

# Continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie bij kinderen en adolescenten tot in de volwassenheid

F.C. VERHULST

**ACHTERGROND** Kennis over continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie van kindertijd of adolescentie tot in de volwassenheid is van belang voor klinici en onderzoekers.

**DOEL** Een overzicht geven van onderzoeksgegevens over de continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie van kindertijd of adolescentie tot in (jong)volwassenheid.

**METHODE** Bevindingen van relevant buitenlands onderzoek en hoofdbevindingen uit het 14-jaars Zuid-Hollands longitudinaal onderzoek worden beschreven.

**RESULTATEN** Voor gedragsstoornissen, angststoornissen en stemmingsstoornissen worden kind-volwassencontinuïteiten, zowel homotypisch als heterotypisch, als consistente bevinding beschreven. Voor aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) is deze continuïteit minder duidelijk.

**CONCLUSIE** Voor een niet onaanzienlijk deel van de kinderen en adolescenten met psychopathologie is er sprake van chroniciteit tot in de volwassenheid.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 11, 777-786]

**TREFWOORDEN** continuïteit, discontinuïteit, follow-up, longitudinaal onderzoek

Voor de hulpverlening aan kinderen en jeugdigen met psychiatrische stoornissen is het nuttig om te weten wat het beloop is van psychopathologie van de kindertijd tot de volwassenheid en om te weten hoe dit beloop beïnvloed wordt. Dit om uitspraken te kunnen doen over de prognose en over de noodzaak en effecten van eventuele preventie- en interventie maatregelen. Voor de hulpverlening aan volwassenen met psychiatrische stoornissen is het van belang om kennis te hebben van de voorlopers van psychopathologie en over factoren in de kindertijd en adolescentie die het ontstaan van volwassen psychiatrische stoornissen beïnvloeden. Zo kunnen etiologische mechanismen worden ontrafeld en preventieve worden genomen.

## METHODE

Onderzoeksgegevens over de continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie van kindertijd of adolescentie tot in (jong)volwassenheid zijn verzameld. Naast het meer algemene niveau van psychopathologie, worden hierbij de volgende veel voorkomende globale groepen stoornissen op de kinderleeftijd en in de adolescentie besproken: agressieve gedragsstoornis, aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD), depressieve stoornis en angststoornis. Minder frequent voorkomende kinderpsychiatrische stoornissen zoals autisme, tics, anorexia nervosa en de obsessief-compulsieve stoornis, en de in de adolescentie beginnende volwassen stoornissen

zoals schizofrenie en bipolaire stoornis, komen hier niet aan de orde. Zie hiervoor twee recent uitgekomen naslagwerken (Rapoport 2000; Steinhausen & Verhulst 1999).

Voor dit overzicht zal worden geput uit buitenlandse algemene bevolkingsonderzoeken en uit onderzoeken naar continuïteit en discontinuïteit van psychopathologie in klinische steekproeven. Ook zullen hoofdbevindingen uit het Zuid-Hollands bevolkingsonderzoek besproken worden (Hofstra e.a. 2000, 2001, in druk A, in druk B).

## RESULTATEN BUITENLANDS ONDERZOEK

*Agressieve Gedragsstoornissen* Een consistente bevinding, zowel in klinische onderzoeken als in algemene bevolkingsonderzoeken, is dat agressieve gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen de neiging hebben te persisteren (Offord e.a. 1992) en de kans vergroten op een antisociale persoonlijkheidsstoornis op volwassen leeftijd (Farrington 1999).

Een van de weinige, over een lange tijdsperiode lopende, prospectieve onderzoeken naar de ontwikkeling van psychopathologie in de algemene bevolking is de *Dunedin longitudinal birth cohort study* (Caspi e.a. 1996; Feehan e.a. 1993; Moffitt 1990). Van de in dit onderzoek betrokken diagnoses was de gedragsstoornis geassocieerd met het grootste risico op latere stoornissen (Feehan e.a. 1993). Verder bleek dat ADHD een van de stoornissen was met de minste risico's op latere stoornissen. In een ander deelonderzoek, verricht bij dezelfde populatie, maar dan over een veel groter tijdsinterval gemeten, bleek dat kinderen die als 3-jarigen impulsief, rusteloos en snel afgeleid waren, op 21-jarige leeftijd vaker voldeden aan de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis en vaker delicten begingen dan degenen die als 3-jarigen normaal gedrag vertoonden (Caspi e.a. 1996).

