

Psychiatrische stoornissen binnen gezinnen: een integrale benadering via de familiepoli

S.C. VAN VEEN, N.M. BATELAAN, L.W. WESSELDIJK, J. ROZEBOOM, C.M. MIDDELDORP

- ACHTERGROND** Psychiatrische stoornissen clusteren in families. Om de kloof tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie te verkleinen zijn we binnen GGZ inGeest gestart om ouders van aangemelde kinderen te screenen op psychiatrische stoornissen en – indien geïndiceerd – een behandeling aan te bieden op dezelfde afdeling.
- DOEL** Evalueren van de haalbaarheid en het nut van deze werkwijze. Hiertoe werd onderzocht hoeveel ouders instemmen met screening, nadere diagnostiek en behandeling, en hoeveel ouders daadwerkelijk actuele psychische klachten hebben.
- METHODE** Voorafgaand aan de intake van de kinderen werd ouders gevraagd een vragenlijst in te vullen over eigen klachten, de Adult Self Report (ASR). Bij verhoogde scores werden ouders uitgenodigd voor een diagnostisch interview, bestaande uit het Composite International Diagnostic Interview en de Conners' Adult ADHD Rating Scales. Bij aanwijzingen voor psychiatrische stoornissen werd een intake voor nadere diagnostiek aangeboden en indien geïndiceerd, een behandeling.
- RESULTATEN** De eerste respons was 55,7% (230 van 413 ouders) en indien deze geïndiceerd was, stemde het merendeel van de ouders in met aanvullende screening. Op de ASR rapporteerden 2 op de 5 moeders (42,1%) en 1 op de 5 vaders (21,8%) klachten die kunnen duiden op een psychische stoornis. Binnen deze hoogrisicogroep had volgens het diagnostisch interview 37% van de moeders een actuele AS-I-stoornis (< een maand geleden), tegenover 70,6% van de vaders. Bij vrouwen kwam een stemmingsstoornis relatief gezien het meest voor en bij mannen een angststoornis. In totaal was er bij 19,1% van de gescreende ouders een actuele psychiatrische stoornis en van hen kwam 75% in zorg (behandeling op de familiepoli of verwezen).
- CONCLUSIE** Implementatie van de familiepoli is haalbaar, al zijn verdere inspanningen nodig om een grotere groep ouders, met name vaders, te bereiken. De familiepoli lijkt nuttig, omdat ouders met psychiatrische stoornissen die tot dan toe niet behandeld werden, worden bereikt. Om na te gaan of de parallele behandeling van ouders en kinderen een meerwaarde heeft voor het herstel van de kinderen, is toekomstig vergelijkend onderzoek nodig.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 95-104

TREFWOORDEN familiepoli, kinderen, psychiatrische stoornissen, screening, volwassenen



In Nederland is een duidelijke scheidslijn zichtbaar tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie. Dit is opmerkelijk, aangezien psychiatrische stoornissen

clusteren in families. Voor deze clustering zijn verschillende oorzaken. Ten eerste spelen genetische factoren een rol, zowel op de

kinderleeftijd als bij volwassenen, met erfelijkheidsschattingen variërend tussen 40 en 80% voor de verschillende stoornissen (Wray e.a. 2014).

Ten tweede kan stress veroorzaakt door een psychiatrische stoornis van een gezinslid leiden tot psychiatrische klachten bij andere daarvoor gevoelige gezinsleden. Zo bleek uit een adoptiestudie dat kinderen van adoptiemoeders met een depressie een hoger risico hadden op psychiatrische stoornissen dan kinderen van adoptiemoeders zonder depressie (Tully e.a. 2008).

Ten derde kan de gezinsomgeving een rol spelen in de ontwikkeling van psychiatrische klachten bij verschillende gezinsleden. Gedacht kan worden aan sociaaleconomische status, opvoedingsstijl en gezamenlijke stressvolle levensgebeurtenissen (Pape e.a. 2012).

Ongeacht de oorzaak van de clustering laten *top-down* familiestudies zien dat kinderen van ouders met psychiatrische stoornissen een twee tot vijf keer zo groot risico hebben om psychische klachten te krijgen als kinderen van ouders zonder psychiatrische problemen (o.a. Sellers e.a. 2013; Singh e.a. 2011; Weissman e.a. 2006). Een relatief kleine groep *bottom-up* studies heeft daarnaast aangetoond dat eerstegraadsfamilielieden van kinderen met psychiatrische stoornissen ook een verhoogd risico op deze stoornissen hebben (o.a. Kovacs e.a. 1997; Last e.a. 1991).

De genoemde *top-down*- en *bottom-up* studies hebben gekeken naar verhoogde risico's bij gezinsleden in de gehele levensloop. Het is aannemelijk dat een grote groep ouders van kinderen met *actuele* klachten zelf ook *actuele* psychische problematiek heeft.

