

Kinderpsychiatrische epidemiologie in Nederland: concepten en methoden

Een kritische analyse

door F.C. Verhulst

Inleiding

Kinderpsychiatrische epidemiologie heeft zich de laatste jaren ontwikkeld tot een belangrijke pijler van de empirisch-wetenschappelijke kinderpsychiatrie. Met name voor de bestudering van de invloeden die de omgeving heeft op het vóórkomen, het ontstaan en het beloop van kinderpsychiatrische stoornissen, zijn epidemiologische methodes van belang. Verder heeft de kinderpsychiatrische epidemiologie niet alleen gewezen op de noodzaak van valide definities en van goede onderzoeksinstrumenten, maar heeft zij juist belangrijke bijdragen geleverd bij de ontwikkeling ervan. Ondanks de vooruitgang in de laatste jaren heeft de kinderpsychiatrische epidemiologie een flinke achterstand ten opzichte van de psychiatrische epidemiologie van volwassenen.

Een aantal oorzaken hiervan zoals het gebrek aan algemeen aanvaarde definities voor diverse kinderpsychiatrische stoornissen zullen later aan de orde komen. In ons land zijn er afgezien van epidemiologisch onderzoek naar geïsoleerde symptomen zoals slaapstoornissen en enuresis (Cohen-Matthijsen, 1980; De Jonge, 1969) geen onderzoeken verricht die de algehele psychische gezondheid of ongezondheid van populaties jeugdigen tot onderwerp hadden.

Als gevolg hiervan ontbreken in Nederland gegevens over het voorkomen en de spreiding van de meeste kinderpsychiatrische stoornissen en over de behoefte aan hulp voor deze problemen. Bovendien is er in ons land ten opzichte van het buitenland een grote achterstand in

Schrijver is als psychiater werkzaam op de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie (hoofd: prof. dr. J.A.R. Sanders-Woudstra), van het Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Postbus 70029. 3000 LL Rotterdam.

Dit artikel is onderdeel van een epidemiologisch onderzoek dat mogelijk wordt gemaakt door financiële steun van het Sophia Fonds Wetenschappelijk Onderzoek.

in ons land ten opzichte van het buitenland een grote achterstand in de beschikbaarheid van methoden en instrumenten om de mate en de aard van kinderpsychopathologie vast te stellen.

Evenmin beschikken we over instrumenten om het effect van therapeutische interventies na te gaan. In het buitenland ontwikkelde instrumenten zoals bijvoorbeeld een gestandaardiseerd kinderpsychiatrisch onderzoek of een vragenlijst waarin ouders de symptomen van hun kind kunnen invullen zullen niet alleen vertaald en aangepast moeten worden maar dienen opnieuw op hun betrouwbaarheid en validiteit getoetst te worden. Zo werd recent door ons de Behavioural Screening Questionnaire (Richman e.a. 1971), een vragenlijst geschikt om de prevalentie van gedrags- en emotionele problemen bij 3-jarigen vast te stellen, geschikt gemaakt voor het gebruik in ons land (Verhulst en Akkerhuis 1983 a,b).

Naast de wetenschappelijke epidemiologie, die zich vooral bezighoudt met het begrijpen van oorzaken van psychische stoornissen is er een tweede soort, de zogenaamde administratieve epidemiologie, die vooral van direct praktisch belang is. Dit soort epidemiologisch onderzoek is nodig ter beantwoording van vragen die van belang zijn voor een goede planning van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor jeugdigen. Giel e.a. (1981) geven in een artikel in dit tijdschrift duidelijk aan hoe groot de leemte is op het gebied van de planning van de GGZ voor jeugdigen. Zij komen bij hun onderzoek over de verhouding tussen hulpvraag en aanbod, wat betreft het circuit van de jeugdigen, slechts tot het inventariseren van vragen. De belangrijkste vraag is die naar de prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen in de normale Nederlandse bevolking.

Het doel van dit artikel is om na te gaan welke concepten en methoden het meest geschikt zijn voor kinderpsychiatrische epidemiologie in ons land.

Doelstelling en aard van kinderpsychiatrische epidemiologie

Allereerst dienen we het terrein van de epidemiologie af te bakenen. Epidemiologie wordt gedefinieerd als de leer van de verbreiding van ziekte onder een bevolking en de oorzaken daarvan (Sturmans, 1982). Wanneer de term 'ziekte' wordt vervangen door psychische stoornis of psychologisch probleem, kan deze definitie even goed gebruikt worden voor de kinderpsychiatrische epidemiologie. Het belangrijkste verschil met klinisch onderzoek is dat er in de kinderpsychiatrische epidemiologie groepen kinderen onderzocht worden die representatief zijn voor een hele populatie, terwijl klinisch onderzoek zich richt op een selectie van opgenomen of ambulant behandelde kinderen.

