

Kinderen en jongeren met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten in een ggz-instelling

M.E.J. KOUIJZER, F. LOMAN, C.M. VAN DER FELTZ-CORNELIS

ACHTERGROND Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) komen regelmatig voor bij kinderen en jongeren. Net als bij volwassenen vindt de behandeling van SOLK bij kinderen en jongeren voor een groot deel plaats in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (ggz). Er bestaat echter weinig tot geen literatuur over de prevalentie van SOLK bij kinderen en jongeren in de ggz.

DOEL Het onderzoeken van de prevalentie van SOLK bij kinderen en jongeren in de ggz.

METHODE Kinderen en jongeren met en zonder SOLK die werden aangemeld bij een Nederlandse instelling voor ggz werden met elkaar vergeleken.

RESULTATEN Kinderen en jongeren met SOLK hadden vaker angsten en depressies en meer introverte persoonlijkheidskenmerken dan kinderen en jongeren zonder SOLK. De kwaliteit van leven van kinderen en jongeren met en zonder SOLK was gelijk.

CONCLUSIE Eén op de vijf kinderen en jongeren in de ggz had SOLK, met name kinderen en jongeren met introverte persoonlijkheidskenmerken en angstig-depressief gedrag, teruggetrokken-depressief gedrag en denkproblemen. De kwaliteit van leven van zowel kinderen en jongeren met als zonder SOLK was lager dan gemiddeld.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)8, 599-608]

TREFWOORDEN kinderen en jongeren, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)

Iedereen heeft wel eens een lichamelijke klacht, zoals hoofdpijn, vermoeidheid of duizeligheid. Soms gaan mensen met deze klachten naar de huisarts, maar vaak ook niet. Bij de meeste mensen gaan lichamelijke klachten na verloop van tijd vanzelf weer over. Het komt echter ook voor dat de lichamelijke klachten niet vanzelf overgaan en medisch onderzoek wordt ingezet om de oorzaak van de klacht te achterhalen. Wanneer bij adequaat medisch onderzoek geen somatische aandoening wordt gevonden die de klachten voldoende verklaart, wordt gesproken van ‘somatisch

onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten’ (SOLK; Multidisciplinaire richtlijn SOLK en somatoforme stoornissen 2010).

Wanneer wordt voldaan aan een aantal criteria, spreekt men niet van SOLK, maar van een somatoforme stoornis (American Psychiatric Association 2000). Onder de somatoforme stoornissen vallen zeven verschillende stoornissen, namelijk de somatisatiestoornis, pijnstoornis, conversiestoornis, ongedifferentieerde somatoforme stoornis, somatoforme stoornis niet anderszins omschreven, hypochondrie en gestoorde lichaamsbeleving.

De behandeling van SOLK of somatoforme stoornissen bij volwassenen vindt plaats in verschillende settings: de eerste lijn, het algemene ziekenhuis en de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Waar in de eerste lijn en het algemene ziekenhuis veel aandacht wordt besteed aan de lichamelijke componenten van de klachten, ligt de nadruk in de ggz op de psychische problematiek. Een verwijzing naar de ggz voor de behandeling van mogelijke onderliggende psychische problematiek is echter niet altijd acceptabel voor patiënten met SOLK, omdat zij vaak een lichamelijke aanpak van hun klachten verwachten in plaats van een psychische. Het kan psychiatrische consultatie aan de huisarts vereisen om een dergelijke patiënt toch te motiveren tot het aangaan van een behandeltraject dat is gericht op psychische problematiek (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2006).

SOLK bij kinderen en jongeren

Ook kinderen en jongeren hebben lichamelijke klachten die mogelijk in de categorie SOLK vallen. In enkele gevallen kan men zelfs spreken over een somatoforme stoornis. In dit artikel spreken wij over SOLK wanneer het gaat over lichamelijke klachten van kinderen en jongeren waarvoor geen lichamelijke oorzaak is gevonden.

Recent onderzoek heeft uitgewezen dat 10 tot 15% van de jongeren in Nederland klachten heeft zoals hoofdpijn, vermoeidheid, spierpijn, duizeligheid of buikklachten (Janssens 2011). Deze klachten bleken een grote impact te hebben op het dagelijkse functioneren van kinderen en jongeren, zoals de mate van schoolverzuim (Eminson 2007; Janssens 2011). De klachten bleken vaak voor te komen bij kinderen en jongeren met angst- en stemmingsproblemen (Eminson 2007; Janssens 2011; Just e.a. 2004; Masi e.a. 2000). Zo hadden kinderen en jongeren met primaire hoofdpijnklachten meer last van angsten en depressies dan kinderen en jongeren zonder hoofdpijnklachten (Just e.a. 2004) en had meer dan de helft van de kinderen en jongeren met een pijnstoornis naast hun pijnklachten ook last van angsten en depressies (Lieb