Een beperkt aantal studies heeft de samenhang in actuele psychische problematiek tussen kinderen die in psychiatrische zorg zijn en hun ouders in kaart gebracht. Ouders van kinderen bij wie een actuele as I-stoornis gediagnosticeerd is en die behandeling krijgen op een psychiatrische polikliniek rapporteren zelf vaker internaliserende problematiek dan ouders van kinderen uit een controlegroep (Cooper e.a. 2006; Ferro e.a. 2000; Swartz e.a. 2005; Vidair e.a. 2011).

Het percentage moeders of vaders uit de hoogrisicogroep dat zelf ook actuele internaliserende problematiek vertoont, verschilt sterk per studie, variërend van 18% (Vidair e.a. 2011) tot 68% (Cooper e.a. 2006). In mindere mate is daarnaast ook gekeken naar actuele externaliserende problematiek bij ouders van kinderen die in zorg zijn. Bij ouders van kinderen met een gedragsstoornis en ADHD wordt een verhoogde prevalentie gevonden voor middelengebruik en een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Lahey e.a. 1988). Een recente studie liet zien dat moeders van kinderen met ADHD zelf ook meer ADHD-symptomen vertonen in vergelijking met moeders uit een controlegroep (Segenreich e.a. 2014).

AUTEURS

SUZANNE VAN VEEN, GZ-psycholoog, kinderen en jeugd, GGZ inGeest, Amsterdam; promovenda, klinische en gezondheidspsychologie, Universiteit Utrecht.

NEELTJE BATELAAN, psychiater en onderzoeker, vakgroep Psychiatrie en EMGO-instituut, Vrije Universiteit en GGZ inGeest, Amsterdam.

LAURA WESSELDIJK, promovenda, biologische psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

JAMIE ROZEBOOM, orthopedagoog in opleiding tot GZ-psycholoog kinderen en jeugd, GGZ inGeest, Amsterdam.

CHRISTEL MIDDELDORP, psychiater, kinderen en jeugd, GGZ inGeest, Amsterdam; universitair hoofddocent, biologische psychologie, Vrije Universiteit, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Christel Middeldorp, afd. Biologische Psychologie, Vrije Universiteit, van der Boechorststraat 1, 1081 BT, Amsterdam.

E-mail: c.m.middeldorp@vu.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-6-2015.

Qua sekseverschillen rapporteren sommige studies een hoger risico op actuele problematiek bij moeders dan bij vaders (o.a. Cooper e.a. 2006; Tan & Rey 2005), terwijl andere studies een evenredig risico aanduiden (o.a. Brown e.a. 1988; Vidair e.a. 2011). De reeds uitgevoerde onderzoeken naar actuele problematiek bij ouders inventariseerden vaak alleen soortgelijke klachten bij ouders en kind en het percentage betrokken moeders was vaak groter dan het percentage betrokken vaders.

Deze clustering in families is van belang voor de behandeling, omdat verschillende onderzoeken suggereren dat de klachten van het ene gezinslid van invloed zijn op de klachten van het andere gezinslid. Onderzoek van Swartz e.a. (2005) laat zien dat kinderen van ouders zonder psychiatrische stoornissen meer profiteren van behandeling dan kinderen van ouders met psychiatrische stoornissen. In een grote onderzoeksgroep werd de behandeluitkomst van ADHD bij kinderen negatief voorspeld door de aanwezigheid van depressieve symptomen bij de ouders (Owens e.a. 2003). Als ouders met depressieve symptomen zelf ook behandeld werden, was dit effect niet meer significant. Het succesvol behandelen van moeders met een depressieve stoornis resulteerde in andere studies tevens tot een daling van psychiatrische klachten bij kinderen (Weissman e.a. 2006). De relatie werd ook andersom gevonden: wanneer

kinderen met depressieve klachten goed reageren op een behandeling, dan verminderen de depressieve klachten bij moeders (Kennard e.a. 2008).

Hieruit volgt dat het wenselijk is om de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie meer met elkaar te verbinden. Daarom is binnen GGZ inGeest een familiepoli opgezet, naar het voorbeeld van het Vermont Center for Children, Youth and Families (<http://www.uvm.edu/medicine/vccyf/>). In dit artikel beschrijven we de implementatie hiervan en evalueren we het nut van deze werkwijze.

METHODE

Procedure

Het project vindt plaats op de algemene polikliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie van GGZ inGeest. Bij ongeveer 50% van de kinderen wordt ADHD, gedragsstoornis of pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet anders omschreven (PDD-NOS) gediagnosticeerd. Daarnaast worden er kinderen behandeld met een angststoornis en/of een depressie. Dit is representatief voor kinderen die in Nederland worden gezien in de kinder- en jeugdpsychiatrie (Factsheet specialistische jeugd-ggz, juli 2013). De doelgroep voor screening bestaat uit alle ouders van aangemelde kinderen (0-18 jaar). Exclusiecriteria zijn onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal of het (herhaaldelijk) niet verschijnen op de intake. Vanwege het belang van omgevingsfactoren wordt onder 'ouders' ook pleegouders of stiefouders verstaan.

