

De verdere ontwikkeling van klinisch behandelde kinderen

Een overzicht van prognostische factoren

door J.W. Veerman

Samenvatting

Bij ongeveer de helft van de kinderen die voor residentiële of dagbehandeling wordt aangemeld blijkt ook jaren na ontslag nog sprake te zijn van psychische problemen. Dit betekent ook dat het met de helft van de kinderen relatief goed gaat. In dit artikel wordt een overzicht gegeven van het onderzoek naar de factoren die bijdragen tot de prognose van een gunstige danwel ongunstige uitkomst. Geconcludeerd wordt dat er in de onderzoeksliteratuur een behoorlijke overeenstemming bestaat ten aanzien van de relevantie van een achttal prognostische factoren. Deze zijn grotendeels te rangschikken onder (1) de mate en aard van de problemen bij opname (o.a. diagnose, organiciteit, intelligentie), en (2) de kwaliteit van de opvoedingsomgeving na ontslag (o.a. aanwezigheid nazorg, kwaliteit gezinsomgeving). Uit een bespreking van deze acht factoren wordt echter duidelijk dat over hun precieze uitwerking nog lang geen eenduidigheid bestaat. In een discussie worden enkele conceptuele en methodologische problemen aan de orde gesteld, waaronder de moeilijkheden bij het operationaliseren van de factoren, hun onderlinge relaties en het bestaan van kettingreacties. In de slotbeschouwing wordt ingegaan op de relevantie van de gegevens voor de praktijk.

Inleiding

Over de ontwikkeling van kinderen tijdens en na een periode van jeugdhulpverlening is zowel in ons land als daarbuiten nog niet zoveel bekend. In hoeverre gaan de problemen waarmee deze kinderen worden aangemeld over? Hoe verloopt hun verdere schoolloopbaan? Zijn er kenmerken die een prognose van hun verdere ontwikkeling mogelijk maken? Een verkenning van de relevante literatuur levert verrassend weinig concrete antwoorden op deze vragen op. Hoewel er aan inhoudelijke en beleidsmatige aspecten van de hulp aan jeugdigen in de loop der jaren vele publikaties zijn gewijd, is er nog maar weinig bekend over de uitkomsten ervan. Komt voor de ambulante psychotherapie aan jeugdigen het onderzoek inmiddels op gang (Harinck 1986; Kazdin 1988; Barnett, Docherty en Frommelt 1991), ten aanzien van

het lot van (semi-)residentieel behandelde kinderen is het onderzoek nog schaars (Van Gageldonk en Bartels 1990; Pfeifer en Strzelecki 1990; Veerman 1990). Toch zijn de hier bedoelde gegevens wel degelijk van belang. Zowel voor de *klinische praktijk* als voor het *beleid* leveren ze een relevante feedback, en vanuit een *wetenschappelijk* perspectief vormen ze bouwstenen voor theorievorming over de deviante en normale ontwikkeling.

In dit artikel zal via een literatuuroverzicht getracht worden antwoord te geven op de vraag welke factoren een bijdrage leveren aan de prognose van de *psychische problemen* van kinderen die voor *klinische behandeling* worden aangemeld. Met 'psychische problemen' duiden we op het brede scala van wat in de regel als 'emotionele problemen', 'gedragsproblemen', 'psychopathologie', etc. wordt aangeduid. Het begrip 'klinische behandeling' gebruiken we als samenvattende term voor residentieële of dagbehandeling op het terrein van de jeugdhulpverlening in de brede betekenis (dus inclusief de geestelijke gezondheidszorg). Uit elders door ons samengevatte overzichtsstudies (zie Veerman 1990) blijkt dat gemiddeld ongeveer de helft van de kinderen die deze vorm van behandeling kreeg, jaren later (als adolescent of jongvolwassene) nog steeds last heeft van psychische problemen. Over het algemeen gaan deze problemen dus zeker niet over. Tegelijkertijd is er voor een aanzienlijk aantal klinisch behandelde kinderen wel degelijk hoop op herstel. De vraag 'wie er wel beter wordt en wie niet' ligt dan voor de hand.

Overzicht van onderzoeksuitkomsten

Werkwijze – We structureren de bespreking van onderzoeksuitkomsten met betrekking tot prognostische factoren in eerste instantie aan de hand van een elders door ons gegeven overzicht (Veerman 1990). We voegen daar de bevindingen uit een later verschenen overzicht van Pfeifer en Strzelecki (1990) aan toe, alsook de resultaten van een eigen follow up-onderzoek (Veerman 1990).

In het eerder opgestelde overzicht gaven we op basis van zeven, Engelstalige overzichtsstudies een kwalitatieve analyse van de literatuurbevindingen ten aanzien van follow up-onderzoek naar de verdere ontwikkeling van klinisch behandelde kinderen. Deze zeven studies omvatten meer dan 80 voornamelijk Amerikaanse en Engelse onderzoeken uit de periode 1936–1984. Bij de bestudering van de zeven overzichtsstudies gingen we na welke factoren in de conclusies van elk van de overzichten expliciet werden genoemd. We verwachtten op deze wijze de meest robuuste in beeld te krijgen.

Het overzicht van Pfeifer en Strzelecki (1990) betreft een kwantitatieve meta-analyse van 34 onderzoeken met betrekking tot uitkomsten en follow-up van residentieële behandelingen van kinderen en adoles-

centen uit de periode 1976-1987. De auteurs gingen na welke factor in elk van de studies werd onderzocht en geven informatie over tien voorspellers.