Gedragsstoornissen in de kindertijd of adolescentie vergroten niet alleen de kans op antisociaal

gedrag op volwassen leeftijd (Farrington 1999), maar ook de kans op andere negatieve uitkomsten zoals falen op school of werk, middelmisbruik en andere lichamelijke en sociale problemen, waaronder tienerzwangerschap (Fergusson & Woodward 2000; Loeber & Hay 1997).

Er kan een onderscheid gemaakt worden (Moffitt 1993) tussen jonge kinderen met antisociaal gedrag die hiermee doorgaan tot in de volwassenheid (de *life-course-persistent-groep*) en adolescenten die pas in de adolescentie beginnen met antisociaal gedrag en hier ook weer mee ophouden in de volwassenheid (de *adolescence-limited-groep*). De relatief kleine *life-course-persistent-groep* bestaat vooral uit kinderen met neuropsychologische problemen die blootstaan aan criminogene invloeden gedurende hun ontwikkeling, wat uitmondt in een antisociale persoonlijkheid. De veel grotere *adolescence-limited-groep* vertoont tijdelijk antisociaal gedrag dat min of meer normatief is en in dienst staat van een uiteindelijk gezonde aanpassing.

Kinderen met een gedragsstoornis of vergelijkbaar probleemgedrag lopen dus een grote kans om later, zelfs als volwassenen, nog steeds antisociaal gedrag te vertonen of andere negatieve sociale uitkomsten te hebben.

## ANGSTSTOORNISSEN

Angststoornissen zijn de meest frequent voorkomende stoornissen op de kinderleeftijd en in de adolescentie (Verhulst e.a. 1997). Het is van belang te weten wat de prognose is van deze stoornissen. Er zijn weinig onderzoeken naar het beloop van angststoornissen bij kinderen en adolescenten op basis van klinische steekproeven en die zich over langere periodes uitstrekken en waaruit valide conclusies getrokken kunnen worden (Seligman & Ollendick 1999). De meeste follow-up-onderzoeken van klinische populaties gaan over kinderen en adolescenten met een angststoornis die behandeld zijn. Deze onderzoeken laten een relatief gunstige prognose zien.

De meeste onderzoeken naar het beloop van

angststoornissen in klinische populaties reiken niet verder dan de kindertijd of de adolescentie, hebben een korte follow-up-periode, of hebben betrekking op een kleine groep uniform behandelde kinderen. Ook zijn er grote verschillen in de mate waarin een angststoornis continuïteit vertoont met dezelfde stoornis, overgaat in een andere angststoornis, of in een andere stoornis, bijvoorbeeld depressie. Een probleem bij deze onderzoeken is dat de onderzoeksgroepen geselecteerd zijn en dat er onbekende factoren in het spel kunnen zijn die de prognose gunstig of ongunstig beïnvloeden.

Bevolkingsonderzoeken waarin het beloop van angststoornissen bepaald werd in aselechte steekproeven, laten een aanzienlijke continuïteit zien van kindertijd tot in de adolescentie (Feehan e.a. 1993; McGee e.a. 1992) en van adolescentie tot in volwassenheid (Newman e.a. 1996; Pine e.a. 1998). In het onderzoek van Feehan e.a. (1993) werd gevonden dat 66,7% van de 15-jarigen met een stoornis op de leeftijd van 18 jaar nog steeds een stoornis had. Hoewel de internaliserende stoornissen (waaronder de angststoornissen) een even ongunstige prognose hadden als de externaliserende stoornissen, behoorden de enkelvoudige fobieën tot de stoornissen met de meest gunstige prognose. In het onderzoek van Pine e.a. (1998) werd gevonden dat de aanwezigheid van een angststoornis op de leeftijd van 9-18 jaar de kans op de aanwezigheid van een angststoornis op de leeftijd van 18-27 jaar vergroot met een factor 2 tot 3. Er was specificiteit in het beloop van de sociale fobie en de enkelvoudige fobie, terwijl de andere angststoornissen een minder specifiek beloop lieten zien.

