

Vóórkomen en verloop van obsessief en compulsief gedrag bij kinderen

Een literatuuroverzicht

R. VERMEIREN, D. DEBOUTTE

SAMENVATTING In dit artikel wordt een overzicht gegeven van de literatuur over het vóórkomen en verloop van OCD (obsessieve-compulsieve stoornis) bij kinderen en adolescenten. Benadrukt wordt dat OCD bij kinderen een belangrijk en vaak miskend probleem is, zowel binnen als buiten de geestelijke gezondheidszorg. Ook hulpverleners buiten de geestelijke gezondheidszorg moeten er meer attent op zijn.

Follow-uponderzoek wijst erop dat OCD bij kinderen en adolescenten vaak een ongunstig verloop kent, zowel op psychiatrisch als op psychosociaal vlak. Grondig wetenschappelijk onderzoek dient op dit gebied nog plaats te vinden. Vooral het effect van de behandeling op de prognose op lange termijn verdient aandacht. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 2, 85-94]

TREFWOORDEN adolescenten, kinderen, OCD, prevalentie, prognose

Kinderen en adolescenten kunnen net als volwassenen last hebben van obsessies en compulsies. Men neemt thans zelfs aan dat de symptomatologie op elke leeftijd identiek is (Rapoport 1986). Vergelijking met volwassenen wordt bemoeilijkt doordat gericht onderzoek naar OCD bij kinderen en jongeren nog in de kinderschoenen staat. Het doel van dit artikel is een overzicht te geven van de actuele literatuur betreffende het voorkomen en het verloop van OCD en verwant gedrag bij kinderen en adolescenten.

FENOMENOLOGIE

Symptomatologie Obsessies en compulsies uit zich bij kinderen en volwassenen op gelijke wijze (Swedo e.a. 1989). De meest frequente compulsies betreffen wassen en schoonmaken, gevolgd door controleren, herhalen en ordenen. Besmettingsgedachten zijn de meest voorko-

mende obsessie, gevolgd door agressieve gedachten waarin men zichzelf of anderen pijn doet of schade berokkent (Flament e.a. 1988; Hanna 1995; Honjo e.a. 1989; Riddle e.a. 1990).

In enkele onderzoeken bleken smetvrees en wasdwang minder vaak voor te komen bij kinderen (Allsopp & Verduyn 1990; Douglas e.a. 1995; Valleni-Basile e.a. 1994). De meeste onderzoeken werden helaas uitgevoerd in beperkte patiëntenpopulaties, wat vragen oproept omtrent de representativiteit. Het onderzoek naar symptomatologie wordt daarenboven belemmerd door een gebrek aan degelijke en gestandaardiseerde diagnostische middelen.

Obsessief twijfelen en besluiteloosheid met extreme functionele ongeschiktheid (Swedo e.a. 1989) lijken bij kinderen frequent voor te komen. Erg belastend voor de ouders is het excessieve vraaggedrag dat ermee gepaard gaat (Rapoport e.a. 1981).

Primaire obsessieve traagheid zou bij kinderen tamelijk zelden voorkomen (Allsopp & Verduyn 1990), maar dit wordt door anderen tegengesproken (Apter & Tyano 1988). Opvallend bij deze patiënten is de afwezigheid van angstsymptomen, wat de vraag doet rijzen of primaire obsessieve traagheid geen onderscheiden entiteit is.

Classificatie en onderscheid met volwassenen

Voor een overzicht van de specifieke diagnostische criteria verwijzen we naar de desbetreffende literatuur (DSM-IV, International Classification of Diseases-10 [ICD-10]). Belangrijk is het om te vermelden dat de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) slechts in één criterium (B) onderscheid maakt tussen kinderen en adolescenten. Kinderen 'hoeven zich niet bewust te zijn van de overdreven of onredelijke aard van de symptomen'. Dit strookt met de bevinding dat kinderen veel vaker overtuigd zijn van en geloof hechten aan hun obsessies. Wel maakt dit het moeilijk de obsessie te onderscheiden van aandoeningen met verminderd realiteitsinzicht. De DSM-IV biedt ook voor kinderen de mogelijkheid de diagnose te specificeren 'met weinig inzicht'. ICD-10 (World Health Organisation 1988) daarentegen maakt geen onderscheid tussen kinderen en volwassenen.