In ons eigen follow up-onderzoek (Veerman 1990) ging het om een groep van 104 kinderen, die voor residentiële of dagbehandeling in het Paedologisch Instituut te Amsterdam/Duivendrecht opgenomen waren geweest en van wie het actuele functioneren twee tot zes jaar na ontslag werd nagegaan. Het Paedologisch Instituut is een erkende psychiatrische instelling voor hulpverlening aan kinderen en adolescenten en hun gezinnen. Voor het onderzoek werden follow up-interviews gehouden met ouders en/of verzorgers en met het kind zelf. In totaal betrof het 93 jongens en 11 meisjes met een gemiddelde leeftijd (op het moment van follow-up) van 14 jaar. Het ging om een retrospectief follow up-onderzoek: opnamegegevens werden voor deze groep 'terug in de tijd' verzameld middels een dossieranalyse. In totaal werd van 40 demografische en diagnostische kenmerken de prognostische waarde vastgesteld. Als criterium voor stoornissen op het moment van follow-up diende de door de ouders ingevulde Nederlandse versie van de 'Child Behavior Checklist' (CBCL; zie Verhulst, Koot, Akkerhuis en Veerman 1990).

Bevindingen – In de afgelopen jaren zijn tientallen factoren op hun prognostische waarde onderzocht. In tabel 1 worden de factoren gepresenteerd, die minimaal in de conclusies van één van de zeven door ons besproken overzichten werden genoemd. Daarnaast is in de tabel aangegeven of de kenmerken ook in het overzicht van Pfeifer en Strzelecki (1990) voorkomen en ook of we er in ons eigen onderzoek aandacht aan besteedden.

Acht factoren worden in minstens twee van de zeven overzichten expliciet in de conclusie genoemd. Deze acht komen, zij het soms onder een iets andere noemer, ook terug in het rijtje van Pfeifer en Strzelecki. De genoemde factoren 'soort behandeling' en 'afmaken behandeling' worden door hen onder 'behandeling' samengenomen. Aanvullend noemen zij nog 'geslacht', 'behandelingsduur' en 'symp-toompatroon' (waarvan de eerste twee in ons overzicht onder 'één keer genoemd' staan en de laatste door ons onder 'diagnose bij opname' werd gerangschikt). Van vrijwel alle factoren werd ook in ons eigen onderzoek de prognostische betekenis nagegaan.

Op zich vinden we in de gegevens van de kwantitatieve analyse van Pfeifer en Strzelecki een ondersteuning voor de uitkomsten van onze eigen kwalitatieve analyse. Er blijkt een aanzienlijke consensus te bestaan over relevante prognostische factoren. Dat betekent niet dat al deze factoren ook even sterk bijdragen tot de prognose. We bespreken de acht belangrijkste factoren. We geven bij elke factor steeds eerst onze eigen samenvatting van de literatuur (gebaseerd op Veerman 1990,

Tabel 1: Meest onderzochte prognostische factoren in follow-up-onderzoek¹

Kenmerk	Genoemd in overzichtsstudies? ²	Ook in meta-analyse genoemd? ³	In eigen onderzoek onderzocht? ⁴
<i>Meerdere keren genoemd:</i>			
Diagnose bij opname	1, 2, 3, 4, 5	ja	ja (-)
Nazorg	1, 2, 3, 4, 5	ja	ja (-)
Gezinskenmerken	4, 5, 6	ja	ja (+)
Intelligentie	4, 5	ja	ja (-)
Biologische basis	1, 5	ja	ja (-)
Leeftijd bij opname	5, 7	ja	ja (+)
Soort behandeling	2, 3	ja*	ja (-)
Afmaken behandeling	4, 5	ja*	ja (-)
<i>Eenmaal genoemd:</i>			
Sekse	5	ja	ja (-)
Begin problematiek	4	nee	ja (-)
Schoolprestaties	6	nee	ja (-)
Betrokkenheid gezin	7	ja	nee
Specificiteit behandeling	4	ja*	nee
Lengte behandeling	5	ja	ja (-)

1. Deze tabel is een verdere uitwerking van tabel 4.1 uit Veerman (1990, p. 57).
2. Overzichtsstudies (de nummers slaan op de nummers in de tabel, de volledige verwijzing staat in de literatuurlijst): (1) Barker (1974), (2) Durkin en Durkin (1975), (3) Quay (1979, 1986), (4) Gossett e.a. (1983), (5) Blotchky e.a. (1984), (6) Baenen e.a. (1986), (7) Gabel en Finn (1986).
3. Meta-analyse: Pfeifer en Strzelecki (1990), kenmerken met een sterretje (*) worden door hen onder één noemer genoemd ('behandeling').
4. Eigen onderzoek: Veerman (1990); (+) geeft aan dat de factor een statistisch significant verband met de follow up-uitkomst vertoonde, een (-) duidt op geen verband.

hoofdstuk 4), daarna de bevindingen van Pfeifer en Strzelecki (1990) en vervolgens de resultaten uit het eigen onderzoek (zie Veerman 1990).