Ondanks de nogal eens gehoorde mening dat angststoornissen bij kinderen en adolescenten van voorbijgaande aard zijn en weinig consequenties hebben voor de latere ontwikkeling, tonen onderzoeken in de algemene bevolking eenduidig aan dat angststoornissen aanzienlijke continuïteit met latere psychopathologie vertonen, zowel homotypisch (een bepaalde stoornis voorspelt dezelfde stoornis) als heterotypisch

(een bepaalde stoornis voorspelt een andere stoornis). De continuïteit voor angststoornissen is mogelijk wat minder dan voor externaliserende stoornissen.

**Depressie** Depressie bij volwassenen komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen, terwijl vóór de adolescentie depressie bij jongens vaker voorkomt dan bij meisjes. De omslag, waarbij de grotere prevalentie van depressie bij jongens plaats maakt voor die bij meisjes, begint bij ongeveer 13-15 jaar en bereikt een piek bij 15-18 jaar (Hankin e.a. 1998).

Follow-up-onderzoek van klinische steekproeven laat zien dat depressieve kinderen en adolescenten een groter risico lopen om op volwassen leeftijd een depressie te hebben dan kinderen en adolescenten die niet depressief zijn (Harrington e.a. 1990), hoewel er ook een onderzoek is dat een aanzienlijk herstel laat zien van depressie in een patiëntengroep met een gemiddelde leeftijd van 15 jaar over een follow-up-periode van 2 jaar (Strober e.a. 1993). Een onderzoek liet een grote specificiteit van de continuïteit van depressie zien (Harrington e.a. 1990).

Psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen worden gekenmerkt door hun hoge mate van comorbiditeit. Dit geldt ook voor depressie. Zo is er sterke comorbiditeit met angststoornissen (Verhulst e.a. 1997; Verhulst 2001). Deze is zo groot dat het zelfs de vraag is of er van twee aparte stoornissen gesproken kan worden of van één stoornis waarin de affectieve angst/depressiecomponent centraal staat. Verder is er comorbiditeit met gedragsstoornissen. Depressie op jonge leeftijd in combinatie met een gedragsstoornis heeft een veel slechtere prognose en een groter risico op criminaliteit op volwassen leeftijd dan depressie zonder gedragsstoornis (Harrington e.a. 1991). De prognose van depressieve patiënten met een gedragsstoornis was zelfs nagenoeg gelijk aan de prognose van niet-depressieve kinderen met een gedragsstoornis.

Longitudinale algemene bevolkingsonderzoeken laten een aanzienlijke continuïteit van depressie zien (Feehan e.a. 1993; Fleming e.a. 1993; Pine e.a. 1998). Er worden persistenties van depressie van adolescentie tot jongvolwassenheid gevonden van 25% tot 65%. De gevonden percentages zijn afhankelijk van de methodologie en de duur van de follow-up-periode. Vanuit de volwassenheid gezien had 45% van 21-jarigen met een stemmingsstoornis een depressie als adolescent (Newman e.a. 1996). Pine e.a. (1998) vonden weinig specificiteit in het beloop van angst- en stemmingsstoornissen. Hoewel depressie in de adolescentie depressie op jongvolwassen leeftijd voorspelde, voorspelde depressie ook angststoornissen. Bij hernieuwd onderzoek van 15- en 16-jarigen op de leeftijd van 24-25 jaar bleek een depressieve stemming in de adolescentie dezelfde problemen te voorspellen 9 jaar later (Kandel & Davies 1986). Bovendien werd een aantal andere negatieve uitkomsten voorspeld, zoals psychiatrische opnamen en gebruik van kalmeringsmiddelen (bij vrouwen, maar niet bij mannen), deviant gedrag en ongelukken, sigaretten roken en relatieproblemen.

Depressie bij kinderen en adolescenten blijkt dus continuïteit tot in de volwassenheid te vertonen, zowel in de vorm van een depressie in de volwassenheid als in de vorm van andere psychiatrische stoornissen, vooral angststoornissen.

*Aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD)* Kinderen en adolescenten met ADHD blijken een slechte prognose te hebben volgens onderzoeken onder klinische populaties en populaties uit de algemene bevolking met relatief slechte socio-economische omstandigheden (Barkley e.a. 1990; Taylor e.a. 1996). Enkele onderzoeken onder representatieve geboortecohorten uit de algemene bevolking waarin gecorrigeerd werd voor de initiële niveaus van antisociaal gedrag, lieten zien dat de prognose wat betreft antisociaal gedrag niet ongunstig is, maar dat er wel een relatie is tussen aandachtsproblemen en het later

slecht functioneren op school (Fergusson e.a. 1997).