Ouders ontvangen vragenlijsten die voor of ten tijde van de intake worden ingevuld. Naast de vragenlijst gericht op de klachten van het kind, bevat dit pakket vragenlijsten die gericht zijn op de klachten bij ouders. Bij een verhoogde score op één van de schalen wordt de ouder benaderd voor een telefonisch interview waarin op gestandaardiseerde wijze verder wordt ingegaan op de klachten. Bij een actuele classificatie wordt besproken dat behandeling mogelijk zinvol is en wordt een intake aangeboden voor nadere diagnostiek, gevolgd door een passend behandelaanbod. Indien het telefonisch interview geen actuele klachten laat zien, maar de ouder wel aangeeft klachten te ervaren (bijv. klachten die niet worden meegenomen in het interview), wordt eveneens een intake geboden. In principe wordt de ouder behandeld binnen de familiepoli; bij complexe of specifieke problematiek (bijvoorbeeld ernstige persoonlijkheidsproblematiek of middelenafhankelijkheid) wordt doorverwezen.

Tevens wordt toestemming gevraagd om de gegevens te gebruiken voor wetenschappelijk onderzoek ('*informed consent*'): bij kinderen jonger dan 12 jaar alleen aan de ouders, bij kinderen van 12 jaar of ouder zowel aan de

ouders als het kind. Het onderzoek werd goedgekeurd door de medisch-ethische toetsingscommissie van het VUmc.

De beschreven werkwijze werd opgestart in mei 2012 en werd gedurende een half jaar geleidelijk over de drie behandelteams van de betreffende polikliniek geïmplementeerd. Vanaf oktober 2012 behoort de screening van de 'familiepoli' tot het standaardbehandelaanbod. In dit artikel evalueren wij de data die verzameld werden van mei 2012 tot en met januari 2014.

Instrumenten

Informatie over sociaal-demografische kenmerken wordt verzameld door aanvullende vragen tijdens de screening.

De *Adult Self-Report* (ASR) is een zelfrapportagevragenlijst en heeft als doel informatie te verkrijgen over emotionele en gedragsproblemen bij volwassenen van 18-59 jaar (Achenbach & Rescorla 2003). De ASR omvat 120 items, beslaat het psychisch functioneren van de afgelopen zes maanden, en de antwoorden worden gegeven op een driepuntsschaal: helemaal niet, een beetje of soms en duidelijk of vaak. Het probleemgedrag wordt gescoord in syndroomschalen en DSM-schalen, die ieder afzonderlijk als afkapschaal voor de screening worden gebruikt.

Voor de Amerikaanse ASR is een goede betrouwbaarheid en validiteit aangetoond. Amerikaanse normen worden gehanteerd; hierbij geldt de bovenste 7% van de scores per schaal (syndroomschaal of DSM-schaal) als sub(klinisch)e score (Achenbach & Rescorla 2003). De correlatie tussen de ASR en de veelgebruikte *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell & Ettema 1986) is goed (Achenbach & Rescorla 2003). Ook kan de ASR goed worden vergeleken met de CBCL, die bij kinderen wordt gebruikt (Achenbach & Rescorla 2003). De vragenlijst wordt, conform de voorkeur van de ouder, online of op papier afgenomen.

Het *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; versie 2.1; WHO 1997) is een gestructureerd interview om psychische stoornissen te classificeren conform de DSM-IV, en kan door niet-clinici worden afgenomen. De betrouwbaarheid en validiteit zijn goed (Andrews & Peters 1998). Voor de huidige studie werd gekeken naar de actuele klachten (aanwezig gedurende de afgelopen maand) en klachten gedurende het leven van de volgende stoornissen: angststoornissen (sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, paniekstoornis en agorafobie); stemmingsstoornissen (depressie, dysthymie); en aan alcohol gerelateerde stoornissen (alcoholmisbruik en -afhankelijkheid). Het diagnostische interview werd telefonisch afgenomen.

De *Conners' Adult ADHD Rating Scales* (CAARS; Conners e.a. 1999) meet de aanwezigheid en ernst van ADHD-symptomen. De DSM-criteria van ADHD worden uitgevraagd aan de hand van 18 stellingen welke op een vierpuntsschaal worden gescoord (nooit, soms, vaak, heel vaak). Iemand

screening positief op ADHD bij ten minste zes maal een score 'vaak' of 'heel vaak'. De CAARS werd in deze studie telefonisch afgenomen, tezamen met het CIDI.