1. De *diagnose bij opname* is de enige intrinsieke prognostische factor in het overzicht, dat wil zeggen, een factor gebonden aan de stoornis waar men het beloop van wil voorspellen (de overige factoren in tabel zijn in dit opzicht extrinsiek). Soms gaat het om formele psychiatrische diagnoses, soms om specifieke symptomen (of constellaties van symptomen) en soms om globale typering. Hoe ook gedefinieerd, de uitkomst is unaniem. Kinderen met 'pervasive stoornissen' (diagnoses als psychose, autisme of bizar gedrag) hebben de ongunstigste prognose, ze gaan het minst vooruit en hebben de meeste kans om bij follow-up nog als 'gestoord' gediagnostiseerd te worden. Kinderen met 'internaliserende stoornissen' (angsten, depressie, teruggetrokken gedrag) hebben

de beste prognose en voor kinderen met 'externaliserende stoornissen' (antisociaal, ernstig agressief gedrag, hyperactiviteit) ligt de prognose tussen de twee vorige groepen in. Hoewel Pfeifer en Strzelecki in hun overzicht de pervasieve stoornissen buiten beschouwing laten, bevestigt hun analyse deze conclusie in grote lijnen. Zij noemen echter ook een paar studies waarin de relatie tussen diagnose bij opname en uitkomst niet gevonden werd. In ons eigen onderzoek vonden we dit patroon gedeeltelijk terug: 46% van de kinderen die bij hun opname een als 'internaliserend' te karakteriseren stoornis hadden, bleek bij follow-up nog beduidende emotionele en gedragsproblemen te ondervinden, dit gold voor 56% van de kinderen met bij opname een 'externaliserende stoornis' en voor 60% van de kinderen met een 'gemengde stoornis' (met internaliserende en externaliserende aspecten) bij opname. Het verschil was echter statistisch niet significant.

2. Het belang van *nazorg* wordt met name in de overzichten van de uitkomsten van residentiële behandeling benadrukt. Nazorg verhoogt de kans op een gunstiger uitkomst. Soms bedoelt men met nazorg het ambulant continueren van individuele psychotherapie, soms heeft men sociale ondersteuning van de opvoeders in hun 'natuurlijke omgeving' op het oog en ook komt het voor dat men hierbij aan adequate 'doorplaatsing' denkt. Pfeifer en Strzelecki stellen dat het belang van nazorg alom verkondigd wordt, maar dat er slechts weinig studies zijn die het effect ervan ook daadwerkelijk onderzochten. Wordt dit wel gedaan, dan vindt men het verwachte positieve verband. In ons eigen onderzoek konden we geen verband vinden tussen verschillende indicatoren voor 'opvoedingsondersteuning' in de natuurlijke omgeving (praktisch, raadgevend, emotioneel) in het jaar voorafgaande aan het follow-up-interview en de 'mate van emotionele en gedragsproblemen' op het moment van follow-up.

3. Onder *gezinskenmerken* worden allereerst meer objectief vast te stellen variabelen als de aanwezigheid van psychiatrisch gestoorde gezinsleden, aantal meegemaakte stressvolle gebeurtenissen ('life events') verstaan. Meer van dit soort gebeurtenissen in de voorgeschiedenis of in de periode na ontslag geeft een ongunstiger uitkomst. Verder worden ook huwelijksconflicten, de meer subjectieve belevingen van ouders over effectiever kunnen opvoeden en dergelijke, onder de brede noemer van gezinskenmerken genoemd. Gezinskenmerken worden wel vaak genoemd, maar de relatie met lange-termijnuitskomsten is niet altijd ondubbelzinnig. Het conceptualiseren en meten van deze kenmerken vormt nog een groot probleem (Blotchky, Dimperio en Gossett 1984). Pfeifer en Strzelecki geven in hun overzicht overigens aan wel een duidelijke evidentie voor de rol van dit soort factoren te hebben gevonden. In ons eigen onderzoek vonden we geen predictieve waarde voor dit soort kenmerken uit de voorgeschiedenis. Wel vonden we een significant verband tussen het aantal meegemaakte 'stressvolle' gebeur-

tenissen ('life events') in de twee jaar voorafgaande aan het follow-up-interview en de mate van gezinsadaptatie op het moment van follow-up (gemeten met de gezinsdimensie-schalen van Buurmeijer en Hermans 1988) enerzijds en het al dan niet aanwezig zijn van emotionele en gedragsproblemen op het moment van follow-up anderzijds. Kortweg gezegd: veel stress is ongunstig en een zogeheten 'statisch-rigide' type van gezinsaanpassing (dat wil zeggen: een gezinsstructuur met nadruk op vaste, weinig veranderbare patronen en regels en een vrij autoritaire gezagshandhaving) is gunstig. Dit laatste is opvallend, omdat dit type gezinsaanpassing vanuit een gezinstheoretisch perspectief als inadequaar wordt beschouwd en juist een risicofactor voor het ontstaan of beklijven van problemen zou zijn (Buurmeijer en Hermans 1988). Wellicht vereist de 'vraag' die kinderen met afwijkend gedrag stellen eveneens een afwijkend 'antwoord'.

4. Een hogere *intelligentie* kan de kans op een succesvolle lange-termijnuitkomst vergroten. Deze relatie is echter niet zo sterk als wel eens wordt verondersteld. Het lijkt erop dat deze factor vooral een rol speelt als het om pervasieve ontwikkelingsstoornissen gaat. Pfeifer en Strzelecki, die dit soort stoornissen buiten hun analyse hielden, vonden slechts een matig verband tussen IQ en uitkomsten. Zelf vonden we geen verband tussen IQ bij opname en uitkomsten bij follow-up. Wel vonden we een verband tussen 'cognitieve status' bij follow-up (geoperationaliseerd middels een combinatie van 'IQ', 'leesachterstand' en 'schooltype') en nog aanwezige emotionele en gedragsproblemen. Dit verband tussen 'cognitie' en 'emotie' gold echter alleen als tegelijkertijd rekening werd gehouden met problemen in de opvoedingsomgeving.

