

Gestructureerde interviews voor DSM-classificatie van psychische stoornissen bij kinderen en jeugdigen

Een overzicht

F. J. ESMEIJER, J. W. VEERMAN, H. M. P. VAN LEEUWEN

SAMENVATTING De toenemende nadruk op registratie van problematiek in de kinder- en jeugd-GGZ vraagt om heldere diagnostische begrippen en betrouwbare methoden. Hiertoe wordt onder meer gebruikgemaakt van het classificatiesysteem dat is vervat in de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*. Om het classificeren betrouwbaarder te doen verlopen, zijn diverse gestructureerde interviews ontwikkeld. Deze hebben slechts in geringe mate hun weg gevonden naar de klinische praktijk. In dit artikel worden de bekendste van deze instrumenten op belangrijke kenmerken met elkaar vergeleken. Aldus wordt getracht hun mogelijkheden en hun beperkingen voor klinisch gebruik in kaart te brengen, tegen de achtergrond van beleidsmatige ontwikkelingen in de zorgsector. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 4, 209-218]

TREFWOORDEN classificatie, diagnostiek, gestructureerde interviews, jeugdigen, kinderen

Registratie van diagnostische en behandelingsinformatie wordt voor beleidsdoeleinden steeds meer verankerd in de klinische praktijk van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In samenhang hiermee neemt het gebruik van gestandaardiseerde instrumenten en geprotocolleerde behandelingsvormen toe. Daarbij wordt gestreefd naar verheldering en uniformering van het begrippenkader, onder meer door de problematiek te classificeren (op systematische wijze indelen naar verschijningsvorm, afgezien van etiologie en instandhoudende factoren). Binnen de (jeugd-)GGZ wordt hiertoe het classificatiesysteem DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; American Psychiatric Association 1994) gehanteerd. De wijze waarop het classificatiesysteem wordt

gebruikt en geïnterpreteerd, is tot op heden weinig uniform. Vorm en inhoud van diagnostische procedures lopen uiteen tussen en binnen instellingen. De DSM-criteria bieden hiervoor de ruimte, mede doordat zij in het algemeen lastig te concretiseren zijn. Vanwege de rol die ontwikkelingspsychologische factoren spelen bij het definiëren en afgrenzen van probleemgedragingen, geldt dit in het bijzonder ten aanzien van kinderen en jeugdigen (Veerman e.a. 1996).

Om het classificeren van psychopathologie meer gestandaardiseerd te doen verlopen en zo de betrouwbaarheid van de classificaties te verhogen, zijn de laatste jaren (semi-)gestructureerde interviews ontwikkeld. Hoewel recent ook een interview is verschenen ten behoeve van dimensionale classificatie (*Semistructured Clinical*

Interview for Children and Adolescents; McConaughy & Achenbach 1994; Kasius 1997), zijn de meeste toegesneden op het categoriale DSM-systeem. De instrumenten werden ontworpen voor onderzoeksdoeleinden. Ze bleken hiervoor meestal redelijk tot goed bruikbaar, ook in Nederlandse bewerkingen (zie o.a. Verhulst e.a. 1997). De interviews bestaan uit een groot aantal vragen, verdeeld in modules, secties of schalen. In het algemeen is voor een verantwoorde afname van een gestructureerd interview specifieke training nodig. Deze varieert van drie dagen tot acht weken. De tot nu toe ontwikkelde gestandaardiseerde interviews beperken zich voornamelijk tot de speciële anamnese van de op As I van het DSM-systeem ondergebrachte stoornissen: het vragen naar symptomen en klachten van de kinderen en adolescenten.

Om een beheersbaar zorgtoewijzingsbeleid mogelijk te maken, worden classificatiegegevens steeds vaker in registratiesystemen opgenomen. Waarschijnlijk zullen dergelijke gegevens, net als in de Verenigde Staten reeds het geval is, een toenemend gewicht krijgen bij sturing en financiering van de zorg. Hoewel een verantwoorde zorgtoewijzing niet gebaseerd kan worden op DSM-classificaties alleen, zullen deze mogelijk wel een belangrijke rol gaan spelen. In dat geval is betrouwbaarheid van de classificaties eerste vereiste. Gebruik van gestructureerde interviews zou hieraan mogelijk deels tegemoet kunnen komen. Uit een recente enquête onder kinderpsychiatrische instellingen bleek evenwel dat in de klinische praktijk nauwelijks gebruik wordt gemaakt van dergelijke instrumenten (Esmeijer e.a. 1998). Respondenten verwezen in dit verband naar beperkingen van de interviews zelf en naar organisatorische en financiële belemmeringen. De auteurs opperden als aanvullende verklaring de eveneens uit de enquête blijkende geringe bekendheid van veel klinici met de instrumenten. De laatste bevinding is aanleiding om in dit artikel de belangrijkste eigenschappen van de interviews te bespreken, met het oog op het mogelijke nut

ervan voor gebruik in de klinische praktijk.