e.a. 2000). Janssens (2011) toonde aan dat angstige en depressieve jongeren een verhoogde kans hadden op SOLK, maar dat SOLK ook leidden tot meer angsten en depressies bij jongeren. Uit onderzoek is ook gebleken dat kinderen en jongeren met SOLK vaker een moeilijk temperament of persoonlijkheidsproblematiek hadden (Eminson 2007). Wanneer bijvoorbeeld kinderen en jongeren met chronische vermoeidheid werden vergeleken met kinderen en jongeren met jeugdtrauma, bleek de eerstgenoemde groep meer sensitief, excentriek, kwetsbaar, angstig, afhankelijk, rigide en consciëntieus te zijn (Rangel e.a. 2003).

Hoewel SOLK regelmatig lijken voor te komen bij kinderen en jongeren, zijn er slechts enkele studies gedaan over de aanwezigheid van SOLK bij kinderen en jongeren die zijn aangemeld bij instellingen voor ggz. Zo bleek uit Italiaans onderzoek dat 69,2% van de kinderen en jongeren die vanwege angst- en depressieklachten waren aangemeld bij een centrum voor neurologie en psychiatrie, ook last had van SOLK (Masi e.a. 2000). De aanwezigheid van SOLK bij kinderen en jongeren die werden aangemeld bij Nederlandse instellingen voor ggz is tot op heden niet onderzocht, voor zover wij weten.

Echter, de eerder beschreven onderzoeksresultaten roepen verschillende vragen op over de populatie van kinderen en jongeren met SOLK bij Nederlandse instellingen voor ggz. Hoeveel kinderen en jongeren die werden aangemeld bij een instelling voor ggz hebben last van SOLK? Zijn dit voornamelijk kinderen en jongeren met angst- en stemmingsproblemen? Welk temperament en welke persoonlijkheidsstructuur hebben deze kinderen en jongeren? Wat is de impact van SOLK op het dagelijkse leven van kinderen en jongeren?

Wij verrichtten een onderzoek om deze vragen te beantwoorden. Het doel van het onderzoek was dan ook het vergelijken van kinderen en jongeren met en zonder SOLK die werden aangemeld bij een Nederlandse instelling voor ggz. Hierbij werd de volgende driedelige hypothese opgesteld: kinderen en jongeren met SOLK hebben (a) meer angst- en stemmingsproblemen, (b) meer per-

soonlijkeheidsproblemen en (c) een lagere kwaliteit van leven dan kinderen en jongeren zonder SOLK.

METHODE

Onderzoeksopzet

Het onderzoek vond plaats bij het Centrum Jeugd van een instelling voor ggz in Nederland. Cliënten die werden aangemeld in de periode van 1 november 2007 tot 1 mei 2010 en die toestemming gaven voor het gebruik van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek werden geïncludeerd in de studie. In de genoemde periode werden bij alle aangemelde cliënten op gestandaardiseerde wijze gegevens verzameld. Het betrof gegevens over intelligentie, gedragsproblemen, persoonlijkheidskenmerken en kwaliteit van leven. Kinderen en jongeren bezochten de instelling voor een intelligentieonderzoek en het invullen van een vragenlijst over kwaliteit van leven. Op hetzelfde moment vulden ouders/verzorgers onder begeleiding van een psychodiagnostisch medewerker vragenlijsten in over gedragsproblemen, persoonlijkheidskenmerken en kwaliteit van leven. De Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van de instelling gaf toestemming voor het gebruik van de gegevens van de cliënten voor het huidige onderzoek.

Instrumenten

IQ Het IQ van de deelnemers werd gemeten met de RAVEN Standard Progressive Matrices (RAVEN; Raven e.a. 1998). De RAVEN geeft een indicatie van non verbale algemene cognitieve vaardigheden waarbij aanleg en aangeleerde vaardigheden worden gemeten. De test kan worden ingezet vanaf de leeftijd van 6 jaar. De uitkomstmaat die werd gebruikt in het huidige onderzoek is het Afgeleid IQ.

Angst- en stemmingsproblemen Angst- en stemmingsproblemen werden in kaart gebracht met de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach

& Edelbrock 1983). Dit is een gestandaardiseerde gedragsvragenlijst voor ouders of verzorgers van een kind van 6 tot 18 jaar, waarbij wordt gevraagd naar de emotionele en gedragstoestanden van het kind in de afgelopen 6 maanden.