5. Wanneer psychiatrische stoornissen een duidelijke *biologische basis* hebben is de prognose ongunstig. Dit geldt vooral voor kinderen met duidelijk omschreven neurologische syndromen of symptomen. Kinderen met zogenaamde 'soft signs', met afwijkingen in neuropsychologisch testonderzoek, en met licht afwijkende EEG's lijken wat de prognose betreft tot andere groepen te behoren. De meta-analyse van Pfeifer en Strzelecki bevestigt deze conclusies. Zij benoemen deze factor met 'organiciteit'. In het eigen onderzoek vonden we geen verband tussen 'neurologische problematiek' bij opname (blijkend uit rapportages van onderzoek door medisch specialisten) en de follow-up-uitkomsten.

6. Over de *leeftijd bij opname* zijn de aanwijzingen niet duidelijk. Zowel een jongere als een oudere leeftijd kan gunstig zijn. Deze onduidelijkheid kan wellicht te maken hebben met de gedeeltelijke overlap van deze variabele met een variabele als 'begin problematiek'. Een vroeg begin van de problemen, dat wil zeggen op zeer jeugdige leeftijd, kan leiden tot jong opgenomen worden, maar kan ook duiden op een ernstiger stoornis, hetgeen zoals we zagen aanleiding kan zijn tot een ongunstiger uitkomst. Voor Pfeifer en Strzelecki is deze factor de minst bruikbare predictor. Zelf vonden we dat jonger opnemen (beneden het zevende

jaar) geassocieerd is met een gunstige uitkomst, zij het – alweer – in combinatie met andere factoren, in dit geval: aanwezigheid biologische vader bij opname (= gunstig) en geboorteproblemen (= ongunstig).

7. Ten aanzien van de prognostische waarde van het *soort behandeling* zijn de meningen meer gelijkgestemd: hierover zijn nauwelijks uitspraken te doen. Het 'everybody has won and all must have prizes' (Luborsky, Singer en Luborsky 1975) uit het psychotherapieonderzoek bij volwassenen geldt ook hier. Dat wil zeggen: vergelijkend onderzoek naar de relatieve effecten van verschillende vormen van behandeling leidt niet tot duidelijke conclusies over het superieur zijn van een bepaald type behandeling. Ook vergelijkingen tussen dagbehandeling, inclusief meer op de maatschappij gerichte behandelingsvormen, en klassieke residentiële opnames leveren globaal genomen nauwelijks verschillen in uitkomsten op (zie het overzicht van Gabel en Finn 1986). Pfeifer en Strzelecki geven aan dat er binnen een bepaalde behandeling soms variabelen zijn aan te wijzen die op lange termijn gunstig blijken te werken, bij voorbeeld het aanwezig zijn van een goede werkrelatie. In ons eigen onderzoek gingen we na of het perspectief van kinderen die dagbehandeling gekregen hadden gunstiger was dan van kinderen die residentieel behandeld waren. Dit bleek niet het geval.

8. Het *afmaken van een behandeling* geeft een grotere kans op een gunstig langer-termijneffect dan het door ouders of door behandelaars afbreken van een behandeling. Door Pfeifer en Strzelecki wordt deze factor tot de 'behandelingsvariabelen' gerekend. In ons eigen onderzoek viel deze onder 'het in overleg afsluiten van de behandeling', een factor waarvoor we evenmin als voor 'behandelingsduur' een significante relatie met de uitkomsten bij follow-up konden vinden.

Discussie – Ten behoeve van prognose van de verdere ontwikkeling van kinderen na een periode van residentiële of dagbehandeling zijn in de loop der jaren tientallen factoren onderzocht. Een achttal dat in verschillende overzichtsstudies meerdere keren werd genoemd bleek ook in een kwantitatieve analyse naar voren te komen. Uit de bespreking van deze factoren kwam naar voren dat men het misschien dan wel over het belang van de betreffende factor eens is, maar dat de onderzoeksuitkomsten nog bij lange na niet eenduidig zijn. Dit is onder andere een gevolg van onvoldoende duidelijke en sterk wisselende omschrijvingen van de factoren, het optreden van combinaties van factoren en het bestaan van kettingreacties. Daarnaast zijn er vragen over de rol van de behandeling als prognostische factor en is het onderzoek soms te nauw ingekaderd in bepaalde onderzoekstradities. Deze punten zullen hieronder verder worden uitgewerkt.