De epidemiologie kent diverse toepassingen en daarom ook vele doelstellingen. De belangrijkste doelstellingen van kinderpsychiatrische epidemiologie zijn:

- het vaststellen van het vóórkomen en van de ontwikkeling en duur van psychische stoornissen in een bepaalde bevolking jeugdigen;
 - het vaststellen van invloeden van demografische variabelen zoals geslacht, leeftijd en etnische achtergrond op het vóórkomen van psychische stoornissen;
 - het onderzoek of bepaalde stoornissen in de loop der tijd in frequentie toenemen of afnemen;
 - het bestuderen van het natuurlijk beloop van psychische stoornissen en van de factoren die hierop een gunstige en een ongunstige invloed hebben;
 - het bestuderen van causale processen;
 - het vaststellen van de behoefte aan hulp voor psychische stoornissen;
 - het toetsen van het functioneren van GGZ-voorzieningen voor jeugdigen en van kinderbeschermingsvoorzieningen;
 - de preventie van psychische stoornissen, waarbij opgemerkt dient te worden dat het niet alleen gaat om de preventie van psychische stoornissen op de volwassen leeftijd maar ook om de preventie van stoornissen op de kinderleeftijd;
 - het verschaffen van standaardgegevens voor andere onderzoeken;
 - het ontwikkelen van nieuwe hypotheses voor verder onderzoek.
- Door het verrichten van bevolkingsonderzoek, d.w.z. niet uitsluitend onderzoek van klinische populaties, biedt de epidemiologie niet alleen gelegenheid om die factoren te onderzoeken die verband houden met psychische problematiek maar is het bij uitstek de methode om ook die factoren te onderzoeken die een beschermende invloed hebben op het ontstaan van psychopathologie. Er zijn kinderen die ondanks ongunstige omstandigheden zich toch zonder ernstige psychische problematiek ontwikkelen (Rutter, 1979). Cohen-Matthijsen (1981, bldz 113) vond zelfs dat het slaapgedrag van sommige kinderen verbeterde na een gebeurtenis die doorgaans geacht wordt een negatieve invloed uit te oefenen op de ontwikkeling van het kind, zoals bijvoorbeeld een appendectomie, ziekte van de vader of de komst van een stiefvader in het gezin.

Het uiteindelijke doel van de epidemiologie is het bevorderen van de psychische gezondheid van de jeugdigen in onze gemeenschap. Graham (1978) onderstreept het maatschappelijke belang van dit doel door te stellen dat de mate van psychische gezondheid van de jeugdigen in een gemeenschap meer nog dan economische criteria een belangrijke maat moet zijn voor de levensstandaard van die gemeenschap.

Naast vele overeenkomsten zijn er ook verschillen tussen de kinderpsychiatrische epidemiologie en de volwassen psychiatrische epidemiologie. Het aspect van de ontwikkeling, waarmee we in de kin-

derpsychiatrie altijd rekening moeten houden, is het belangrijkste verschil. Voor iedere leeftijdsfase heeft een bepaald gedrag of een bepaald symptoom een andere betekenis. Bovendien kunnen we bij een kind een psychiatrisch symptoom nooit los zien van de betekenis die het heeft voor de rest van de ontwikkeling. Zo zal bijvoorbeeld separatieangst bij een driejarige een totaal andere betekenis hebben dan bij een tienjarige.

Bovendien zou, indien de separatieangst zo groot is dat het zou leiden tot een schoolfobie, het symptoom op den duur de verdere ontwikkeling van cognitieve en sociale functies in negatieve zin kunnen beïnvloeden. Een tweede belangrijk verschil is dat het kind veel meer dan de volwassene afhankelijk is van zijn omgeving en dat psychiatrische problematiek vaak verbonden is met de belangrijkste mensen in deze omgeving. Psychopathologie van het kind is nooit los te zien van het functioneren van het gezin in zijn totaliteit, evenals van de invloed die de school heeft op de problematiek (Rutter e.a., 1974). Een ander belangrijk verschil met volwassen psychiatrische patiënten is dat kinderen, uitgezonderd sommige pubers, niet zelf hulp zoeken voor hun probleem. Soms is het de school of andere onderwijsinstelling, maar meestal zijn het de ouders die de drempel naar de hulpverlening nemen.

De manier waarop het gedrag van het kind ingeschat en beleefd wordt door de ouders zal dus een grote rol spelen in het besluit tot zoeken van hulp.

Dit heeft zeker voor de epidemiologie grote consequenties voor de manier waarop de onderzoeksgegevens verkregen kunnen worden. Giel e.a. (1976) maken gebruik van gegevens verkregen via een register waarin nieuwe patiënten ingeschreven worden, die hulp zoeken bij GGZ-instellingen in een bepaalde regio. De groep kinderen die aangemeld wordt bij GGZ-instellingen vormt voor wat betreft het merendeel van de kinderpsychiatrische stoornissen, een sterke selectie, aangezien de aanmelding van het kind bij een hulpverleningsinstantie sterk gerelateerd is aan de reactie van de ouders op het gedrag van het kind (Sheperd e.a., 1966).

Dit blijkt ook uit de indruk die er bestaat bij GGZ-instellingen in Rotterdam dat er relatief zeer weinig kinderen van etnische minderheden aangemeld worden. Dit heeft mogelijk te maken met de grotere tolerantie van de ouders voor gestoord gedrag van hun kind.