RESULTATEN

Deelname

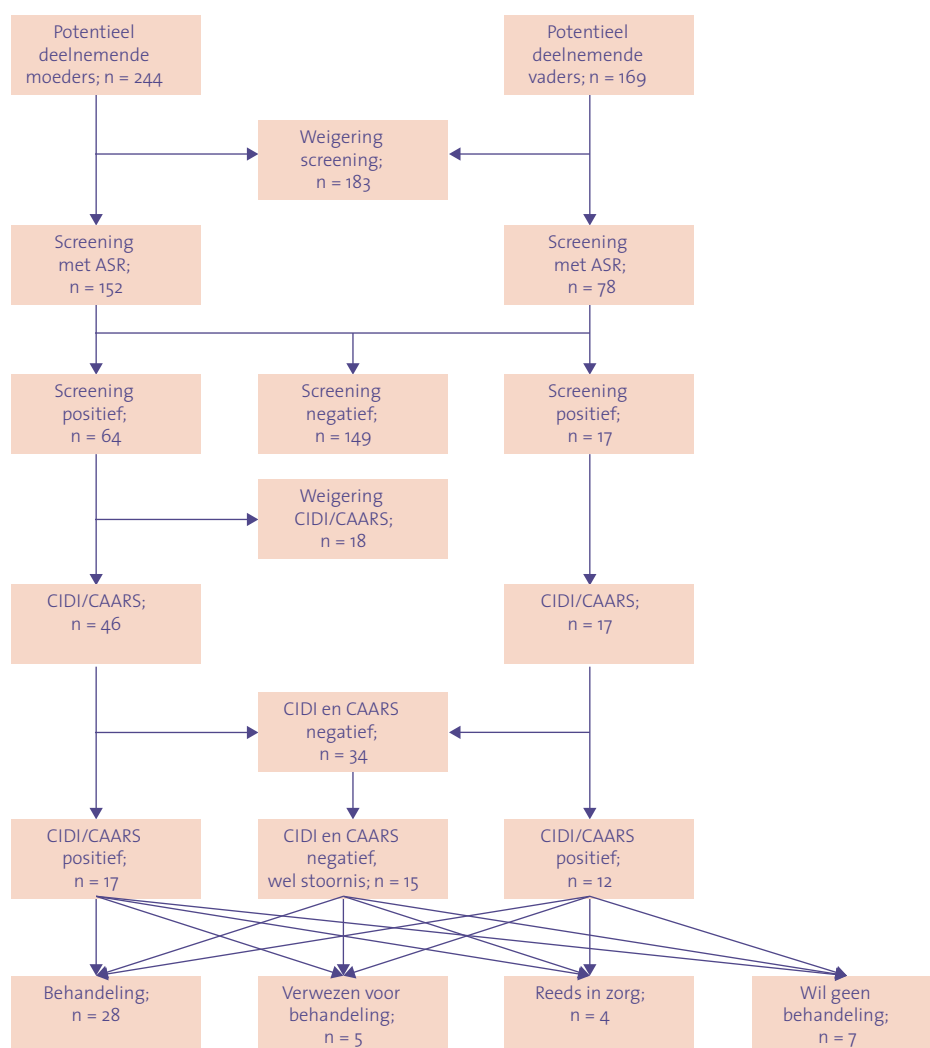
Er werden in de onderzoeksperiode 187 jongens en 139 meisjes aangemeld, met een leeftijd tussen de 1 en 18 jaar (gemiddeld 11,9; SD 4,0). In totaal werden dus 326 gezinnen benaderd; na exclusie kwamen 273 (83,7%) gezinnen in aanmerking voor het onderzoek. Van de 273 gezinnen waren 259 (94,9%) moeders in beeld, tegenover 191 (70,0%) vaders. Er gaven 22 vaders en 15 moeders géén toestemming voor het gebruik van gegevens aan het onderzoek. Hun gegevens werden niet meegenomen in de verdere analyses, hoewel een deel van hen wel deelnam aan screening gericht op zorg.

Potentiële deelnemers waren derhalve 413 ouders. Het stroomdiagram van deelname staat in **FIGUUR 1**. Van hen kwam van 152 (62,3%) moeders een positieve respons, tegenover van 78 (46,2%) vaders. De individuele respons lag daarmee op 55,7%. De voornaamste redenen die ouders noemden om geen ASR in te vullen waren: geen tijd of zin om een vragenlijst in te vullen, de vragen als te belastend ervaren, zorg voor het kind als eerste prioriteit zien, of terughoudend in het delen van persoonlijke informatie. In **TABEL 1** staan de kenmerken van de deelnemende ouders.

Uitkomsten screening op psychiatrische stoornissen

Van de 230 gescreende ouders had 42,1% (n = 64) van de moeders een (sub)klinische score op ten minste één van de schalen (syndroomschalen of DSM-schalen), indicatief voor psychiatrische stoornissen. Daarentegen had 21,8% (n = 17) van de vaders een (sub)klinische score, significant

FIGUUR 1 Stroomdiagram deelname aan familiepoli



minder ($\chi^2 = 10,45$; $p < 0,01$) dan het aantal moeders met een (sub)klinische score. In **TABEL 2** staan de verhoogde scores op de diverse subschalen, uitgesplitst naar moeders en vaders.

De ouders met een (sub)klinische score werden uitgenodigd voor een diagnostisch interview. Alle vaders ($n = 17$) en 71,9% van de moeders ($n = 46$) stemden hiermee in. Moeders die niet mee wilden doen, noemden als voornaamste redenen: te belastend, behandeling niet nodig, onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal, geen tijd of geen zin.

