tijd dat de DSM III verscheen, maakte het testen van effectiviteit noodzakelijk. Hiervoor was financiering nodig vanuit zorgverzekeraars, die eisten dat de effectiviteitsonderzoeken goed zouden verlopen. Het was daarom van belang dat er werd getest op een groep mensen met dezelfde diagnose, met als doel om de diagnostiek te standaardiseren en een groep symptomen onder dezelfde ziektenaam te kunnen weergeven (Dehue, 2008). Dit heeft een belangrijke impuls gegeven aan de (bio)medische kijk op psychische klachten, omdat het classificeren op basis van symptomen die bij elkaar worden opgeteld kan lijden tot een individualistische kijk op stoornissen en het negeren van contextuele factoren die bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie (Vanheule, 2014).

Een andere belangrijke rol die zorgverzekeraars hebben gespeeld in de opkomst van het medicaliseren, is dat zij een systeem hebben opgezet waarin zorgprofessionals betaald krijgen voor behandeling, en niet voor het voeren van een gesprek. Om die reden worden zorgprofessionals zoals psychologen ook opgeleid om zorg te verlenen, waarbij geen aandacht is voor demedicaliseren (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017).

Daarnaast speelt ook de farmaceutische industrie een rol in de groei van een (bio)medisch perspectief (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). In de zoektocht naar een beter begrip van psychische stoornissen heeft de farmaceutische industrie aanzienlijke investeringen gedaan in hersenonderzoek, met de belofte om de specifieke oorzaken van deze stoornissen te ontdekken. Echter, volgens Insel (2009) en Frances & Widiger (2012), is de industrie niet in staat geweest om concrete oorzaken van psychische stoornissen te vinden in de hersenen of genetische factoren. Om die reden

doet de DSM geen uitspraak over oorzaken van aandoeningen, maar in de praktijk gebeurt dit wel regelmatig. Hierin wordt de naam van de stoornis, in dit geval depressie, als oorzakelijke entiteit aangewezen, in plaats van slechts een benaming voor een set symptomen (Dehue, 2008). Deze vorm van reïficatie is een veel voorkomend probleem binnen de psychiatrie (Te Meerman et al., 2022). Een set symptomen krijgt binnen de psychiatrie een naam toegekend, bijvoorbeeld een depressie. Hierdoor krijgt deze benaming onterecht de status van een entiteit welke de stoornis zou veroorzaken (Hyman, 2010). Dit is deels te wijten aan het taalgebruik dat door zorgprofessionals wordt gehanteerd in het werkveld. Bijvoorbeeld het stellen dat mensen een psychische aandoening, zoals bijvoorbeeld AttentionDeficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), hebben, in plaats van benoemen dat mensen bepaalde gedragingen laten zien die voldoen aan de criteria van ADHD volgens een zorgprofessional (Hyman, 2010; Te Meerman et al., 2022).

Behalve het stuk “naming versus explaining” heeft Dehue nog meer kritiek op het gebruik van hersenonderzoek bij het begrijpen van een depressie. De complexiteit van een depressie kan niet volledig begrepen worden door alleen te kijken naar biologische factoren (Dehue, 2008). Ook de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving stelt dat een strikt medisch perspectief niet altijd volstaat en te beperkend kan zijn. Maatschappelijke factoren, zoals verwachtingen vanuit de maatschappij en vanuit de jeugdige zelf, blijven hierdoor buiten beschouwing bij het classificeren en behandelen van depressieklachten (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017).

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving adviseert dan ook om daarnaast andere perspectieven in acht te nemen bij het beschouwen van depressieve klachten. Hierbij kunnen jongeren bijvoorbeeld elkaar opzoeken, door bijvoorbeeld op middelbare scholen stress en problemen tijdens verschillende levensfasen bespreekbaar te maken (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Ook zou een perspectief waarin naast eventuele biologische factoren ook contextuele factoren zoals stressvolle levensgebeurtenissen kunnen leiden tot depressieklachten in acht kunnen worden genomen. Uit onderzoek blijkt dat dit soort factoren bijdragen aan het ontwikkelen van een depressie (Kendler et al., 1999). Ook maatschappelijke factoren kunnen een rol spelen bij het ontwikkelen van depressieve klachten. Zo is bijvoorbeeld het gebruik van sociale media een factor die geassocieerd wordt met het ontwikkelen van een depressie (Haidt & Allen, 2020). Mogelijk heeft dit te maken met het vertekend beeld dat jeugdigen krijgen door sociale media, omdat men veelal alleen de positieve, leuke kanten van hun leven deelt (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Daarnaast krijgen jeugdigen te maken met hooggespannen verwachtingen vanuit ambitie, onzekerheid en keuzedruk, terwijl hun identiteitsvorming nog niet is voltooid. Deze verwachtingen worden dan nog eens versterkt door sociale media, wat kan leiden tot depressieklachten. Dit maakt dat het belangrijk is om niet slechts binnen het individu te zoeken naar de oorzaak en de oplossing van depressieklachten, maar dat een meer brede visie soms beter past (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017).

2.2 Een (bio)medisch perspectief

Met de (bio)medische visie wordt in dit onderzoek gerefereerd naar de visie op psychische aandoeningen, waarbij de nadruk wordt gelegd op de biologische en fysiologische aspecten van de aandoening. Deze visie impliceert dat psychiatrische aandoeningen, zoals een depressie, hoofdzakelijk veroorzaakt worden door biologische factoren, zoals genetica of de chemie in de hersenen (Rose, 2018). Hiermee wordt dus gesteld dat een depressie een biologische oorzaak zou hebben, welke geworteld zit in het brein (Deacon, 2013). Over de precieze definitie van het concept “gezondheid” is wereldwijd geen consensus (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019). Het (bio)medische model stelt dat gezondheid een dynamische balans betreft tussen drie verschillende factoren: het lichaam, de omgeving en ziektekiemen (De Goede & De Goede, 2021). Een onbalans tussen de factoren zouden leiden tot een staat van ziekte.

De meest bekende en meest gebruikte definitie van stemmingsstoornissen in de psychiatrie kent (bio)medische aspecten. Volgens de American Psychiatric Association kenmerkt een stemmingsstoornis zich door middel van fysieke en psychische verschijnselen binnen het individu. Hierin worden allereerst biologische factoren genoemd die een rol kunnen spelen bij een depressie, zoals een neurochemische disbalans. Daarnaast is er binnen de definitie van de American Psychiatric Association aandacht voor psychologische en sociale factoren (American Psychiatric Association, 2015). Er is echter geen sprake van maatschappelijke factoren waarvan de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) stelt dat deze een belangrijke rol kunnen spelen in de prevalentie van stemmingsstoornissen. De definitie van de American Psychiatric Association kent een individuele benadering van stemmingsstoornissen. Veelal wordt depressie in een (bio)medisch perspectief gezien als een probleem dat veelal biologisch van aard is en binnen het individu ligt (Delespaul et al., 2016; Raad van Volksgezondheid en Samenleving, 2017).

Een stemmingsstoornis kan twee vormen aannemen. Allereerst de depressieve stoornissen, ook wel unipolaire depressie. Daarnaast bestaan de bipolaire stoornissen, welke vroeger manisch-depressieve stoornis werd genoemd (American Psychiatric Association, 2015). In dit onderzoek ligt de focus op de unipolaire depressie.

2.2.1 Oorzaken van een depressie volgens een (bio)medisch perspectief

In een (bio)medisch perspectief worden de symptomen van een psychische aandoening toegeschreven aan een biologische oorzaak. Dit perspectief impliceert hiermee dat er geen betekenisvol onderscheid te maken is tussen fysieke en psychische aandoeningen (Andreasen, 1984). In het geval van een depressie worden de symptomen, zoals somberheid of lusteloosheid,

toegeschreven aan een disbalans in de chemicaliën in het brein (Rose, 2018). Binnen dit perspectief wordt depressie gezien als oorzaak van de symptomen. Volgens de monoamine-theorie zou er een tekort aan beschikbaarheid van monoaminen, zoals bijvoorbeeld serotonine, in het brein depressieve klachten veroorzaken (Mulinari, 2012; Hasler, 2010). Echter is er nooit overtuigend bewijs gevonden voor de monoamine-hypothese, specifiek gezien een serotonine-tekort, bij psychische stoornissen (Lacasse & Leo, 2005).

Een kanttekening die geplaatst moet worden bij de veronderstelde biologische oorzaken van depressie, is dat deze biologische processen ook “normale” gedragingen veroorzaken, zoals verdriet na het verliezen van een geliefde (Horowitz & Wakefield, 2007). Hiermee wordt in de DSM-5 dus geen onderscheid gemaakt in biologische oorzaken voor depressie en voor een als “normaal” verondersteld rouwproces na het verliezen van een belangrijke andere.

Een (bio)medische visie impliceert dat er specifieke biomarkers bestaan, welke een depressie zou veroorzaken. Hier is echter geen wetenschappelijk bewijs voor gevonden (American Psychiatric Association, 2013; Hasler, 2010). In de DSM-5 wordt gesteld dat depressie een erfelijkheidsfactor van ongeveer 40% heeft, wat het zou betekenen dat depressie een hoge mate van erfelijkheid behelst (American Psychiatric Association, 2015). Uit familie-, tweelingen- en adoptiestudies is gebleken dat een depressie bijna geheel is toe te schrijven aan genetische factoren, terwijl het sociale gedrag van ouders en andere omgevingsfactoren als onbelangrijk worden gezien in de pathogenese van depressie (Sullivan et al., 2000). Dit onderzoek van Sullivan et al. (2000) stelt dat volgens een (bio)medische visie de focus van behandeling hier dan ook niet zou moeten liggen. Echter is er geen betrouwbaar bewijs gevonden voor een risico-gen of een risicovolle genetica-omgeving interactie (Hasler, 2010).