*Conclusies uit buitenlands onderzoek* Uit buitenlands onderzoek komt naar voren dat er in het algemeen aanzienlijke continuïteit van kindertijd en adolescentie naar (jong)volwassenheid bestaat. Voor ADHD geldt dat niet alle onderzoeken die corrigeren voor de vaak comorbide gedragsstoornissen een slechte prognose vonden.

Er is echter een aantal tekortkomingen van bestaand onderzoek: 1. veel gegevens zijn gebaseerd op klinische onderzoeksgroepen met de daarmee gepaard gaande problemen van selectie; 2. bestaande classificatiesystemen zoals de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) veranderen in de loop der tijd en dat is voor longitudinaal onderzoek een groot probleem; 3. sommige onderzoeken houden geen rekening met comorbiditeit, zodat niet altijd duidelijk is of gevonden associaties niet vooral bepaald worden door de comorbide problematiek; 4. algemene bevolkingsonderzoeksgroepen in sommige onderzoeken zijn klein, of zijn afkomstig uit een zeer omschreven gebied dat niet representatief is voor de populatie; 5. problemen met het longitudinale design, zoals korte tijdsintervallen, afkalving van de onderzoeksgroep en het gebruik van verschillende meetmethodes op verschillende momenten.

Het Zuid-Hollands Bevolkingsonderzoek heeft een aantal van bovengenoemde tekortkomingen niet.

## RESULTATEN VAN HET ZUID-HOLLANDS BEVOLKINGSONDERZOEK

In 1983 werd een aselechte steekproef van 2076 4- tot 16-jarigen getrokken. Gegevens over gedragsproblemen en emotionele problemen werden verzameld met behulp van de door ouders in te vullen *Child Behavior Checklist* (CBCL, Verhulst e.a. 1996). De gegevens verkregen met de CBCL kunnen verwerkt worden tot scores op de volgende syndroomsubschalen: teruggetrokken,

lichamelijke klachten, angstig/depressief (deze drie vormen de schaal 'internaliseren'), sociale problemen, denkproblemen en aandachtsproblemen, en delinquent gedrag en agressief gedrag (de laatste vijf vormen samen de schaal 'externaliseren'). De somscore van alle items van de vragenlijst is de 'totale probleemscore'. Na de eerste meting ( $t_1$ ) werden gegevens verzameld in 1985, 1987, 1989, 1991 en in 1997. Bij de laatste meting, toen de populatie 18-30 jaar oud was, werd de *Young-Adult-Self-Report* (YASR, Achenbach 1997; Ferdinand e.a. 1995) afgenomen, evenals de door ouders in te vullen *Young Adult Behavior Checklist* (YABCL, Achenbach 1997). Ook werd van de gehele onderzoeksgroep een gestandaardiseerd psychiatrisch interview afgenomen: de *Composite Diagnostic Interview Schedule* (CIDI, World Health Organization 1992).

*Resultaten van kindertijd en adolescentie tot in volwassenheid: 14-jaarscontinuïteit en -discontinuïteit van vragenlijstcores* Met behulp van afkappunten voor probleemscores op de oudervragenlijst (CBCL) werd bepaald welk deel van de onderzoeksgroep op  $t_1$  (4-16 jaar) als 'gestoord' beschouwd kon worden. Hiervoor werd de 82ste percentiel van de totale probleemscore als grens genomen, hetgeen resulteerde in ongeveer 18% van de populatie. Ditzelfde werd gedaan met de 14 jaar later verzamelde gegevens via ouders (YABCL) en zelfrapportage (YASR). Van de gestoorde kinderen en adolescenten bleek tussen de 38% en 50% (afhankelijk van geslacht en leeftijd) 14 jaar later volgens ouderinformatie nog steeds als gestoord beschouwd te kunnen worden. Deze percentages varieerden tussen de 21% en 33% als de zelfgerapporteerde problemen van de (jong) volwassenen als maat werden gebruikt (zie ook Hofstra e.a. 2000, 2001, in druk A, in druk B).