Er zijn 113 items en de antwoordcategorieën zijn 'helemaal niet', 'een beetje of soms' en 'duidelijk of vaak'. De vragenlijst omvat de subschalen Teruggetrokken/depressief, Lichamelijke klachten, Angstig/depressief, Sociale problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Grensoverschrijdend gedrag en Agressief gedrag. Daarnaast zijn er drie samengestelde schalen: Internaliserende problemen (de som van de score op de schalen Teruggetrokken/depressief, Lichamelijke klachten en Angstig/depressief), Externaliserende problemen (de som van de score op de schalen Grensoverschrijdend gedrag en Agressief gedrag) en Totale problemen (de som van de score op alle vragen).

Voor alle subschalen en samengestelde schalen wordt een t-score berekend. Een t-score van 70 of hoger wijst op een score in het klinische gebied. De t-score voor de subschaal Angstig/depressief werd gebruikt als primaire uitkomstmaat in het huidige onderzoek; de t-scores van de overige subschalen en samengestelde schalen werden gebruikt als secundaire uitkomstmaten.

Persoonlijkheidskenmerken Persoonlijkheidskenmerken werden gemeten met de Dimensional Personality Symptom Item Pool (DIPSI; De Clercq & De Fruyt 2003). Deze vragenlijst meet leeftijds-specifieke uitingen van maladaptieve persoonlijkheidstrekken van 6- tot 18-jarigen en wordt ingevuld door ouders. Er zijn 172 items en de antwoordcategorieën zijn 'nauwelijks kenmerkend', 'weinig kenmerkend', 'min of meer kenmerkend', 'kenmerkend' en 'heel kenmerkend'. De DIPSI heeft vier subschalen: Onwelwillendheid (bereik 86-430), Emotionele instabiliteit (52-260), Introversie (19-95) en Compulsiviteit (15-75). De ruwe scores op de vier subschalen werden gebruikt in het huidige onderzoek.

Kwaliteit van leven De kwaliteit van leven werd gemeten met de KIDSCREEN-52 (Ravens-Sieberer e.a. 2005). Deze vragenlijst meet aan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven en kan worden ingevuld door kinderen vanaf 8 jaar en hun ouders/verzorgers. De vragenlijst bestaat uit 52 items en de antwoordopties zijn 'nooit', 'bijna nooit', 'soms', 'redelijk vaak' en 'altijd'. De vragenlijst heeft 10 subschalen, namelijk Lichamelijke activiteiten en gezondheid, Gevoelens, Humeur, Zelfbeeld, Vrije tijd, Familie, Geldzaken, Vrienden, School en Sociale acceptatie.

Ook is er een totaalscore die is gebaseerd op 10 items uit de vragenlijst, de KIDSCREEN-10. De KIDSCREEN-10 bestaat uit de som van de scores op de items 'Heeft uw kind zich fit en gezond gevoeld?', 'Heeft uw kind zich vol met energie gevoeld?', 'Heeft uw kind zich verdrietig gevoeld?', 'Heeft uw kind zich eenzaam gevoeld?', 'Heeft uw kind voldoende tijd voor zichzelf gehad?', 'Heeft uw kind zelf kunnen bepalen wat hij/zij in zijn/haar vrije tijd doet?', 'Heeft uw kind het gevoel gehad eerlijk behandeld te worden door zijn/haar ouders?', 'Heeft uw kind plezier gehad met vrienden?', 'Is het goed gegaan op school?' en 'Heeft uw kind goed op kunnen letten?'.

Voor alle subschalen en de totaalscore wordt een t-score berekend, die lager dan gemiddeld ($t < 40$), gemiddeld ($t = 40-60$) of hoger dan gemiddeld ($t > 60$) kan zijn. De t-scores van cliënten, vaders en moeders op de KIDSCREEN-10 werden gebruikt als uitkomstmaten in het huidige onderzoek.

Verdeling in groepen

De deelnemers werden verdeeld in twee groepen: kinderen en jongeren met en zonder SOLK. Het selectiecriterium voor de aanwezigheid van SOLK was een t-score van 70 of hoger op de subschaal Lichamelijke klachten van de CBCL. Deze subschaal omvat de volgende items: Nachtmerries; Obstipatie, last van verstopping; Voelt zich duizelig of licht in het hoofd; Is erg moe zonder reden; Lichamelijke problemen zonder bekende medische oorzaak, namelijk pijnen, hoofdpijn,

misselijk, oogproblemen (waarvoor bril of lenzen niet helpen), huiduitslag of andere huidproblemen, buikpijn of overgeven.

Analyses

Gemiddelde scores en standaarddeviaties (SD) werden berekend voor de groepen kinderen en jongeren met en zonder SOLK. De gemiddelden werden met elkaar vergeleken door middel van t-tests voor onafhankelijke steekproeven. In het geval van t-scores, die niet normaal verdeeld bleken, werd de mann-whitney-U-test voor onafhankelijke steekproeven toegepast. In het geval van nominale variabelen werd gebruikgemaakt van de χ^2 -toets ($\alpha = 0,05$). Om te controleren voor multiple vergelijkingen werd gebruikgemaakt van bonferronnicorrecties (CBCL en KIDSCREEN-52 $\alpha = 0,005$; DIPSI $\alpha = 0,01$).