Van de 46 geïnterviewde moeders (met verhoogd risico) had 37% een actuele as I-stoornis volgens het CIDI en/of de CAARS; 73,9% had een as I-stoornis ooit in het leven. Angst- en stemmingsstoornissen waren de meest voorkomende stoornissen bij moeders, zie **TABEL 3**. Van de moeders met een actuele as I-stoornis kwamen er 11 in behandeling op de familiepoli, 2 werden verwezen vanwege specifieke problematiek en 2 waren reeds onder behandeling. Daarnaast waren er 13 moeders die weliswaar niet aan een actuele diagnose voldeden volgens het CIDI en/of CAARS (10 van hen voldeden wel aan een as I-stoornis ooit in het leven), maar zij rapporteerden dermate veel klachten dat desalniettemin een intake en behandelaanbod volgden; 11 van hen kwamen in behandeling en 2 werden verwezen. Bij deze groep moeders was bijvoorbeeld sprake van een stoornis die niet met het CIDI en CAARS gemeten werd, zoals een posttraumatische stressstoornis of een borderlinepersoonlijkheidsstoornis, of er was sprake van restklachten bij een eerder aanwezige stoornis.

De steekproef van vaders was beduidend kleiner, waardoor percentages minder betrouwbaar waren. Binnen de groep geïnterviewde vaders (met verhoogd risico) was de prevalentie van een actuele as I-stoornis 70,6%, fors hoger dan dat bij moeders. Aandachtstekortstoornis en angststoornissen waren de meest voorkomende stoornissen bij deze vaders. De levensprevalentie (70,6%) bleek bij de hoogrisicogroep vaders gelijk aan de actuele prevalentie. De levensprevalentie bij mannen en vrouwen met verhoogd risico lag daarmee dicht bij elkaar, in tegenstelling tot de actuele prevalentie. Vier vaders kwamen in behandeling op de afdeling, twee waren reeds in behandeling, één vader werd doorverwezen naar een andere afdeling. Aanvullend kwamen nog twee vaders in behandeling die geen gemeten as I-stoornis hadden (één had wel een as I-stoornis ooit in het leven), maar wel aangaven klachten te hebben.

Samengevat: ongeveer twee derde van de moeders en een derde van de vaders met een op CIDI/CAARS actuele as I-stoornis kwam in behandeling. De voornaamste reden om niet in behandeling te komen was het niet kunnen betalen van de eigen bijdrage voor de behandeling, zoals deze ten tijde van een deel van de onderzoeksperiode bestond.

TABEL 1 Sociodemografische kenmerken van gescreende ouders ($n = 230$)

Sociodemografische kenmerken	% ^a gemiddeld (SD)
Sekse	
Vrouw	66,1
Man	33,9
Leeftijd in jaren	44,1 (SD 7,5)
Nationaliteit	
Nederlands	69,1
Marokkaans	7,4
Surinaams	3,9
Turks	2,2
Anders (westers en niet-westers)	17,5
Gezinssamenstelling	
Gezin met biologische moeder en vader	54,6
Gezin met biologische ouder en nieuwe partner	6,3
Eénoudergezin (niet na scheiding of na scheiding)	28,2
Co-ouderschap na scheiding, kind woont afwisselend bij beide ouders	7,9
Anders	2,6
Opleidingsniveau^b	
Hoog	51,7
Midden	39,0
Laag	9,3
Werksituatie	
Betaald werk	75,3
Werkloos	8,9
Huisvrouw/huisman	11,7
Anders	4,1

a Percentages vormen niet altijd 100% vanwege afrondingen.

b Opleidingsniveau hoog: universiteit of hoger beroepsonderwijs (hbo); Opleidingsniveau midden: middelbaar beroepsonderwijs (mbo), havo, vwo, Mulo, mavo of vmbo-t; Opleidingsniveau laag: lager beroeps onderwijs (lbo), vmbo-b/k of basisschool.

De prevalentie van een actuele as I-stoornis onder de met een ASR gescreende ouders van kinderen die in zorg kwamen, was op basis van CIDI/CAARS 11,2% voor moeders en 15,4% voor vaders. Echter, bij een noemenswaardige groep ouders kwam geen actuele as I-stoornis op CIDI/CAARS naar

TABEL 2 (Sub)klinische scores op de *Adult Self Report* (ASR), voor moeders (n = 152) en vaders (n = 78)

	Moeders (n = 152)		Vaders (n = 78)	
	n	%	n	%
Syndroomschalen^a				
Angstig/depressief	30	20,7	1	1,3
Teruggetrokken/depressief	23	15,8	5	6,5
Somatische klachten	27	18,6	4	5,3
Denkproblemen	14	9,7	2	2,6
Aandachtproblemen	26	18,0	5	6,5
Agressief gedrag	15	10,3	2	2,6
Delinquent gedrag	11	7,5	5	6,5
Opdringerigheid	2	1,4	2	2,6
DSM-schalen^a				
Depressieve problemen	35	22,5	8	10,4
Angstproblemen	23	15,3	2	2,6
Somatische problemen	22	14,7	2	2,6
Ontwijkende persoonlijkheid	20	13,3	7	9,1
ADHD	24	15,8	6	7,8
Antisociale persoonlijkheid	13	8,6	7	9,0

^a Percentages berekend op basis van het aantal proefpersonen voor wie de subschaalscore berekend kon worden. Missende waarden varieerden over de subschalen.