Andere factoren die hierin een rol kunnen spelen zijn de onbekendheid met de wegen die tot hulpverlening leiden of de hoogte van de drempel die er bestaat alvorens er om hulp gevraagd wordt. Een ander probleem bij het betrekken van bij GGZ-instellingen aangemelde kinderen is dat er een groot aantal kinderen met psychische problematiek zich bevindt in een helaas door de kinderpsychiatrie veronachtzaamd circuit, namelijk dat van de kinderbescherming.

Afhankelijk van het soort onderzoek moet beoordeeld worden of

het sterk geselecteerd zijn van de bij GGZ-instellingen aangemelde populatie een bruikbare onderzoeksgroep vormt. Voor onderzoek naar de prevalentie van de meeste kinderpsychiatrische stoornissen is dit in ieder geval niet zo. Voor enkele ziektebeelden zoals bijvoorbeeld het vroeg-kinderlijke autisme of het syndroom van Gilles de La Tourette geldt dat deze selectie minder uitgesproken is aangezien de ernst van de aandoening vaak reden is om bij een hulpverleningsinstantie terecht te komen. Hoewel de onderkenning van deze stoornissen niet zonder problemen is, is het wellicht mogelijk om voor onderzoek naar deze stoornissen gebruik te maken van de GGZ-instellingen als invalshoek.

Giel e.a. (1981) wijzen echter op de moeilijkheden van de grote terughoudendheid bij deze instellingen in hun regio om de problematiek of symptomatologie van het kind bij aanmelding te classificeren, aangezien het gehele gezinssysteem in de classificatie betrokken zou moeten worden. Aangezien er geen goed classificatiesysteem voor gezinsspathologie bestaat, vormt deze terughoudendheid een obstakel voor het verrichten van epidemiologisch onderzoek. Echter uit het epidemiologisch onderzoek waar wij medio 1982 een begin mee hebben gemaakt blijkt dat de bereidheid van instellingen om mee te doen niet zozeer afhankelijk is van de theoretische achtergrond van de instelling als wel van het reeds aanwezige samenwerkingsverband tussen de GGZ-instelling en de instelling van waaruit het onderzoek plaatsvindt. Teneinde GGZ-instellingen voor onderzoek te interesseren is het belangrijk om te werken aan het voor de klinische praktijk toepasbaar maken van onderzoeksresultaten.

Definitie van het begrip psychische stoornis

De bestaande criteria ter beoordeling van de aanwezigheid van een psychische stoornis zijn, uitgezonderd enkele min of meer circumscripte ziektebeelden, voor de meeste gedrags- en emotionele problemen op de kinderleeftijd nog minder duidelijk dan de criteria ter beoordeling van de aanwezigheid van psychische stoornissen bij volwassenen. Ook voor de kinderpsychiatrische epidemiologie geldt de conclusie van Hodiamont (1983), die zegt dat het 'wat' in de psychiatrische epidemiologie minder uitgangspunt van, dan object voor onderzoek is. Epidemiologisch onderzoek, met name ter verkrijging van kennis over de variaties van de normale ontwikkeling, is juist een belangrijk middel om tot definities betreffende psychische gezondheid en ongezondheid te komen, of zoals Achenbach (1980) zegt: '...epidemiological research is not only possible without total consensus on definitions but....it may be a needed step in formulating valid definitions'. Ter bepaling van wat een psychische stoornis of conditie genoemd moet worden zijn in de praktijk een aantal methodes gebruikt. De eerste en vooral in Amerika veel gehanteerde manier

is de bepaling van de aan- of afwezigheid van individuele symptomen die in de psychiatrische praktijk van beduidend belang zijn, zoals bijvoorbeeld angsten. Lapouse e.a. (1959) hebben aangetoond dat er bij 43% van een populatie normale kinderen van 6 tot 12 jaar door de moeder zeven of meer angsten werden gerapporteerd. Niet alleen voor angsten, maar voor de meeste individuele symptomen wordt betwijfeld of zij betekenis hebben ter vaststelling van de aan- of afwezigheid van een psychische stoornis, aangezien de meeste symptomen weliswaar geassocieerd zijn met psychische stoornissen die frequent geïsoleerd voorkomen bij verder normale kinderen. Een tweede, statistische manier, ter definiëring van een psychische stoornis, is het arbitrair bepalen van een grens tussen normaal en abnormaal op basis van de uitzonderlijkheid van een symptoom. Rutter e.a. (1970) wijzen op het potentiële gevaar van zo'n benadering. Bovendien ontstaat er voor wat betreft de bepaling van de prevalentie van een psychische stoornis een cirkelredenering. De prevalentie is immers gelijk aan de a priori gekozen arbitraire grens. De derde manier ter vaststelling van de grens tussen gezondheid en psychische stoornis, is een manier die vaak als screeningsmethode wordt toegepast. Deze methode, die voor het eerst door Glidewell e.a. (1957) werd toegepast, maakt gebruik van de hoogte van het totaal aan positief gescoorde symptomen, de zogenaamde symptomloading, op bijvoorbeeld een vragenlijst of een gestandaardiseerd psychiatrisch onderzoek. De hoogte van de totaalscore waarbij gesproken wordt van een psychische stoornis wordt meestal empirisch bepaald door de totaalscores van kinderen die voor hulp zijn aangemeld te vergelijken met de totaalscores van niet-aangemelde kinderen. Uiteraard geldt ook hier het bezwaar dat er andere factoren dan de aan- of afwezigheid van de psychische stoornis in het spel zijn die bepalen of een kind al dan niet wordt aangemeld voor hulp. Een depressieve moeder zal bijvoorbeeld minder van haar kind kunnen verdragen en eerder geneigd zijn hulp te zoeken dan een gezonde moeder.