RESULTATEN

Deelnemers

In de onderzochte periode werden 1530 cliënten aangemeld die toestemming gaven voor gebruik van hun gegevens voor wetenschappelijk onderzoek. Van 1104 cliënten uit deze groep waren CBCL-data beschikbaar, namelijk van 1030 moeders, 175 vaders en 100 onbekende respondenten. DIPSI-data waren bekend van 1424 vaders en 1424 moeders. De KIDSCREEN werd ingevuld door 1263 moeders, 1263 vaders en 1264 jongeren.

De 1104 cliënten werden verdeeld in twee subgroepen, namelijk cliënten met ($n = 201$) en zonder SOLK ($n = 903$). Demografische gegevens en CBCL-scores voor lichamelijke klachten van de kinderen en jongeren met en zonder SOLK zijn terug te vinden in tabel 1.

Angst- en stemmingsproblemen

Primaire uitkomstmaat Ouders van kinderen en jongeren met SOLK beoordeelden het angstig/depressieve gedrag van hun kind met een ge-

TABEL 1 Gemiddelden en standaarddeviaties van de demografische gegevens van kinderen en jongeren met en zonder SOLK

	Kinderen en jongeren met SOLK (n = 201)	Kinderen en jongeren zonder SOLK (n = 903)	t/Z/ χ^2	p
Geslacht (percentage meisjes)	50,80	34,30	17,98	0,000*
Leeftijd in j	12,72 (3,27)	10,94 (3,94)	6,891	0,000*
IQ	104,82 (14,71)	103,74 (15,41)	0,418	0,676
CBCL lichamelijke klachten	76,28 (4,32)	58,19 (6,75)	-22,61	0,000*

*Significant verschil: $p < 0,05$

middele score van 73,47 (SD 10,27); een klinisch relevant verhoogde score. De gemiddelde score van ouders van kinderen en jongeren zonder SOLK was 61,87 (SD 9,35); geen klinisch relevant verhoogde score. Deze scores waren significant verschillend van elkaar ($Z = -13,29$; $p = 0,000$).

Secundaire uitkomstmaten De scores van ouders van kinderen en jongeren met SOLK op de schalen teruggetrokken/depressief, denkproblemen, internaliserende problemen en totale problemen vielen in het klinische bereik, terwijl deze scores van ouders van kinderen en jongeren zonder SOLK niet in het klinische bereik vielen. De verschillen tussen deze scores waren alle statistisch significant. De gemiddelde scores, standaarddeviaties en toetsingswaarden zijn terug te vinden in tabel 2. Klinisch relevante verschillen tussen de groepen kinderen en jongeren met en zonder SOLK zijn aangegeven.

Persoonlijkheidsproblemen

Ouders van kinderen en jongeren met SOLK beoordeelden de mate van introversie van hun kind als zeer hoog (48,02; SD 15,12), terwijl ouders van kinderen en jongeren zonder SOLK de mate van introversie van hun kind beoordeelden als hoog (40,56; SD 13,64). Het verschil tussen deze scores was statistisch significant: $t = 6,627$; $p = 0,000$. Er waren geen klinisch relevante verschillen tussen de scores van kinderen en jongeren met en zonder SOLK op de overige dimensies. De scores op onwillendheid, te weten 228,17 (SD 58,75) en 214,94 (SD 61,30), en emotionele instabiliteit, te weten 148,36 (SD 35,92) en 127,17 (SD 35,37), waren beide hoog. De scores op de dimensie compulsiviteit waren beide gemiddeld: 35,07 (SD 11,83) en 31,68 (SD 10,49).

TABEL 2 Gemiddelde scores en standaarddeviaties op de CBCL van ouders van kinderen en jongeren met en zonder SOLK en bijbehorende toetsingswaarden

	Kinderen en jongeren met SOLK (n = 201)	Kinderen en jongeren zonder SOLK (n = 903)	Z	p
CBCL totale problemen**	72,09 (5,54)	64,59 (8,09)	-12,25	0,000*
CBCL internaliserende problemen**	75,65 (5,74)	62,34 (9,36)	-18,05	0,000*
CBCL externaliserende problemen	65,31 (9,05)	61,45 (10,49)	-4,37	0,000*
CBCL angstig/depressief**	73,47 (10,27)	61,87 (9,35)	-13,29	0,000*
CBCL teruggetrokken/depressief**	72,18 (11,28)	64,40 (9,96)	-8,94	0,000*
CBCL sociale problemen	67,14 (9,45)	62,68 (8,81)	-6,36	0,000*
CBCL denkproblemen**	71,13 (7,65)	64,01 (8,72)	-10,25	0,000*
CBCL aandachtsproblemen	67,77 (9,61)	64,45 (9,03)	-4,40	0,000*
CBCL grensoverschrijdend gedrag	62,54 (8,27)	59,91 (8,07)	-4,06	0,000*
CBCL agressief gedrag	67,40 (11,32)	63,65 (10,31)	-4,17	0,000*

* $p < 0,005$.