Ook speelt gender volgens een (bio)medische visie een grote rol in het voorkomen van depressie. Gemiddeld genomen krijgen vrouwen vaker te maken met een depressie dan mannen, wat vanuit een (bio)medisch perspectief verklaard zou kunnen worden door hormonale verschillen (Hammen & Watkins, 2018).

2.2.2 Classificering volgens een (bio)medisch perspectief

Bij een (bio)medische visie wordt een classificatie van een depressie vaak gesteld op basis van de DSM-5. Dit boek impliceert een “checklist-based” aanpak (Vanheule, 2014). Deze aanpak stelt dat een classificatie van een depressie gesteld kan worden op basis van een soort lijst met verschillende symptomen. Ten minste één van de volgende kernsymptomen is aanwezig geweest en vertegenwoordigt een verandering ten opzichte van eerdere functionering. Eén van de symptomen is ofwel (1) een depressieve stemming of (2) verlies van interesse of plezier. Daarnaast moeten er dus nog minstens drie of vier van de volgende symptomen aanwezig zijn (American Psychiatric Association, 2015; Vandermeulen & Derix, 2015):

- Verandering van gewicht of eetlust;
- Slapeloosheid of toegenomen slaapbehoefte;
- Psychomotore agitatie of remming;
- Moeheid of verlies van energie;
- Gevoelens van waardeloosheid of schuld;
- Verminderde concentratie of besluiteloosheid;
- Terugkerende gedachten aan de dood.

De symptomen moeten minstens twee weken, en ook in dezelfde twee weken, aanwezig zijn en een duidelijk leiden of beperkingen in het functioneren veroorzaken. Daarnaast kan de classificatie niet worden gesteld als de symptomen beter te verklaren zijn door middelengebruik of een andere medische aandoening. Verder noemt de APA dat men voorzichtig moet zijn met het stellen van een classificatie van depressie na een significant verlies, zoals het verlies van een geliefde, een serieuze medische aandoening of een forse financiële tegenvaller (American Psychiatric Association, 2015).

Sinds de DSM IV wordt er geclassificeerd volgens het “checklist-principe”, welke zich richt op de symptomen als losstaand. In deze benadering wordt geen rekening gehouden met hoe deze symptomen aan elkaar gerelateerd zouden zijn (Vanheule, 2014). Hiermee impliceert deze checklist-benadering dat deze diagnostische criteria onafhankelijk zijn van elkaar en dus ook additief (Vanheule, 2014). Dit reflecteert zich in de opbouw van de diagnostische criteria en in hoeverre deze aanwezig moeten zijn om een classificatie te kunnen stellen. Dit checklist-principe is relatief nieuw binnen de psychiatrie, aangezien er in de DSM-III gewerkt werd met prototypes. Het ging om narratieve beschrijvingen van diverse psychische stoornissen, aan de hand waarvan de classificatie werd gesteld (Vanheule, 2014). Het verschil tussen deze prototype-benadering en de checklist-benadering is dat de prototype-benadering zich meer richt op een verzameling kenmerken. Deze worden niet los van elkaar onderzocht, maar als een soort patroon welke invloed heeft op het functioneren (Vanheule, 2014). Vanheule (2014) geeft als kritiek op deze checklist-benadering, dat er geen aandacht is voor de individuele complexiteit van psychische problemen en contextuele factoren die bijdragen aan het ontwikkelen van depressieve klachten. Het kan leiden tot overdiagnose van depressie en de focus wordt verschoven van de persoon als geheel naar het afvinken van een lijst symptomen.

2.2.3 Behandeling van een depressie volgens een (bio)medisch perspectief

2.2.3.1 Farmacologische behandeling

Door de grote nadruk op genetische oorzaken van depressie binnen een (bio)medisch perspectief zijn mensen sneller geneigd om hulp te zoeken in individueel gerichte, biologische interventies zoals medicatie (Phelan et al., 2006; Delespaul et al., 2016). Het doel van onderzoek naar

behandeling is ook om somatische therapieën of medicatie te ontwikkelen om de veronderstelde biologische problemen aan te pakken die ten grondslag liggen aan depressie (Deacon, 2013).

Gemiddeld genomen zijn antidepressiva zoals Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI's) effectief in het verminderen van symptomen van depressie en het verbeteren van de kwaliteit van leven bij de meeste mensen, waaronder ook kinderen en adolescenten (Nierenberg et al., 2008; Cheung et al., 2005). Er zou dus geconcludeerd kunnen worden dat antidepressiva effectief zijn in het verminderen van symptomen van depressie. Wel worden hierdoor onterecht aannames gemaakt, onder andere door farmacoloog Jerrold Bernstein (1984), waarbij medicatie wordt aangeduid als verklaring voor de oorzaken van psychische stoornissen. Het feit dat behandeling effectief kan zijn, betekent echter niet automatisch dat er sprake is van causaliteit (Cohen, 1993).

Een kanttekening bij de effectiviteit die gevonden is bij de antidepressiva, is dat er in de publicatiewereld veelal sprake is van een zogenoemde 'publication bias'. Een meta-analyse van Turner et al. (2008) stelt dat studies over antidepressiva met positieve resultaten over de effectiviteit zestien keer vaker gepubliceerd werden dan studies met negatieve resultaten over de effectiviteit. Daarnaast is er uit een meta-analyse van Pigott et al. (2010) gebleken dat antidepressiva niet beter werken dan placebo's. Zeker bij jongeren wordt het direct starten met medicatie voor depressie afgeraden. Er is weinig onderzoeksdata bekend over het effect van antidepressiva bij jongeren, terwijl het risico op overdosering hoog is en het suïciderisico kan toenemen bij medicatiegebruik (Meeuwissen et al., 2021).

2.2.3.2 Psychologische behandeling

Er zijn verschillende vormen van psychologische behandeling die vanuit een (bio)medisch perspectief ingezet kunnen worden. De meest bekende en meest gebruikte vorm van psychologische interventie bij depressie is de cognitieve gedragstherapie. Deze vorm van behandeling gaat uit van denkfouten, welke leiden tot de depressieve klachten (Grave & Blissett, 2004). Om deze denkfouten te corrigeren, wordt cognitieve herstructurering ingezet. Er is bewijs geleverd voor de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij het behandelen van een depressie (Auerbach et al., 2016).

De farmacologische en psychologische behandelingen worden vaak naast elkaar ingezet, omdat behandeling met slechts medicatie niet leidt tot een vermindering van de prevalentie van depressie en het combineren van medicatie met psychologische interventies leidt tot betere uitkomsten dan de medicatie alleen (Fisher, 2021; Maalouf & Brent, 2012). Echter is een kanttekening hierbij dat er veel studies met tegenstrijdige bevindingen zijn gedaan naar de effectiviteit van medicatie, psychotherapie en een combinatie daarvan. Zo vonden Cox et al., (2014) en Dongfeng et al. (2014) een groter effect van medicatie dan van cognitieve gedragstherapie, maar vonden Singh en Reece (2013) juist gelijke effecten. Er is dus geen consensus over de mate van effectiviteit van medicatie, cognitieve gedragstherapie en de combinatie van beide.

Een overeenkomst tussen beide vormen van behandeling ligt in het individuele stuk. Veelal wordt bij depressie een individueel gerichte vorm van behandeling ingezet (Delespaul et al., 2016). Deze individueel gerichte behandelingen laten weinig ruimte over voor eventuele maatschappelijke factoren die bij kunnen dragen aan depressieve klachten. Het probleem en de oplossing worden hierin gezocht binnen het individu.

Het behandelen met medicatie wordt geassocieerd met een lager waargenomen effect van psychologische interventies door de patiënt zelf (Phelan et al., 2006). Daarnaast leidt het hanteren van een (bio)medische visie op behandeling tot een toename van hulpeloosheid en een afname van zelf-effectiviteit bij de patiënt (Rusch et al., 2009).

Al met al lijkt vanuit een (bio)medisch perspectief de oorzaak van een depressie als een probleem beschouwd binnen het individu en wordt de oplossing in een individuele, biologische remedie gezocht. Er is weinig aandacht voor contextuele of maatschappelijke factoren die zouden kunnen bijdragen aan het ontstaan van een depressieve stoornis (Raad van Volksgezondheid en Samenleving, 2017). De checklist-benadering van de DSM-5 draagt hieraan bij door de focus te leggen op het afvinken van symptomen bij het individu, waardoor geen aandacht is voor contextuele factoren (Vanheule, 2014).

3. Methode

3.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoeksdesign betreft een kwalitatief beschrijvend onderzoek in de vorm van een snapshot studie, omdat het de huidige stand van zaken wat betreft het voorkomen van een (bio)medische visie op TikTok in kaart brengt en beschrijft (Flick, 2018). Het onderzoek heeft gebruik gemaakt van een kwalitatieve inhoudsanalyse (ook wel Qualitative Content analysis). Door middel van dit onderzoeksdesign zal antwoord worden gegeven op de onderzoeksvraag: *In hoeverre hanteren jongeren een (bio)medische visie op depressie in hun TikTok-video's?*

In dit onderzoek is deductief gewerkt, omdat de gevonden informatie uit de TikTok-video's getoetst is aan de hand van in wetenschappelijke literatuur gestelde criteria voor een biomedische visie. Daarnaast is er inductief gewerkt, omdat er mogelijk andere alternatieven op een (bio)medische visie naar voren konden komen tijdens het analyseren van de data. De eerste deelvraag *“Welke criteria horen bij een biomedische visie/model?”* is te beschouwen als deductief, omdat de informatie gehaald wordt uit bestaande wetenschappelijke literatuur. De tweede deelvraag *“Welke visies, of combinaties van visies, zijn er onder jongeren bij het beschouwen van een depressie?”* is inductief, omdat de informatie gehaald wordt uit de data zelf. Bij deze vorm van onderzoek is steeds teruggekeken naar de data, om zo tot nieuwe categorieën te komen.