Een andere kritiek die geuit kan worden op het gebruik van de totaalscore van een onderzoeksinstrument is dat bij de meeste onderzoeken de items, zoals bijvoorbeeld de aanwezige symptomen, ongewogen bij elkaar worden opgeteld. Een symptoom als 'stelen' wordt dan even zwaar gerekend als bijvoorbeeld 'duimzuigen'.

De vraag is of het juist is indien voor ieder symptoom een afzonderlijk gewicht of lading gehanteerd zou worden.

Uit de ervaring met het gebruik van totaalscores blijkt de bruikbaarheid ervan als indicator voor de aanwezigheid van een psychische stoornis. Rutter e.a. (1970) lieten zowel ouders als leerkrachten gedragsvragenlijsten invullen voor een betreffend kind. Voor beide informatiebronnen geldt dat voor alle symptoom-items een sterke associatie gevonden werd tussen de aanwezigheid van het individuele symptoom en een hoge totaalscore. De associaties waren het minst

voor items als duimzuigen en nagelbijten. Achenbach e.a. (1981) onderzochten het voorkomen van o.a. 118 gedragsproblemen bij 1300 normale en 1300 voor hulp aangemelde kinderen.

Zij vonden met behulp van discriminantanalyse, dat het wegen van de items het discriminerend vermogen tussen beide groepen nauwelijks deed toenemen. Een andere benaderingswijze werd gevolgd door Richman e.a. (1982).

Zij vergeleken de totaalscore van de Behavioural Screening Questionnaire, een vragenlijst met onder andere 12 gedragsitems, met het klinisch oordeel van kinderpsychiaters en zij vonden dat de totaalscore een bruikbare maat was om kinderen met een matig tot ernstig psychisch probleem te identificeren.

De vierde manier om de aanwezigheid van een psychische stoornis te bepalen is de klinisch-diagnostische methode, waarbij er van wordt uitgegaan dat het oordeel van de clinicus op het niveau waarop redelijke overeenstemming heerst, bepalend is voor het vaststellen van een psychische stoornis. Het voordeel hiervan is dat niet alleen het afwijkende van het symptoom of het aantal van de aanwezige symptomen bepalend is maar bovendien de diepgeworteldheid van de stoornis en het effect ervan op het algehele functioneren van het kind. Zolang er geen gouden maat bestaat ter vaststelling van de aanwezigheid van een psychische stoornis is deze methode aantrekkelijk voor psychiaters aangezien er aspecten bij betrokken worden die in de klinische praktijk relevant blijken te zijn. Echter er schuilt ook het gevaar voor subjectiviteit.

Voor de research in de kinderpsychiatrie is een streven naar een grotere mate van operationalisatie van de definities belangrijk ten einde verificatie van de resultaten mogelijk te maken. Echter het reduceren van klinisch relevante brede concepten tot kleinere min of meer objectieve gedragseenheden betekent niet automatisch dat het oordeel daarmee betrouwbaarder wordt.

Dit blijkt bijvoorbeeld uit de validiteits- en betrouwbaarheidsonderzoeken die Rutter e.a. (1968) verrichtten met een gestandaardiseerd kinderpsychiatrisch onderzoek. Dit onderzoek bestaat uit observeerbare onderdelen zoals 'gespannenheid', en 'schrikachtigheid', maar ook uit meer globale en afgeleide oordelen zoals 'emotionele responsiviteit' en 'relatievorming met onderzoeker'. Het bleek dat sommige van de globale items minstens zo betrouwbaar (in de zin van de mate van overeenkomst tussen verschillende beoordelaars) en bruikbaar waren als de items bestaande uit kleinere objectieve gedragseenheden.

Classificatie van kinderpsychiatrische stoornissen

In het zeer complete overzicht van kinderpsychiatrische prevalentieonderzoeken benadrukt Links (1983) dat er een grote behoefte be-

staat aan gegevens over het vóórkomen van specifieke psychiatrische stoornissen. Tot nu toe werd in de meeste epidemiologische onderzoeken de prevalentie bepaald van brede, weinig gedifferentieerde kinderpsychiatrische diagnostische categorieën. Voor een differentiatie naar meer specifieke stoornissen is een valide classificatiesysteem met goed gedefinieerde diagnostische criteria onontbeerlijk. Ook voor onderzoek naar oorzakelijke factoren is een goed classificatiesysteem van belang. Wanneer er niet gewerkt wordt met afgrensbare specifiek diagnostische categorieën zal het veel moeilijker zijn om oorzakelijke verbanden op te sporen. Een voorbeeld van het belang van differentiëren naar soort van de stoornis is het onderzoek van Rutter e.a. (1976). Zij vonden in een follow-up onderzoek van de totale populatie 10-jarigen op het eiland Wight, dat de totale prevalentie van psychische stoornissen op 14-jarige leeftijd niet of nauwelijks groter was dan op 10-jarige leeftijd. Indien er gedifferentieerd werd naar verschillende soorten stoornis dan werd er een duidelijke toename gevonden van affectieve stoornissen.