**Klinisch relevante verschillen tussen de twee groepen.

Kwaliteit van leven

Zowel kinderen en jongeren met als degenen zonder SOLK beoordeelden hun kwaliteit van leven als lager dan gemiddeld: 32,86 (SD 10,27) en 36,99 (SD 17,06). Dit werd ook zo aangegeven door hun vaders: 33,16 (SD 13,12) en 36,20 (SD 13,99), en door hun moeders: 33,65 (SD 10,51) en 38,35 (SD 10,48). Hoewel de scores van kinderen en jongeren met SOLK en hun ouders significant lager waren dan de scores van kinderen en jongeren zonder SOLK en hun ouders ($p < 0,005$), was er geen sprake van een klinisch relevant verschil.

DISCUSSIE

In dit onderzoek vergeleken wij kinderen en jongeren met SOLK die werden aangemeld bij een instelling voor ggz met kinderen en jongeren zonder deze klachten die werden aangemeld bij dezelfde instelling. Wij onderzochten of kinderen en jongeren met SOLK meer last hadden van angst- en stemmingsproblemen en of er meer persoonlijkheidsproblematiek speelde in deze groep. Ook gingen wij na of de kwaliteit van leven van kinderen en jongeren met SOLK lager was dan die van kinderen en jongeren zonder SOLK.

Prevalentie van SOLK

Van alle aangemelde kinderen en jongeren had 18% SOLK. Het percentage meisjes in deze groep was hoger, namelijk 50,8%, dan in de groep zonder SOLK, waar het percentage meisjes 34,3% was. Ook waren kinderen en jongeren met SOLK gemiddeld ouder, namelijk 12,72 jaar, dan kinderen en jongeren zonder SOLK, waar de gemiddelde leeftijd 10,94 jaar was. Deze gegevens roepen de vraag op of er een samenhang bestaat tussen het ontstaan van SOLK en de start van de puberteit. Hoewel er verschillende manieren zijn om de start van de puberteit te definiëren, zijn er meerdere onderzoeken die aantonen dat de menarche in deze tijd gemiddeld genomen rond de 13 jaar ligt (bijvoorbeeld Hamilton-Fairley 2004; De Muinck

Keizer-Schrama & Mul 2001). Het zou interessant zijn om in vervolgonderzoek de relatie tussen het ontstaan van SOLK en de start van de puberteit te onderzoeken.

Gedragsproblemen van kinderen en jongeren met SOLK

De ouders van kinderen en jongeren met SOLK rapporteerden meer angst en depressie bij hun kind dan de ouders van kinderen en jongeren zonder SOLK. De score voor angst en depressie van kinderen en jongeren met SOLK lag bovendien binnen de klinische grenzen, terwijl dit bij kinderen en jongeren zonder SOLK niet het geval was. Deze bevinding komt overeen met onderzoek bij volwassenen met SOLK of somatoforme stoornissen, waarbij een hoge comorbiditeit met angst en depressie werd gevonden (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2006; Van der Feltz-Cornelis & van Balkom 2010; De Waal e.a. 2004).

Behalve meer angsten en depressies hadden kinderen en jongeren met SOLK ook meer emotionele problemen dan kinderen en jongeren zonder SOLK. Dit was het geval voor angstig-depressief gedrag, teruggetrokken-depressief gedrag en denkproblemen. Ouders van kinderen en jongeren met SOLK rapporteerden ernstige problemen op deze gebieden, terwijl ouders van kinderen en jongeren zonder SOLK gemiddelde scores gaven.

Persoonlijkheidskenmerken van kinderen en jongeren met SOLK

De resultaten van het onderzoek naar persoonlijkheidskenmerken wijzen erop dat kinderen en jongeren met SOLK meer introverte persoonlijkheidskenmerken hadden. Op de schaal Introversie was de score van kinderen en jongeren met SOLK 'zeer hoog', terwijl die van kinderen en jongeren zonder SOLK 'hoog' was. Op de overige persoonlijkheidsdimensies was er geen verschil tussen beide groepen.