TABEL 3 As I-stoornissen bij moeders en vaders met een (sub)klinische score op de *Adult Self Report* (ASR)

Type stoornis	Moeders (n = 46)		Vaders (n = 17)	
	n	%	n	%
Actuele stoornissen (< 1 maand)				
Stemmingsstoornis ^a	12	26,1	3	17,6
Angststoornis ^b	10	21,7	6	35,3
Aan alcohol gerelateerde stoornis ^c	1	2,2	1	5,9
Aandachtstekortstoornis ^d	8	17,4	6	35,3
Enigerlei actuele as I-stoornis ^e	17	37,0	12	70,6
Stoornissen gedurende het leven				
Enigerlei as I-stoornis ^e gedurende het leven	34	73,9	12	70,6

a Depressieve stoornis en/of dysthymie.

b Paniekstoornis zonder agorafobie, paniekstoornis met agorafobie, agorafobie zonder paniekstoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis.

c Alcoholmisbruik, alcoholafhankelijkheid.

d ADHD van het onoplettende type, het hyperactieve type en het gecombineerde type.

e Ten minste één van eerder genoemde stoornissen.

voren, maar deze ouders bleken wel substantiële klachten te hebben die resulteerden in beperkt dagelijks functioneren, vaak als gevolg van een stoornis die niet in het interview was opgenomen. Bij 19,1% van de gescreende ouders (inclusief degenen die reeds in behandeling waren) was sprake van een actuele as I-stoornis of van substantiële klachten. Onder hen had 63,6% behandeling op de familiepoli ontvangen, 11,4% was verwezen, 9,1% was reeds in behandeling en 15,9% had geen behoefte aan zorg.

DISCUSSIE

De familiepoli is een initiatief om kinderen en ouders gelijktijdig te screenen op psychiatrische stoornissen en, indien geïndiceerd, parallelle behandeling aan te bieden op dezelfde afdeling, namelijk 'de familiepoli'. In dit artikel beschreven we de eerste resultaten. Aan de hand van de resultaten bespreken we de implementatie en het nut van deze werkwijze.

Implementatie

Ruim de helft van de ouders was bereid om inzage te geven in eigen functioneren door het invullen van een brede screeningsvragenlijst en van de ouders met een verhoogde score stemde het grootste deel in met aanvullend onderzoek. Hoewel relatief meer moeders gescreend worden, lukt het in de huidige studie redelijk om ook de vaders te bereiken: de helft van de vaders werd gescreend. Dit kan uniek genoemd worden, want uit eerder onderzoek blijkt dat vaders frequent geheel buiten beeld blijven (Cassano e.a. 2006). Bögels en Phares (2008) bespreken mogelijkheden waarom vaders veelal genegeerd of gemist worden in wetenschappelijk onderzoek. Vaders zouden als minder belangrijk kunnen worden gezien of zijn moeilijker te bereiken voor het verzamelen van data. Zij zouden angstig, terughoudend, te druk of simpelweg afwezig kunnen zijn (bijv. door scheiding).

Uit studies waarin gekeken wordt naar het zoeken van hulp en naar de duur totdat mensen hulp zoeken, blijkt dat mannen minder vaak en bovendien later hulp zoeken (ten Have e.a. 2013; Wang e.a. 2007). Dit impliceert dat inspanningen om vaders te bereiken groter zullen moeten zijn. Het feit dat in onze studie vaders redelijk bereikt worden, kan verklaard worden door de inspanningen van hulpverleners om vaders actief te benaderen. Echter, gezien het substantiële deel van de vaders dat nog niet bereikt wordt, moeten deze inspanningen worden uitgebreid.

Systematische non-respons

Omdat systematische non-respons kan leiden tot vertekening van de prevalentie van de problematiek en mogelijk tot onderbehandeling van ouders met psychiatrische

stoornissen, is het van belang kritisch te kijken naar de mogelijkheid van systematische non-respons in de huidige opzet.

In de eerste plaats zijn ouders die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn om praktische redenen (niet kunnen invullen van vragenlijsten) geëxcludeerd en valt een deel van de ouders om die reden bij het diagnostische interview alsnog uit.

In de tweede plaats zijn er ouders niet gestart met de screeningsprocedure of uitgevallen bij het diagnostisch interview, omdat zij dit als 'te belastend' ervoeren. Het is goed voorstelbaar dat psychiatrische stoornissen bij deze twee groepen ouders aanwezig zijn.

In de derde plaats wordt de huidige groep deelnemende ouders gekenmerkt door een hoog opleidingsniveau, wat een relatief hoge SES van de ouders in dit onderzoek doet vermoeden. Om hier meer duidelijkheid in te krijgen werd een aanvullende analyse uitgevoerd. Op basis van postcodegebied van de potentieel deelnemende gezinnen werd een gemiddeld brutomaandsalaris geschat (Centraal Bureau voor de Statistiek 2010). Hieruit bleek dat het geschatte maandsalaris van de responsgroep gemiddeld genomen niet verschilde van het maandsalaris van de non-responsgroep ($p = 0,75$).