1. *Niveau van omschrijving*. In de aanduiding van de verschillende prognostische factoren gaat het om heel globale omschrijvingen. Met be-

trekking tot de diagnose bij opname bij voorbeeld zijn de problemen bij het differentiëren in specifieke subgroepen van stoornissen nog erg groot. Bij de bespreking van deze factor maakten we een onderscheid in pervasieve, internaliserende en externaliserende stoornissen. Het is zelfs de vraag of de indeling in deze drie groepen goed te maken is. Er is bij voorbeeld een groep kinderen met 'externaliserende symptomen' die tevens 'internaliserende' symptomen heeft, en er zijn aanwijzingen dat juist voor deze groep een relatief ongunstige prognose geldt (Ledingham en Schwartzman 1984). Dit samengaan van verschillende stoornissen, ook wel met 'comorbidity' aangeduid (zie Caron en Rutter 1991) voor een recente beschouwing), hangt uiteraard samen met de (on)mogelijkheden en beperkingen van gangbare diagnostische systemen in de jeugdhulpverlening (zoals de DSM of ICD en vragenlijsten als de CBCL). De consequentie is wel, dat men uit de gepubliceerde onderzoeksverslagen vaak niet goed weet welk type problematiek er nu achter bepaalde diagnostische categorieën of vragenlijstcores schuilt. Zo is onze indruk dat in veel in de jaren zeventig gestarte longitudinale onderzoeksprojecten een flink aantal als 'hyperactief' gediagnosticeerde kinderen eerder (of ook) voor een 'conduct disorder' in aanmerking kwam en dat derhalve de publikaties over de lange-termijnuitskomsten bij hyperactieve kinderen, die in de jaren tachtig op gang kwamen (zie bij voorbeeld Weiss en Hechtman 1986), net zo goed over kinderen met antisociale gedragsproblemen kunnen gaan. De relatief ongunstige lange-termijnuitskomsten van hyperactieve problemen in sommige onderzoeken (zie Lambeir, Buurman en Nolen 1992 voor een recent overzicht) zouden voor deel hieraan te wijten kunnen zijn. De robuustheid van de prognostische factoren maakt dat er een zekere consensus bestaat over het belang ervan (wat op zich een goede eerste stap is), maar deze robuustheid veeft ook te veel uiteenlopende zaken onder één noemer. Verdergaande differentiëring binnen de verschillende prognostische factoren is dan ook gewenst, niet alleen empirisch, maar ook klinisch-theoretisch, waardoor er 'kapstokken' gegeven worden waar men ook in praktijk richtlijnen aan kan ontleen.

2. *Combinaties van factoren.* Het noemen van een aantal prognostische factoren suggereert afzonderlijke verbanden. In werkelijkheid gaat het echter veelal om combinaties van prognostische factoren. Autistische kinderen zullen bij voorbeeld vaak een lagere intelligentie hebben en relatief jong worden opgenomen. Gunstige gezinskenmerken kunnen gerelateerd zijn aan een sterkere betrokkenheid van het gezin bij de behandeling, die hierdoor misschien specifiek en ook kortdurender wordt; tevens is de kans groter dat de behandeling in zo'n geval in overleg afgesloten zal worden. In meer algemeen opzicht zijn verschillende soorten combinaties van prognostische factoren denkbaar. We bespreken er drie.

Er is sprake van een *cumulatief effect* wanneer op een bepaald moment vastgestelde ongunstige prognostische factoren elkaar versterken en de uitkomst nog ongunstiger doen zijn. Bekend in dit verband is het onderzoek van Rutter (1978) naar de relatie tussen stressvolle omgevingsfactoren en psychopathologie bij kinderen. Hierin liet hij zien, dat bij een opeenstapeling van meerdere ongunstige factoren de kans op het ontstaan van problemen sterk toenam. Een dergelijk verband vonden wij ook in ons eigen follow up-onderzoek: het aantal stressvolle gebeurtenissen ('life events') in de twee jaar voorafgaande aan het follow up-interview hing samen met de mate van gedragsproblemen bij follow-up. Werd bij het aantal stressvolle gebeurtenissen ook het niveau van gezinsadaptatie gevoegd, dan werd de prognostische waarde van de combinatie van factoren nog sterker (Veerman 1990).

Een *compensatoir effect* duidt erop dat een gunstige prognostische factor een tegenwicht vormt tegen de invloed van ongunstige factoren. De gunstige factor werkt dan herstelbevorderend. In statistische termen is er sprake van interactie. In het voorbeeld van autisme is een relatief hoge intelligentie zo'n compenserende factor (Prior en Werry 1986). In eigen onderzoek vonden we geen aanwijzing voor het bestaan van dergelijke effecten.

Verder bestaat de mogelijkheid van een *gemaskeerd effect*. In zo'n geval wordt de werking van een bepaalde factor aan het oog onttrokken door relaties met andere prognostische factoren. In ons eigen onderzoek vonden we bij voorbeeld dat het al dan niet voorkomen van 'geboorteproblemen' in de anamnese als afzonderlijke factor voor de prognose van de eventuele aanwezigheid van emotionele en gedragsproblemen op het moment van follow-up van geen betekenis was. Echter, in combinatie met twee andere factoren, namelijk 'biologische vader' (ongunstige prognose indien deze bij opname afwezig was) en 'opnameleeftijd' (relatief oud opgenomen geeft ongunstiger follow up-uitkomst), bleek 'geboorteproblemen' een statistisch significante bijdrage te leveren aan de voorspelling van het uitkomstcriterium. Door statistisch te controleren voor de invloed van de beide overige factoren kon het 'zuivere' effect van de factor 'geboorteproblemen' zichtbaar worden gemaakt (Veerman 1990).