(SEMI-)GESTRUCTUREERDE INTERVIEWS

Vorm en inhoud In de literatuur werden zeven interviews aangetroffen die tot DSM-classificaties leiden bij afname bij kinderen en jongeren en hun ouders. Dit zijn Anxiety Disorder Interview Schedule for Children (ADIS), Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA), Child Assessment Schedule (CAS), Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (Nederlandse bewerking: ADIKA), Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), Interview Schedule for Children (ISC) en Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) (opvolger: Structured Interview for Diagnostic Assessment of Children [SIDAC]). Sommige hiervan zijn in het Nederlands vertaald, al dan niet in experimentele vorm (zie tabel 1).

De DSM-interviews hebben ieder een eigen ontstaansgeschiedenis, die van invloed is op hun vorm en op hun overige eigenschappen. Traditioneel wordt onderscheid gemaakt tussen (sterk) gestructureerde en semi-gestructureerde interviews. 'Sterk gestructureerde' interviews als de DICA en de DISC zijn in de eerste plaats ontwikkeld voor gebruik in epidemiologisch onderzoek. Zowel het stimulus- als het responsdeel van de vragen is omwille van de betrouwbaarheid volledig geprotocolleerd, waardoor de antwoorden een ja/nee-karakter krijgen. Het klinische oordeel speelt bij deze interviews een verwaarloosbare rol. Ze zijn respondent-based en kunnen – na een training – dan ook door leken worden afgenomen. Het scoren ervan gebeurt veelal middels een computerprogramma. Dit vereist een nauwkeurige en zeer systematische opzet van het instrument zelf, waardoor het uitgebreide vragen en veel begeleidende tekst bevat.

In 'semi-gestructureerde' interviews (ADIS, CAS, ISC en K-SADS/SIDAC) hebben de vragen een meer open en/of flexibel karakter, waardoor

ze met name bij het scoren van de antwoorden een beroep doen op het klinisch oordeelsvermogen van de gebruiker. De interviewer heeft de vrijheid om de formulering van de vragen aan te passen aan de situatie of aan het begripsniveau van de respondent. Deze instrumenten zijn te kenschetsen als *interviewer-based*. Ze zijn ontworpen voor gebruik in (poli)klinische populaties. De opzet ervan kan verschillende vormen aannemen. Zo is de CAS opgebouwd in de vorm van thematische secties (zoals school, vrienden, activiteiten) en zijn ADIS en SIDAC gemodelleerd naar de beslisregels van het DSM-systeem. De CAPA is een voor klinische praktijk en onderzoek ontwikkeld instrument dat zowel 'respondent-based' als 'interviewer-based' secties omvat.

Naast de opbouw en de mate van standaardisering van de afname zijn er nog enkele variabelen op grond waarvan de interviews kunnen worden vergeleken. Zo is hun bruikbaarheid voor bepaalde doelen in te schatten op grond van het leeftijdsbereik en het (diagnostische) gebied dat ze dekken, alsmede op grond van hun hanteerbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit (Van Yperen 1995). De diagnostische dekking heeft betrekking op de mate waarin het spectrum aan AS1-stoornissen in het interview is vertegenwoordigd. Enkele interviews zijn ook te gebruiken voor classificatie volgens de International Classification of Diseases (ICD-10; World Health Organisation 1992). Hiernaast hebben sommige interviews extra mogelijkheden in de vorm van symptoomschalen of lijdensdruk-scores en vragen naar stressoren. *Hanteerbaarheid* verwijst zowel naar de investering die afname ervan vergt van de gebruiker (afnameduur, verwerkingsduur, complexiteit) als naar factoren die gelieerd zijn aan de werkrelatie met kind en ouders (opbouw, taalgebruik, afnameduur en de mate waarin het interview confronterend is). Belangrijke psychometrische begrippen komen hieronder aan de orde.

Psychometrische kwaliteiten Het begrip *betrouwbaarheid* verwijst naar de consistentie

waarmee een instrument datgene doet waarvoor het ontworpen is. Het betreft de herhaalbaarheid van metingen en geeft een indicatie van de foutenmarge waarmee de gebruiker van het instrument bij het trekken van conclusies rekening dient te houden. In dit geval is het doel van de instrumenten classificatie van probleemgedrag en gaat het bij betrouwbaarheid om de mate waarin gebruikers die tegelijkertijd of niet te lang na elkaar hetzelfde interview afnemen bij een zelfde kind (en/of bij diens ouders), ook tot dezelfde classificatie(s) komen. Deze consistentie wordt in de praktijk onderzocht door de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (overeenstemming) en de test-hertestbetrouwbaarheid (stabiliteit) te meten.