De voor- en nadelen voor de kinderpsychiatrie van de twee belangrijkste classificatiesystemen, de DSM-III (APA, 1980) en de ICD-9 (WHO, 1977), werden in een eerder artikel besproken (Verhulst, 1983). Een belangrijk nadeel van beide systemen is de geringe tussenbeoordelaar betrouwbaarheid. Deze systemen representeren de klinische benaderingswijze waarbij gebruik gemaakt wordt van a priori syndromen, dat wil zeggen dat de diagnostische categorieën gedefinieerd zijn door wat klinici relevant en algemeen aanvaard achten.

De volwassen psychiatrie kan wat dit betreft bogen op een lange nosologische traditie die voor de kinderpsychiatrie grotendeels ontbreekt. De rechtvaardiging van het bestaan van diagnostische categorieën kan echter worden versterkt indien totaal andere benaderingswijzen dan de klinische tot dezelfde resultaten komen. Zo'n benaderingswijze is bijvoorbeeld die van de hiërarchische analyse van verbanden tussen afzonderlijke symptomen. Door moderne statistische multivariate technieken zoals de factoranalyse kunnen groepen symptomen gevonden worden die bij elkaar voorkomen. Quay (1979) geeft een overzicht van de onderzoeken die deze methoden gebruiken. Een voorbeeld van het gebruik van multivariate technieken voor het empirische vaststellen van syndromen is het werk van Achenbach (1966, 1978, 1979) en Achenbach en Edelbrock (1978, 1979, 1980). Deze auteurs maken gebruik van de Child Behavior Checklist, een vragenlijst die ingevuld moet worden door ouders van kinderen van 4-16 jaar.

De lijst bevat 20 vragen over sociale vaardigheden en 118 vragen over gedragsproblemen van het kind. Door deze vragenlijsten te laten invullen door grote aantallen kinderen die aangemeld werden bij hulpverleningsinstellingen in de USA kon worden nagegaan met be-

hulp van factoranalytische technieken welke symptoompatronen er voorkomen. Kort samengevat komt het er op neer dat voor alle gedragsproblemen die op de ingevulde lijsten voorkomen een matrix van correlaties tussen deze items wordt berekend. Vervolgens worden met behulp van een computerprogramma factoren berekend bestaande uit groepen symptomen die onderling gerelateerd zijn.

Een nadeel van deze empirische benaderingswijze om tot symptomen te komen is dat het resultaat afhangt van de gehanteerde statistische techniek, de interpretatie van de resultaten, het aantal en soort van de items van het onderzoeksinstrument, en het aantal proefpersonen van wie men de gegevens analyseert.

In de loop der jaren zijn echter diverse onderzoeken verricht met als doel om op empirische wijze syndromen vast te stellen. Ondanks de diversiteit van methodes komen een aantal op deze wijze gevonden syndromen met elkaar overeen (Achenbach, 1978; Quay, 1979).

Achenbach (1980) vond dat de door hem gevonden empirische syndromen redelijk overeenkwamen met de DSM-III categorieën. Een aantal van de DSM-III syndromen zoals bijvoorbeeld 'attention deficit disorder without hyperactivity' en 'conduct disorder undersocialized nonaggressive' konden echter niet teruggevonden worden in de empirisch verkregen syndromen. De onderzoeken van Achenbach en Edelbrock vallen op door de goede methodologische gefundeerdheid. Zij maakten gebruik van grote representatieve groepen kinderen met psychische problematiek, differentieerden naar leeftijd en geslacht en vergeleken de gestoorde kinderen met demografisch vergelijkbare controlegroepen. Een volgende stap die Achenbach (1979) genomen heeft is het ontwerpen van profielen waarmee op overzichtelijke wijze een beeld verkregen wordt van het patroon van de door de ouders aangegeven symptomen die hun kind vertoont.

Dit patroon geeft op kwantitatieve wijze de afwijking per syndroom van dit ene kind weer ten opzichte van de (Amerikaanse) norm. Het profiel van een individueel kind kan op eenvoudige wijze geconstrueerd worden met behulp van de antwoorden van de ouders op de Child Behavior Checklist.

Er bestaat echter ook een computerprogramma om het profiel te construeren. Deze nieuwe ontwikkelingen zijn door de relatieve eenvoud van toepasbaarheid met name voor de epidemiologische research veelbelovend. Om deze technieken ook in ons land voor onderzoek beschikbaar te krijgen moet er nog veel werk verricht worden wat betreft aanpassing, samenstelling van de factoren en normering. De Child Behavior Checklist werd door de schrijver vertaald. Binnenkort zullen de Nederlandse normgegevens van de individuele symptomen beschikbaar komen.