Deze bevindingen komen overeen met de wetenschappelijke literatuur waarin de relatie tussen SOLK en internaliserende problematiek

met grote regelmaat werd aangehaald (Eminson 2007; Janssens 2011; Masi e.a. 2000; de Waal e.a. 2004). Zo hadden kinderen en jongeren met chronische hoofdpijnklachten vaker last van angsten en depressies dan kinderen en jongeren zonder deze klachten (Just e.a. 2004) en hadden kinderen met chronische buikpijn vaker last van depressies, teruggetrokken gedrag en angst (Olafsdottir e.a. 2001). Wellicht is de relatie tussen internaliserende persoonlijkheidskenmerken en SOLK te verklaren vanuit de copingstrategieën van deze personen. Mensen met passieve copingstrategieën blijken namelijk vaker last te hebben van SOLK (Walker e.a. 1997). Mogelijk leidt de passieve copingstijl die vaak wordt gezien bij mensen met internaliserende problemen ertoe dat zij langduriger met lichamelijke klachten blijven rondlopen en dat de klachten daardoor uitgroeien tot SOLK.

Kwaliteit van leven van kinderen en jongeren met SOLK

Kinderen en jongeren met SOLK beoordeelden hun kwaliteit van leven als lager dan kinderen en jongeren zonder SOLK. Dit gold ook voor hun ouders. Deze bevinding komt overeen met de bevindingen uit de eerdere studies, namelijk dat SOLK leidden tot een grote ontevredenheid over de kwaliteit van leven. Zo bleek chronische vermoeidheid negatieve consequenties te hebben voor de kwaliteit van leven van volwassenen, zowel op het gebied van de fysieke als de psychische gezondheid (bijv. Taylor 2004) en bleek uit onderzoek bij een huisartsenpopulatie dat patiënten met SOLK hun kwaliteit van leven als lager beoordeelden dan patiënten met andere klachten (Koch e.a. 2007). Ook komt dit overeen met bevindingen van onderzoek bij volwassenen met SOLK (Kroenke e.a. 1994), waarbij geconcludeerd werd dat het aantal SOLK samenhang met de hoeveelheid functionele problemen die cliënten ervoeren.

Echter, zowel kinderen en jongeren met als zonder SOLK waren minder tevreden over de kwaliteit van hun leven dan gemiddeld genomen het geval was bij leeftijdgenoten. Het eerder bespro-

ken verschil tussen de groepen is daarom niet klinisch relevant te noemen. Deze lagere tevredenheid van alle kinderen en jongeren die werden aangemeld bij de instelling voor ggz komt niet als een verrassing, aangezien kinderen en jongeren uit beide groepen door hun aanmelding bij de ggz hulp zochten voor hun psychiatrische problemen.

Gedragsproblemen bij kinderen en jongeren zonder SOLK

Wanneer we de CBCL-scores van kinderen en jongeren met en zonder SOLK kritisch bekijken, valt op dat de gemiddelde scores van kinderen en jongeren zonder SOLK niet in het klinische gebied vallen. Echter, als kinderen en jongeren worden aangemeld bij een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in de tweede lijn, is te verwachten dat er sprake is van ernstige gedragsproblemen, emotionele of andersoortige problemen. De gegevens uit het huidige onderzoek suggereren dat de gedragsproblematiek door ouders niet als zeer ernstig werd ervaren. Dit zou betekenen dat wanneer er geen sprake is van SOLK, de lijdensdruk voor ouders en kinderen niet zo hoog ligt als wanneer er wel SOLK zijn. Dit is een bekend verschijnsel binnen de volwassenenpsychiatrie (Scott e.a. 2009) en wellicht is deze bevinding een uiting van hetzelfde fenomeen bij kinderen en jongeren.

Een andere verklaring kan worden gezocht in de normering van de CBCL. Misschien ervaren ouders de problematiek wel als zeer ernstig, maar komt deze in vergelijking met de huidige normen van de CBCL niet naar voren als zodanig. De gehanteerde Nederlandse normen zijn in 1996 vastgesteld met een normgroep bestaande uit 2068 kinderen die dat jaar geen professionele hulp hadden ontvangen en niet op het speciaal onderwijs zaten (Verhulst e.a. 1996). Mogelijk zou een vergelijking met recentere normen tot andere resultaten leiden. Echter, er is nog geen recentere normeringsonderzoek gepubliceerd.

Implicaties voor onderzoek

De huidige onderzoeksresultaten roepen een aantal vragen op over de behandeling van SOLK bij kinderen en jongeren. Uit eerder onderzoek bleek dat mensen met passieve copingstrategieën meer last ervoeren van hun lichamelijke klachten (Woby e.a. 2005). Zou bijvoorbeeld het aanleren van alternatieve copingstrategieën aan kinderen en jongeren met internaliserende persoonlijkheidskenmerken helpen tegen het ontstaan van SOLK? In dat geval zou training van sociale vaardigheden bij deze doelgroep ertoe kunnen leiden dat kinderen en jongeren een actievere houding aannemen tegenover hun lichamelijke klachten en daardoor eerder hulp zoeken voor hun klachten. Momenteel loopt een dergelijk onderzoek bij volwassenen met SOLK en wordt onderzocht of een integrale aanpak die mede is gericht op het verbeteren van copingstrategieën leidt tot een afname van SOLK (Van Eck van der Sluijs e.a. nog niet gepubliceerd artikel). Soortgelijk onderzoek bij kinderen en jongeren zou een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van kinderen en jongeren met SOLK.