Validiteit verwijst naar de mate waarin een instrument inhoudelijk doet waarvoor het ontworpen is. (Semi-)gestructureerde interviews zijn min of meer gemodelleerd naar het vigerende DSM-systeem. De validiteit van de interviews is dan ook mede afhankelijk van de inhoudsvaliditeit en de begripsvaliditeit van de in het DSM-systeem opgenomen stoornissen. Het betreft de mate waarin het domein van symptomen van een stoornis door de DSM-criteria wordt gerepresenteerd en de inpasbaarheid ervan binnen het theoretisch raamwerk.

Ook is een onderscheid te maken tussen de *sensitiviteit*, de mate waarin een gestructureerd interview bij aanwezigheid van een bepaalde stoornis deze daadwerkelijk classificeert, en de *specificiteit*, de mate waarin afwezigheid van een stoornis inderdaad niet tot classificatie leidt. Verscheidene onderzoeken hebben uitgewezen dat het gebruik van gestructureerde interviews kan leiden tot een relatief hoge prevalentie en comorbiditeit. Om de specificiteit van de interviews te verhogen, wordt geëxperimenteerd met criteria als 'lijdensdruk', 'interferentie' (de mate waarin het probleemgedrag interfereert met het normale functioneren), 'impairment' (de mate van disfunctioneren als gevolg van het probleemgedrag) of met een numerieke score voor het niveau van functioneren. Mede vanwege het

ontbreken van een zogenoemde 'gouden standaard' zijn er onvoldoende harde gegevens om de interviews op dit gebied te kunnen vergelijken.

Problemen bij het vergelijken van interviews De meest relevante bevindingen ten aanzien van de zeven genoemde gestructureerde interviews zijn samengevat in tabel 1. Als bron werden twee overzichtartikelen gebruikt (Hodges 1993; Silverman 1994), aangevuld met recente publicaties (zie ook Esmeijer e.a. 1997). De tabel spreekt grotendeels voor zich. Een klein deel is gewijd aan onderzoeksgegevens ten aanzien van betrouwbaarheid en validiteit. Deze zijn omwille van de overzichtelijkheid door de auteurs voorzover mogelijk samengevat c.q. geïnterpreteerd. Richtsnoer hierbij waren criteria van Fleiss (1981), de hoeveelheid beschikbare data en methodologische overwegingen. De aanzienlijke verschillen in onderzoeksmethoden en -populaties maken het trekken van conclusies op basis van vergelijking van de gegevens moeilijk. Bovendien spelen de aard en de intensiteit van de interviewtraining een grotere rol in de psychometrische eigenschappen naarmate de interviews minder gestructureerd zijn. Om niettemin een beeld te krijgen van de kwaliteiten van de diverse interviews werd bij interpretatie rekening gehouden met de volgende bronnen van oneigenlijke variantie:

1. Onderzoek heeft vaak betrekking op vrij specifieke steekproeven, waarin de proportie van individuen met bepaalde probleemgedragingen sterk kan variëren. De distributie van classificaties loopt wellicht uiteen, wat van invloed kan zijn op de betekenis van de betrouwbaarheids- en validiteitscijfers (kappa-coëfficiënten en intraklasse-correlatiecoëfficiënten). Eventuele verschillen in de gemeten betrouwbaarheid zijn dan ook lastig te interpreteren. Wat betreft de validiteit en betrouwbaarheid van de antwoorden speelt bij kinderen de leeftijd eveneens een rol. Hun rapportage lijkt meer samen te hangen met die van andere informanten en betrouwbaarder

te worden naarmate ze ouder zijn. Er zijn echter aanwijzingen dat ten aanzien van bepaalde stoornissen (separatieangststoornis, gegeneraliseerde angststoornis) jonge kinderen betrouwbaarder rapporteren dan oudere kinderen (o.a. Silverman & Eisen 1992).

2. In onderzoeken naar de test-hertestbetrouwbaarheid, waarbij het interview na een tijdsinterval wordt herhaald, variëren de gehanteerde intervallen van twee uur tot drie weken.

3. De stabiliteit van de interviewresultaten wordt in negatieve zin beïnvloed doordat binnen de groep met ernstig probleemgedrag bij een tweede meting doorgaans minder symptomen worden gerapporteerd dan bij de eerste. Dit verschijnsel, in de literatuur 'attenuation' genoemd (Rubio-Stipec e.a. 1994), doet zich in sterkere mate voor indien de kinderen als informant optreden dan wanneer de ouders dit doen. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn een werkelijke afname van het symptoomgedrag, bijvoorbeeld doordat de behandeling inmiddels is gestart, relativisering van de eigen problematiek als gevolg van de eerste meting, het 'vergeten' van problemen, afgenomen motivatie en dientengevolge onderrapportage om eerder klaar te zijn, en regressie naar het gemiddelde.