3. *Kettingreacties*. Wanneer een samenspel van prognostische factoren zich in de tijd afspeelt, kunnen we spreken van kettingreacties (Rutter 1988; Brown 1988). Factoren die voor een cumulatief, compensatoir of gemaskeerd effect zorgdragen treden dan niet op ongeveer hetzelfde moment op, maar komen na elkaar in de tijd. Soms kunnen er jaren tussen liggen. Het zou zo kunnen zijn dat een bepaalde factor (bij voorbeeld een echtscheiding van de ouders) bij een aantal kinderen niet direct een uitwerking heeft, maar hen wel relatief kwetsbaarder maakt, waardoor een op latere leeftijd (eventueel pas in de volwassenheid)

voorkomende stressvolle gebeurtenis een veel grotere kans op een ongunstige uitwerking heeft. Op die manier ontstaan ketens van prognostische factoren in de tijd. Gecompliceerder wordt het nog wanneer het optreden van deze ketens van prognostische factoren mede beïnvloed wordt door de aard of ernst van de stoornis in kwestie. Methodologisch geeft dit een omdraaiing van de onafhankelijke (prognostische) en afhankelijke (stoornis)variabelen. Er is dan sprake van transacties tussen kenmerken van het individu (stoornis) en kenmerken van de omgeving (bij voorbeeld stressvolle gebeurtenissen). Over dit soort transactionele processen is nog weinig bekend (zie ook Hermanns 1992).

4. *De rol van de behandeling.* In vrijwel alle in tabel 1 genoemde onderzoeken werd een vorm van residentiële of dagbehandeling gegeven. Deze is als het ware als een constante factor aanwezig, tegen de achtergrond waarvan de besproken prognostische factoren van voorspellende waarde zijn. De invloed van de behandeling zelf zou men ook als prognostische factor kunnen zien, in die zin, dat *wel* behandelen gemiddeld genomen altijd gunstiger uitkomsten geeft dan *niet* behandelen. Opvallend is echter, dat er ondanks grote verschillen in aard, intensiteit en duur van de behandeling (waardoor het 'constante' van deze factor relatief te noemen is), weinig specifieke behandelingskenmerken zijn die de prognose verbeteren. Datgene wat *bij opname* aan problemen bij het kind kan worden vastgesteld (diagnose, organiciteit, intelligentie) en datgene wat *na ontslag* gebeurt (nazorg, stress) lijkt in dit opzicht belangrijker. Houdt dit in dat de aard van de behandeling er eigenlijk niet toe doet? Op basis van onderzoeksuitkomsten is hierover nog geen uitsluit te geven. Onderzoeken waarin verschillende 'regimes' van behandeling vergeleken worden zijn niet alleen zeldzaam, ook is het door de complexiteit van een residentiële of dagbehandeling bijna onmogelijk dit onderzoek methodologisch adequaat uit te voeren (Veerman 1985, 1990).

5. *Verschillende onderzoekstradities.* Een complicatie is, dat voor de hulpverlening relevant onderzoek vanuit verschillende onderzoekstradities stamt. Met name denken we hier aan het uit de sociaal-wetenschappelijke traditie stammend evaluatieonderzoek en het meer medisch georiënteerde epidemiologische onderzoek. Een bundeling van inhoudelijke en methodologische kennis en ervaring van evaluatieve en epidemiologische onderzoekers zou de ontwikkeling van klinisch relevant onderzoek zeer ten goede kunnen komen. Het is niet toevallig dat grensoverschrijders als Michael Rutter, Norman Garnezy en Thomas Achenbach aan de wieg hebben gestaan van het zogeheten 'ontwikkelingspsychopathologisch onderzoek', dat nadrukkelijk interdisciplinair en integratief van karakter is (zie Sroufe en Rutter 1984; Cicchetti 1989). Het gaat om een stroming waarbinnen men zich bezighoudt met het toepassen van ontwikkelingsprincipes bij risicogroepen en deviante

populaties. Daarbij worden niet alleen factoren die de ontwikkeling gunstig of ongunstig beïnvloeden in kaart gebracht, maar wordt bovendien zichtbaar gemaakt hoe verschillende combinaties van deze factoren leiden tot verschillende ontwikkelingstrajecten.

Conclusie

Niettegenstaande de schaarste aan onderzoek en de soms tegenstrijdige uitkomsten beginnen zich toch enkele lijnen af te tekenen als het gaat om de verdere ontwikkeling van klinisch behandelde kinderen. Veel van deze kinderen blijken later als adolescent of volwassene nog last te hebben van psychische problemen, maar ook veel kinderen groeien eroverheen. Ondanks een ongunstige levensstart blijkt hun ontwikkeling niet gebroken, hooguit wat verbogen. Onderzoek naar prognostische factoren maakt duidelijk wie een grotere kans op een gunstige ontwikkeling hebben en wie niet. In dit artikel bespraken we een achttal factoren die in dit verband vaak in overzichtsstudies worden genoemd en waaraan we ook in eigen onderzoek aandacht besteedden. Opvallend is dat deze factoren grotendeels opnamekenmerken en kenmerken uit de periode na ontslag betreffen. Behandelingskenmerken lijken als prognostische factoren in de minderheid te zijn. Het zou echter ook kunnen dat deze factoren het minst onderzocht zijn, danwel het moeilijkst onderzoekbaar zijn.