De huidige onderzoeksresultaten benadrukken het frequente samengaan van SOLK en angst- en stemmingsproblematiek. Voor behandelaren betekent dit dat zij alert zouden moeten zijn op de aanwezigheid van SOLK bij kinderen en jongeren met angst- en stemmingsproblemen. Andersom geldt ook dat bij kinderen en jongeren met SOLK gescreend zou moeten worden op angst- en stemmingsproblemen. Op deze manier kan comorbide problematiek al in een vroeg stadium worden gesignaleerd en kan daar bij de behandeling op worden ingespeeld. Onderzoek naar de behandeling van SOLK bij volwassenen wijst uit dat het behandelen van angsten en depressies leidt tot een aanzienlijke verbetering van SOLK (Van der Feltz-Cornelis e.a. 2006). Het klinkt aannemelijk dat SOLK ook bij kinderen en jongeren zullen afnemen als onderliggende angst- en stemmingsproblemen worden behandeld. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of de behandeling van

SOLK bij kinderen en jongeren ook te beïnvloeden is door de behandeling van dergelijke comorbide stoornissen.

Beperkingen van de huidige studie

We moeten wijzen op een aantal beperkingen van de huidige studie. Ten eerste zijn de resultaten van dit onderzoek niet te generaliseren naar de gehele ggz-populatie in Nederland, omdat het onderzoek is uitgevoerd bij slechts één instelling voor ggz in Nederland.

Ten tweede is het belangrijkste onderzoeksinstrument dat is gebruikt, de CBCL, een vragenlijst die door ouders is ingevuld. De dataverzameling is hiermee op subjectieve wijze vormgegeven en vormt een afspiegeling van de beleving van ouders. Deze beleving is vaak anders dan de beleving van de hulpverlener, de cliënt of de leerkracht van het kind of de jongere (Achenbach e.a. 1987; Ronald e.a. 2008).

Ten derde is de CBCL gebruikt zowel voor het determineren van de onderzoeksgroepen (namelijk kinderen en jongeren met en zonder SOLK) als voor een van de belangrijkste uitkomstmaten (namelijk gedragsproblemen). Deze twee variabelen zijn niet geheel onafhankelijk van elkaar, wat de resultaten van het onderzoek kan beïnvloeden. Een vergelijking met de klinische diagnoses van de deelnemers zou meerwaarde hebben gehad, maar helaas waren hierover in dit retrospectieve onderzoek geen data beschikbaar. Omdat CBCL-schalen geen vervanging kunnen zijn van een klinische diagnose, verdient het aanbeveling om bij prospectief vervolgonderzoek niet alleen gebruik te maken van een vragenlijst, maar ook van een op gestructureerde wijze verkregen klinische diagnose.

Ten slotte willen wij opmerken dat in de huidige studie niet is onderzocht of een aantal van de lichamelijke problemen wellicht toch te verklaren was.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat SOLK voorkwamen bij één op de vijf kinderen en jongeren in de ggz. Met name kinderen en jongeren met introverte persoonlijkheidskenmerken hadden SOLK, vaak in combinatie met angstig-depressief gedrag, teruggetrokken-depressief gedrag en denkproblemen. De kwaliteit van leven van zowel kinderen en jongeren met als zonder SOLK was lager dan gemiddeld, zowel volgens de cliënten zelf als volgens hun ouders.