4. Bij metingen van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt een enkele maal gebruikgemaakt van audioapparatuur, soms van videoopnames en vaak van live-observatie (al of niet door een 'one way-screen'). Elke methode levert een zeker verlies aan informatie op. De invloed hiervan op de onderzoeksresultaten is slechts te schatten.

5. Verschillende informanten (de kinderen zelf, hun ouders, leerkrachten of groepsleiders) blijken over de diverse dimensies van gedragsproblemen verschillend te rapporteren (Achenbach e.a. 1987; Shaffer e.a. 1996). Veel van de hier gebruikte onderzoeksgegevens zijn slechts gebaseerd op

interviews met kind óf ouders. In het algemeen is de overeenstemming tussen de rapportage van kinderen en die van hun ouders matig. Zo is bijvoorbeeld bekend dat ouders gemiddeld minder internaliserend probleemgedrag rapporteren dan kinderen zelf. Kinderen rapporteren minder externaliserend probleemgedrag. Het 'informantenprobleem', of de vraag wat de klinische waarde is van de door de diverse informanten geleverde gegevens, is nog niet bevredigend opgelost. De beslisregels voor het toekennen van classificaties variëren dan ook.

6. Betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens verwijzen naar de samenhang tussen bepaalde variabelen. Onderzoeken hebben echter betrekking op verschillende aggregatieniveaus van diagnostische informatie, zoals: de ernst van de problematiek c.q. het wel of niet aanwezig zijn van een stoornis, ongeacht welke (bijvoorbeeld bij een groep voor behandeling aangemelde kinderen); het wel of niet vallen onder een bepaalde categorie stoornissen (bijvoorbeeld gedragsstoornissen); het wel of niet aanwezig zijn van een specifieke DSM-stoornis (bijvoorbeeld Attention Deficit and Hyperactivity Disorder [ADHD]); en het wel of niet aanwezig zijn van specifieke symptomatologie (bijvoorbeeld aandachtsproblemen).

7. Ten aanzien van de validiteitsgegevens met betrekking tot de gestructureerde interviews dient opgemerkt te worden dat als criterium hiervoor onder meer andere vragenlijsten worden gebruikt, die hun eigen validiteitsproblemen met zich meebrengen. Bovendien worden deze soms door verschillende informanten ingevuld. De gebruikte normen (en de betrouwbaarheid per type probleemgedrag) verschillen in dergelijke gevallen eveneens. Ook wordt als criterium gebruikgemaakt van het oordeel van klinici, waarvan de betrouwbaarheid beperkt is, en dat in sommige onderzoeken deels gebaseerd is op de informatie uit het interview zelf.

Het nut van de interviews Tabel 1 geeft een

samenvatting van eigenschappen van de gestructureerde interviews. In de literatuur wordt ook het nut (Nelson-Gray 1991) of de bruikbaarheid (Van Yperen 1995) van een classificatiesysteem of diagnostisch instrument genoemd als een belangrijke parameter. Hierbij wordt gekeken naar het beoogde doel en naar de mate waarin het instrument ertoe bijdraagt dat doel te bereiken. Het begrip nut expliciteert de relevantie van (onder meer psychometrische) eigenschappen binnen een gegeven context en vervult zo als het ware een brugfunctie tussen theorie en praktijk. Deze parameter varieert dus naar gelang de setting waarin gebruik van een interview wordt overwogen, de doelgroep en de prioriteiten die men stelt.

Het nut van gestructureerde interviews voor onderzoeksdoeleinden lijkt inmiddels onomstreden. Ook in de opleiding van diagnosten kunnen de interviews mogelijk een faciliterende rol spelen. Voor overige doeleinden (diagnostiek, behandeling, evaluatie, management en beleid) zal hun gebruikswaarde slechts kunnen worden ingeschat: op grond van een afwijking van de kwaliteiten van een bepaald interview in een specifieke klinische setting (of een Bureau Jeugdzorg) en de financiële en organisatorische belasting die het gebruik ervan oplevert.

Bij de keuze voor een bepaald interview wegen gebruikaspecten relatief zwaar. Zoals reeds werd opgemerkt, zouden onder klinici vragen kunnen rijzen op basis van de grote omvang van de interviews (m.n. DISC, CAPA). Hun hanterbaarheid wordt hier dan ook als matig gekarakteriseerd. Mogelijk is dit bij adolescenten minder bezwaarlijk. De afnameduur bleek echter bij jongere kinderen in de klinische praktijk vaak hoger uit te vallen dan in de tabel vermeld staat (Esmeijer e.a. 1997). Ook uit andere ervaringen blijkt dat een respondent-based interview als de DISC niet goed bruikbaar is bij jonge kinderen uit een klinische populatie: het is te uitgebreid en te ingewikkeld. Deze kinderen beschikken nog niet over voldoende informatieverwerkingscapaciteit om complexe vragen met betrekking tot