Geheimhouding Kenmerkend zijn verlegenheid en terughoudendheid over obsessies en compulsies. Dit geldt zowel voor kinderen (Apter e.a. 1984; Flament e.a. 1990; Thomson 1994a; Swedo e.a. 1992) als voor volwassenen (Rasmussen & Eisen 1990), en er zijn aanwijzingen dat adolescenten net zo terughoudend zijn (Allsopp & Williams 1991). Inzicht in de abnormaliteit en het irrationele van de symptomen zou hiervan de oorzaak zijn. Vooral jongere kinderen met OCD zijn bang om 'voor gek verklaard te worden', waardoor het vaak jaren duurt voordat hulp gezocht wordt voor deze klachten (Flament e.a. 1990).

Kinderen met OCD zoeken dikwijls eerst hulp voor andersoortige klachten, zowel op psy-

chisch als lichamelijk vlak. Niet zelden worden niet-psychiatrische specialisten, zoals dermatologen, huisartsen, oncologen, neurologen en gynaecologen als eersten geconsulteerd (Rapoport 1986). Maar ook bij de psycholoog of psychiater worden obsessies en compulsies vaak verzwegen en durft men deze vaak pas na maanden behandeling te bespreken (Swedo e.a. 1992).

De meeste patiënten vermelden dat het onderdrukken van gedachten en symptomen bevorderd wordt door druk bezig zijn, hun tijd door anderen laten structureren en door lichamelijke activiteit (Swedo e.a. 1989). Anderzijds verhogen stress en spanning de symptomen.

Net als patiënten met tics en het Gilles de la Tourette-syndroom zijn OCD-patiënten uitstekend in staat hun symptomen in het openbaar te onderdrukken. Hierdoor kan geheimhouding lang volgehouden worden. In ongestructureerde situaties, meestal thuis, ziet men vaak een opflakking van de symptomen. Dit roept bij de ouders vaak onbegrip en kwaadheid op.

Het betrekken van derden Erg typisch voor kinderen en adolescenten met OCD is de neiging om verzorgers te betrekken in hun rituelen (Allsopp & Verduyn 1990; Apter e.a. 1984; Apter & Tyano 1988; Bolton e.a. 1983; Ishisaka & Segawa 1995). Vooral jonge kinderen (beneden 10 jaar meer dan 50%) zouden anderen in hun symptomen laten meedoen; oudere kinderen zijn hier toe minder geneigd. Kanner (1972) beschreef dit als volgt: 'De obsessieve adolescent of volwassene houdt zijn gepieker voor zichzelf, hij heeft de hulp van anderen niet nodig voor het bevredigen van z'n drang. Het obsessieve kind dwingt anderen, vooral zij die het dichtst bij hem staan, om deel te nemen in z'n mateloosheid.'

Het betrekken van anderen in de symptomen kan variëren van het excessief zoeken naar geruststelling tot het eisen van actieve medewerking in de compulsies. Dit kan extreme vormen aannemen, zoals anderen verplichten zich ettelijke malen per dag extra te wassen. Niet beantwoorden aan dit verzoek leidt meestal tot woede

en conflicten. Dit maakt contacten met ouders en andere verzorgers als onderdeel van de behandeling noodzakelijk.

Leeftijdsspecificiteit De symptomatologie wisselt met de leeftijd (Rettew e.a. 1992; Swedo e.a. 1989) en vertoont een grote variabiliteit in periodiciteit, duur en ernst. Volgens de onderzoeken maakt ongeveer 85% van de patiënten ooit een periode van besmettingsvrees en/of wasdwang mee. Tot nog toe werden geen leeftijds-specifieke obsessieve of compulsieve klachten gevonden (Rettew e.a. 1992). Adolescenten zouden alleen wel vaker last hebben van typisch seksuele gedachten en rituelen (Swedo e.a. 1989).

Verband tussen obsessies en compulsies Het staat ter discussie of compulsies dienen als neutralisatie van obsessies. Het neutralisatieconcept werd ontwikkeld vanuit een cognitief gedragsmatig model, waarbij compulsies gezien worden als een manier om angst, veroorzaakt door obsessies, te verminderen (Rachman & Hodgson 1980). In de ICD wordt neutralisatie niet meer vermeld, terwijl de DSM dwanghandelingen enkel nog omschrijft als reactie op dwanggedachten.