De kwalitatieve inhoudsanalyse was een geschikt instrument voor dit onderzoek, omdat het de mogelijkheid biedt om zowel deductief als inductief te werken (Schreier, 2012). Hiermee kon de hoofdvraag goed worden beantwoord, omdat er zowel naar de data als naar literatuur zal moeten worden gekeken. Verder stelt Schreier (2012) dat de kwalitatieve inhoudsanalyse meer ruimte laat om op uitgebreide wijze de data te bestuderen en analyseren. Voor het analyseren van de data en het beantwoorden van de hoofdvraag is enige interpretatie van de data nodig. Kwalitatieve inhoudsanalyse is een methode om inzicht te krijgen in betekenissen en interpretaties van de data, door middel van het categoriseren van de inhoud (Schreier, 2012).

3.2 Onderzoekspopulatie

Dit onderzoek heeft zich gericht op jongeren tussen de 16 en 25 jaar¹ die video's maken en posten op TikTok over een depressieve stoornis. De steekproef werd geselecteerd op basis van de convenience-sample, waarin de eerste honderd video's die voldeden aan de inclusiecriteria zijn geselecteerd toen ze naar voren komen bij het zoeken met de hashtag 'Depression' (Flick, 2018).

¹ De hoofdonderzoeker is nog in gesprek met de Ethische commissie over het al dan niet includeren van minderjarigen. De EC heeft reeds toestemming verleend voor het voorzetten van dit onderzoek, onder voorwaarde dat hier overeenstemming over wordt gevonden.

3.3 Dataverzameling

De data bestaan uit honderd TikTok-video's. Deze zijn gevonden door de hashtag "Depression" (#Depression) op TikTok als zoekterm te gebruiken. De eerste honderd video's die voldoen aan de inclusiecriteria zijn geselecteerd om te analyseren in dit onderzoek.

De video's die gevonden zijn aan de hand van de hashtag werden geanalyseerd en geselecteerd op basis van de volgende inclusie- en exclusiecriteria:

Tabel 1: In- en exclusiecriteria

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Er moet in de video geschreven of gesproken tekst voorkomen.	De video is gemaakt door een zorgprofessional
De geschreven of gesproken tekst moet in de Nederlandse of de Engelse taal zijn	De video is in een andere taal dan Nederlands of Engels.
De video moet gaan over depressie.	Geen geschreven of gesproken tekst over depressie.
	Dubbele links naar video's.

Alle video's die op basis van de hashtag verschenen en niet aan de bovenstaande criteria voldoen, zijn uitgesloten van het onderzoek. Na het verzamelen van de video's is de gesproken en geschreven tekst gezamenlijk met een medestudent getranscribeerd.

De hyperlinks naar de geselecteerde video's zijn opgeslagen in een document dat op de y-schijf van de Rijksuniversiteit Groningen is gezet, zodat deze later terug te halen zijn voor het onderzoek of voor vervolgonderzoek. Dit is in lijn met de richtlijnen die zijn uitgezet door de ethische commissie voorafgaand aan de start van het onderzoek. Bij het gebruiken van de video's zijn namen of andere persoonsgegevens van de maker geanonimiseerd of weggelaten. De data die verzameld werden vanuit de video's blijven na afloop van het onderzoek nog minimaal tien jaar gewaard binnen de digitale opslag van de Rijksuniversiteit Groningen ter verantwoording van de onderzoeksresultaten en de replicerbaarheid van het onderzoek.

3.4 Onderzoeksinstrument

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een codeerschema om de data te categoriseren. Hierin konden zowel de strategie van concept-driven als data-driven worden ingezet bij het opbouwen van het codeerschema. Het concept-driven codeerschema is opgesteld aan de hand van de gevonden

kenmerken van het biomedische model uit het theoretisch kader, wat aansluit bij de concept-driven strategie. Dit is in lijn met de ‘Grounded theory’, waarin categorieën worden opgebouwd aan de hand van theorie uit de literatuur (Schreier, 2012). Categorieën zijn ook toegevoegd in het codeerschema tijdens het analyseren van de data, als er bijvoorbeeld een nieuw thema werd gevonden dat meermaals terugkwam in de dataset, wat aansluit bij de data-driven strategie.

Het codeerschema is dus gebaseerd op de literatuur over een (bio)medische visie op psychische stoornissen en op de thema’s die terugkomen in de data zelf. Het concept-driven schema bestaat uit vier categorieën, namelijk: Individuele opvatting in een (bio)medisch perspectief, de oorzaken volgens een (bio)medisch perspectief, classificering volgens een (bio)medisch perspectief en behandeling volgens een (bio)medisch perspectief. Het data-driven schema bestaat uit vier categorieën, namelijk: alternatieve (bio)medische oorzaken, contextuele factoren, alternatieve classificering en alternatieve behandeling. De categorieën zijn gesplitst in acht subcategorieën.

3.5 Data-analyse

Het onderzoek betrof een kwalitatieve inhoudsanalyse, waarbij gebruik is gemaakt van het boek *Qualitative Content Analysis in Practice* (Schreier, 2012). De data voldeden aan de kenmerken die passen bij een kwalitatieve inhoudsanalyse. Het gaat om data waarbij enige interpretatie nodig is van de inhoud in een natuurlijke setting, waarin de onderzoek setting niet wordt gemanipuleerd door de onderzoeker(s) (Schreier, 2012). Daarnaast was er sprake van flexibiliteit, omdat er tijdens het coderen ruimte was voor het aanpassen van het codeerschema toen er vanuit de data nieuwe codes naar voren kwamen (Schreier, 2012).

Tijdens het analyseren van de data is gekeken in hoeverre de kenmerken van een (bio)medisch perspectief terugkwamen in de video’s. Er is gewerkt met het programma Atlas TI om de getranscribeerde teksten uit de video’s te kunnen voorzien van codes, om te kunnen stellen of de inhoud van de video overeenkomt met één of meer kenmerken van een (bio)medische visie op depressie. Tijdens het analyseren van de video’s is gekeken naar eventuele alternatieven op een (bio)medische visie op depressie, zodat deze konden worden toegevoegd aan het codeerschema.

3.6 Betrouwbaarheid en validiteit

Om betrouwbaarheid van het onderzoek te kunnen waarborgen zijn een aantal video’s blind doorgestuurd naar een medestudent, om te zien of het coderen van de video’s overeenkwam. Als er grote verschillen naar voren zouden komen, kon hierover in gesprek worden gegaan om de verschillen te bespreken en tot een consensus te komen. Enkele coderingen verschilden tussen de hoofd- en proefcodeur. Na het bespreken van deze verschillen zijn beide codeurs tot een consensus gekomen

over de verschillende coderingen. Er was dus sprake van volledige consensus tussen de hoofd- en proefcodeur.

Om de validiteit van het onderzoek te kunnen waarborgen, worden de stappen van de analyse zorgvuldig vastgelegd. Er wordt gebruik gemaakt van triangulatie, door inductief en deductief werken te combineren en zo de validiteit van het onderzoek te kunnen verhogen (Schreier, 2012).

4. Resultaten

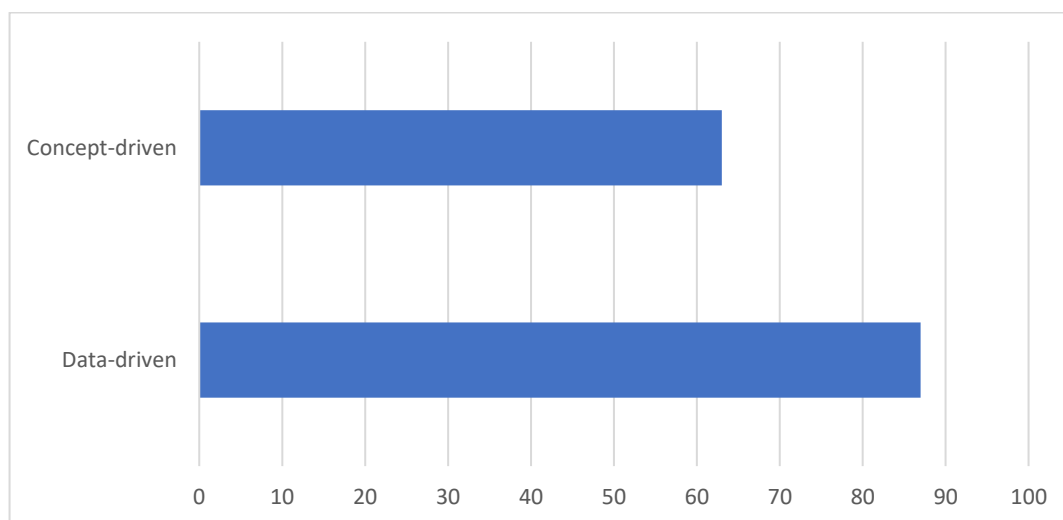
Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de kwalitatieve inhoudsanalyse. Allereerst worden algemene bevindingen beschreven en wordt een overzicht geboden van alle resultaten. Vervolgens worden de bevindingen vanuit het concept-driven codeerschema beschreven, welke relevant zijn voor het beantwoorden van de hoofdvraag: *In hoeverre schrijven jongeren symptomen van depressie toe aan een biomedische kijk op psychische stoornissen in hun TikTok-video's?* Tot slot worden de bevindingen vanuit het data-driven codeerschema beschreven, welke relevant zijn voor het beantwoorden van de tweede deelvraag: *Welke alternatieven zijn er onder jongeren bij het beschouwen van een depressie?*

4.1 Algemene resultaten

De dataset die geanalyseerd is bestaat uit honderd TikTok-video's die verkregen zijn door middel van een 'convenience sample'. De inhoud van de video's is getranscribeerd en daarna voorzien van codes. Er zijn in totaal 150 passages uit de dataset geselecteerd en van één van de codes voorzien. Vier verschillende categorieën zijn opgesteld voorafgaand aan het analyseren van de data, dit is het concept-driven codeerschema. Deze categorieën zijn opgesteld aan de hand van literatuuronderzoek naar de kenmerken van een (bio)medische visie op depressie. Tijdens het analyseren van de data zijn relevante thema's geselecteerd, welke vaker terugkwamen in de dataset. Hieruit is het data-driven codeerschema opgesteld, welke bestaat uit vier categorieën. In totaal zijn er 63 passages gecodeerd onder het concept-driven codeerschema. Er zijn 87 passages gecodeerd onder het data-driven codeerschema. In figuur 1 is een overzicht te zien van de prevalentie van beide codeerschema's in de dataset.