TABEL 1 (Semi-)gestructureerde interviews en hun eigenschappen

| | ADIS | CAPA | CAS | DICA | DISC | ISC | K-SADS/ SIDAC |
|--|--|---|---|--|--|---|---|
| Leeftijdsbereik | 6-18 | 8-18 | 7-17 | 6-17 | 6-17 | 8-18 | 6-17/6-12 |
| Auteurs | Silverman & Nelles | Angold e.a. | Hodges & Fitch | Herjanic e.a. | Costello e.a. (na 1993; Shaffer e.a.) | Kovacs | Puig-Antich & Chambers |
| Uitgebracht/ gereviseerd | 1988 1991 1996 | 1992 1996 | 1978 1982 1991 | 1977 1982 DICA-R: 1987 | 1984 DISC-R: 1988 DISC-2.1: 1991 DISC-2.3: 1993 | 1983 | 1978; 1986 K-SADS-III-R: 1999; SIDAC: 1995 |
| Nederlandse versie | ja (Treffers 1993; Siebelink & Treffers 1997a, b, c) | nee | ja (Grietens & Hellinckx 1993) | ja ADIKKA (13-17; Kortenbout e.a. 1993) | ja (Kasius 1993a, b) | nee | ja (Van Leeuwen 1995) |
| Structuur | gestructu- reerd | sterk gestruc- tureerd | semi-ge- structureerd | sterk gestruc- tureerd | sterk gestruc- tureerd | semi-ge- structureerd | semi-gestr./ gestructureerd |
| Scoring | interviewer- based; algoritme verwerkt in instrument | respondent- en interviewer- based; computer- algoritmen | interviewer- based; NL versie: geen algoritme | respondent- based; com- puter-algorit- men; ADIKKA: algoritme in instrument | respondent- based; com- puter-algorit- men | interviewer- based; geen algoritme | interviewer- based; geen algoritme; SIDAC: algoritme in instrument |
| Afnameduur (min.) | 45-90 | 60-120 | 45-60 | 90 | 60-70 | 45-90 | 45-90 |
| Aantal vragen (±) | 350 | 1400 | 261 | 500 | 1500 | 200 | 800 |
| Observatie-items | 20 | 200 | 53 | 12 | 429 | 12 | (SIDAC: 110) |
| Classificatiesysteem (laatste versie) | DSM-IV | DSM-III-R & ICD-10 | DSM-III-R | DSM-III-R & ICD-10 | DSM-III-R (DSM-IV) | DSM-III | DSM-IV |
| Diagnostische dekking | 0000 uitgebreid (ADIS-C: vnl. angst- en stemmings- stoornissen; ADIS-P: ook gedr.st.) | 00000 compleet (m.u.v. pervasieve ontw.st.) | 000 breed (enkele stoornissen slechts screenend) | 00000 compleet (m.u.v. react. hechtingsst. en pervasieve ontw. st.) | 00000 compleet (m.u.v. react. hechtingsst. en pervasieve ontw. st.) | 000 breed (nadruk op angst- stoornissen en affectieve symptomen) | 000 breed (gedrags- en stemmings- stoornissen/ schizofrenie) |
| Hanteerbaarheid | 0000 | 00 | 0000 | 000 | 00 | 000 | 0000 |
| Betrouwbaarheid | 000 | 0000 | 000 | 0000 | 0000 | 000 (weinig gegevens) | 000 |
| Validiteit | 00 | (geen gegevens) | 00 | 000 | 000 | (geen gegevens) | 00 |
| Af te nemen door | clinicus | clinicus | clinicus | leek/clinicus | leek/clinicus | clinicus | clinicus |
| Benodigde training | intensief | intensief | gematigd | gering | gering | gematigd | gematigd |

0 = gering; 00 = matig; 000 = redelijk; 0000 = goed; 00000 = uitstekend (tentatieve karakterisering door de auteurs, met inachtname van in de tekst genoemde methodologische beperkingen)

Zie voor afkortingen van de (semi-)gestructureerde interviews p. 210

duur, ernst en frequentie van klachten te kunnen beantwoorden. Dit geldt met name in een voor hen nieuwe en belastende situatie. Breton e.a. (1995) constateerden dat kinderen van 9 tot 11 jaar slechts 38% tot 42% van de DISC-vragen begrepen. De auteurs stellen voor om in een volgende versie veel vragen in kleinere deelvragen op te splitsen en om meer op het jonge kind toegesneden tijdsconcepten te hanteren, waarop een der DISC-ontwikkelaars verzucht dat het wellicht nuttiger is om verdere inspanningen te richten op het op betrouwbare en valide wijze verzamelen en combineren van gegevens via andere informanten, in plaats van op het verder verbeteren van de kind-interviews (Schwab-Stone 1995). Ook de Nederlandse versie van de DICA, de ADIKA (gericht op DSM-III-R), bleek bruikbaar bij jeugdigen van 13 tot 17 jaar, doch niet bij jongere kinderen (Kortenbout van der Sluijs e.a. 1993).