De acht besproken factoren wijzen op belangrijke samenhangen, maar tegelijkertijd is duidelijk hoe complex de samenhangen kunnen zijn. Om de verschillende knopen te kunnen ontwarren is prospectief longitudinaal onderzoek nodig waarin groepen klinisch behandelde kinderen over een aantal jaren gevolgd worden. Meer dan voorheen zal in dit verband gezocht dienen te worden naar statistische modellen die de complexiteit van de ontwikkeling adequaat kunnen beschrijven en zichtbaar kunnen maken, echter zonder dat daarmee het zicht op de klinische werkelijkheid wordt ontnomen (zie b.v. Brown 1988; Pickles 1991). Ons eigen in het voorgaande besproken onderzoek was van een retrospectief karakter. Hierin konden weliswaar enige in de overzichtsstudies gevonden verbanden bevestigd worden, maar kon door het ontbreken van herhaalde metingen onvoldoende zicht gekregen worden op kettingreacties. In lopend onderzoek in het Paedologisch Instituut zijn we wel in de gelegenheid om op meerdere momenten (opname, ontslag, follow-up) metingen te verrichten in verschillende domeinen (gedrag, cognitie, omgeving). Hierdoor zijn we in staat in toekomstige analyses te zoeken naar combinaties van factoren die mogelijk een bijdrage leveren aan een prognose van de verdere ontwikkeling van klinisch behandelde kinderen en kunnen we eveneens zicht krijgen op aanwezige kettingreacties (zie Veerman 1991).

Wat heeft deze stand van zaken in het wetenschappelijk onderzoek

naar prognostische factoren de praktijk te bieden? Wie concrete handvatten verwacht zal teleurgesteld zijn. Voor wie op globaler niveau een richting aangegeven wil zien, zijn op grond van de besproken bevindingen en de daarop volgende discussie een aantal lijnen te schetsen.

(1) De last van een *eenzijdig determinisme*, waarin ervaringen uit de kinderjaren in alle gevallen bepalend worden geacht voor de verdere ontwikkeling, lijkt tot het verleden te gaan behoren. Het accent valt op plasticiteit en veranderbaarheid van de ontwikkeling. Ook voor kinderen die dusdanige problemen hadden, dat een residentiële of dagbehandeling geïndiceerd was, blijkt de verdere ontwikkeling nog ten goede kunnen keren.

(2) Weinig is nog duidelijk over de *specifieke rol van de behandeling*. Het feit dat er ten aanzien van kinderen, voor wie residentiële of dagbehandeling geïndiceerd is, in dit opzicht nog geen duidelijke onderzoeksgegevens zijn, geeft vrijheid van (be)handelen.

(3) Hierin zal in ieder geval expliciete aandacht dienen te zijn voor *nazorg of opvoedingsondersteuning na ontslag*. De inbedding van de eigen behandeling in wat erna komt, lijkt een cruciale factor. Met name het ontbreken van een vorm van nazorg of opvoedingsondersteuning na ontslag kan eventueel bereikte resultaten gemakkelijk teniet doen.

(4) De eenzijdige belangstelling voor *stoornissen*, dus voor hoe dat 'fout' kan gaan, verschuift; er is toenemende aandacht voor de andere zijde van de 'risicomedaille', dus voor de vraag hoe het 'goed' kan gaan. De nadruk op begrippen als 'adaptatie', 'competence' en 'coping' weerspiegelen dit verschuivende perspectief. Dit zou binnen behandelingsprogramma's meer uitgewerkt kunnen worden (zie b.v. Couturier 1986; Slot 1988).

(5) *Simpele lineaire modellen*, waarin één risicofactor wordt verondersteld een lange-termijnvloed te hebben, zijn achterhaald. Het voortdurend samenspel van kindkenmerken (aangeboren of verworven) en kenmerken van de omgeving (gezin, school, maar ook de behandeling!) komt ook in onderzoek meer en meer in het middelpunt van de belangstelling te staan. De uitdaging is dit transactionele ontwikkelingsmodel zowel inhoudelijk als procedureel ook in de behandeling in te passen (zie voor dit laatste b.v. Woolston 1989; Hermanns 1992).

Literatuur

- Baenen, R.S., M.A.P. Stephens en D.S. Glenwick (1986), Outcome in psycho-educational day-school programs: A review. *American Journal of Orthopsychiatry* 56, 263-270.
- Barker, Ph. (1974), The results of inpatient care. In: Ph. Barker (red.), *The residential psychiatric treatment of children*. Crosby Lockwood Staples, Londen.
- Barnett, R.J., J.P. Docherty en G.M. Frommelt (1991), A review of child psychotherapy research since 1963. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, 1-14.
- Blotchky, M.J., T.L. Dimperio en J.T. Gossett (1984), Follow-up of children in