Figuur 1

Aantal passages per codeerschema

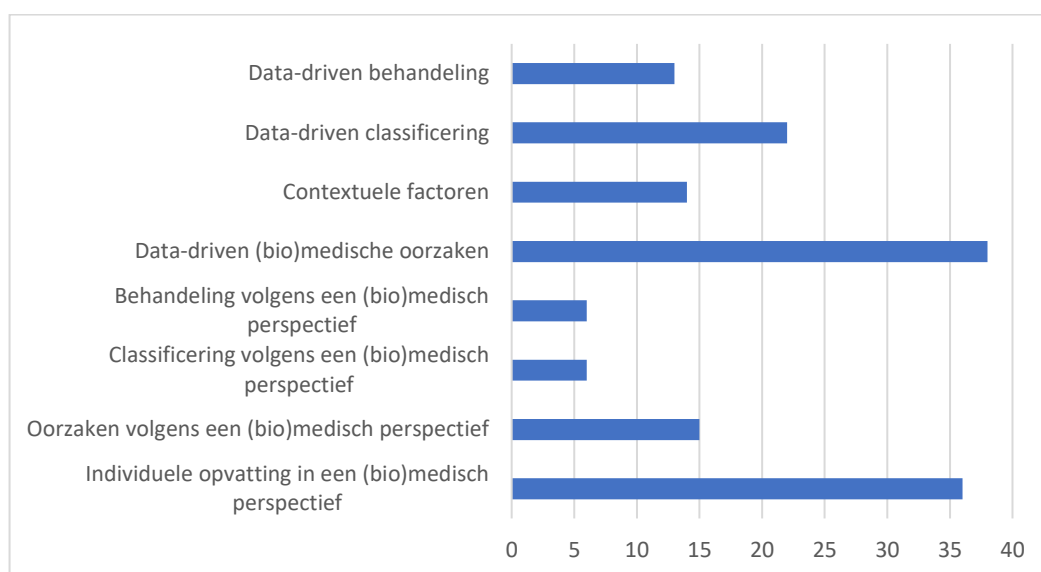


Deze codeerschema's zijn onderverdeeld in verschillende hoofdcategorieën. Het concept-driven codeerschema bestaat uit vier hoofdcategorieën: *Individuele opvatting in een (bio)medisch perspectief*, *Oorzaken volgens een (bio)medisch perspectief*, *Classificering volgens een (bio)medisch perspectief* en *Behandeling volgens een (bio)medisch perspectief*. Het data-driven codeerschema bestaat uit vier hoofdcategorieën: *Data-driven (bio)medische oorzaken*, *Contextuele factoren*, *data-driven classificering* en *data-driven behandeling*.

In figuur 2 is een overzicht te zien van de prevalentie van de hoofdcategorieën van beide codeerschema's in de dataset.

Figuur 2

Aantal passages per hoofdcategorie



De hoofdcategorieën zijn onderverdeeld in verschillende subcategorieën. Van het concept-driven codeerschema is de hoofdcategorie *Oorzaken volgens een (bio)medisch perspectief* is opgedeeld in drie subcategorieën. De hoofdcategorie *Behandeling volgens een (bio)medisch perspectief* is opgedeeld in twee subcategorieën. Van het data-driven codeerschema is de hoofdcategorie *Data-driven (bio)medische oorzaken* opgedeeld in acht subcategorieën.

In totaal zijn de meeste passages gecodeerd onder het data-driven codeerschema. Van de honderd TikToks zijn er 75 passages gecodeerd met dit schema. Er zijn in totaal 63 passages gecodeerd met het concept-driven codeerschema. Belangrijk om te vermelden is dat sommige passages pasten bij meerdere categorieën, waardoor deze passages meerdere coderingen hebben gekregen. Hierna volgt een meer gedetailleerde beschrijving van de codeerschema's en de prevalentie van de verschillende hoofd- en subcategorieën. Elke video heeft slechts één keer dezelfde codering gekregen,

dus het aantal passages dat vermeld wordt per categorie is gelijk aan het aantal video's waarin de categorie voorkwam.

4.2 Concept-driven categorieën

Deze paragraaf bevat alle resultaten van de concept-driven categorieën uit het codeerschema. Deze resultaten zijn relevant voor het beantwoorden van de hoofdvraag. Het gaat om de categorieën 'Individuele opvatting in een (bio)medisch perspectief', 'Oorzaken volgens een (bio)medisch perspectief', 'Classificering volgens een (bio)medisch perspectief' en 'Behandeling volgens een (bio)medisch perspectief'. De categorie 'algemene factoren in een (bio)medisch perspectief' is het meest gevonden in de dataset, gevolgd door 'oorzaken volgens een (bio)medisch perspectief', 'behandeling volgens een (bio)medisch perspectief' en 'classificering volgens een (bio)medisch perspectief'.

4.2.1 Individuele opvatting in een (bio)medisch perspectief

In deze categorie gaat het om de individuele opvatting van de oorzaken en oplossingen van een depressie. Hierin wordt er dus nadrukkelijk geen rekening gehouden met eventuele maatschappelijke of contextuele factoren. In totaal zijn er zesendertig passages gecodeerd die voldoen aan de individuele opvatting van depressie. Voorbeelden van zulke passages zijn:

“One of the ways that I understand depression, is that you develop a fixed set of thinking patterns and beliefs about yourself, and you essentially get stuck in that loop and you replay the same narrative, the same story, the same horrible self-critical thoughts, and it triggers the same archetypal emotions of depression, like low mood, lack of motivation, resentment, loss of interest, and you get caught up in that.” [3]

“So this is a reframe in the way that we look at one of the most disabling conditions on earth right now. There's a lot that we can do through our lifestyle choices to potentially help prevent and even manage depression.” [31]

“It takes more power to keep a light on, you know, but I think I have to try, because no one's going to get me out of this but me.” [40]

Aan de passages is te zien of ze individueel gericht zijn als er een duidelijke verwijzing wordt gemaakt naar de individuele oorzaak of oplossing voor een depressie. In de bovenstaande passages worden verwijzingen gemaakt naar dat de oorzaak van een depressie binnen het individu ligt, bijvoorbeeld door denkpatronen. Daarnaast wordt de oplossing van een depressie binnen het individu

gezocht. Dit is onder andere te zien aan dat er benoemd wordt dat depressie voorkomen of gestuurd kan worden met levenskeuzes en dat er benoemd wordt dat men zichzelf alleen kan helpen.

4.2.2 Oorzaken volgens een (bio)medisch perspectief

De categorie ‘Oorzaken volgens een (bio)medisch perspectief’ is opgesplitst in drie subcategorieën: ‘Chemicaliën in het brein’, ‘Gender’ en ‘Genetische aspecten’. In totaal zijn er zestien passages gecodeerd onder deze categorie.

4.2.2.1 Chemicaliën in het brein

In totaal zijn er zeven passages gecodeerd onder de subcategorie ‘Chemicaliën in het brein’. Deze code werd toegekend als er in de transcripten naar voren kwam dat er bij een depressie sprake is van een disbalans onder chemicaliën in het brein. Kernwoorden hiervoor zijn *“Chemical imbalance”* of *“Hormone imbalance”*. Voorbeelden van zulke passages zijn:

“Are my hormones making me depressed? Hormone imbalances could affect mood disorders.”
[9]

“When neurotransmitter production is in good shape, your brain receives these positive messages loud and clear and your emotions reflect it. When production goes away, so might your mood.” [8]

“Five reasons you’re depressed: 1. You have a chemical imbalance in your brain...” [4]

In de passages wordt benoemd dat een disbalans in de chemicaliën in het brein een reden is dat men depressief is. Zo wordt er genoemd dat wanneer de neurotransmitterproductie stil komt te liggen, dit effect heeft op de stemming. Ook wordt er verwezen naar een hormonale disbalans, welke invloed hebben op stemmingsstoornissen.

4.2.2.2 Gender

Er is één passage gecodeerd onder de subcategorie ‘Gender’. Deze code werd toegekend als er in de transcripten sprake was van verschil duiden tussen mannen en vrouwen als het aankomt op symptomen van depressie, of als er andere oorzaken worden toegeschreven aan depressie bij mannen en vrouwen. De passage die gecodeerd is onder deze subcategorie is de volgende:

“80% of stress en depression in women is caused by..... overthinking” [5]

Deze passage impliceert dat een depressie bij vrouwen een andere oorzaak heeft dan bij mannen, waardoor het past bij deze subcategorie.