Toch lijken met name de semi-gestructureerde interviews ook voor jongere kinderen bruikbaar. Eerder werd het betrekkelijk kindvriendelijke karakter van een voor klinische doeleinden ontwikkeld interview als de CAS genoemd, ten opzichte van de DISC. De CAPA valt op door de brede diagnostische dekking en het gebruik van symptoomschalen, en is daarnaast expliciet gericht op gebruik in (poli)klinische populaties. Het interview kan daardoor zeer nuttig zijn voor diagnostiek, onderzoek en beleid in kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen. Het is echter niet aangepast aan de DSM-IV, en er is geen Nederlandse vertaling van bekend. Dit is wel het geval bij de SIDAC en de ADIS. De SIDAC is een gecomprimeerde versie van de K-SADS, waarin het DSM-IV-algoritme is verwerkt. Het interview is helder van opzet, maar laat de formulering van de vragen geheel aan de clinicus over. De ADIS is uitgebreider dan de SIDAC. Dit interview gaat vrij diep in op aard en ernst van de probleembeleving van de kinderen zelf. Via een 'thermometer' is het mogelijk om het ernstniveau vast te stellen, alsook de 'interferentie' van de klachten met het dagelijks leven.

Dit maakt het interview geschikt om het beloop van de klachten te volgen of het effect van interventies te meten. Een nadeel kan echter zijn de extra belasting die de methode oplevert voor het kind. Ook dekt de ADIS minder stoornissen dan bijvoorbeeld de CAPA en de DISC.

DISCUSSIE

Op basis van voorgaand overzicht kan gesteld worden dat alle gestructureerde interviews op hun eigen wijze nuttig zijn, in die zin dat ze binnen een bepaalde context tot redelijk betrouwbare classificaties leiden. Dit soort onderzoeksgegevens geeft echter niet de doorslag bij de keuze voor een bepaald instrument. Dat komt onder meer doordat de generaliseerbaarheid van betrouwbaarheids- en validiteitscijfers op dit complexe terrein beperkt is, mede vanwege de rol die training en instellingsgebonden factoren bij de afname spelen.

Voor een vruchtbaar klinisch gebruik zal het nodig zijn om de psychometrische eigenschappen van het gebruikte interview bij verschillende subdoelgroepen regelmatig te blijven evalueren. Ook zullen inhoud en gebruiksvorschriften dienen te worden aangepast aan de ontwikkeling van het classificatiesysteem zelf. Dit zou in de meeste instellingen een stap vooruit betekenen ten opzichte van de huidige classificatiepraktijk, maar vergt een forse investering in de diagnostische werkwijze.

De acceptatie van de interviews door cliënten lijkt redelijk tot goed (Shaffer e.a. 1996; Silverman 1994). Tot op heden hebben klinici echter weinig vertrouwen getoond in gestructureerde interviews als diagnostisch instrument, en nog minder als basis voor classificatie van psychopathologie. Dit is begrijpelijk: de interviews zijn eenzijdig gericht op het cognitief-verbale informatiekanaal en beperken ogenschijnlijk de professionele bewegingsvrijheid. Ook zullen er in elke setting kinderen 'buiten de boot vallen', bijvoorbeeld doordat hun probleemgedrag door het interview niet gedekt wordt of doordat het

van dien aard is dat afname van een gestandaardiseerd interview bij kind én ouders nog steeds te weinig bruikbare informatie oplevert. Dit lijkt met name te gelden voor een deel van de kinderen en jeugdigen met pervasieve ontwikkelingsstoornissen, reactieve hechtingsstoornissen en psychotiforme problematiek. Daarnaast kan de taalvaardigheid een aanzienlijk knelpunt vormen bij (kinderen van) allochtone ouders. Wellicht zouden interviews voor dergelijke (jonge) kinderen bruikbaar zijn, als de vragen gekoppeld werden aan visuele stimuli. Zo ontwikkelden Canadese onderzoekers de Dominic-R, een gestructureerde vragenlijst op basis van plaatjes (Valla e.a. 1997).