De veronderstelling van neutralisatie lijkt zeker bij kinderen niet op te gaan. Kinderen zouden immers veel minder obsessies en compulsies tegelijk ervaren en ze zouden frequenter dan volwassenen last hebben van alleen compulsies (Rettew e.a. 1992). Maar liefst 40% van de kinderen met compulsies ontkent de aanwezigheid van obsessies (Swedo e.a. 1989).

Recent werd geopperd dat compulsies bij kinderen het directe gevolg zijn van spanning en angst. Secundair zouden kinderen een cognitieve verantwoording zoeken voor hun compulsies, waardoor obsessieve gedachten ontstaan (Bolton 1996).

Voornamelijk klinische studies lieten zien dat compulsies en obsessies meestal samen voorkomen (Apter e.a. 1984; Hanna 1995; Allsopp & Verduyn 1990; Rasmussen & Tsuang 1986; Riddle

e.a. 1990; Swedo e.a. 1989). Bevolkingsonderzoek daarentegen toont een veel minder frequent samen voorkomen van obsessies en compulsies (14%-55%) (Douglas e.a. 1995; Valleni-Basile e.a. 1994). Dit kan mede het idee ondersteunen dat obsessief en compulsief gedrag bij kinderen en adolescenten een dimensioneel verloop kent (Thomson & Jensen 1991; Apter e.a. 1996), in contrast met de categoriale indelingen (DSM, ICD). Als het ene uiterste beschouwt men intrusieve gedachten die weinig specifiek zijn, heel frequent voorkomen en in verband staan met gewone levensomstandigheden. Aan het andere uiterste bevindt zich de obsessieve-compulsieve stoornis. Tussenin situeren zich de patiënten met obsessieve-compulsieve klachten die niet ernstig genoeg zijn om als aparte stoornis beschouwd te worden, maar die tegelijk inhoudelijk niet alleen normale levensomstandigheden betreffen. Dit heet dan obsessief-compulsief gedrag of subklinisch OCD. Naarmate de ernst toeneemt, komen obsessies en compulsies ook vaker samen voor.

In welke mate intrusieve gedachten en obsessieve en compulsieve klachten in verband staan met elkaar en met normaal ritueel gedrag of magisch denken in de vroege kindertijd blijft een punt van discussie (Bolton 1996; Leonard e.a. 1989). Bolton (1996) geeft hiervan een prachtig overzicht, waarbij de verschillende denkwijzen vanuit ontwikkelingspsychologisch en neurobiologisch gezichtspunt worden besproken.

COMORBIDITEIT

De comorbiditeit van OCD bij kinderen en adolescenten kan, gezien z'n complexiteit, op zichzelf het onderwerp zijn van een bespreking.

In de eerste plaats is er, net als bij volwassenen, een frequent samengaan met affectieve stoornissen en angststoornissen (Flament e.a. 1990; Geller e.a. 1996). Daarnaast wordt comorbiditeit beschreven met gedragsstoornissen, anorexia nervosa, ticstoornissen, ontwikkelingsstoornissen en psychotische toestandsbeelden (Geller e.a. 1996; Swedo e.a. 1989; Thomson 1994a).

Vooral met ticstoornissen en het syndroom van Gilles de la Tourette wordt een genetisch verband vermoed, waarbij verondersteld wordt dat de verschillende aandoeningen alternatieve expressies van eenzelfde gen zijn (Pauls & Leckman 1986).

EPIDEMIOLOGIE

Prevalentie OCD Epidemiologisch onderzoek naar OCD bij kinderen toont sterk uiteenlopende prevalenties, waarbij er een opvallend verschil bestaat tussen enerzijds klinisch ambulante onderzoek (0,2% tot 1,3%) en anderzijds bevolkingsonderzoek, dat een hogere prevalentie aangeeft (0,7% tot 4%) (referenties: zie tabel 1).

Prevalentieonderzoek bij residentiële patiënten levert nog iets hogere cijfers op, namelijk tussen 2,8% en 5%.