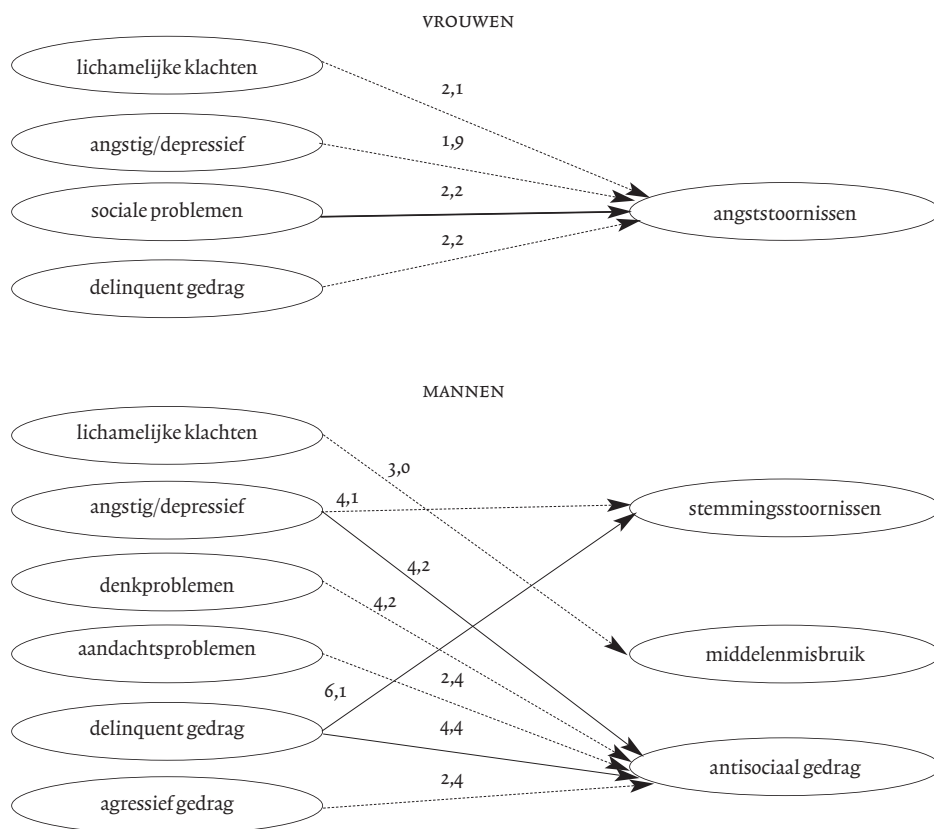
*Resultaten van kindertijd en adolescentie tot in volwassenheid: 14-jaarsvoorspelling van DSM-IV-diagnosen* In dit deel van het onderzoek werd nagegaan in hoeverre de scores op de oudervragenlijst (CBCL) op  $t_1$  konden voorspellen of

er sprake was van de aanwezigheid van een DVM-IV-stoornis op basis van het CIDI-interview dat 14 jaar later werd gehouden met de individuen zelf (Hofstra e.a., in druk A). De diverse DSM-IV-diagnosen werden gegroepeerd in vier categorieën: angststoornissen, stemmingsstoornissen, middelenmisbruik en antisociaal gedrag. Voor alle DSM-IV-categorieën gold dat er meer stoornissen voorkwamen bij volwassenen voor wie de ouders 14 jaar eerder hadden aangegeven dat er gedragsproblemen of emotionele problemen waren.

De relaties tussen alle CBCL-syndromen op  $t_1$  en de DSM-IV-categorieën bij uitkomst werden berekend in voor alle relaties aparte analyses en in een analyse waarbij voor de comorbiditeit tussen de CBCL-schalen onderling op  $t_1$  werd gecorrigeerd. De relaties werden in odds ratio's uitgedrukt. De odds ratio geeft de kans weer dat een individu een DSM-diagnose heeft, gegeven een hoge CBCL-score op  $t_1$ , versus de kans op een DSM-diagnose, gegeven een lage CBCL-score.

Figuur 1 geeft de significante relaties voor mannen en vrouwen apart weer. De ononderbroken lijnen zijn de relaties die blijven bestaan na correctie voor comorbiditeit tussen de CBCL-schalen op  $t_1$ . Bij vrouwen worden alleen angststoornissen voorspeld door CBCL-scores op  $t_1$ . Alleen de CBCL-schaal 'sociale problemen' voorspelt angststoornissen na correctie voor comorbiditeit. Voor mannen worden stemmingsstoornissen, middelenmisbruik en antisociaal gedrag voorspeld door CBCL-schalen. De schalen 'angstig/depressief' en 'delinquent gedrag' voorspellen de twee DSM-IV-groepen stemmingsstoornissen en antisociaal gedrag. De andere schalen voorspellen slechts een diagnostische groep. Omgekeerd blijken stemmingsstoornissen en antisociaal gedrag voorspeld te worden door meerdere CBCL-schalen. Dit geldt vooral voor antisociaal gedrag. Na correctie voor comorbiditeit blijven er drie relaties over. De CBCL-schaal 'angstig/depressief' voorspelt antisociaal gedrag onafhankelijk van de bijdrage van andere CBCL-schalen aan de voorspelling en de schaal 'delin-