De interviews zijn niet in staat om het traditionele kinderpsychiatrische onderzoek te vervangen. Ze zijn echter ook slechts ontwikkeld om problematiek op redelijk betrouwbare en toch valide wijze te classificeren. Klachten en symptomen worden uitvoerig, op systematische en expliciete wijze in kaart gebracht en geordend, zodat er wellicht ten aanzien van de psychopathologie op den duur één taal gesproken kan worden. Dit hoeft niet ten koste te gaan van overige relevante diagnostische informatie. Het interview biedt de clinicus gelegenheid tot het observeren van factoren als stemming, aandachtscapaciteit, contactname, frustratietolerantie, afweermechanismen en egofuncties. De overige elementen die onontbeerlijk zijn voor een behandelplan, zoals de ontstaansgeschiedenis, gezinsdynamiek, competentie, interactiestijlen, attitudes, attributies, emotieregulatie en eventuele intrapsychische conflicten, zullen (mede) op andere wijze in kaart gebracht dienen te worden. Het kinderpsychiatrische onderzoek kan indien nodig gereserveerd worden voor het toetsen van hypothesen, verdieping van de diagnostiek, indicatiestelling en behandelingsplanning.

Tot slot De jeugd-GGZ wordt door maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen steeds meer genoodzaakt om toewijzing en verloop van de zorg te verantwoorden en uitgebreid

te registreren. Men kan hierover – terecht – zijn zorgen hebben, zoals onlangs verwoord door een redacteur van dit tijdschrift (Verheij 1997). Het tijdstip lijkt echter moeilijk te keren. Om inhoud te kunnen blijven geven aan zijn professionele verantwoordelijkheid, is het dus zaak dat de sector een inspanning levert om de kwaliteit van de gehanteerde instrumenten en begrippen zelf te bewaken en te registreren. Gebruik van (semi-) gestructureerde interviews zou – bij voorkeur in de intake- en screeningsfase van het zorgtoewijzingsmodel – een eerste stap kunnen zijn op weg naar meer methodisch verantwoorde classificatie van probleemgedrag. Tegelijkertijd blijkt uit het overzicht dat ook dergelijke instrumenten vooralsnog geen afdoende oplossing vormen voor met name het validiteitsprobleem. Dit betekent dat men niet zeker weet of daadwerkelijk wordt geclassificeerd wat men wil classificeren. Bovendien, ook al zou men over valide classificaties kunnen beschikken, dan nog zijn de implicaties voor behandeling vaak onvoldoende eenduidig. Zorgtoewijzing gebaseerd op DSM-classificaties alleen is dan ook niet te verantwoorden; informatie uit meerdere diagnostische systemen (categoriaal en dimensioneel, genormeerde testpsychologische instrumenten en vragenlijsten) en afkomstig van diverse bronnen (kind, ouders, leerkrachten, hulpverleners) is noodzakelijk voor een gefundeerde indicatiestelling.

In dit verband willen wij – vanwege de onduidelijkheid die heerst in het vakgebied rond de begrippen ‘classificatie’ en ‘diagnostiek’ – terugkeren op ons uitgangspunt. Classificatie vormt slechts een onderdeel van het diagnostische proces. De uiteindelijke diagnostische formulering omvat een typering van de problematiek volgens de criteria van een classificatiesysteem, ingebed in de overige relevante diagnostische informatie, en een karakterisering van het niveau van (dis)functioneren. Hieruit vloeit de zorgtoewijzing voort. In deze context kan een DSM-classificatie een belangrijke bijdrage leveren. Gestructureerde interviews vormen dan een mogelijk middel om de classificaties op een

gestandaardiseerde en betrouwbare manier te verzamelen en te registreren. Hiermee zou bovendien verder validiteitsonderzoek, ook ten aanzien van het DSM-systeem zelf, worden bevorderd. Gelijktijdig gebruik van andere gestandaardiseerde informatiebronnen is ook voor dergelijk onderzoek onontbeerlijk. Daarnaast is het belangrijk dat er meer duidelijkheid komt aangaande de gebruikswaarde van de interviews bij verschillende doelgroepen. Voorlopig kunnen regie en registratie in de jeugdzorg het dus niet stellen zonder de klinische blik.