Mogelijke verbetering van implementatie

Hoewel de gebruikte meetinstrumenten valide en betrouwbaar zijn, blijkt een deel van de ouders die niet voldoen aan een diagnose op CIDI en/of CAARS toch klachten te ervaren die voldoen aan een DSM-IV-stoornis. Deze type II-fout kan deels verklaard worden doordat niet alle stoornissen werden gemeten. Daarnaast bleek de CAARS in onze steekproef niet erg sensitief, wat overeenkomt met bevindingen uit eerder onderzoek (Kooij e.a. 2008). Voor de klinische praktijk kan overwogen worden de screening te beperken tot een screeningsvragenlijst en vervolgens direct een diagnostisch gesprek. Het schrappen van een diagnostisch interview maakt de logistiek makkelijker, de belasting voor ouders kleiner en het risico op het missen van een groep ouders met substantiële klachten kleiner. Vanuit het wetenschappelijk oogpunt biedt het gebruik van een interview daarentegen meer mogelijkheden voor vergelijkend onderzoek. Vanwege de goede validiteit en korte afnameduur (15-20 min), zou afname van het *MINI-International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan e.a. 1998) ook kunnen worden overwogen.

Hoewel niet zichtbaar in de beschreven resultaten, is de respons voor de screening in de loop van de tijd sinds de start van het project toegenomen en ligt deze momenteel rond de 70%. Waarschijnlijk hangt dit samen met verbeterde logistieke processen op de afdeling en een voort-

schrijdende implementatie. Om de respons verder te verhogen zal op de polikliniek aan ouders de mogelijkheid worden geboden de vragenlijst in te vullen op de polikliniek, zo nodig onder begeleiding.

Daarnaast moeten hulpverleners hun denkwijze aanpassen: daar waar de hulpverlener gewend is dat (toekomstige) patiënten zich met een hulpvraag melden, ontbreekt deze vaak als ouders via hun kind in beeld komen van de ggz. De ervaring met de familiepoli heeft geleerd dat deze ouders wel een hulpvraag formuleren, maar dat dit soms enige tijd kost.

Nut

De screening van de familiepoli laat zien dat bij 19,1% van de gescreende ouders sprake is van actuele psychiatrische stoornissen. Onder hen ontvangt 9,1% reeds psychische zorg, voor hen is de screeningsprocedure dus niet van toegevoegde waarde. Uit de resultaten blijkt echter dat

63,6% van de gescreende ouders met actuele psychiatrische stoornissen daadwerkelijk in behandeling komt op de familiepoli. Daarnaast wordt 11,4% van de ouders verwezen naar een afdeling met meer specialistische zorg (bijv. voor persoonlijkheidsproblematiek). Slechts een klein deel van de ouders met actuele klachten (15,9%) gaat niet in op het zorgaanbod, vooral om financiële redenen. Kortom, door de implementatie van de familiepoli stijgt het percentage ouders met actuele psychiatrische stoornissen dat zorg ontvangt grofweg van 9,1% naar 84,1%. Het streven is om de groep ouders die participeren in de screening verder te verhogen, zodat de kloof tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie nog verder kan worden verkleind.

 Dit onderzoek werd gesubsidieerd door het Fonds Psychische Gezondheid (20096398) en door ZonMw (91210020).

LITERATUUR

- Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA adult forms & profiles. Burlington, Vermont: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families; 2003.
- Andrews G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. Soc Psych Psych Epid 1998; 33: 80-8.
- Arrindell WA, Ettema JHM. SCL-90, Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1986.
- Bögels S, Phares V. Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: A review and new model. Clin Psychol Rev 2008; 28: 539-58.
- Brown RT, Borden KA, Clingerman SR, Jenkins P. Depression in attention deficit-disordered and normal children and their parents. Child Psychiatry Hum Dev 1988; 18: 119-32.
- Cassano M, Adrian M, Veits G, Zeman J. The inclusion of fathers in the empirical investigation of child psychopathology: An update. J Clin Child Adolesc 2006; 35: 583-9.
- Conners CK, Erhardt D, Sparrow E. Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS) (Technical manual). New York: Multi-Health Systems; 1999.
- Cooper PJ, Fearn V, Willetts L, Seabrook H, Parkinson M. Affective disorder in the parents of a clinic sample of children with anxiety disorders. J Affect Disord 2006; 93: 205-12.
- Ferro T, Verdelli H, Pierre F, Weissman MM. Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. Am J Psych 2000; 157: 375-9.
- GGZ Nederland. Factsheet voor specialistische jeugd-ggz. 2013. (<http://www.ggz nederland.nl/uploads/assets/Factsheet%20GGZ%20Nederland%20-%20Jeugd-ggz%20juli%202013.pdf>)
- Have M ten, de Graaf R, van Dorsselaer S, Beekman A. Lifetime treatment contact and delay in treatment seeking after first onset of a mental disorder. Psych Serv 2013; 64: 981-9.
- Kennard BD, Hughes JL, Stewart SM, Mayes T, Nightingale-Teresi J, Tao R, e.a. Maternal depressive symptoms in pediatric major depressive disorder: relationship to acute treatment outcome. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47: 694-9.
- Kooij JS, Boonstra AM, Swinkels SHN, Bekker EM, de Noord I, Buitelaar JK. Reliability, validity, and utility of instruments for self-report and informant report concerning symptoms of ADHD in adult patients. J Atten Disorders 2008; 11: 445-58.
- Kovacs M, Devlin B, Pollock M, Richards C, Mukerji P. A controlled family history study of childhood-onset depressive disorder. Arch Gen Psychiat 1997; 54: 613.
- Lahey BB, Piacentini JC, McBurnett K, Stone P, Hartdagen S, Hynd G. Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988; 27: 163-70.
- Last CG, Hersen M, Kazdin A, Orvaschel H, Perrin S. Anxiety disorders in children and their families. Arch Gen Psychiat 1991; 48: 928.