FIGUUR 1 Significante relaties tussen de Child-Behavior-Checklist (CBCL)-scores op  $t_1$  en DSM-IV-diagnoses 14 jaar later

De getallen geven univariate odds-ratio's weer; ononderbroken lijnen geven de relaties aan na correctie voor comorbiditeit op  $t_1$

quent gedrag' voorspelt zowel stemmingsstoornissen als antisociaal gedrag.

Uit deze resultaten kunnen enkele conclusies getrokken worden. Ten eerste blijkt dat kinderen en adolescenten met door ouders gerapporteerde problemen een grotere kans lopen om later als volwassenen aan de criteria voor een DSM-IV-diagnose te voldoen. Hoewel de continuïteit over de 14-jaarsperiode matig is, zijn deze bevindingen opmerkelijk gezien de lange follow-up-periode, het feit dat bij aanvang van het onderzoek een andere informant (ouders) dan bij follow-up (betrokkenen zelf) werd gebruikt, het gebruik van verschillende diagnostische procedures (vragenlijst versus interview) en het gebruik van verschillende diagnostische para-

digma's (empirische vragenlijstschalen versus DSM-IV-criteria).

Ten tweede blijken de paden van problemen in de kindertijd of adolescentie naar volwassenheid zeer divers te zijn. Zo kan antisociaal gedrag bij mannen door een veelheid van problemen voorafgegaan worden. De trajecten naar volwassen psychopathologie zijn minder complex wanneer gecorrigeerd wordt voor comorbiditeit. Bij mannen bleek dat delinquent gedrag op jonge leeftijd zowel stemmingsstoornissen als antisociaal gedrag op volwassen leeftijd voorspelde, ook na correctie voor comorbiditeit. Dit komt overeen met de eerder besproken bevindingen van Harrington e.a. (1991) die vonden dat depressieve kinderen met een gedragsstoornis een veel slech-

tere prognose hadden dan depressieve kinderen zonder comorbide problematiek.

Ten derde bleken er beduidende geslachtsverschillen te bestaan bij de voorspelling. Bij mannen werden diverse DSM-IV-stoornissen voorafgegaan door psychopathologie op jongere leeftijd, bij vrouwen gold dit alleen voor angststoornissen. Vooral problemen in de relatie met anderen op jongere leeftijd waren voorspellend voor angststoornissen op volwassen leeftijd bij vrouwen.

Ten vierde bleken aandachtsproblemen op de kinderleeftijd of in de adolescentie na correctie voor comorbiditeit met andere problemen geen onafhankelijke predictor voor latere psychopathologie meer te zijn. Met andere woorden, de prognose van aandachtsproblemen wat betreft latere psychopathologie is niet slecht. Deze bevinding sluit aan bij de al eerder besproken bevindingen van Fergusson e.a. (1997).

Ten vijfde was verrassend dat stemmingsstoornissen bij vrouwen, ondanks het feit dat de prevalentie voor (jong)volwassen vrouwen veel groter is dan voor mannen, niet voorspeld werden door psychopathologie zoals door ouders 14 jaar tevoren gerapporteerd, terwijl voor mannen stemmingsstoornissen juist wel door vroegere psychopathologie werd voorspeld.

*Resultaten van kindertijd en adolescentie tot in volwassenheid: 14-jaarsvoorspelling van problemen in het algemeen functioneren* Uit het voorgaande bleek dat er een duidelijke relatie bestaat tussen psychopathologie zoals door ouders gerapporteerd voor hun 4- tot 16-jarige kinderen en de door de volwassen kinderen zelf 14 jaar later gerapporteerde psychopathologie. Anderzijds moet geconstateerd worden dat de meeste kinderen en adolescenten met psychopathologie 14 jaar later geen noemenswaardige psychopathologie meer vertonen. Toch kan het zijn dat probleemkinderen uitgroeien tot volwassenen die weliswaar geen psychopathologie meer vertonen, maar toch niet optimaal functioneren op bijvoorbeeld sociaal gebied.