LITERATUUR

- Achenbach, T., McConaughy, S., & Howell, T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-232.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., e.a. (1995). Do children aged 9 through 11 years understand the DISC version 2.25 questions? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 946-954.
- Esmeijer, F.J., Veerman, J.W., & van Leeuwen, H.M.P. (1997). *Gestructureerde interviews voor classificatie van probleemgedrag bij kinderen en jeugdigen*. Intern rapport. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Esmeijer, F.J., Veerman, J.W., ten Brink, L.T., e.a. (1998). Gestructureerde interviews bij DSM-classificatie van probleemgedrag bij kinderen en jeugdigen. *Kind en Adolescent*, 19, 263-273.
- Fleiss, J.L. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2nd edition). New York: John Wiley.
- Grietens, H., & Hellinckx, W. (1993). Een klinisch interview voor kinderen en jongeren. *Nederlandstalige en experimentele versie van de Child Assessment Schedule (CAS)*. Apeldoorn: Garant.
- Hodges, K. (1993). Structured interviews for assessing children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 49-68.
- Kasius, M.C. (1997). *Interviewing Children. Development of the Dutch version of the Semistructured Clinical Interview for Children & Adolescents (SCICA) and testing of the psychometric properties*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Kasius, M.C. (1993a). *Nederlandse vertaling van het Diagnostic Interview Schedule for Children DISC 2.3 – Child Version*. Rotterdam: Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kasius, M.C. (1993b). *Nederlandse vertaling van het Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2.3) – Parent Version*. Rotterdam: Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Kortembout van der Sluijs, M.J., de Levita, D.J., van Manen, R., e.a. (1993). *Amsterdams Diagnostisch Interview voor Kinderen en Adolescenten (ADIK)*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Leeuwen, H.M.P. van (1995). *Gestructureerd interview voor kinderpsychiatrische diagnostiek*. Experimentele vertaling van de SIDAC voor intern gebruik. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- McConaughy, S.H., & Achenbach, T.M. (1994). *Manual for the Semistructured Clinical Interview for Children and Adolescents*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Nelson-Gray, R.O. (1991). DSM-IV: Empirical guidelines from psychometrics. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 308-315.
- Rubio-Stipec, M., Canino, G.J., Shrout, P., e.a. (1994). Psychometric properties of parents and children as informants in child psychiatry epidemiology with the Spanish Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC 2). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 703-720.
- Schwab-Stone, M.E. (1995). Discussion of: 'Do children aged 9 through 11 years understand the DISC Version 2.25 Questions?' *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 954-956.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M.K., e.a. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 865-877.
- Siebelink, B.M., & Treffers, Ph.D.A. (1997a). *Bewerking van het Anxiety Disorders Schedule for DSM-IV: Child Version, Clinician Manual* van A.M. Albano & W.K. Silverman. Interne uitgave. Oegstgeest: Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Curium.
- Siebelink, B.M., & Treffers, Ph.D.A. (1997b). *Bewerking van het Anxiety Disorders Schedule for DSM-IV: Child Version, Child Interview Schedule* van W.K. Silverman & A.M. Albano. Interne uitgave. Oegstgeest: Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Curium.
- Siebelink, B.M., & Treffers, Ph.D.A. (1997c). *Bewerking van het Anxiety Disorders Schedule for DSM-IV: Child Version, Parent Interview*

- Schedule van W.K. Silverman & A.M. Albano. Interne uitgave. Oegstgeest: Academisch Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Curium.
- Silverman, W.K. (1994). Structured diagnostic interviews. In T.H. Ollendick, N.J. King & W. Yule (red.), *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 293-315). New York: Plenum Press.
- Silverman, W.K., & Eisen, A.R. (1992). Age differences in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using a structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 117-124.
- Valla, J.-P., Bergeron, L., Bidaut-Russel, M., e.a. (1997). Reliability of the Dominic-R: A young child mental health questionnaire combining visual and auditory stimuli. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 717-724.
- Veerman, J.W., van Yperen, T.A., & Gerritzen, H.M.J.A. (1996). Classificatie van problematiek bij kinderen en jeugdigen. In T.A. van Yperen & R. Giel (red.), *Classificatiesystemen voor psychische stoornissen en gedragsstoornissen* (pp. 137-164). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Verheij, F. (1997). Redactioneel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 447-448.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., Ferdinand, R.F., e.a. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Yperen, T.A. van (1995). *Het gebruik van instrumenten: registratie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

AUTEURS

F. J. ESMEIJER (psycholoog) is onderzoeker bij het Paedologisch Instituut (PI) te Duivendrecht en gedragsdeskundige bij de Raad voor de Kinderbescherming te Alkmaar.

J. W. VEERMAN (psycholoog) is hoofd van de afdeling Evaluatief-epidemiologisch onderzoek van het PI te Duivendrecht en bijzonder hoogleraar Speciale Kinder- en Jeugdzorg aan de KU te Nijmegen.

H. M. P. VAN LEEUWEN (kinder- en jeugdpsychiater) is directeur Zorg van het Paedologisch Instituut Duivendrecht.

Correspondentieadres: Paedologisch Instituut, Postbus 303, 1115 ZG Duivendrecht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 17-8-1998.

SUMMARY Structured interviews for DSM-classification of mental disorders in children and adolescents: a review – *The growing emphasis on registration of problem behavior in youth health care requires clear-cut diagnostic categories and reliable methods. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) is therefore broadly used in the field. To obtain more reliable classifications structured diagnostic interviews have been developed. Although these were originally designed for use in clinical and epidemiological research projects, they might prove useful for clinicians as well. In this article several of these instruments are compared in terms of their most important features. The authors try to point out the respective merits and limitations of the interviews in order to illustrate their potential utility for clinical purposes in a managed care world.* [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 4, 209-218]

KEYWORDS adolescents, children, classification, diagnostics, structured interviews