- Owens, EB, Hinshaw SP, Kraemer HC, Arnold LE, Abikoff HB, Cantwell DP, e.a. Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 540.
- Pape K, Bjørngaard JH, Holmen TL, Krokstad S. The welfare burden of adolescent anxiety and depression: a prospective study of 7500 young Norwegians and their families: the HUNT study. *BMJ Open* 2012; 2: e001942.
- Segenreich D, Paez MS, Regalla MA, Fortes D, Faraone SV, Sergeant J, e.a. Multilevel analysis of ADHD, anxiety and depression symptoms aggregation in families. *Eur Child Adoles Psy* 2014; 1-12.
- Sellers R, Collishaw S, Rice F, Thapar AK, Potter R, Mars B, e.a. Risk of psychopathology in adolescent offspring of mothers with psychopathology and recurrent depression. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 108-14.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, e.a. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-33.
- Singh AL, D'Onofrio BM, Slutske WS, Turkheimer E, Emery RE, Harden KP, e.a. Parental depression and offspring psychopathology: a children of twins study. *Psychol Med* 2011; 41: 1385-95.
- Swartz HA, Shear MK, Wren FJ, Greeno CG, Sales E, Sullivan BK, e.a. Depression and anxiety among mothers who bring their children to a pediatric mental health clinic. *Psych Serv* 2005; 56: 1077-83.
- Tan S, Rey J. Depression in the young, parental depression and parenting stress. *Australasian Psychiatry* 2005; 13: 76-9.
- Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *Am J Psych* 2008; 165: 1148.
- Vidair HB, Reyes JA, Shen S, Parrilla-Escobar MA, Heleniak CM, Hollin IL, e.a. Screening parents during child evaluations: exploring parent and child psychopathology in the same clinic. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011; 50: 441-50.
- Wang PS, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Chiu WT, De Girolamo G, e.a. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6: 177.
- Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, e.a. Remissions in maternal depression and child psychopathology. *JAMA* 2006; 295: 1389-98.
- World Health Organization (WHO). Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (version 2.1). Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997.
- Wray NR, Lee SH, Mehta D, Vinkhuyzen AA, Dudbridge F, Middeldorp CM. Research Review: Polygenic methods and their application to psychiatric traits. *J of Child Psychol Psychiatry* 2014; 55: 1068-87.

SUMMARY

Psychopathology in families: an integral approach via the family outpatient clinic

S.C. VAN VEEN, N.M. BATELAAN, L.W. WESSELDIJK, J. ROZEBOOM, C.M. MIDDELDORP

- BACKGROUND** Psychiatric disorders run in families. To bridge the gap between child and youth psychiatry and adult psychiatry, GGZ inGeest has started screening parents of new registered children for psychopathology - and if indicated - offers parents treatment in the same department as their children.
- AIM** To examine the feasibility and usefulness of this procedure, to investigate how many parents agree to screening, further diagnostics and treatment, and to find out how many parents have in fact suffered from recent psychiatric problems.
- METHOD** Prior to the children's first appointment, the parents were asked to complete a questionnaire, the Adult Self Report (ASR), about their own problems. If these scores were (sub)clinical, parents were invited to participate in a telephonic interview. This consisted of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). If the results indicate psychopathology, further psychiatric assessment and, if necessary, treatment is offered.
- RESULTS** The first response was 55.7% and, if indicated, most of the parents agreed on further diagnostics. On the ASR 2 out of 5 mothers (42.1%) and 1 out of 5 fathers (21.8%) reported problems that could point to a psychiatric disorder. According to the ASR, within this high-risk group 37% of the mothers met the criteria for an axis I diagnosis (less than one month earlier) compared to 70.6% of the fathers. A mood disorder was the primary diagnosis for women, whereas men most often suffered from an anxiety disorder. In total, 19.1% of the parents screened were suffering from recent psychopathology and 75% of this group agreed to receive mental health care (treatment at the family outpatient clinic or referred to another clinic).
- CONCLUSION** Implementation of the family outpatient clinic scheme is feasible. However, further efforts are needed in order to reach a larger group of parents, particularly fathers. The family outpatient clinic is useful because parents who suffer from psychopathology do not always receive mental health care. However, a randomised control trial is needed to determine whether parallel treatment of parents and children can improve the treatment outcome for children.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)2, 95-104

KEY WORDS adults, children, family outpatient clinic, psychopathology, screening