De praktijk van kinderpsychiatrisch epidemiologisch onderzoek

Tot nu toe werd een aantal fundamentele aspecten van de kinderpsychiatrische epidemiologie besproken.

We richten ons in dit hoofdstuk op onderwerpen die met de praktijk van kinderpsychiatrisch epidemiologisch onderzoek te maken hebben. De meeste onderzoeken die verricht zijn betreffen de bepaling van de prevalentie van psychische stoornissen bij jeugdigen en proberen verbanden te leggen tussen diverse factoren en de aanwezigheid van deze stoornissen. De bepaling van het aantal nieuwe gevallen met een psychische stoornis in een bepaald tijdsinterval (de incidentie) is in de kinderpsychiatrie vrijwel niet verricht. Dit komt omdat het bijzonder moeilijk is om te bepalen wanneer een psychische stoornis aanwezig geacht moet worden. Een andere vorm van epidemiologisch onderzoek, namelijk het follow-up onderzoek, is eveneens nog slechts weinig verricht.

Een nadeel van dit soort onderzoek is de lange tijdsduur waarover zo'n onderzoek loopt in verband met de snelle veranderingen van onderzoeksinstrumenten en methodes. Toch zijn follow-up onderzoeken van groot belang voor het bestuderen van verbanden tussen psychische stoornissen op de kinderleeftijd en volwassen leeftijd aangezien op dit terrein nog veel vragen onbeantwoord liggen (Rutter, 1972). Eén van de weinige follow-up onderzoeken, bekend om zijn degelijke opzet, is dat van Robins (1974). Een groot aantal van de kinderen die onderzocht werden op een child guidance clinic konden dertig jaar later als volwassenen wederom geïnterviewd worden. De belangrijkste conclusie van dit onderzoek was de sterke connectie tussen antisociaal gedrag op de kinderleeftijd en latere psychopathie.

Voor het verrichten van epidemiologisch onderzoek is één van de keuzes die gemaakt moet worden welke populatie het meest geschikt is. De grootte en soort van de te onderzoeken populatie is afhankelijk van de te verwachten prevalentie van de stoornis. Voor het bepalen van de prevalentie van bijvoorbeeld vroeg-kinderlijk autisme is het bijzonder oneconomisch om een algemeen bevolkingsonderzoek te verrichten. Voor het bepalen van het voorkomen van die psychische stoornissen waarmee de ambulante GGZ het meest te maken heeft is het onderzoeken van een algemene populatie noodzakelijk. Het is bekend dat vele kinderen met psychische stoornissen nooit aangemeld worden voor hulp en dus alleen met een bevolkingsonderzoek opgespoord kunnen worden.

Om in ons land de prevalentie en spreiding van psychische stoornissen bij jeugdigen te bepalen en eventueel oorzakelijke of geassocieerde factoren op te sporen zou het het meest aantrekkelijk zijn om een aselechte steekproef uit de gehele Nederlandse bevolking te onderzoeken. Voor een onderzoek dat gebruik maakt van per post verstuurd vragenlijst voor ouders of leerkrachten, zou dit te doen

zijn. Voor een onderzoek waarbij ouders of kinderen zelf gezien worden zullen de reiskosten en -tijd een grote onkostenpost vormen. Een nadeel van per post verricht onderzoek van een algemene populatie is de geringe respons-ratio.

Voor kinderpsychiatrisch epidemiologisch onderzoek is het belangrijk om de respons zo groot mogelijk te krijgen aangezien zich juist bij de non-responders een hoger percentage kinderen bevindt met psychische problemen (Cox e.a. 1977). Daarom is het beter om een methode toe te passen waarbij een directer contact met de informant verkregen wordt. Een door Rutter e.a. (1970) en Richman e.a. (1982) gehanteerde methode om een prevalentie onderzoek economisch haalbaar en toch ook methodologisch goed te verrichten is de zogenaamde 'two-stage' methode. Hierbij wordt een totale populatie gescreend met een instrument (bijvoorbeeld vragenlijst) dat een goede indicator voor de aanwezigheid van psychische stoornissen moet zijn. Vervolgens worden in de tweede onderzoeksfase een groep kinderen die op de vragenlijst hoog scoort intensiever onderzocht en vergeleken met een controle groep.

In het onderzoek van Rutter e.a. (1970) werd gevonden dat 6.8% van alle 10-jarigen op het eiland Wight een psychische stoornis had die klinisch van betekenis was. Ongecompliceerde zwakzinnigheid, enkelvoudige stoornissen zoals enuresis of slaapstoornissen en ongecompliceerde schoolachterstand werden in deze uitkomst niet meegerekend. Richman e.a. (1982) vonden dat 7.3% van 705 driejarigen in een Londense wijk een matig tot ernstig gedrags- en/of emotioneel probleem had. Er werden diverse factoren gevonden die verband houden met de aanwezigheid van psychische stoornissen. Hier wordt volstaan te vermelden dat Rutter e.a. (1970) vonden dat antisociaal gedrag vaak geassocieerd was met een ernstige leesachterstand. Richman e.a. (1982) vonden dat gedragsproblemen bij driejarigen verband houden met de kwaliteit van de huwelijksrelatie van de ouders en met psychiatrische problematiek van de moeder, met name depressiviteit. Bovendien vonden zij dat 61% van de probleemkinderen na 5 jaar nog steeds klinisch beduidende problemen had.