Versillende redenen werden reeds aangehaald om het frappante verschil tussen klinisch ambulante en bevolkingsonderzoek te verklaren (Thomson 1994a):

- Zowel patiënten als ouders wachten vaak met hulp zoeken tot er een serieuze belemmering ondervonden wordt (Douglas e.a. 1995; Flament e.a. 1990), waardoor klinisch onderzoek een beperkte groep ernstig gestoorde patiënten beschrijft.
- Hulpverleners onderschatten het voorkomen van dwangklachten bij kinderen,

TABEL 1 Prevalentieonderzoek naar OCD bij kinderen

Auteur	Aard onderzoek	Aantal deelnemers	Prevalentie (%)	Leeftijd ontstaan OCD (gemiddeld)
Allsop & Verduyn 1990	Klinisch (retrospectief)	-	1,3	12,5
Hollingsworth e.a. 1980	Klinisch (retrospectief)	8000	0,2	-
Judd 1965	Klinisch (retrospectief)	405	1,2	-
Thomson 1994c	Klinisch (retrospectief)	4594	1,33	11,8
Apter e.a. 1996	Epidemiologisch (16-17-jarigen)	821	2,3 Subklinisch 3,9	-
Douglas e.a. 1995	Epidemiologisch; cohortonderzoek	993	4	-
Flament e.a. 1988	Epidemiologisch (9-12 grade*)	5600	1-1,9	12,8
Valleni-Basile e.a. 1994	Epidemiologisch (9-10 grade)	-	3 Subklinisch 19	-
Valleni-Basile e.a. 1996	Epidemiologisch (7, 8, 9 grade)	3283	0,7 (1-jaars) Subklinisch 8,4	-
Whitaker e.a. 1990	Epidemiologisch (9-12 grade)	5596	1,9	-
Zohar e.a. 1992	Epidemiologisch (16-17-jarigen)	562	3,56 Subklinisch 4,8	-
Apter e.a. 1984	Klinisch residentieel	184	4,5	11
Apter & Tyano 1988	Klinisch residentieel	496	2,8	11,7
Honjo e.a. 1989	Klinisch residentieel	-	5	11,6

* Grade = klas (Verenigde Staten)

waardoor dwangsymptomen niet standaard worden nagegaan.

- Goede screeningsmethoden ontbreken en inclusiecriteria zijn onduidelijk. Dat verschillende klinische studies retrospectief plaatsvonden zonder dat gerichte onderzoeksmiddelen werden gebruikt, verklaart wellicht gedeeltelijk de lagere prevalentie.
- De differentiaaldiagnose ten opzichte van andere aandoeningen is moeilijk, waardoor OCD over het hoofd wordt gezien (Rasmussen & Eisen 1990; Thomson 1994a).

Dit alles heeft tot gevolg dat slechts een minderheid van de kinderen met OCD adequaat wordt behandeld. Epidemiologisch onderzoek bevestigt dat de meerderheid (60% tot 84%) van de jeugdige patiënten met OCD geen gepaste medische hulp krijgt (Douglas e.a. 1995; Flament e.a. 1988; Whitaker e.a. 1990) ondanks de duur van de klachten – vaak reeds meerdere jaren – en de ernst van de symptomatologie.

Subklinische OCD en intrusieve gedachten

Subklinische OCD of OCB (obsessive compulsive behaviour) is veel frequenter en kent een prevalentie tussen 4% en 19% (referenties: zie tabel 1). Opvallend is de bevinding dat obsessies én compulsies in deze groep minder vaak samen voorkomen.

Intrusieve gedachten zouden bij jongeren nog veel frequenter voorkomen; slechts een minderheid van de jongeren (15%) zou er nooit last van hebben (Allsopp & Williams 1996).

Leeftijd van ontstaan en geslachtsverschil

Retrospectief onderzoek bij volwassenen toonde aan dat eenderde van de OCD-patiënten symptomen vertoonde voor het vijftiende levensjaar en de helft zelfs voor het achttiende levensjaar (Burke e.a. 1990; Karno e.a. 1988; Kringlen 1965; Rapoport 1986). Sommige onderzoekers herkennen twee pieken in het ontstaan van OCD, een voor mannen rond hun vijftiende levensjaar en een tweede voor vrouwen na het twintigste

levensjaar (Rasmussen & Tsuang 1986).

In het prevalentieonderzoek bij kinderen ligt de leeftijd van ontstaan gemiddeld tussen 10 en 12 jaar (zie tabel 1). In individuele gevallen zou OCD reeds vanaf 2-3 jaar voorkomen (Swedo e.a. 1989).