Voor de hele onderzoekspopulatie werd het sociaal functioneren in kaart gebracht. Bij slechts 25% van degenen die op een of meerdere gebieden van sociaal functioneren problemen had, werd ook psychopathologie vastgesteld. Met andere woorden, het merendeel van de mensen met problemen op sociaal gebied, wordt niet gedetecteerd wanneer alleen gekeken wordt naar psychopathologie. Sociaal disfunctioneren is een belangrijke predictor voor episodes van depressie of schizofrenie en voor het ontwikkelen van depressie bij individuen met een angststoornis. Alle gebieden van sociaal disfunctioneren werden door een of meerdere schalen van de CBCL voorspeld. Vooral de CBCL-schaal 'teruggetrokken' met problemen zoals 'wil liever alleen zijn', 'weigert om te praten', 'verlegen', 'te weinig actief', 'ongelukkig' voorspelde de meeste vormen van disfunctioneren.

## CONCLUSIES

Er kan een aantal conclusies getrokken worden met betrekking tot de continuïteit van psychopathologie bij kinderen en adolescenten tot in de volwassenheid.

Psychopathologie op de kinderleeftijd en in de adolescentie voorspelt psychopathologie en andere vormen van disfunctioneren in de volwassenheid. Hoewel deze bevinding niet verassend is, is er tot nu bijzonder weinig onderzoek dat kind-volwassencontinuïteit van psychopathologie heeft aangetoond. Deze bevinding ondersteunt de noodzaak van tijdige interventies. Er zijn echter ook veel kinderen en adolescenten met psychopathologie die toch een redelijke prognose hebben. Omdat het vaak niet goed mogelijk is om te bepalen wie wel en wie niet een ongunstige prognose heeft, is het moeilijk te bepalen op welke individuen de interventie gericht moet zijn.

De ontwikkelingstrajecten van de stoornissen zijn complex: er is sprake van zowel homotypische continuïteit als heterotypische continuïteit. Zo kunnen stemmingsstoornissen bij

kinderen of adolescenten uitmonden in stemmingsstoornissen op volwassen leeftijd, maar ook in antisociaal gedrag.

Er is continuïteit van psychopathologie voor vele groepen stoornissen op de kinderleeftijd of in de adolescentie: angststoornissen, stemmingsstoornissen en gedragsstoornissen. De stoornis met de grootste consequenties voor het later functioneren is de gedragsstoornis. Dit ondersteunt het grote belang dat er gehecht moet worden aan het op jonge leeftijd doorbreken van dit negatieve ontwikkelingstraject.

De aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD) heeft in zijn pure vorm geen ongunstige prognose wat betreft latere psychopathologie. Het is vooral de veel voorkomende comorbiditeit met gedragsstoornissen die de prognose ongunstig beïnvloedt.

De ontwikkelingstrajecten voor mannen en vrouwen zijn niet identiek. Er is meer onderzoek nodig naar de invloed van het geslacht op het beloop van stoornissen.

Psychopathologie op de kinderleeftijd of in de adolescentie vormt een risico voor sociaal disfunctioneren later, ook al is er geen sprake meer van duidelijke psychopathologie.

#### LITERATUUR

- Achenbach, T.M. (1997). *Manual for the Young Adult Self-Report and Young Adult Behavior Checklist*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S., e.a. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 549-557.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Newman, D.L., e.a. (1996). Behavioral observations at age 3 years predict adult psychiatric disorders. Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1033-1039.
- Farrington, D.P. (1999). Conduct disorder and delinquency. In H.C. Steinhausen & F.C. Verhulst, *Risks and outcomes in developmental psychopathology* (pp. 165-192). New York: Oxford University press.
- Feehan, M., McGee, R., & Williams, S.M. (1993). Mental health disorders from age 15 to age 18 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1118-1126.
- Ferdinand, R.F., Verhulst, F.C., & Wiznitzer, M. (1995). Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence into young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 680-690.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M.T., & Horwood, L.J. (1997). Attentional difficulties in middle childhood and psychosocial outcomes in young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 633-644.
- Fergusson, D.M., & Woodward, L.J. (2000). Educational, psychosocial, and early sexual outcomes of girls with conduct problems in early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 779-792.
- Fleming, J.E., Boyle, M.H., & Offord, D.R. (1993). The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 28-33.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y., Moffitt T.E., e.a. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., e.a. (1990). Adult outcomes of childhood and adolescent depression. I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 47, 465-473.
- Harrington, R., Fudge, H., Rutter, M., e.a. (1991). Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II. Links with antisocial disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 434-439.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2000). Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 850-858.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2001). Adolescents' self-reported problems as predictors of psychopathology in adulthood: a 10-year follow-up study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 203-209.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (in druk A). Child and Adolescent Problems Predict DSM-IV Disorders in Adulthood: A 14-year Follow-up of an Epidemiological Sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Hofstra, M.B., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (in druk B). Pathways of Self-Reported Problem Behaviors from Adolescence into Adulthood. *American Journal of Psychiatry*.