LITERATUUR

- Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: University of Vermont department of psychiatry; 1983.
- Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987; 101: 213-32.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de, herziene versie). Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- Clercq B De, De Fruyt F. Dimensional personality symptom itempool for children. Ghent: Ghent University; 2003.
- Eminson J. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 855-71.
- Feltz-Cornelis CM van der, van Oppen P, Adèr HJ & van Dyck R. Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 282-9.
- Feltz-Cornelis CM van der, van Balkom AJLM. The concept of comorbidity in somatoform disorder - a DSM-V alternative for the DSM-IV classification of somatoform disorder. *J Psychosom Res* 2010; 68: 97-9.
- Hamilton-Fairley D. Obstetrics and gynaecology. Massachusetts: Blackwell; 2004.
- Janssens KAM. The etiology of functional somatic symptoms in adolescents. A new perspective on lumping and splitting. (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit; 2011.
- Just U, Oelkers R, Bender S, Parzer P, Ebinger F, Weisbrod M, e.a. Emotional and behavioral problems in children and adolescents with primary headache. *Headache* 2004; 44: 627-8.
- Koch H, van Bokhoven MA, ter Riet G, van der Weijden T, Dinant G, Bindels PJE. Demographic characteristics and quality of life of patients with unexplained complaints: a descriptive study in general practice. *Qual Life Res* 2007; 16: 1483-9.
- Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, de Gruy FV, e.a. Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment. *Arch Fam Med* 1994; 3: 774-99.
- Lieb R, Pfister H, Mastaler M, Wittchen H-U. Somatoform syndromes and disorders in a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 194-208.
- Masi G, Favilla L, Millepiedi S & Mucci M. Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders. *Psychiatry* 2000; 63: 140-9.
- Muinck Keizer-Schrama SMPF de, de Mul D. Trends in pubertal development in Europe. *Hum Reprod Update* 2001; 7: 287-91.
- Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling ggz. Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK) en somatoforme stoornissen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Rangel L, Garralda ME, Hall A, Woodham S. Psychiatric adjustment in chronic fatigue syndrome of childhood and in juvenile idiopathic arthritis. *Psychol Med* 2003; 33: 289-97.
- Raven JC, Styles I, Raven MA. Raven's Progressive Matrices: SPM plus test booklet. Oxford: Oxford Psychologists Press; 1998.
- Ravens-Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Duer W, e.a. KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2005; 5: 353-64.
- Ronald A, Happé F, Plomin R. A twin study investigating the genetic and environmental aetiologies of parent, teacher, and child ratings of autistic-like traits and their overlap. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008; 17: 473-83.
- Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer MC, Bromet E, Fayyad J, e.a. Mental-physical co-morbidity and its relationship with disability: results from the World Mental Health Surveys. *Psychol Med* 2009; 39: 33-43.
- Taylor RR. Quality of life and symptom severity for individuals with chronic fatigue syndrome: Findings from a randomized clinical trial. *Am J Occ Ther* 2004; 58: 35-43.
- Verhulst FC, Van der Ende J, Koot HM. Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis; 1996.

- Waal MWM de, Arnold IA, Eekhof JAH, van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470-6.
- Walker E, Keegan D, Gardner G, Sullivan M, Katon WJ, Bernstein D. Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: I. Psychiatric diagnoses and functional disability. *Psychosom Med* 1997; 59: 565-71.
- Woby SR, Watson PJ, Roach NK, Urmston M. Coping strategy use: Does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control? *J Rehabil Med* 2005; 37: 100-7.

AUTEURS

MIRJAM E.J. KOUIJZER, orthopedagoog en wetenschappelijk onderzoeker, GGZ Breburg, Centrum Jeugd, Breda.

FRANS LOMAN, kinder- en jeugdpsychiater, GGZ Breburg, Centrum Jeugd, Breda.

CHRISTINA M. VAN DER FELTZ-CORNELIS, psychiater-epidemioloog, GGZ Breburg, Centrum voor Lichaam, Geest en Gezondheid, Tilburg; hoogleraar Sociale Psychiatrie, Tranzo, Universiteit van Tilburg, Tilburg; Trimbos-instituut, Utrecht.

Correspondentieadres: dr. Mirjam Kouijzer, GGZ Breburg, Poolseweg 190, 4818 CG Breda.

E-mail: m.kouijzer@ggzbreburg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-02-2013.

SUMMARY

A description of children and adolescents with somatic unexplained physical symptoms in a Dutch mental health care institution – M.E.J. Kouijzer, F. Loman, C.M. van der Feltz-Cornelis –

BACKGROUND Medically unexplained symptoms (MUS) occur frequently in children and adolescents. Treatment of MUS in children and adolescents takes place mainly in mental health care (MHC) institutions, as does the treatment of adults with MUS. However, there is hardly any literature about the prevalence of MUS in children and adolescents in MHC.

AIM To study the prevalence of MUS in children and adolescents in Dutch MHC.

METHOD Comparisons were drawn between children and adolescents with MUS and those without MUS who had been referred to a Dutch MHC institution.

RESULTS Children and adolescents with MUS had more anxiety and depression and more introvert personality characteristics than children and adolescents without MUS. However, the quality of life of children and adolescents with MUS was similar to that of children and adolescents without MUS.

CONCLUSION One in five children and adolescents in Dutch MHC had MUS. These children and adolescents had introverted personality characteristics and showed anxious and depressed behavior, withdrawn-depressed behavior, and thought problems. The quality of life of children and adolescents with MUS and those without MUS was below average.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)8, 599-608]

KEY WORDS children and adolescents, medically unexplained symptoms (MUS)