Klinische studies toonden dat jongens bij de kinderen met OCD (Thomson 1994a) in de meerderheid zijn, waardoor men lange tijd veronderstelde dat jongens op jongere leeftijd OCD-klachten ontwikkelen (Judd 1965; Flament e.a. 1985; Hollingsworth e.a. 1980; Bolton e.a. 1983; Rettew e.a. 1992). Tegen het eind van de adolescentie zou dit geslachtsverschil verdwenen zijn (Thomson 1994a; Allsopp & Williams 1991).

Recent bevolkingsonderzoek levert twijfel op over het bestaan van een geslachtsverschil bij kinderen met OCD. Vermoed wordt dat jongens met OCD vroeger aangemeld worden vanwege:

- ernstiger klachten op jonge leeftijd (Flament e.a. 1985; Hanna 1995);
- meer uitgesproken comorbiditeit, bijvoorbeeld syndroom van Gilles de la Tourette (GTS) (Rapoport e.a. 1994) en gedragsproblemen (Bolton & Turner 1984). Rettew e.a. (1992) stelden vast dat een groep jonge kinderen (6 jaar) met OCD voornamelijk uit jongens (10 op 12) bestond en dat bij follow-up 4 van hen (33%) GTS ontwikkeld bleken te hebben;
- een hogere familiale voorbeschiktheid bij jongens met OCD (Lenane e.a. 1989), wat een snellere herkenning door de ouders in de hand werkt.

ONTSTAAN VAN KLACHTEN

De klachten ontstaan meestal in de loop van enige maanden (39%) of jaren (55%) (Hanna 1995). In welke mate traumata, zowel fysieke als psychische, dwangbeelden kunnen uitlokken, blijft een punt van discussie (Hanna 1995; Honjo e.a. 1989).

Verschiede klinische studies, waarin vooral ernstige obsessieve-compulsieve klachten

worden beschreven, vermelden bij enkele patiënten schedeltraumata voorafgaand aan de klachten (Allsopp & Verduyn 1990; Apter e.a. 1984). Psychische traumata van velerlei aard worden eveneens vermeld (Honjo e.a. 1989). Deze zouden vooral in verband staan met schoolomstandigheden en ook vaak de inhoud van de symptomen bepalen.

Recent werden enkele gevallen beschreven waarbij een infectie met groep A bèta-hemolytische streptokokken acuut OCD veroorzaakte (Allen e.a. 1995). Auto-immuunantilichamen tegen basale gangliacellen zouden hierdoor gevormd worden. De aanpak bestaat erin dit auto-immuunproces te temperen met behulp van immuunmodulerende medicatie. Omdat adequate behandeling tot complete remissie kan leiden, is tijdige herkenning noodzakelijk.

PROGNOSE

Psychiatrisch Rettew e.a. (1992) stelden vast dat het algemene verloop van OCD een geleidelijke toename is van het aantal symptomen, gevolgd door een vermindering als de patiënt de late adolescentie en de jongvolwassenheid bereikt.

Nog maar weinig follow-upstudies werden verricht bij kinderen en adolescenten met OCD (tabel 2). Globaal ziet men dat de stoornis bij slechts 10% tot 50% van de kinderen gunstig evolueert. Spontane remissie, zelfs na jaren, blijft echter mogelijk. Eenderde van de patiënten vertoont intermitterende problemen, meestal samenhangend met spanning. Ongeveer een kwart tot de helft van de kinderen met OCD kent een ongunstige prognose, met blijvend klachten die behandeling vergen.

In prospectief epidemiologisch follow-up-onderzoek (Berg e.a. 1989; Valleni-Basile e.a. 1996) werd gevonden dat personen met OCD tijdens de kindertijd significant meer kans hebben op een OCD-diagnose tijdens de adolescentie en de jongvolwassenheid. Vergeleken met controlepersonen ontwikkelen slechts iets meer kinderen

met vroeg subklinische OCD later OCD, wat doet vermoeden dat subklinische OCD geen voorloper is van OCD. Dit wijst erop dat subklinische OCD niet louter een voorloper van OCD is maar eerder een subgroep binnen het obsessieve-compulsieve spectrum.