- psychiatric hospitals: A review of studies. *American Journal of Psychiatry* 141, 1499-1507.
- Brown, G.W. (1988), Causal paths, chains and strands. In: M. Rutter (red.), *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Buurmeijer, F., en P.C. Hermans (1988), *Gezinsfunctioneren en individuele stoornissen*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Caron, C., en M. Rutter (1991), Comorbidity in child psychopathology. Concepts, issues and strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 1063-1080.
- Cicchetti, D. (1989), Developmental psychopathology. Some thoughts on its evolution. *Development and Psychopathology* 1, 1-4.
- Couturier, G. (1986), Het meewegen van protectieve factoren in de diagnostiek en de behandeling van jonge kinderen. In: H. Groenendaal, R. Meijer, J.W. Veerman en J. de Wit (red.), *Protectieve factoren in de ontwikkeling van kinderen en adolescenten*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Durkin, R.P., en A.B. Durkin (1975), Evaluating residential treatment programs for disturbed children. In: H. Gutentag en E. Struening (red.), *Handbook of evaluation research*. SAGE Publications, Beverly Hills.
- Gabel, S., en M. Finn (1986), Outcome in children's day-treatment programs: Review of the literature and recommendations for future research. *International Journal of Partial Hospitalization* 3, 261-271.
- Gageldonk, A. van, en A. Bartels (1990), *Overzichtsstudie evaluatieonderzoek op het terrein van de jeugdhulpverlening. Een kwantitatief en kwalitatief overzicht van het interventie-evaluatieonderzoek in de Nederlandse jeugdhulpverlening van de laatste 10-15 jaar*. Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening, Leiden.
- Gossett, J.T., J.M. Lewis en F.D. Barnhart (1983), *To find a way. The outcome of hospital treatment of disturbed adolescents*. Brunner/Mazel, New York.
- Harinck, F. (1986), Kinderpsychotherapie-research. Ontwikkelingen, resultaten, problemen. *Kind en Adolescent* 7, 120-136.
- Hermanns, J.M.A. (1992), *Het sociaal kapitaal van kinderen. Jonge kinderen, opvoeders en opvoedingsondersteuning*. Inaugurele rede, Universiteit van Amsterdam.
- Kazdin, A.E. (1988), *Child psychotherapy. Developing and identifying effective treatments*. Pergamon, New York.
- Lambeir, E.J., N.H. Bouman en W.A. Nolen (1992), Wat wordt er van hyperactieve kinderen? *Kind en Adolescent* 13, 209-214.
- Ledingham, J.E., en A.E. Schwartzman (1984), A 3-year follow-up of aggressive and withdrawn behavior in childhood. Preliminary findings. *Journal of Abnormal Child Psychology* 12, 157-168.
- Luborsky, L., B. Singer en L. Luborsky (1975), Comparative studies of psychotherapies: Is it true that 'everyone has won and all must have prizes'? *Archives of General Psychiatry* 32, 995-1008.
- Pfeifer, S.I., en S.C. Strzelecki (1990), Inpatient psychiatric treatment of children and adolescents. A review of outcome studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 29, 847-853.
- Pickles, A. (1991), The analysis of change in longitudinal studies of development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 32, 571-579.
- Prior, M., en J.S. Werry (1986), Autism, schizophrenia and allied disorders. In: H.C. Quay en J.S. Werry (red.), *Psychopathological disorders in childhood* (3e druk). Wiley, New York.
- Quay, H.C. (1979), Residential treatment. In: H.C. Quay en J.S. Werry (red.),

- Psychopathological disorders of childhood* (2e druk). Wiley, New York.
- Quay, H.C. (1986), Residential treatment. In: H.C. Quay en J.S. Werry (red.), *Psychopathological disorders of childhood* (3e druk). Wiley, New York.
- Rutter, M. (1978), Family, area and school influences in the genesis of conduct disorders. In: L.A. Hersov, M. Berger en D. Shaffer (red.), *Aggression and antisocial behavior in childhood and adolescence*. Pergamon Press, Londen.
- Rutter, M. (1988), Longitudinal data in the study of causal processes: some uses and some pitfalls. In: M. Rutter (red.), *Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Slot, N.W. (1988), *Residentiele hulp voor jongeren met antisociaal gedrag*. Swets & Zeitlinger, Lisse/Amsterdam.
- Sroufe, L.A., en M. Rutter (1984), The domain of developmental psychopathology. *Child Development* 55, 17-29.
- Veerman, J.W. (1985), Evaluatie van behandelingseffecten: mag het ook anders? In: F.X. Plooijs en M.G.M. van der Dungen (red.), *Hulpverleningspraktijk en dienstverlenend onderzoek*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Veerman, J.W. (1990), *De ontwikkeling van kinderen na een periode van klinische jeugdhulpverlening. Een evaluatief-epidemiologisch onderzoek*. Acco, Amersfoort.
- Veerman, J.W. (1991), *Evaluatief-epidemiologisch onderzoek Paedologisch Instituut. Opnamegegevens*. Paedologisch Instituut, Duivendrecht, Episcrypt, 10.
- Verhulst, F.C., J.M. Koot, G.W. Akkerhuis en J.W. Veerman (1990), *Praktische handleiding voor de CBCL (Child Behavior Checklist)*. Van Gorcum, Assen.
- Weiss, G., en L.T. Hechtman (1986), *Hyperactive children grown up*. The Guilford Press, New York.
- Woolston, J.W. (1989), Transactional risk model for short and intermediate term psychiatric inpatient treatment of children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 28, 38-41.

Summary: The further development of clinically treated children. A review of prognostic factors

About half of the children who have been admitted for day-treatment or residential treatment appear to have serious mental problems long after their discharge. However, the other half of these children appear to develop relatively well. This article gives an overview of the research on factors which predict the long term outcome of these children. In the research literature there appears to be a consensus on the predictive value of eight factors, which are discussed in some detail. It appears that these factors can mainly be covered by (1) factors pertaining to the amount and intensity of the problems at admission (e.g. diagnosis, organicity, intelligence); and (2) factors of the postdischarge period (e.g. aftercare, family environment). Although their importance is without question, the precise mechanisms through which these prognostic factors operate are largely unknown. Regarding this, some conceptual and methodological problems are discussed, including difficulties in operationalizing these factors, their interrelationships and the possibility of chain reactions. Also conclusions are drawn with respect to the clinical relevance of the findings.

J.W. Veerman is als onderzoekspsycholoog verbonden aan het Paedologisch Instituut, Postbus 303, 1115 ZG Duivendrecht, tel. 020-6982131.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 25-6-1992.