4.2.2.3 Genetische aspecten

In totaal zijn er acht passages gecodeerd onder de subcategorie ‘Genetische aspecten’. Deze code is toegekend wanneer er in de transcripten sprake was van het toeschrijven van een depressie aan erfelijkheid of aan een probleem dat geworteld zit in de genen. Kernwoorden hiervoor zijn “*Family history*” of “*Genetics*”. Voorbeelden van deze passages zijn:

“Most common depression causes:... family history” [2]

“Five reasons you’re depressed: ... You have a family history of depression” [4]

“The root causes of depression... Genetics” [20]

In de passages wordt een depressie toegeschreven aan genetische aspecten en wordt gesteld dat een depressie erfelijk is. Zo wordt een familiegeschiedenis van depressie een oorzaak of reden van depressie is. Daarnaast wordt genoemd dat genetica een oorzaak is van depressie.

4.2.3 Classificering volgens een (bio)medisch perspectief

In totaal zijn er vijf passages gecodeerd onder de categorie ‘Classificering volgens een (bio)medisch perspectief’. Deze code is toegekend als er in de transcripten sprake was van classificering of beschrijving van een depressie op basis van de criteria die gesteld zijn in de DSM-5TR. Deze criteria zijn bijvoorbeeld een depressieve stemming, verlies van interesse en plezier of bijvoorbeeld veranderingen van gewicht en eetlust. Voorbeelden van deze passages zijn:

“Depression symptoms:

- *A low mood*
- *Loss of interest in things you normally enjoy*
- *Changes in appetite*
- *Feeling worthless or excessively guilty*
- *Sleeping either too much or too little*
- *Poor concentration*
- *Restlessness or slowness*
- *Loss of energy*
- *Recurrent thoughts of suicide”* [57]

“3 onverwachtse kenmerken van een depressie:

- *Eetlust (minder of meer trek)*

- *Slaapproblemen (weinig of veel, waardoor je overdag moe bent)*
- *Moeite om te concentreren” [72]*

Aan de passages is te zien of zij onder de categorie “Classificatie volgens een (bio)medisch perspectief” vallen, als de depressie wordt omschreven of geclassificeerd aan de hand van de DSM-5TR. In beide passages wordt een depressie beschreven aan de hand van de symptomen die opgesteld zijn in de DSM-5TR.

4.2.4 Behandeling volgens een (bio)medisch perspectief

De categorie ‘Behandeling volgens een (bio)medisch perspectief’ is opgesplitst in twee subcategorieën: ‘Biologische/medische behandeling’ en ‘Effectiviteit van antidepressiva’. In totaal zijn er zes passages gecodeerd onder deze categorie.

4.2.4.1 Biologische/medische behandeling

In totaal zijn er zes passages gecodeerd onder de subcategorie ‘Biologische/medische behandeling’. Deze code is toegekend aan passages waarin gesproken werd over het ontvangen van biologische/medische behandeling of het aanbevelen van biologische/medische behandeling. Kernwoorden voor deze subcategorie zijn “*Antidepressants*” of “*Pillen*”. Voorbeelden van deze passages zijn:

“So for context: I’ve tried three different kinds of antidepressants.” [3]

“Person 1: Are you still on antidepressants?”

Person 2: Yes I am.” [39]

“For disclosure, I’m taking a medication that is considered an SSRI, so my experience may be different from yours.” [50]

Aan de passages is te zien of zij onder de categorie ‘Biologische/medische behandeling’ vallen, als er sprake is van een verwijzing naar het gebruik of het aanraden van deze vorm van behandeling. In bovenstaande passages is sprake van het gebruiken van antidepressiva, welke onder de biologische/medische behandeling vallen.

4.2.4.2 Effectiviteit van antidepressiva

Er is één passage gecodeerd onder de subcategorie ‘Effectiviteit van antidepressiva’. Passages voldoen aan deze subcategorie als er sprake is van het benoemen van de effectiviteit van het gebruik van antidepressiva zoals SSRI’s. De passage die gecodeerd is onder deze subcategorie is de volgende:

“It’s been four whole month since I’ve started taking antidepressants and it has been absolutely lifechanging.” [50]

In de bovenstaande passage wordt de effectiviteit benoemd van het gebruik van antidepressiva, zo wordt er genoemd dat het nemen van antidepressiva levensveranderend is.

4.3 Data-driven categorieën

Deze paragraaf bevat alle resultaten van de data-driven categorieën uit het codeerschema. Deze resultaten zijn relevant voor het beantwoorden van de tweede deelvraag: *Welke alternatieven zijn er onder jongeren bij het beschouwen van een depressie?* Het gaat om de categorieën ‘Data-driven (bio)medische oorzaken’, ‘Contextuele factoren’, ‘Data-driven classificering’ en ‘Data-driven behandeling’. De categorie ‘Data-driven (bio)medische oorzaken’ is het meest gevonden in de dataset, gevolgd door ‘Data-driven classificering’ en ‘Data-driven behandeling’.

4.3.1 Data-driven (bio)medische oorzaken

De categorie ‘Data-driven (bio)medische oorzaken’ is opgesplitst in acht subcategorieën: ‘Dieet’, ‘Darmproblematiek’, ‘Lichaamsbeweging’, ‘Slaap’, ‘Zonlicht’, ‘Toxines’, ‘Overdenken’ en ‘Chronische stress’. In totaal zijn er 38 passages gecodeerd onder deze categorie. Deze categorie is ontwikkeld om de oorzakelijke factoren van een depressie die niet terugkwamen in de literatuur over een (bio)medisch perspectief, maar wel individueel gericht of biologisch van aard zijn in kaart te kunnen brengen. Passages passen onder deze categorie als de oorzaak van een depressie toegeschreven wordt aan individuele factoren of biologische factoren.

4.3.1.1 Dieet

Acht passages zijn gecodeerd onder de subcategorie ‘Dieet’. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze subcategorie als er gesproken wordt dat een dieet of een tekort aan voedingsstoffen ten grondslag ligt aan een depressie. Kernwoorden zijn “Nutritional deficiencies”, “Diet” of “Unhealthy diet”. Voorbeelden van deze passages zijn:

“Most common depression causes: ... nutritional deficiencies” [2]

“‘Why do I feel so depressed all the time?’ ... Unhealthy diet, you’re eating foods that are damaging your body.” [12]

Aan de passages is te zien of zij onder de subcategorie ‘Dieet’ vallen, als depressie wordt toegeschreven aan een ongezond dieet of tekorten aan voedingsstoffen. De bovenstaande passages laten zien dat deze factoren ten grondslag liggen aan depressieve klachten. Zo wordt er genoemd dat

een tekort aan voedingsstoffen een veel voorkomende oorzaak van depressie is, en dat het eten van ongezonde voeding gevoelens van depressie veroorzaken.

4.3.1.2 Darmproblematiek

Vijf passages zijn gecodeerd onder de subcategorie ‘Darmproblematiek’. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze subcategorie als depressie wordt toegeschreven aan problemen in de darm, zoals een disbalans in de darmen of een zogenoemde “lekkende darm”. Kernwoorden zijn “*Gut imbalances*” of “*leaky gut*”. Voorbeelden van deze passages zijn:

“What are the real root causes of depression?... Gut imbalances + leaky gut. Leaky gut occurs when the lining of the intestines is damaged from stressors or pathogenic overgrowths. When this occurs the junctions in the intestinal lining loosen up, allowing pathogens and proteins to escape into the bloodstream. This process can lead to autoimmune reactions and neuro-degeneration. The Gut-Brain connection is strong, and much of your neurotransmitters like serotonin and dopamine are produced by de GI system. If this system is impaired, so is your neurotransmitter production.” [23]

“Ten root causes of anxiety/depression.... Poor gut health” [25]

Aan de passages is te zien of zij onder de subcategorie ‘Darmproblematiek’ vallen, als er sprake is van een probleem in de darm die ten grondslag ligt aan depressie. Bovenstaande passages schrijven beide een depressie toe aan deze darmproblematiek. Zo wordt er benoemd dat een slechte gezondheid van de darm een oorzaak is van depressie, en dat er een sterke connectie is tussen het brein en de darm; is de darm in slechte gezondheid verkeerd, heeft dit effect op de productie van neurotransmitters.

4.3.2.3 Lichaamsbeweging

Zes passages zijn gecodeerd onder de subcategorie ‘Lichaamsbeweging’. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze subcategorie als er gesproken wordt over een tekort aan lichaamsbeweging dat ten grondslag ligt aan een depressie, of dat een depressie kan worden opgelost met lichaamsbeweging. Kernwoorden zijn “*Physical activity*” of “*Excercise*”. Voorbeelden van deze passages zijn:

“Most common depression causes: ... lack of physical activity” [2]

“Do you have depression?”

Or do you never get sunlight, move your body, validate your emotions, fuel your brain properly, and eat inflammatory foods, live a restless lifestyle, shallow breathe all day, never have boundaries, have poor gut health and don't know how to regulate your body?" [26]

Aan de passages is te zien of zij onder de subcategorie 'Lichaamsbeweging' vallen, als er sprake is van het toeschrijven van depressie aan een tekort aan lichaamsbeweging. In de bovenstaande passages wordt genoemd dat gebrek aan fysieke activiteit een (veel voorkomende) oorzaak is van depressie.