Psychosociaal Sociaal en familiaal evolueren kinderen met OCD eveneens vaak ongunstig (Hollingsworth e.a. 1980; Flament e.a. 1990; Thomson 1994b). Vergeleken met normale kinderen blijven kinderen met OCD vaker thuis wonen en blijven ze alleenstaand. Een groter aantal leeft op volwassen leeftijd van een invaliditeitspensioen of maakt psychiatrische opnames mee. Minder OCD-patiënten voltooiën hun schoolopleiding en hebben werk. Daartegenover staat wel dat OCD-patiënten gemiddeld toch een even hoog opleidingsniveau halen. Het aantal zelfmoorden ligt bij OCD-patiënten lager dan bij andere psychiatrische patiënten, terwijl het criminaliteitscijfer gelijk is aan dat van de normale populatie.

Thomson (1995b) vermoedt dat de sociale en familiale problemen het gevolg zijn van het onvermogen zich aan te passen aan de gewoontes en de levensstijl van anderen, wat OCD sociaal invaliderend maakt.

Predictieve prognostische factoren Tot op heden werd geen verband vastgesteld tussen demografische kenmerken (Leonard e.a. 1993), de leeftijd van ontstaan (Thomson 1995a; Bolton e.a. 1995), of de ernst van het initiële OCD en de latere prognose. De eerdere veronderstelling dat het vroege ontstaan van ernstig OCD een slechtere prognose meebrengt, blijkt dus niet te kloppen.

Noch een gunstige medicamenteuze (clomipramine), noch een geslaagde cognitieve gedragstherapeutische behandeling (Bolton e.a. 1995; Leonard e.a. 1989) blijken een voorspellende waarde te hebben op lange termijn. Beide behandelingsvormen verzekeren wel een gunstig effect op korte en middellange termijn (9 maanden tot 4 jaar) (Bolton e.a. 1995). De beschikbaarheid en

TABEL 2 Prognose van OCD bij kinderen

Auteur	Aantal patiënten	Oorspronkelijke leeftijd (jaren)	Follow-up-termijn (jaren)	Resultaat bij follow-up
Allsopp & Verduyn 1988	20	14,1 ± 1,7	6,5-12 gem 9,8	30% OCD, 10% schizofrenie en 10% depressieve stoornis
Berg e.a. 1989	45	-	2	50% OCD en 30% subklinische OCD
Bolton e.a. 1995	14	12,5-18,4	9-14 gem 10,7	43% blijvend OCD
Flament e.a. 1990	25	10-18	2-7 gem 4,4	28% geen diagnose en 68% blijvend OCD 48% andere diagnoses
Hollingsworth e.a. 1980	10	3-15	1,5-14 gem 6,5	70% minder ernstig OC-gedrag, goede prognose schools/beroepsmatig; slecht relationeel
Leonard e.a. 1993	54	11,0-17,0	2-7 gem 3,4	43% OCD, 18% subklinische OCD, 28% OCD-symptomen en 11% geen OCD
Thomson 1994c	55	-	6-22 gem 15,6	28% geen diagnose, 21% episodische OCD, 26% chronische OCD en 26% subklinische OCD
Thomson 1995a	23	11,0-17,2	1,5-5 gem 3,2	48% chronische/episodische OCD 35% subklinische OCD; 17% geen OCD
Thomson 1995b	55	9,4-14,7	6-22 gem 15,6	OCD-patiënten vaker thuiswonend en meer alleenstaand

Gem = gemiddeld

toediening van steeds betere medicatie veranderde de langetermijnprognose tot nog toe niet (Flament e.a. 1990). Omgekeerd blijkt er echter een verband te bestaan tussen een hogere OCD-score na 5 weken clomipramine en een slechtere prognose.

De aanwezigheid van comorbide aandoeningen zou de prognose in negatieve zin beïnvloeden (Leonard e.a. 1993). Vooral affectieve stoornissen en GTS voorspellen een ongunstige prognose.

CONCLUSIES

Uit dit overzicht blijkt dat OCD bij kinderen frequenter voorkomt dan voorheen werd aangenomen en dat de prevalentie die bij volwassenen benadert. Hulpverleners moeten zich terdege bewust zijn van het bestaan en de ernst van

deze problemen bij kinderen. Screening van obsessieve-compulsieve klachten zou bij elk kind dat in contact komt met de kinderpsychiatrie moeten plaatsvinden.