Tot zover de voorbeelden van de 'two-stage' methode als mogelijkheid om op economische wijze gebruik te maken van grote populaties kinderen. In het voorgaande werd de keuze van de informant die de onderzoeksgegevens moet verstrekken in het midden gelaten. Bij onderzoek met volwassenen ligt het voor de hand om de volwassene zelf zijn klachten te laten verwoorden. Bij kinderen, vooral de jonge kinderen, zijn we op het oordeel dat volwassenen over het kind vormen aangewezen.

Dit gebeurt dan door de ouders, de leerkracht of de clinicus. De ouders en de leerkracht kennen het kind in zijn functioneren in belangrijke gebieden van zijn leven. Het is bij epidemiologisch onderzoek aan te bevelen om beide informatiebronnen te gebruiken bij

prevalentieonderzoek, aangezien Rutter e.a. (1970) vonden dat ongeveer de helft van de kinderen die via de leerkracht geselecteerd waren en ongeveer de helft van de kinderen die via de ouders geselecteerd waren uiteindelijk een psychische stoornis bleken te hebben, terwijl tussen het oordeel van beide informanten slechts 7% overeenkomst bleek te bestaan. Leerkrachten en ouders bleken dus verschillende kinderen als psychisch gestoord te selecteren. Gecombineerd bleken beide informatiebronnen in staat om 80% van de kinderen met psychische stoornissen in de algemene bevolking te selecteren. Een van de redenen voor de geringe overlap in het oordeel van de twee informatiebronnen is het feit dat het gedrag van het kind situatiespecifiek kan zijn. Gould (1981) benadrukt dat de meeste prevalentie onderzoeken in de U.S.A. slechts de informatie van de leerkracht gebruiken. Wanneer de conclusie van Rutter e.a. (1970) ook op deze onderzoeken toegepast zou kunnen worden dan zou slechts de helft van de geïdentificeerde kinderen psychische problemen hebben terwijl een aanzienlijk aantal andere kinderen met psychische problemen niet ontdekt is.

Naast de leerkracht en de ouders kan ook de clinicus een psychiatrisch oordeel over het kind vormen. Vooral een 'two-stage' onderzoek biedt de mogelijkheid in de tweede onderzoeksfase het kind zelf te onderzoeken. Vooral voor de psychiater biedt dit het voordeel om klinisch relevante aspecten bij het oordeel te kunnen betrekken. Rutter e.a. (1968) ontwierpen een gestandaardiseerd kinderpsychiatrisch onderzoek. Dit bleek een redelijk gevoelig instrument te zijn om een psychische stoornis te onderkennen. Zij gaven aan dat het kinderpsychiatrisch onderzoek vooral belangrijke informatie gaf omtrent de ernst van de stoornis. Een gestandaardiseerd kinderpsychiatrisch onderzoek dat eveneens een vrij gevoelig diagnostisch instrument blijkt te zijn en dat aansluit bij de DSM-III categorieën is de Child Assessment Schedule (CAS) van Hodges e.a. (1982). De resultaten van de CAS bleken goed overeen te komen met het oordeel van de ouders op de hier al eerder vermelde Child Behavior Checklist (Achenbach, 1978).

Hoewel er meerdere instrumenten voor gebruik bij kinderpsychiatrisch epidemiologisch onderzoek zijn ontwikkeld, behoren de hier beschreven instrumenten tot die waarmee of de meeste ervaring is opgedaan of die het best getoetst zijn op hun validiteit en betrouwbaarheid.

Conclusie

De kinderpsychiatrische epidemiologie als onmisbaar middel om oorzaken van psychische stoornissen bij jeugdigen te begrijpen en om vragen die voor de planning in de GGZ van belang zijn te beantwoorden, is in ons land nog nauwelijks ontwikkeld.

Om de huidige achterstand ten opzichte van het buitenland weg te werken moeten empirisch gefundeerde methodes en instrumenten geschikt gemaakt worden voor onderzoek in ons land.

Het onderzoek naar het vóórkomen en de spreiding van psychische stoornissen bij jeugdigen verdient voorrang teneinde te voorkomen dat planning en reorganisatie binnen de GGZ lukraak geschiedt. Zonder hard te kunnen maken welke de noodzaak en welke het effect van kinderpsychiatrische hulpverlening is zullen we helaas met lede ogen moeten toezien hoe, zoals in sommige regio's gebeurt, de psychiatrische zorg voor kinderen en jeugdigen in gevaar komt.