4.3.1.4 Slaap

Drie passages zijn gecodeerd onder de subcategorie 'Slaap'. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze subcategorie als er benoemd wordt dat te weinig of kwalitatief slecht slapen ten grondslag ligt aan een depressie. De volgende twee passages zijn gecodeerd onder deze subcategorie:

"Ten root causes of anxiety/depression... poor sleep" [25]

"You will relieve your depression if you stop taking your sleep for granted. Sleep is a powerful brain detoxifier. When you sleep your brain's job is to remove and drain toxins. And if you keep pushing your sleep aside, scrolling your Instagram and TikTok, you are inhibiting your brains job of removing the toxins that have cumulated during the day. This can lead to an increase of depression, lack of motivation, irritability, anxiousness." [37]

Aan de passages is te zien of zij vallen onder de subcategorie 'Slaap' als depressie wordt toegeschreven aan te weinig of kwalitatief slecht slapen. In de bovenstaande passages wordt genoemd dat slecht of weinig slapen een oorzaak is van depressie.

4.3.1.5 Zonlicht

Zes passages zijn gecodeerd onder de subcategorie 'Zonlicht'. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze subcategorie als er gesproken wordt over dat een gebrek aan zonlicht of tijd in de buitenlucht ten grondslag ligt aan een depressie. Een voorbeeld van zo'n passage is:

"Why do I feel so depressed all the time?' well, you get no sunlight. Sunlight is very important for your health." [12]

Aan de bovenstaande passage is te zien dat gebrek aan zonlicht een oorzaak is van depressieve klachten.

4.3.1.6 Toxines

Drie passages zijn gecodeerd onder de subcategorie ‘Toxines’. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze subcategorie als er gesproken wordt over blootstelling aan bepaalde gifstoffen in de omgeving die ten grondslag liggen aan depressie. Hierbij kan gedacht worden aan lood, of andere stoffen die schadelijk zijn voor het lichaam bij consumptie. Een kernwoord hiervoor is “*Toxins*”. Een voorbeeld van zo’n passage is:

“Ten root causes of anxiety/depression... Oxidative stress (diet, toxins, heavy metals etc.)”
[25]

In de bovenstaande passage wordt gesproken over oxidatieve stress, zoals gifstoffen, wat als één van de oorzaken van een depressie wordt gezien.

4.3.1.7 Overdenken

Drie passages zijn gecodeerd onder de subcategorie ‘Overdenken’. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze subcategorie als er benoemd wordt dat “overdenken” ten grondslag ligt aan een depressie. Deze term is vertaald uit het Engels, waarin gerefereerd wordt naar dat iemand veel in gedachten is en bijvoorbeeld doemscenario’s voorstelt of de interacties met anderen over-analyseert. Een kernwoord is “*Overthinking*”. Een voorbeeld van zo’n passage is:

“Most of the depression is caused by Overthinking” [6]

In de bovenstaande passage wordt overdenken als een oorzaak gezien van depressie.

4.3.1.8 Chronische stress

Drie passages zijn gecodeerd onder de subcategorie “Chronische stress”. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze subcategorie als er wordt gesproken over dat chronische stress ten grondslag ligt aan een depressie. Een voorbeeld van zo’n passage is:

“There is a root cause to every single label that is out there. And the top three things that I see are nutritional imbalances, chronic stress, which has a lot of downstream effects on your adrenals, on your thyroid, on your nervous system, and number three is toxins” [33]

In de bovenstaande passage wordt chronische stress als een indirecte oorzaak gezien van depressie, omdat het een negatief effect heeft op factoren van gezondheid.

4.3.2 Contextuele factoren

Veertien passages zijn gecodeerd onder de categorie ‘Contextuele factoren’. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze categorie als er gesproken wordt over factoren in de omgeving, zoals traumatische gebeurtenissen of een onwenselijke thuissituatie in de jeugd, welke ten grondslag liggen aan een depressie. Kernwoorden zijn *“Life events”* en *“Childhood trauma”*. Voorbeelden van deze passages zijn:

“Five reasons you’re depressed: ...You have a history of childhood trauma” [4]

“If you are feeling depressed, and you have no interest in your life right now: here’s what you should do: I remember a time in my life, it was just after my mother died. This was in highschool. I was so depressed that I would show up to school with my slippers on and my pajamas and just sleep in the class.” [16]

Bovenstaande passages benoemen dat trauma in de kindertijd en factoren in de omgeving, zoals het overlijden van een geliefde, een oorzaak kunnen zijn van depressie of depressieve gevoelens.

4.3.3 Data-driven classificering

Tweeëntwintig passages zijn gecodeerd onder data-driven classificering. Passages voldoen aan de voorwaarden van deze subcategorie als er symptomen worden toegeschreven aan een depressie die niet zijn beschreven in de DSM-5TR. Voorbeelden van zulke passages zijn:

“A day in my life with depression. Can’t get up in the morning. Nauseous all the time. No appetite. “I’m just tired”. Constant headaches. Sad for no reason. Random episodes of sadness. “Depression isn’t a real thing, you’re being dramatic”. Feels like you’re going crazy. Panic attacks from crying too much.” [41]

“What depression can look like.

- *Not wanting to get out of bed*
- *Randomly crying*
- *Not feeling hungry*
- *OR feeling really hungry*
- *Pushing people away*
- *Suddenly feeling really angry*
- *When ur happy ur REALLY happy”* [51]

“What depression can look like

- *Always tired*
- *No concentration*
- *Can't sleep at night*
- *Don't wanna go out*
- *Overthinking*
- *Unclear skin*
- *No more hungry*

You're not alone” [52]

“Yes, this is depression we see on social media.

but depression can also be..

- *Reduction in energy levels*
- *No motivation to shower/brush teeth*
- *Loss of appetite*
- *Reduced ability to concentrate*
- *Detachment from reality” [58]*

In de bovenstaande passages worden symptomen benoemd, zoals verlies van realiteitszin, een onzuivere huid, paniekaanvallen, constante hoofdpijn en plotselinge gevoelens van woede, welke niet zijn omschreven als symptomen van een depressie in de DSM-5TR.

4.3.4 Data-driven behandeling

Er zijn in totaal dertien passages gecodeerd onder data-driven behandeling. Passages voldoen aan de voorwaarden voor deze categorie als er gesproken wordt over het veranderen van gedachten of gedachtepatronen en het veranderen van de gewoontes. Hiermee kan bedoeld worden om positieve gedachtes te stimuleren of andere gewoontes aan te nemen om depressie of depressieve klachten te verhelpen. Kernwoorden zijn *“Lifestyle”* en *“Change”*. Voorbeelden van passages zijn:

“Now the mind is really powerful. What goes on up here, will happen out there. But it starts in your mind, which is terrifying, but also deeply empowering. Because you can change your mind.” [24]

“There's a lot that we can do through our lifestyle choices to potentially help prevent and even manage depression.” [31]

“What helped me was breaking the cycle by tricking my brain and putting it in a situation it was not familiar with” [62]

In de bovenstaande passages wordt nadruk gelegd op de eigen keuzes en gedachten, waarmee een depressie kan worden verholpen. Hierin wordt benoemd dat het veranderen van keuzes op het gebied van levensstijl, maar ook gedachtepatronen kan helpen bij het voorkomen of juist verhelpen van depressieve klachten.

5. Conclusie en discussie

5.1 Conclusie

In dit onderzoek is getracht een antwoord te geven op de onderzoeksvraag: *In hoeverre hanteren jongeren een (bio)medische visie op depressie in hun TikTok-video's?* Hiervoor is een kwalitatieve inhoudsanalyse uitgevoerd op honderd geselecteerde TikTok-video's, waarin gekeken werd in hoeverre de kenmerken van een (bio)medisch perspectief op depressie terugkwamen. Allereerst volgt een korte weergave van de bevindingen, waarna deze geïnterpreteerd worden en gekoppeld worden aan literatuur.

Wat betreft de oorzaken van een depressie wordt in de data veelal verwezen naar (bio)medische oorzaken en slechts minimaal naar contextuele factoren. Deze individueel gerichte oorzaken zijn soms biologisch van aard, zoals gezondheidsproblemen in de darmen, of niet per se biologisch van aard, zoals gebrek aan bewegen. Als het gaat om contextuele oorzaken van depressie wordt voornamelijk verwezen naar problemen op microniveau, zoals jeugdtrauma's of onwenselijke thuissituaties. Er is in geen van de video's sprake van maatschappelijke factoren die zouden bijdragen aan het ontstaan van depressie.

In de classificering wordt classificering welke niet voorkomt in de literatuur ruim drie keer vaker genoemd dan classificering volgens de symptomen van de DSM-5. Er worden veelal individueel gerichte symptomen genoemd die niet in de DSM-5 staan beschreven, zoals een onzuivere huid of extreme blijdschap.

Bij de behandeling van depressie komt behandeling die niet beschreven staat in de literatuur ruim twee keer zo vaak voor als behandeling volgens een (bio)medisch perspectief. Toch is de alternatieve behandeling ook slechts individueel gericht, namelijk op het veranderen van gewoontes en gedachten.

In de geanalyseerde TikTok-video's wordt er op een sterk (bio)medische manier gesproken over oorzaken, classificering en behandeling van depressieve klachten. De kenmerken volgens een (bio)medisch model van deze categorieën die zijn gevonden in de geselecteerde literatuur zijn teruggevonden in de data, maar daarnaast zijn er ook andere (bio)medische kenmerken van deze categorieën gevonden in de data. Deze kenmerken volgens de literatuur en de gevonden kenmerken in de data hebben als overeenkomst dat ze allemaal een sterk individueel gerichte kijk hebben op depressie. Zo worden oorzaken veelal gezien als een probleem binnen het individu, al dan niet biologisch van aard, en is er geen aandacht voor maatschappelijke factoren. Daarnaast wordt er in de classificering van depressie gesproken over symptomen op individueel niveau, en wordt er in de behandeling slechts gesproken over individuele oplossingen.