Tegenwoordig is men het erover eens dat de inhoud van de symptomen grotendeels gelijk is aan die bij volwassenen. Kenmerkend voor kinderen is de grote terughoudendheid over obsessies en compulsies én de neiging verzorgers te betrekken in de klachten.

Het lijkt ons aangewezen verder wetenschappelijk onderzoek in de eerste plaats te richten op het verloop en de prognose van OCD bij kinderen.

LITERATUUR

- Allen, A.J., Leonard, H.L., & Swedo, S.E. (1995). Case study: A new infection triggered, autoimmune subtype of pediatric OCD

- and Tourette's Syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 307-311.
- Allsopp, M., & Verduyn, C. (1988). A follow-up of adolescents with obsessive compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 154, 828-834.
- Allsopp, M., & Verduyn, C. (1990). Adolescents with obsessive compulsive disorder: A case-note review of consecutive patients referred to a provincial regional adolescent psychiatry unit. *Journal of Adolescence*, 13, 157-169.
- Allsopp, M., & Williams, T. (1991). Self report measures of obsessiveness, depression and social anxiety in a school population of adolescents. *Journal of Adolescence*, 14, 149-157.
- Allsopp, M., & Williams, T. (1996). Intrusive thoughts in a non-clinical adolescent population. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 25-32.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: APA.
- Apter, A., Bernhout, E., & Tyano, S. (1984). Severe obsessive compulsive disorder in adolescence: A report of eight cases. *Journal of Adolescence*, 7, 349-358.
- Apter, A., & Tyano, S. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence. *Journal of Adolescence*, 11, 183-194.
- Apter, A., Fallon, T.J., King, R.A., e.a. (1996). Obsessive compulsive characteristics: From symptom to syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 907-912.
- Berg, C.Z., Rapoport, J.L., Hitaker, A., e.a. (1989). Childhood obsessive compulsive disorder: A two-year prospective follow-up study of a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 528-533.
- Bolton, D., Collins, S., & Steinberg, D. (1983). The treatment of obsessive compulsive disorder in adolescence: A report of fifteen cases. *British Journal of Psychiatry*, 142, 456-464.
- Bolton, D., & Turner, T. (1984). Obsessive compulsive neurosis with conduct disorder in adolescence: Report of 2 cases. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, 133-139.
- Bolton, D., Luckie, M., & Steinberg, D. (1995). Long-term course of obsessive compulsive disorder treated in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1441-1450.
- Bolton, D. (1996). Annotation: Developmental issues in obsessive compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 131-137.
- Burke, K.C., Burke, J.D., Regier, D., e.a. (1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Archives of General Psychiatry*, 47, 511-518.
- Douglas, M.H., Moffit, T.E., Dar, R., e.a. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: Prevalence and predictors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1424-1431.
- Flament, M.F., Rapoport, J.L., Berg, C.J., e.a. (1985). Clomipramine treatment of childhood obsessive compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 977-983.
- Flament, M.F., Whitaker, A., Rapoport, J.L., e.a. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 764-771.
- Flament, M.F., Koby, E., Rapoport, J.L., e.a. (1990). Childhood obsessive compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 363-380.
- Geller, D.A., Biederman, J., Griffin, S., e.a. (1996). Comorbidity of juvenile obsessive-compulsive disorder with disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1637-1646.
- Hanna, G.L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 19-27.
- Hollingsworth, C.E., Tanquay, P.E., Grossman, L., e.a. (1980). Long-term outcome of obsessive compulsive disorder in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19, 134-144.
- Honjo, S., Hirano, C., Murase, S., e.a. (1989). Obsessive compulsive symptoms in childhood and adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 83-91.
- Ishisaka, Y., & Segawa, Y., (1995). Clinical picture of obsessive compulsive disorder. In M. Shimizu (red.), *Recent Progress in Child and Adolescent Psychiatry* (pp. 130-143).
- Judd, L.L. (1965). Obsessive compulsive neurosis in children. *Archives of General Psychiatry*, 12, 136-143.
- Kanner, L. (1972). *Child Psychiatry*. Ed. 3. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Karno, M., Golding, J.M., Sorensen, S.B., e.a. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Kringlen, E. (1965). Obsessional neurotics: A long term follow up. *British Journal of Psychiatry*, 11, 709-722.
- Lenane, M.C., Swedo, S.E., Leonard, H., e.a. (1989). Psychiatric disorders in first degree relatives of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 407-412.
- Leonard, H.L., Goldberger, E.L., Rapoport, J.L., e.a. (1989). Childhood rituals: Normal development or obsessive compulsive symp-