Literatuur

- Achenbach, T.M. (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80 (whole no. 615).
- Achenbach, T.M. (1978). The Child Behavior Profile: I. Boys aged 6-11. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 46, 759-776.
- Achenbach, T.M. (1979). The Child Behavior Profile: An empirically based system for assessing children's behavioral problems and competencies. *Int. J. Ment. Hlth.*, 7, 24-42.
- Achenbach, T.M. (1980 a). DSM-III in light of empirical research on the classification of child psychopathology. *J. Amer. Acad. Child Psychiat.*, 19, 395-412.
- Achenbach, T.M. (1980 b). What is child psychiatric epidemiology the epidemiology of? In Earls F (Eds). *Studies of children*. Monographs in psychosocial epidemiology, New York: Prodist.
- Achenbach, T.M., Edelbrock, C.S. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychol. Bull.*, 85, 1275-1301.
- Achenbach, T.M., Edelbrock, C.S. (1979). The Child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and Girls aged 6-11 and 12-16. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 47, 223-233.
- Achenbach, T.M., Edelbrock, C.S. (1980). Behavioral problems and competencies reported by parents of normal and disturbed children aged four through sixteen. *Monographs of the Society for research in Child Development*, 46 (1. Serial no. 188).
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, third edition.
- Cohen-Matthijssen, Th.A. (1981). *Slaapstoornissen bij jonge kinderen*. Swets en Zeitlinger, Lisse.
- Cox, A., Rutter, M., Yule, B., Quinton, D. (1977). Bias resulting from missing information: Some epidemiological findings. *Br. J. Prev. and Soc. Med.*, 31, 131-136.
- Giel, R. Ten Horn, G.H.M.M. (1976). Een psychiatrisch register als basis voor planning. *T. Soc. Geneesk.*, 54, 148-153.
- Giel, R. Ten Horn, G.H.M.M. (1981). De verhouding tussen hulpvraag en -aanbod: risico-groepen in de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 23, 504-521.
- Glidewell, J.C., Mensh, I.N., Gildea, M.C.L. (1957). Behavior symptoms in children and degree of sickness. *Am. J. Psychiat.*, 14, 47-53.

- Gould, M., Wursch-Hitzig, R., Dohrenwend, B. (1981). Estimating the prevalence of childhood psychopathology, a critical review. *J. Am. Acad. Child Psychiat.*, 20, 462-476.
- Graham, P.J. (1978). Epidemiological perspectives on maladaptation in children. *J. Amer. Acad. ChildPsychiatr.*, 197-208
- Hodges, K., Kline, J., Stern, L., Cyntryn, L., McKnew, D. (1982). The development of a child assessment interview for research and clinical use. *J. Abn. Child Psychol.*, 10, 173-189.
- Hodiamont, P.P.G. (1983). Het 'wat' in de psychiatrische epidemiologie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 25, 391-405.
- Jonge, de, G.A. (1969). *Kinderen met enuresis*. Een epidemiologisch en klinisch onderzoek. Proefschrift R.U. Utrecht, van Gorkum, Assen.
- Lapouse, R., Monk, M.A. (1959). Fears and worries in a representative sample of children. *Am. J. Orthopsychiat.*, 29, 803-818.
- Links, P.S. (1983). Community surveys of the prevalence of childhood psychiatric disorders: A review. *Child Development*, 54, 531-548.
- Quay, H.C., (1979). Classification, in: Quay, H.C., Werry, J.S., *Psychopathological disorders of Childhood*, 2nd edition, Wiley and Sons, New York.
- Richman, N., Graham, P.J. (1971). A behavioural screening questionnaire for use with three-year-old children. Preliminary findings. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 12, 5-33.
- Richman, N., Stevenson, J., Graham, P.J. (1982). *Preschool to school: a behavioural study*. Academic Press, London.
- Robins, L.N. (1974). *Deviant children grown up*. Krieger, New York.
- Rutter, M.L. (1972). Relationships between child and adult psychiatric disorders. *Acta Psych. Scand.*, 48, 3-21.
- Rutter, M.L. (1979). Invulnerability, or why some children are not damaged by stress, In: Shamsie, S.J., *New directions in children's mental health*, S.P., New York.
- Rutter, M.L., Graham, P. (1968). The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child: I. Interview with the child. *Brit. J. Psychiat.*, 114, 563-579.
- Rutter, M.L., Tizard, J., Whitmore, K. (1970). *Education health and behaviour*. Longmans, London.
- Rutter, M.L., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule, W., Berger, M. (1974). Attainment and adjustment in two geographical areas: III – some factors accounting for area differences. *Br. J. Psychiatr.*, 125, 520-533.
- Rutter, M., Graham, P., Chadwick, O.F.D., Yule, W. (1976). Adolescent turmoil: fact or fiction? *J. Child Psychol. Psychiatr.* 17, 35-36.
- Sheperd, M., Oppenheim, A.N., Mitchell, S. (1966). Childhood behaviour disorders and the child-guidance clinic: an epidemiological study. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 7, 39-52.
- Sturmans, F. (1982). *Epidemiologie*, Dekker en van de Vegt, Nijmegen.
- Verhulst, F.C. (1983). DSM-III in de kinderpsychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 25, 127-141.
- Verhulst, F.C., Akkerhuis, G.W. (1983 a). Gedragsvragenlijst voor driejarigen. *T. Jeugdgezondheidszorg*, 15, 18-21.
- Verhulst, F.C., Akkerhuis, G.W. (1983 b). Gedragsproblemen bij 100 driejarigen. *T. Jeugdgezondheidszorg*, 15, 21-24.
- World Health Organization (1977). *International classification of diseases*, ninth revision, Geneva.