- Kandel, D.B., & Davies, M. (1986). Adult sequelae of adolescent depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 43, 255-262.
- Loeber, R., & Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review of Psychology*, 48, 371-410.
- McGee, R., Feehan, M., Williams, S., e.a. (1992). DSM-III disorders from age 11 to age 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 50-59.
- Moffitt, T.E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: boys' developmental trajectories from age 3 to 15. *Child Development*, 61, 893-910.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.
- Newman, D.L., Moffitt, T.E., Caspi, A., e.a. (1996). Psychiatric disorder in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 552-562.
- Offord, D.R., Boyle, M.H., Racine, Y.A., e.a. (1992). Outcome, prognosis, and risk in a longitudinal follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 916-923.
- Pine, D.S., Cohen, P., Gurley, D., e.a. (1998). The risk of early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Rapoport, J.L. (2000). *Childhood onset of 'adult' psychopathology*. Washington: American Psychiatric Press.
- Seligman, L.D., & Ollendick, T.H. (1999). Anxiety Disorders. In H.C. Steinhausen & F.C. Verhulst, *Risks and outcomes in developmental psychopathology* (pp. 103-120). New York: Oxford University press.
- Steinhausen, H.C., & Verhulst, F.C. (1999). *Risks and outcomes in developmental psychopathology*. New York: Oxford University press.
- Strober, M., Lampert, C., Schmidt, S., e.a. (1993). The course of major depressive disorder in adolescents: I. Recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and nonpsychotic subtypes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 34-42.
- Taylor, E., Chadwick, O., Heptinstall, E., e.a. (1996). Hyperactivity and conduct problems as risk factors for adolescent development. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1213-1226.
- Verhulst, F.C. (1999). Fifteen years of research in child psychiatric epidemiology. In H.M. Koot, A.A.M. Crijnen & R.F. Ferdinand, *Child psychiatric epidemiology: accomplishments and future directions* (pp. 16-38). Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C. (2001). Community and epidemiological aspects of anxiety disorders in children. In W.K. Silverman & Ph.D.A. Treffers, *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 273-292). Cambridge: Cambridge University Press.
- 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.
- Verhulst, F.C., van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam, Erasmus Universiteit.
- World Health Organization (1992). *Composite International Diagnostic Interview*. Geneva: WHO.

## AUTEUR

F.C. VERHULST, psychiater, is hoogleraar en hoofd van de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie van het AZR-Sophia in Rotterdam.

Correspondentieadres: prof. dr. F.C. Verhulst, AZR-Sophia, Postbus 2060, 3000 CB Rotterdam.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-4-2001.

## SUMMARY

Continuities and discontinuities of psychopathology in children and adolescents into adult life – F.C. Verhulst –

**BACKGROUND** Knowledge on continuities and discontinuities of psychopathology from childhood/adolescence into adult life is important for clinicians and researchers.

**AIM** To provide an overview of research data about continuity and discontinuity of psychopathology in children and adolescents into adult life.

**METHOD** Findings from relevant international studies and main findings from the 14-year Zuid-Holland longitudinal study are described.

**RESULTS** For conduct disorders, anxiety disorders and mood disorders child-adult continuities, both homotypical and heterotypical, are consistently described. For attention-deficit/hyperactivity disorder this continuity is less clear.

**CONCLUSION** For a substantial proportion of children and adolescents with psychopathology, this condition is chronic into adult life.

[T]IJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 43 (2001) 11, 777-786]

**KEYWORDS** continuity, discontinuity, follow-up, longitudinal research