Een gedeeltelijke verklaring voor deze individuele visie is mogelijk dat sinds de opkomst van de DSM III gekeken wordt naar een depressie als een set bij elkaar opgetelde symptomen volgens het checklist-principe. Dit heeft als effect gehad dat de nadruk vooral kwam te liggen op het individu en dat er geen aandacht werd geschonken aan de contextuele factoren die bijdragen aan het ontstaan van een depressie. Dit maakte dat de focus verschoven is van de persoon als geheel en zijn context, naar het afvinken van een lijst symptomen die zich afspeelt binnen het individu (Vanheule, 2014). Daarnaast wordt er door zorgprofessionals veelal gerefereerd naar een depressie als een oorzakelijke entiteit binnen het individu, welke de depressieve klachten veroorzaakt (Dehue, 2008; Te Meerman et al., 2022; Hyman, 2010). Deze zorgprofessionals die jongeren mogelijk bijstaan hebben in hun opleiding vaak geleerd om te werken met de DSM-5 en er is hierbij weinig aandacht voor de maatschappelijke factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van een depressie (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). De onderbelichting van de maatschappelijke factoren die kunnen bijdragen aan depressieve klachten komt duidelijk naar voren in de data, aangezien er in geen enkele TikTok-video gesproken wordt over deze eventuele maatschappelijke factoren. Zelfs de contextuele factoren, welke zeldzaam waren in de data, worden slechts op micro- of mesoniveau gezocht. Zo is er sprake van onwenselijke thuissituaties, maar wordt er buitenshuis niet gekeken naar oorzaken van depressie.

Al deze factoren leiden ertoe dat er veelal een individualistische kijk is op psychische stoornissen als depressie en dat er dus weinig aandacht is voor de maatschappelijke factoren, zoals onrealistische en hoge verwachtingen die gesteld worden aan jongeren, welke ook gevoelens van somberheid en depressieve klachten kunnen teweegbrengen (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017).

Al met al kan er geconcludeerd worden dat er vanuit de data een sterk (bio)medische visie naar voren komt op depressie. De veelal individuele kijk die jongeren hanteren en het gebrek aan aandacht voor maatschappelijke factoren passen bij een (bio)medisch perspectief. Hierin wordt een depressie gezien als een probleem binnen het individu, waarbij ook de oplossing wordt gezocht in een individueel gerichte remedie (Delespaul et al., 2016; Raad voor Volksgezondheid, 2017).

5.2 Discussie

Een eerste methodologische beperking aan dit onderzoek is dat er in verband met de gestelde tijdsperiode een gemaksteekproef is gedaan. Dit maakt dat de steekproef mogelijk niet representatief is en dat de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar de gehele populatie (Salkind, 2010). Dit is zo goed mogelijk geprobeerd te ondervangen door de eerste honderd video's te selecteren die voldeden aan de inclusiecriteria, omdat dit op het moment van selecteren de meest populaire video's op TikTok waren. Aangezien deze populaire video's door veel jongeren worden bekeken die op zoek zijn, of in

het verleden op zoek zijn geweest, naar video's over depressie, is de kans op beïnvloeding door deze video's groot. Jeugdigen zijn beïnvloedbaar door handelingen en overtuigingen van hun leeftijdsgenoten, zeker als deze een bepaalde status van populariteit kennen (Gommans et al., 2017; Zingora et al., 2019).

Daarnaast is de steekproef klein in vergelijking met de honderdduizenden video's die op TikTok staan over het onderwerp depressie. Tijdens het analyseren van de data is geen saturatie bereikt, omdat er ook in de laatste video's nog nieuwe thema's naar voren bleven komen. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is dan ook om een grotere steekproef te nemen. Hierin wordt aanbevolen om gebruik te maken van de formule van Krejcie en Morgan (1970). Hierin kan berekend worden hoe groot de steekproef moet zijn om representatief te zijn voor de populatie op een bepaald betrouwbaarheidsniveau.

Verder is er sprake geweest van interpretatie, aangezien het een kwalitatief onderzoek betrof. Mogelijk komen interpretaties van de onderzoeker niet overeen met andere onderzoekers in het werkveld en leidt dit tot andere uitkomsten bij het reproduceren van dit onderzoek. Dit is ondervangen door gebruik te maken van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, waarin een tweede codeur tien video's ging proef-coderen om na te gaan of dit overeenkomt met de hoofdcodeur.

Een inhoudelijke beperking van het onderzoek, is dat het niet in alle gevallen mogelijk was om de visie van de jeugdige op depressie af te leiden uit de video. Bij 21 video's is geen enkele codering toegepast, omdat uit de getranscribeerde tekst niet was af te leiden welke visie de jeugdige hanteerde op depressie of depressieve klachten. Daarnaast kan het ook zijn dat jeugdigen niet op alle aspecten van een depressie een (bio)medisch perspectief innemen, waar dit wel zo lijkt vanuit de data-analyse. Het is lastig om te bepalen in hoeverre een jeugdige een (bio)medische visie hanteert op depressie, aangezien er in een TikTok-video slechts weinig informatie staat en er geen mogelijkheid is tot doorvragen. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is het toevoegen van eventuele (diepte)interviews, waarin de onderzoeker vragen kan stellen waaruit af te leiden is welke visie de jeugdige hanteert op een depressie. Bij het afnemen van diepte-interviews kan de onderzoeker gerichte vragen stellen over het onderwerp, is er een mogelijkheid om de vragen aan te passen aan de respondent en kunnen er follow-up vragen worden gesteld om dieper op bepaalde onderwerpen in te gaan (Rubin & Rubin, 2005). Op die manier kan de onderzoeker gericht uitzoeken in welke mate jeugdigen een (bio)medische visie op een depressie hanteren en kunnen alternatieven op een (bio)medische visie in kaart worden gebracht.

Aan de hand van dit onderzoek is er een eerste beeld ontstaan van in hoeverre een (bio)medisch perspectief op depressie terugkomt onder jongeren op TikTok. Veelal is er onder jongeren geen aandacht voor maatschappelijke factoren en komen contextuele factoren slechts terug in de oorzaak van depressie, en niet in de oplossing. Een aanbeveling voor gezondheidsprofessionals,

beleidsmakers in het onderwijs en leraren is dat er bijvoorbeeld op scholen meer aandacht wordt besteed aan de maatschappelijke factoren die bijdragen aan het ontwikkelen van depressieve klachten. Dit zou bijvoorbeeld geïmplementeerd kunnen worden door de onrealistische verwachtingen die voort kunnen vloeien vanuit sociale media bespreekbaar te maken in de klas. Op die manier worden jongeren zich mogelijk meer bewust van deze verwachtingen. Dit is ook een benadering die voorgesteld wordt door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). Wanneer jeugdigen de onrealistische verwachtingen die voortvloeien vanuit sociale media en de negatieve effecten hiervan erkennen, kunnen zij stappen zetten of deze effecten te verminderen (Abi-Jaoude et al., 2020). Door bewustwording onder jongeren over de impact van onrealistische verwachtingen te creëren binnen het schoolsysteem, zal er ruimte ontstaan om deze verwachtingen bespreekbaar te maken en meer realistische verwachtingen te stellen.

Daarnaast is bekend dat jeugdigen beïnvloedbaar zijn voor overtuigingen van populaire leeftijdsgenoten (Gommans et al., 2017; Zingora et al., 2019). Hierop kan door zorgprofessionals worden ingespeeld, door de samenwerking op te zoeken met influencers, waarin zij video's maken over depressie waarin ook contextuele en maatschappelijke factoren worden belicht. Op die manier worden jongeren zich mogelijk bewust van de maatschappelijke en contextuele factoren die meespelen in het ontstaan van een depressie, wat bijdraagt aan het vergemakkelijken van het bespreken van depressieve klachten (Alloh et al., 2018). Het bespreekbaar maken van mentale gezondheid met leeftijdsgenoten leidt mogelijk tot een verbetering van het zelfvertrouwen van jongeren, wat geassocieerd wordt met een vermindering van depressieve klachten en positievere uitkomsten op het gebied van mentale gezondheid (Birndorf et al., 2005).

Literatuur

- Abi-Jaoude, E., Naylor, K. T., & Pignatiello, A. (2020). Smartphones, social media use and youth mental health. *Canadian Medical Association Journal*, *192*(6), E136–E141.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.190434>
- Allouh, F., Regmi, P. R., Onche, I., Van Teijlingen, E., & Trenoweth, S. (2018). Mental Health in low- and middle income countries (LMICs): Going beyond the need for funding. *Health prospect*, *17*(1), 12–17. <https://doi.org/10.3126/hprospect.v17i1.20351>
- American Psychiatric Association. (2013). Chair of DSM-5 task force discusses future of mental health research. Retrieved September 8, 2015, from <http://dxrevisionwatch.com/2013/05/06/kupfer-apa-statement-on-national-institute-of-mental-health-nimh-announcement/>.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 Classification*. American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, A. H. W. C. P. N. C. (1984). *The Broken Brain: the Biological Revolution in Psychiatry*. Harper & Row.
- Auerbach, R. P., Webb, C. A., & Stewart, J. G. (2016). *Cognitive Behavior Therapy for Depressed Adolescents: A Practical Guide to Management and Treatment*. Routledge.
- Birndorf, S., Ryan, S., Auinger, P., & Aten, M. J. (2005). High self-esteem among adolescents: Longitudinal trends, sex differences, and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, *37*(3), 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.08.012>
- Cheung, A., Emslie, G. J., & Mayes, T. L. (2005). Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *46*(7), 735–754.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01467.x>
- Cohen, C. I. (1993). The biomedicalization of psychiatry: A critical overview. *Community Mental Health Journal*, *29*(6), 509–521. <https://doi.org/10.1007/bf00754260>
- Cox, G., Callahan, P., Churchill, R., Hunot, V., Merry, S. E., Parker, A. G., & Hetrick, S. E. (2014). Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *The Cochrane library*, *2014*(11).
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd008324.pub3>

- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review, 33*(7), 846–861. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen handen te nemen.*
- Delespaul, P., M. Milo, F. Schalken, W. Boevink en J. van Os (2016). Goede GGZ!
- Dongfeng, M., Zhang, Z., Zhang, X., & Li, L. (2014). Comparative efficacy, acceptability, and safety of medicinal, cognitive-behavioral therapy, and placebo treatments for acute major depressive disorder in children and adolescents: a multiple-treatments meta-analysis. *Current Medical Research and Opinion, 30*(6), 971–995. <https://doi.org/10.1185/03007995.2013.860020>
- Flick, U. (2018). *An Introduction to Qualitative Research.* SAGE.
- Frances, A., & Widiger, T. A. (2012). Psychiatric Diagnosis: Lessons from the DSM-IV Past and Cautions for the DSM-5 Future. *Annual Review of Clinical Psychology, 8*(1), 109–130. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102>
- Gommans, R., Sandstrom, M. J., Stevens, G. W. J. M., Ter Bogt, T. F. M., & Cillessen, A. H. N. (2017). Popularity, likeability, and peer conformity: Four field experiments. *Journal of Experimental Social Psychology, 73*, 279–289. <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2017.10.001>
- Grave, J., & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 24*(4), 399–420. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.03.002>
- Gwon, S. H., & Jeong, S. (2018). Concept analysis of impressionability among adolescents and young adults. *Nursing open, 5*(4), 601–610. <https://doi.org/10.1002/nop2.170>
- Haidt, J., & Allen, N. (2020). Scrutinizing the effects of digital technology on mental health. *Nature, 578*(7794), 226–227. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-00296-x>
- Hammen, C. L., & Watkins, E. (2016). *Depression* (3de editie). Routledge.
- Hasler, G. (2010). Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry, 9*(3), 155–161. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00298.x>

- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press.
- Hyman, S. E. (2010). The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 155–179.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Insel, T. R. (2009). Translating Scientific Opportunity Into Public Health Impact. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 128. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.540>
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *American Journal of Psychiatry*, 156(6), 837–841. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.6.837>
- Kirsch, I. (2010) *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*. New York: Basic Books.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
<https://doi.org/10.1177/001316447003000308>
- Lacasse, J. R., & Leo, J. (2005). Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature. *PLOS Medicine*, 2(12), e392.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0020392>
- Meerman, S. T., Freedman, J. E., & Batstra, L. (2022). ADHD and reification: Four ways a psychiatric construct is portrayed as a disease. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1055328>
- Meeuwissen, J., de Ruiter, N., Stikkelbroek, Y., Konijn, C., Besselse, M., Liesveld Rigtering, L., van Wylick, I., Speetjens, P., Meije, D., & Oud, M. (2021). *Richtlijn stemmingsproblemen*. Trimbos Instituut.
- Mulinari, S. (2012). Monoamine Theories of Depression: Historical Impact on Biomedical Research. *Journal of the History of the Neurosciences*, 21(4), 366–392.
<https://doi.org/10.1080/0964704x.2011.623917>

- Neuropsychologische casuïstiek: verdieping en praktijkgerichte gevalsbeschrijvingen. (2015). In J. A. M. Vandermeulen & Derix (Reds.), *Bohn Stafleu van Loghum eBooks*. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-0417-2>
- Nierenberg, A. A., Ostacher, M. J., Huffman, J., Ametrano, R. M., Fava, M., & Perlis, R. H. (2008). A Brief Review of Antidepressant Efficacy, Effectiveness, Indications, and Usage for Major Depressive Disorder. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 50(4), 428–436. <https://doi.org/10.1097/jom.0b013e31816b5034>
- Ogasawara, K., Nakamura, Y., Kimura, H., Aleksic, B., & Ozaki, N. (2018). Issues on the diagnosis and etiopathogenesis of mood disorders: reconsidering DSM-5. *Journal of Neural Transmission*, 125(2), 211–222. <https://doi.org/10.1007/s00702-017-1828-2>
- Phelan, J. C., Yang, L. H., & Cruz-Rojas, R. (2006). Effects of Attributing Serious Mental Illnesses to Genetic Causes on Orientations to Treatment. *Psychiatric Services*, 57(3), 382–387. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.3.382>
- Pigott, H. E., Leventhal, A. M., Alter, G. S., & Boren, J. J. (2010). Efficacy and Effectiveness of Antidepressants: Current Status of Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(5), 267–279. <https://doi.org/10.1159/000318293>
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem: medicalisering van levensfasen*. Geraadpleegd op 27 maart 2023, van <https://www.raadrvs.nl/documenten/publicaties/2017/04/04/recept-voor-maatschappelijk-probleem>
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019). *Het gebruik van brede gezondheidsconcepten: inspirerend en uitdagend voor de praktijk*. In RIVM. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Geraadpleegd op 19 juni 2023, van https://www.rivm.nl/sites/default/files/2020-01/Factsheet%20brede%20gezondheidsconcepten_RIVM_dec%202019a.pdf
- Rose, N. (2018). *Our Psychiatric Future: the politics of mental health*. Polity Press.
- Rubin, H. J., & Rubin, I. (2005). *Qualitative Interviewing: The Art of Hearing Data*. SAGE.

- Rusch, L. C., Kanter, J. W., & Brondino, M. J. (2009). A Comparison of Contextual and Biomedical Models of Stigma Reduction for Depression With a Nonclinical Undergraduate Sample. *Journal of Nervous and Mental Disease, 197*(2), 104–110.
<https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318192416f>
- Salkind, N. J. (2010). *Encyclopedia of Research Design*. SAGE.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. SAGE Publications.
- Singh, N., & Reece, J. (2014). Psychotherapy, Pharmacotherapy, and Their Combination for Adolescents with Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis. *Australian Educational and Developmental Psychologist, 31*(1), 47–65. <https://doi.org/10.1017/edp.2013.20>
- Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry, 157*(10), 1552–1562.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552>
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R., & Rosenthal, R. (2008). Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on Apparent Efficacy. *The New England Journal of Medicine, 358*(3), 252–260. <https://doi.org/10.1056/nejmsa065779>
- Vanheule, S. (2014). *Diagnosis and the DSM: A Critical Review* (1ste editie). Palgrave Pivot.
<https://doi.org/10.1057/9781137404688.0001>
- World Health Organization: WHO. (2019, 29 november). *Depression*. www.who.int. Geraadpleegd op 27 juni 2023, van https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_1
- Zingora, T., Stark, T., & Flache, A. (2019). Who is most influential? Adolescents' intergroup attitudes and peer influence within a social network. *Group Processes & Intergroup Relations, 23*(5), 684–709. <https://doi.org/10.1177/1368430219869460>

Bijlage 1 – Codeerschema's

Concept-driven codeerschema

Naam categorie	Subcategorieën	Beschrijving
Algemene factoren in een (bio)medisch perspectief	Individueel	Er wordt nadruk gelegd op een probleem binnen het individu. Hierbij wordt ook de oplossing gezocht binnen het individu.
Oorzaken volgens een (bio)medisch perspectief	Chemicaliën in het brein	Bijvoorbeeld een disbalans in de serotoninehuishouding.
	Gender	Verschillen tussen mannen en vrouwen wat betreft prevalentie of symptomen.
	Genetische aspecten/erfelijkheid	Erfelijkheid van depressie of een aandoening die geworteld zit in de genen.
Classificering volgens een (bio)medisch perspectief	Classificering op basis van de DSM-5TR	Classificering of beschrijving van depressie op basis van de symptomen die genoemd zijn in de DSM-5TR.
Behandeling volgens een (bio)medisch perspectief	Biologische/medische behandeling	Een behandeling waarbij bijvoorbeeld medicatie wordt ingezet om veranderingen teweeg te brengen in het brein.
	Effectiviteit van antidepressiva	Er wordt nadruk gelegd op de effectiviteit van antidepressiva.

Data-driven codeerschema

Naam categorie	Subcategorieën	Beschrijving
Data-driven (bio)medische oorzaken	Dieet	Depressie ontstaat door een tekort aan bepaalde voedingsstoffen of het eten van “verkeerde” voedingsproducten.
	Darmproblematiek	Depressie ontstaat door een disbalans in de darmen, of een zogenoemde “lekkende darm”.
	Lichaamsbeweging	Depressie ontstaat door een tekort aan lichaamsbeweging.
	Slaap	Depressie ontstaat door te weinig of kwalitatief slecht slapen.
	Zonlicht	Depressie ontstaat door een tekort aan zonlicht of te weinig tijd in de buitenlucht doorbrengen.
	Toxines	Depressie ontstaat door blootstelling aan toxische stoffen in de omgeving.
	Overdenken	Depressie ontstaat doordat iemand veel in zijn/haar hoofd zit en “overdenkt”, bijvoorbeeld doemscenario’s of het over-analyseren van communicatie met anderen.
	Chronische stress	Depressie ontstaat door langdurige blootstelling aan stress.
Contextuele factoren	Contextuele factoren	Depressie ontstaat door factoren in de context, zoals bijvoorbeeld traumatische gebeurtenissen of een onwenselijke thuissituatie.
Data-driven classificering	Classificering niet op basis van de DSM-5TR	Jeugdigen omschrijven hun depressie op basis van symptomen die niet beschreven staan in de DSM-5TR.
Data-driven behandeling	Gewoonten/denken veranderen	Depressie kan worden verholpen door het eigen denken

of de eigen gewoontes aan te
passen naar bijvoorbeeld positieve
gedachtes in te zetten of 's
ochtends direct uit bed te komen
en deze op te maken.