- toms? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 17-23.
- Leonard, H.L., Swedo, S.E., Lenane, M.C., e.a. (1993). A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50, 429-439.
- Pauls, D.L., & Leckman, J.F. (1986). The inheritance of Gilles de la Tourette's Syndrome and associated behaviors: Evidence for autosomal dominant transmission. *The New England Journal of Medicine*, 315, 993-997.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rapoport, J.L., Elkins, R., & Langer, D. (1981). Childhood obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1545-1554.
- Rapoport, J.L. (1986). Annotation: Childhood obsessive compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 3, 289-295.
- Rapoport, J.L., Swedo, S., & Leonard, H. (1994). Obsessive-Compulsive Disorder. In M. Rutter, E. Taylor & L. Hersov (red.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches*. Blackwell Scientific Publications.
- Rasmussen, S.A., & Tsuang, M.T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-322.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 2 (suppl.), 10-13.
- Rettew, J.L., Swedo, S.E., Leonard, H.L., e.a. (1992). Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1050-1056.
- Riddle, M.A., Scahill, L., King, R., e.a. (1990). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Phenomenology and family history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 766-772.
- Swedo, S.E., Rapoport, J.L., Leonard, H., e.a. (1989). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Swedo, S.E., Leonard, H.L., Rapoport, J.L., e.a. (1992). Childhood onset of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 767-775.
- Thomson, P.H., & Jensen, J. (1991). Dimensional approach to obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 183-187.
- Thomson, P.H. (1994a). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A review of the literature. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 138-158.
- Thomson, P.H. (1994b). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A 6-22 year follow-up study of social outcome. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 4, 112-122.
- Thomson, P.H. (1994c). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A 6-22 year follow-up study. Clinical descriptions of the course and continuity of obsessive-compulsive symptomatology. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 82-96.
- Thomson, P.H. (1995a). Course of obsessive compulsive disorder in children and adolescents: A prospective follow-up study of 23 Danish cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1432-1440.
- Thomson, P.H. (1995b). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Predictors in childhood for long-term phenomenological course. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 255-259.
- Valleni-Basile, L.A., Garrison, C.Z., Jackson, K.L., e.a. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 782-791.
- Valleni-Basile, L.A., Garrison, C.Z., Waller, J.L., e.a. (1996). Incidence of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 898-906.
- Whitaker, A., Johnson, J., Shaffer, D., e.a. (1990). Uncommon troubles in young people. *Archives of General Psychiatry*, 47 (May), 487-496.
- World Health Organization (1998). *International Classification of Diseases-10*. Geneva: World Health Organization.
- Zohar, A.H., Ratzoni, G., Pauls, D.L., e.a. (1992). An epidemiological study of obsessive compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 1057-1061.

AUTEURS

R. VERMEIREN is assistent kinder- en jeugdpsychiatrie.

Huidige opleidingsplaats: Middelheimziekenhuis,

Lindendreef 1, 2020 Antwerpen, België.

E-mail: rvermeiren@europemail.com.

D. DEBOUTTE is Diensthoofd van het Universitair

Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Middelheim-

ziekenhuis, Lindendreef 1, 2020 Antwerpen, België.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-6-1998.

SUMMARY Prevalence and course of obsessive and compulsive behaviour in children and adolescents: A review of literature – In this article, an overview is given of the literature concerning the epidemiology and prognosis of OCD (obsessive compulsive disorder) in children and adolescents. The importance of early recognition of these problems is stressed. OCD in children does not get the attention it deserves. Health professionals of all branches should be aware of this condition.

Follow-up surveys show a poor outcome for most of the children with OCD. Youngsters with OCD have a poor psychiatric and psychosocial outcome. Future research should target on the prognosis of this condition and on the effect treatment may have on it.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 2, 85-94]

KEYWORDS adolescents, children, O C D, prevalence, prognosis